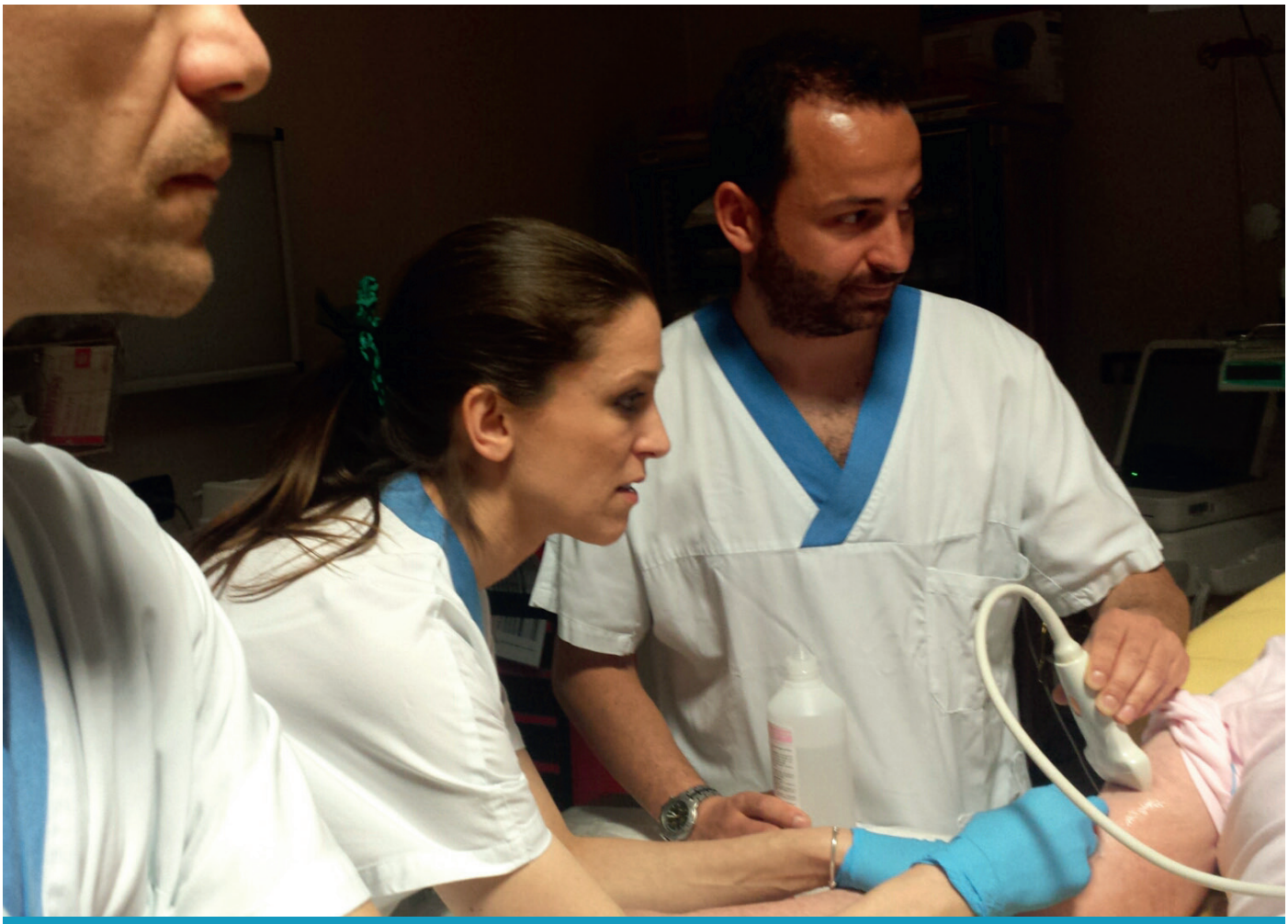
Luglio
2015 - N. 57

ISSN 2281-9479

Algorà

SPAZIO DI INFORMAZIONE DEL COLLEGIO IPASVI DI COMO



Finalmete ci siamo! P. 3
ORESTE RONCHETTI
PRESIDENTE

Dieci domande alla nostra presidente nazionale P. 7
A CURA DI ORESTE RONCHETTI

Giornata Internazionale dell'Infermiere 2015 P. 14
A CURA DELLA COMMISSIONE IMMAGINE

Partoanalgesia e allattamento al seno: la nostra realtà P. 37
DALLA PARTE DEL BAMBINO

Agorà
Luglio 2015 - N. 57

Direttore Responsabile:

Oreste Ronchetti

Comitato di Redazione:

Ronchetti Oreste, Cavadini Elena,

Franzin Massimo, Pozzi Paola Mariella,

Redaelli Rita,Seveso Maria Elisabetta

Segreteria di Redazione:

Daniela Sereni, Daniela Zanini

Sede, Redazione, Amministrazione:

Collegio IPASVI - Viale C. Battisti, 8 - 22100 Como

Proprietario:

Collegio IPASVI - Como

Impaginazione e stampa:

Elpo Edizioni - Como

www.elpoedizioni.com

Quadrimestrale Informativo del Collegio IPASVI di Como

Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como

con decreto 1/98 del 09/02/1998

Per contattarci:

tel. 031/300218 - fax 031/262538

e-mail: info@ipasvicomo.it

Editoriale

FINALMENTE CI SIAMO!
di Oreste Ronchetti

Lettere alla redazione

5 Un saluto ad un persona importante nella nostra storia
6 Giornata Internazionale dell'Infermiere: impressioni e emozioni

Attualità

7 Dieci domande alla nostra presidente nazionale
10 XVII Congresso Federazione Nazionale Collegi IPASVI: una testimonianza
14 Giornata Internazionale dell'Infermiere 2015
16 Concorso di ricerca infermieristica indetto dal collegio IPASVI di Como: Le tesi premiate durante la giornata internazionale dell'infermiere 2015
21 L'infermiere di famiglia e di comunità. Una proposta per lo sviluppo delle cure primarie
28 Efficacia dell'Infermiere di Famiglia nel corretto automonitoraggio della pressione arteriosa a domicilio: studio randomizzato controllato

Dalla parte del bambino

35 Partoanalgesia
37 Partoanalgesia e allattamento al seno: la nostra realtà

Cure complementari

40 La cucina che cura

È evidente che...

42 Ragionamento diagnostico e diagnosi infermieristiche: alcune riflessioni
44 Una corretta tecnica di iniezione può migliorare il controllo glicemico nei pazienti con diabete

46 Chi viene e chi va

Finalmente ci siamo!

Oreste Ronchetti
Presidente IPASVI

Dopo nove mesi ritorna Agorà! Un periodo che ha visto parecchi cambiamenti nella nostra comunità professionale, sia a livello provinciale che a livello nazionale.
Le elezioni provinciali del novembre 2014 per il rinnovo del nostro consiglio direttivo hanno portato un profondo rinnovamento, al punto che il 60% delle persone ora in consiglio non erano mai state elette in precedenza. Consiglieri che esercitano la loro professione nei due presidi ospedalieri della nostra città, ma anche liberi professionisti, infermieri che esercitano sul territorio ed in strutture extra ospedaliere, oltre che in ospedali diversi da quelli comaschi. Una tornata elettorale che ci ha regalato un consiglio decisamente molto variegato, sia nella sua composizione dal punto di vista dell'esercizio della professione sia dal punto di vista della formazione, con diversi colleghi in possesso della laurea magistrale e con la novità di avere per la prima volta, un presidente che non esercita in strutture ospedaliere ma come libero professionista in ambito extra ospedaliero.
Purtroppo ancora una volta dobbiamo constatare come la partecipazione alle elezioni sia stata molto scarsa; per l'ennesima volta non siamo riusciti a raggiungere il quorum del 10% degli iscritti, nonostante l'impegno dei candidati. È vero, l'attuale legislazione non favorisce certo la partecipazione, con questa norma assurda che prevede la possibilità di istituire un solo seggio per tutta la provincia. Probabilmente questa situazione, almeno dal punto di vista normativo, cambierà con la riforma della legge che riguarda ordini e collegi e che risale ormai a quasi 70 anni addietro. Speriamo che questo possa portare ad una rinnovata voglia di partecipazione nella gestione di un aspetto estremamente importante della nostra professione: quello di essere riconosciti degni di essere un ordine professionale.
Perché come dice la nostra presidente nazionale, se siamo arrivati tanto avanti nel riconoscimento professionale è perché siamo un ordine professionale, un soggetto politico che, soprattutto negli ultimi 15 anni è riuscito a farsi riconoscere e rispettare nel novero delle professioni ordinistiche.
Anche le lezioni nazionali hanno portato dei cambiamenti, il più significativo è indubbiamente quello relativo alla presidente nazionale, anch'essa al suo primo mandato come presidente.
Molti di noi l'avevano conosciuta anni addietro come presidente nel collegio di Como; erano gli anni in cui cambiava la presidenza nazionale, Emma Carli cedeva la poltrona di presidente nazionale ad Annalisa Silvestro e da noi la storica presidente Flaminia Uberti, cedeva il posto alla neo presidente Barbara Mangiacavalli.
Ora lei è la nostra presidente nazionale ed è con grande soddisfazione che pubblichiamo l'intervista che ci ha rilasciato durante una pausa del seminario che si è svolto a Lecce dal 4 al 6 giugno.
Ma torniamo a Como. In questi primi 7 mesi di mandato, abbiamo cercato di muoverci mantenendo fede al programma che ci eravamo posti e che vede come primo obbiettivo il tentativo di riavvicinare gli infermieri al collegio.
Siamo conviti che non sia facile attuarlo, ma siamo anche convinti che se vogliamo una professione autonoma e riconosciuta, non subalterna a nessuno, non possiamo che andare in quella direzione. Solo se saremo in grado di stimolare la partecipazione dei colleghi potremo pensare

Continua a pag. 4 ☛

Editoriale

a cura di Oreste Ronchetti

☛ Segue da pag. 3

di creare un soggetto forte ed importante in grado di confrontarsi con chiunque. Ci stiamo provando, abbiamo cominciato mettendo in streaming la nostra assemblea ordinaria; è vero la partecipazione non è "esplosa", tra partecipanti in aula e partecipati in streaming non abbiamo raggiunto il 2% degli iscritti e con l'assemblea straordinaria, dove abbiamo deliberato l'acquisto della sede, non siamo riusciti a raggiungere nemmeno l'1%. Ma non importa, ci crediamo, è la nostra professione, non vogliamo che qualcuno o qualcosa ne impediscano il giusto riconoscimento e la giusta crescita. Siamo importanti e non è un affermazione autoreferenziale, perché ognuno di noi è tranquillamente in grado, rivedendo la sua giornata lavorativa di richiamare alla mente tutte quelle persone che nei modi più diversi, ci hanno fatto capire che sono contente della nostra esistenza come professionisti.

Non ci scoraggiamo anche perché, se è vero che le assemblee sono state disertate in massa, la giornata del 9 maggio, dove abbiamo festeggiato la giornata mondiale dell'infermiere del 12 maggio, è stata una festa partecipata, sia per quanto riguarda la gente che per quanto riguarda i colleghi, che raccogliendo l'invito dei consiglieri della commissione immagine hanno prestato il loro tempo per dimostrare ai comaschi che gli infermieri ci sono e sono al servizio dei cittadini. E non possiamo certo non ringraziare gli studenti universitari che ci hanno sostenuto ed aiutato per tutta la giornata, impegnandosi in modo decisamente lodevole e dimostrandoci che abbiamo davanti un grande futuro.

Il 9 maggio, abbiamo dimostrato a tutti, semmai qualcuno non se ne fosse ancora accorto, che gli infermieri sanno anche fare ricerca e sanno dimostrare anche agli scettici ed a coloro che vorrebbero vederci ancora come professione ausiliaria, che anche sul piano scientifico la figura dell'infermiere di famiglia è fondamentale se vogliamo continuare a mantenere il nostro sistema sanitario al livello dei migliori sistemi sanitari mondiali. I consiglieri di questo collegio sono riusciti a proporre un bando di ricerca che ha visto la partecipazione di colleghi da tutta Italia, isole comprese, inviando lavori molto interessanti, che attraverso Agorà porteremo all'attenzione di tutti, cominciando dai primi tre lavori classificati che pubblichiamo in questo numero.

Sono solo 7 mesi che ci siamo insediati, ma crediamo di essere sulla strada giusta, le commissioni stanno lavorando a pieno ritmo; cerchiamo di essere presenti ovunque ce ne sia la necessità; tra gli iscritti innanzitutto, ma anche al livello regionale, dove si sta riformando il sistema sanitario regionale e dove stiamo letteralmente lottando, per affermare l'importanza della nostra presenza sul territorio, anche e soprattutto attraverso la figura dell'infermiere di famiglia.

Non è facile, soprattutto perché, ancora una volta, riusciamo a distinguerci come i peggiori nemici di noi stessi!

Purtroppo dobbiamo rilevare che a livello lombardo non c'è unità tra i collegi. Troppo spesso ci troviamo a doverci presentare davanti ai politici non come un unico interlocutore ma con diversi distinguo; non riusciamo ad avere un coordinamento regionale perché non tutti i collegi sono concordi nel crearlo, perché purtroppo ci sono persone che ancora oggi, dopo che la storia ci ha più volte insegnato che solo l'unità fa la forza, pensano di poter essere più forti da soli anziché con gli altri; che se gli altri non si piegano al loro volere, non danno loro la visibilità e la deferenza che credono di meritare, siano gli altri a perdere e non la professione; non capendo, o non volendo capire, che anche se sei il più forte del gruppo il gruppo è più forte di te e che, soprattutto, solo uniti si può vincere.

Ma anche qui non abbiamo intenzione di segnare il passo; caparbiamente e con tutta la testardaggine necessaria continueremo a proseguire sulla nostra strada uniti con coloro che credono che prima viene la professione poi l'interesse personale.

Concludo questo mio primo editoriale con l'augurio di una proficua lettura e per chi le farà di una serena vacanza.

Un saluto ad un persona importante nella nostra storia

Conobbi Suor Pierfausta il 23 settembre 1981, il giorno in cui da una paesino del beneventano arrivai a Como per la prima volta.
Ero partita con una valigia piena di sogni, belle speranze e quasi nessuna certezza.
Quando fui introdotta al quarto piano della scuola convitto, fui accolta da una suora vestita di bianco: energica, autorevole, sorridente.

ERA PROPRIO LA MITICA DIRETTRICE

Ebbi da subito soggezione, ricordo ancora le parole di mio padre che mi aveva accompagnato "Suora Le affido mia figlia, è poco più di una bambina, ma ha tanta buona volontà e sogna di diventare una brava infermiera".
La Direttrice mi guardò arrossire e rispose: "vedremo se ne ha la stoffa, qui bisogna studiare, impegnarsi e rispettare le regole del convitto, non dubiti se occorre prenderà anche qualche lavata di capo, ma è per il suo bene. In questa scuola insegniamo, infatti, a saper essere e a saper fare". Fu schietta fin dall'inizio, mi intimidiva, ma la rispettavo ed era il mio punto di riferimento importante quando la nostalgia di casa mi attanagliava.
Guidava la scuola con pugno di ferro, niente sfuggiva ai Suoi occhi attenti, era una brava insegnante, sapeva essere molto severa, ma poi era piena di attenzioni: la mattina preparava la colazione per noi allieve interne e spesso ci deliziava con torte e budini variegati.
Il primo giorno di tirocinio passò in rassegna me e le mie compagne di corso, ispezionando la divisa: non un capello doveva spuntare dalla cuffia, dovevamo portare le calze e il camice doveva essere candido. "Abbi rispetto per la divisa che indossi, impara ad esserne degna" mi disse, mi ci volle qualche anno per comprendere appieno il significato di queste parole.
Al venerdì sera le mie compagne tornavano a casa, mentre io ed un piccolo gruppetto di allieve indiane restavamo in convitto, allora mi prendeva la malinconia e Lei scherzando mi diceva: "questi terroncelli piangono piangono ma poi puntano sempre al nord" così riusciva sempre a strapparmi un sorriso.
Qualche sabato ci portava in gita: abbiamo girato Milano in lungo e in largo, Le piaceva farci da guida al Castello Sforzesco, al museo della Scala, al Duomo etc.
Era sempre attiva e impegnata ad organizzare qualcosa: gli incontri di preghiera, i canti della messa per le grandi occasioni e poi le indimenticabili feste di Natale.
Cominciava almeno due mesi prima ad accantonare stoffe, pupazzi, giochi e quant'altro e poi preparava centinaia e centinaia di pacchettini da regalare alle Sue allieve.
Aveva l'entusiasmo di una bambina e dietro la tempra di donna forte, si nascondeva un cuore tenero.
Ho trascorso tre anni accanto a Lei e li ho vissuti intensamente, mi ha insegnato più di chiunque altro ad essere fedele a me stessa e per questo Le sarò sempre grata.
Il regalo più bello che mi ha fatto è stato in tempi recenti, quando visitò il mio reparto nella sede di via Napoleona: ero già coordinatrice dei DH Unificati, ricordo che mi guardava con orgoglio, volle parlare con i pazienti e con le mie colleghe e poi concluse: "ce l'hai proprio fatta, chi l'avrebbe detto, quella ragazzina dall'aria così sperduta" mi commossi fino alle lacrime.
Sono stata a far visita a Suor Pierfausta l'ultima volta circa un anno fa: il sorriso, la curiosità, la voglia di ricordare i bei tempi erano gli stessi nonostante i segni impietosi della malattia.
L'ho vista per la prima volta fragile, ma in tutta la Sua dignità e ho provato tanta tenerezza per questa donna che è stata, per me, una figura importante, carismatica e materna.

Giornata Internazionale dell'Infermiere: impressioni e emozioni

Caro Presidente,
anche quest'anno il 12 Maggio è stata celebrata la Giornata Internazionale dell'Infermiere e anche quest'anno il Collegio Ipasvi ha organizzato un evento per ricordare questa data così sentita in tutto il mondo, evento del quale cogliamo l'occasione per dirle quanto ci ha piacevolmente sorprese.
La prima inaspettata e graditissima innovazione è stata la location, il Collegio di Como è sceso in piazza tra la gente, stringendo la mano al cittadino, ed è stato un gesto forte, d'impatto, che ha reso reale e palpabile durante tutta la manifestazione il patto Infermiere Cittadino.
Il cittadino ha così potuto ''assaggiare'' le competenze di una figura professionale frequentemente poco conosciuta nella sua multiforme realtà quotidiana.
Durante la mattinata una piacevole sensazione di orgoglio si è lentamente diffusa in tutto il gruppo nel vedere l'interesse sincero scaturito nelle neomamme e nelle nonne comasche durante l'allestimento degli scenari di disostruzione delle vie aeree sul bambino e sul neonato.
Dimostrazione che ha riscosso molto interesse non solo per la sensibilità dell'argomento ma anche per l'abilità e la competenza dimostrata da questi Infermieri che si occupano con passione del Primo Soccorso e per la loro capacità di entrare in sintonia con la persona.
È stato inoltre preparato un piccolo stand che offriva la rilevazione di alcuni parametri di base (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, test per verificare attitudine al diabete), anche questo frangente ha molto coinvolto i cittadini e la loro partecipazione è stata davvero numerosa.
Il gruppo che ha gestito questo momento era formato da professionisti provenienti da diverse realtà lavorative ma che hanno saputo collaborare con buonumore e vitalità, dando dimostrazione di appartenere ad un team energico e dinamico.
Ciliegina sulla torta la presenza degli studenti universitari che con le loro magliette colorate hanno portato una ventata di freschezza e di allegria, indossando perfettamente la divisa di una professione che è sempre in divenire.
Per questo ringraziamo la Dott.ssa Donatella Pontiggia, Coordinatrice del Corso di Laurea, sia per la sua presenza sia per aver autorizzato i suoi allievi a partecipare alla manifestazione.
Durante il pomeriggio è avvenuta la premiazione al bando di concorso per la ricerca infermieristica, bando che ha riscosso con nostra piacevole sorpresa molteplici partecipazioni da tutt'Italia. Ai tre vincitori l'onore di ricevere il premio dalle mani della Dott.ssa Barbara Mangiacavalli, Presidente Nazionale Ipasvi e soprattutto voce sempre viva dell'infermieristica italiana!!!
Insomma un susseguirsi di originalità, come la presenza delle due bands : Oltre il Giardino e Simpaty Band, formate da disabili e da pazienti psichiatrici. Hanno arricchito la giornata con i loro intermezzi musicali e hanno ricordato ai presenti la forza della collettività e il significato autentico della parola sociale.
Che altro dire, la nuova gestione dell'Ipasvi di Como ci ha lasciato di stucco, un gruppo giovane, volenteroso, vitale, che ha maestralmente diretto l'evento.
In tutto il lungo lago ci sono state associazioni e dimostrazioni che si sono sovrapposte, ma per noi in Piazza Volta il sole era caldo e la luce brillava negli occhi di un gruppo compatto ... ancora una volta in un palcoscenico così vasto l'equipe infermieristica ha dimostrato di essere padrona del suo ruolo!!!

Ci permettiamo infine di ringraziarla a nome di tutti i partecipanti per le felpe che ci sono state regalate, felpe che indosseremo con fierezza sul luogo di lavoro.
Ringraziamo in particolar modo la Commissione Immagine che si è occupata dell'organizzazione della giornata.

Grazie!

a cura di Oreste Ronchetti

Dieci domande alla nostra presidente nazionale

L'ultima tornata elettorale ha portato sulla poltrona di presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI una comasca: la dottoressa Barbara Mangiacavalli.

Abbiamo incontrato Barbara a Lecce, durante i tre giorni in cui si è svolto il seminario di studio che tutti gli anni la Federazione Nazionale offre ai consiglieri eletti. In quell'occasione abbiamo posto alla presidente 10 domande per conoscerla meglio, per capire quale sia la situazione attuale e per sapere dove, assieme al Comitato Centrale, vuole condurci.

1 Quali sono i punti qualificanti del programma che vuole realizzare il nuovo Comitato centrale?

Dobbiamo anzitutto garantire una nuova governance, diversa, per il Servizio sanitario nazionale, dove gli infermieri possano estrinsecare tutte le potenzialità della loro professione. Poi dobbiamo presidiare l'applicazione del recente Patto per la salute e degli standard ospedalieri e territoriali per sviluppare nuovi modelli organizzativi per l'ospedale e per il territorio. Per tutto questo sarà necessario presidiare anche le relazioni interprofessionali e intraprofessionali per superare paure regressive e battaglie di retroguardia.

Aggiungerei tuttavia una richiesta che farà parte delle peculiarità del prossimo triennio: quella ai decisori di "invertire" la rotta sul mercato del lavoro per evitare ulteriori depauperamenti di numeri e professionalità, oltre che di competenze.

La nostra idea generale è rendere gli infermieri protagonisti del proprio futuro, assumendo un ruolo più forte e di solida presenza dove si discute, si dibatte e si decide per la sanità, per la formazione, per le professioni, per il lavoro.

2 Che tipo di strategia si intende attuare per realizzarli?

Il Comitato centrale della Federazione darà sostegno pieno ai collegi provinciali e ai coordinamenti regionali perché siano il "luogo" per i cittadini e i liberi professionisti dove si incrociano con trasparenza domanda e offerta di professionalità e assistenza infermieristica. E in questo senso vogliamo realizzare anche un percorso di accreditamento dei professionisti per certificare le competenze acquisite e la qualità della professione anche nel libero mercato. I protagonisti della professione non siamo solo noi a livello di Federazione, ma sono e devono essere i Collegi che la professione la rappresentano e la tutelano a misura di territorio. Per questo la nostra sarà una strategia comune di condivisione e di partecipazione.

3 Come sono i rapporti con gli altri Ordini professionali?

Ciò che vogliamo non sempre è quello che si riesce a ottenere. I rapporti con gli altri Ordini professionali li vogliamo ottimi e di collaborazione piena. E in questo senso abbiamo offerto e ribadito la volontà di un confronto costruttivo con tutte le altre professioni. La maggior parte ha raccolto il nostro invito e quel che si sta costruendo è una vera e propria rete di professionisti sanitari da cui non potranno "scappare" i bisogni dei nostri assistiti prima di essere pienamente soddisfatti. Con alcuni tuttavia, al di là dei rapporti con molti singoli che sono e restano di ottimo livello, ci sono difficoltà di comprensione per colpa però di vecchi preconcetti ormai superati anche nella pratica di tutti i giorni. È inutile girarci attorno: ci riferiamo ai medici, ai quali abbiamo più volte sollecitato un confronto sereno per mettere sul tavolo le capacità, le potenzialità e la qualità delle nostre professioni e trovare insieme un percorso che valorizzi non solo i professionisti che le rappresentano, ma soprattutto l'assistenza che devono garantire. Purtroppo però nelle ultime settimane il dialogo tra professioni sanitarie e medici si allontana dopo la recente posizione assunta dalla FnomCeO sulla revisione della legge di stabilità 2015 per quanto riguarda l'ormai famoso comma 566 e l'introduzione del concetto di "leadership medica". E con il dialogo si allontana una possibile mediazione sul "566" che ha normato la possibilità di crescita professionale

delle professioni, ma finora rimasta lettera morta. Così assieme alle ostetriche, ai tecnici di radiologia e al Conaps, abbiamo chiesto con fermezza che la legge sia applicata, senza modifiche o ulteriori attese. Una presa di posizione comune e molto forte, che non esclude tuttavia ancora una volta la nostra volontà collaborative con tutte le rappresentane professionali che siano disposte a dialogare.

4 Quali rapporti con la politica?

Con la politica direi che il cielo è sereno. Grazie anche all'impegno che verso la politica sta garantendo per gli infermieri la nostra past president Annalisa Silvestro, che come senatore presidia le aule parlamentari a appoggia la nostra Federazione anche nei rapporti con il Governo. Personalmente posso dire di avere un ottimo scambio con il ministero della Salute e che grazie a questo la professione potrà sicuramente condurre in porto numerosi aspetti finora rimasti in sospeso dell'attività degli infermieri. Indubbiamente i rapporti con la politica sono sempre un terreno delicato. Ma la nostra è una professione di ineludibile e insindacabile valore e questo, da destra a sinistra, direi che ci viene unanimemente riconosciuto.

5 Si riesce a essere lobby o a fare lobby alleandosi con altre professioni?

La risposta è un po' già in ciò che ho spiegato circa i rapporti con le altre Federazioni. È banale dire che l'unione fa la forza, di cui parlerei più che definirla lobby. Una forza che è possibile mantenere coesa grazie al fatto che tutti, proprio tutti, abbiamo come unico fine quello dell'assistenza migliore e di maggiore qualità ai cittadini. Vogliamo parlare di lobby? Bene, è proprio con questi probabilmente che dovremmo svolgere una simile attività: una "lobby" con i cittadini. Con loro nostri complici e alleati per tutelare la salute di tutti e garantire che nessuno resti fuori da ciò che è un diritto e una necessità per garantire più che la migliore qualità di vita possibile direi una vita davvero di qualità.

6 Quale futuro per la professione infermieristica? Ci sarà una specializzazione sempre più marcata con una diversificazione della figura dell'infermiere?

Direi che la professione, soprattutto negli ultimi quindici anni, ha fatto passi da gigante. Dagli anni '90 a oggi si è avuta l'istituzione del profilo professionale che ha consentito di inquadrare la professione tra quelle intellettuali, l'abrogazione del mansionario che ha permesso all'infermiere di essere non un "subalterno" di qualcuno ma un professionista del tutto autonomo nella sua attività, le lauree di primo e secondo livello, i master, i dottorati di ricerca, la dirigenza infermieristica, fino alla recente riproposizione delle specializzazioni e dell'infermiere specialista che consentirebbero non solo una gestione ottimale dell'assistenza ai pazienti grazie a un coordinamento orizzontale di figure esperte in settori delicati dell'assistenza, ma evidentemente anche una gestione migliore dei servizi, evitando sprechi e duplicazioni e quindi anche, perché no, risparmiando, senza ridurre mai la qualità. Ora le competenze specialistiche rappresentano direi il passo in più naturale di una professione che cresce costantemente.

La specializzazione maggiore che stiamo realizzando per gli infermieri ha come scopo proprio quello di rendere i nostri professionisti attori a tutto campo non solo dell'assistenza, ma anche delle scelte e delle decisioni che a questa sottendono. L'infermiere specialista non sarà un infermiere diverso, ma un infermiere che ha fatto una scelta di diversificazione della sua attività, orientandola a pieno titolo e non solo su basi volontaristiche verso necessità specifiche di aree dell'assistenza che già oggi gli sono proprie. Ma che purtroppo ancora stenta a essere pienamente riconosciuta: è inutile negarlo, la crescita professionale dell'infermiere si scontra spesso con le paure di altre professioni. Paure di un'invasione di campo che non c'è, non c'è mai stata e mai ci sarà. La recente apertura delle Regioni verso l'infermiere specialista ne è un esempio: una parte di medici non vuole una vera riorganizzazione o nuovi modelli, ma crede di poter tenere tutto e fare di tutto. Ci vuole coraggio: nessuno invade il campo di nessun'altro, siamo pronti a lavorare con tutti gli altri professionisti in un contesto organizzativo nuovo che si può e si deve realizzare. È necessario che tutti lo capiscano.

7 Quale futuro per l'Ordine?

Per l'Ordine vogliamo un futuro certo e già scritto a chiare lettere ormai da anni in tutti i testi che si sono succeduti nelle aule parlamentari e che sempre, purtroppo, sul filo di lana del traguardo si sono dovuti fermare per ragioni sicuramente diverse da quelle che riguardano la crescita professionale.

La riforma degli Ordini, affidata al Ddl S.1324, il provvedimento omnibus presentato dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin, approvato a dicembre 2013 dal Consiglio dei ministri, su cui si è avviato l'iter parlamentare a marzo 2014, è rimasto "fermo" al Senato dalla fine dello scorso anno fino al 24 marzo scorso quando in commissione Igiene e Sanità è ripreso il dibattito. Un ritardo in parte giustificato da quello di sei mesi delle altre Commissioni parlamentari chiamate a dare il rispettivo parere; finora hanno risposto in sei: la I (Affari costituzionali) il 31 luglio 2014, la II (Giustizia) il 22 ottobre, la IX (Agricoltura) il 18 giugno 2014, la XI (Lavoro) il 9 aprile 2014, la XIV (Unione europea) il 19 novembre e la Commissione Questioni regionali il 17 settembre 2014. Manca il parere della V Commissione (Bilancio), che tarda nonostante sia stato sollecitato il 12 febbraio scorso. Appena il panorama dei pareri sarà compiuto sarà sicuramente nostro dovere – grazie anche all'intervento diretto in Parlamento di Annalisa Silvestro – veglia-

re affinché questa volta nessuno freni ciò che è un diritto dei professionisti, ma anche e soprattutto una garanzia per i cittadini e per il sistema. E in questo credo che per una volta l'impegno di tutte le professioni sia davvero univoco e comune.

8 Come si sente una comasca a capo degli infermieri italiani?

Ho sentito una grande responsabilità al momento della mia nomina: quella di proseguire e garantire la crescita della professione avviata e decollata negli ultimi quindici anni, dalla legge 251 del 2000 in poi. E che soprattutto negli ultimi anni, grazie proprio alla Federazione e al suo lavoro costante, ha consentito alla professione un vero e proprio balzo avanti. Non è tanto una questione delle mie origini familiari e professionali: di quelle sono personalmente, sempre orgogliosa e riconoscente a chi mi ha formato infermiere. È una questione di sentirsi pronti a ciò che la professione chiede ai suoi vertici dal punto di vista delle tutele, ma anche delle garanzie di crescita che sono quelle grazie alle quali l'infermiere di oggi è quello che è: un professionista con la "P" maiuscola.

9 Quali ricordi hai della tua permanenza a Como?

Ho lavorato al Sant'Anna e ho presieduto il Collegio di Como fino agli inizio degli anni 2000, fino al 2004 per l'esattezza e quindi le situazioni possono essere in parte diverse da quelle che ho affrontato a suo tempo. Ma direi che una delle caratteristiche della professione nella provincia era ed è legata proprio all'assistenza territoriale che si sviluppa con una serie di percorsi facilitati anche dalla conformazione orografica del territorio, ricco di valli. L'assistenza in questo caso richiedeva un'organizzazione particolarmente articolata e la presenza di numerose strutture private accreditate aveva bisogno di garanzie sul mantenimento del giusto equilibrio e utilizzo delle prestazioni.
E della garanzia che gli infermieri coinvolti avessero tutte le caratteristiche professionali necessarie per farlo. La vicinanza con la Svizzera, poi, ha da molto tempo abituato gli infermieri comaschi a confrontarsi con modelli culturali ed organizzativi diversi e questo è sempre una ricchezza.

10 Quali progetti futuri?

Oltre a quelli che abbiamo definito con il Comitato centrale, personalmente vorrei impegnarmi perché gli infermieri credano nella loro professione e trovino in questa, nonostante spesso i momenti difficili che la crescita ci fa attraversare, lo slancio per proiettare se stessi e la loro attività verso il futuro. Se potessi parlare a uno a uno con gli infermieri, soprattutto i più giovani, gli direi che hanno scelto la professione del futuro e che non devono demordere mai. Personalmente ritengo sia meglio impegnarsi in ciò in cui si crede davvero che non correre dietro a traguardi che lascerebbero chi li raggiunge con la sensazione di aver rinunciato a qualcosa di importante. Per sé e per gli altri.
E chi vuole intraprendere la professioni infermieristica lo fa sicuramente perché crede in una serie di valori che devono andare al di là delle paure generate dalla crisi che da anni è provocata dai blocchi del turn over nelle Regioni e dall'assenza dei contratti. Lo diciamo da tempo ormai: la qualità dell'assistenza e perfino il risparmio economico che deriva dall'appropriatezza delle prestazioni è prima di tutto legata alla qualità del personale.
Ci vuole coraggio, come per affrontare qualunque cosa in cui si crede davvero. E soprattutto i giovani devono averlo per il loro futuro.

a cura di inf. Alessandra Kiszka

XVII Congresso Federazione Nazionale Collegi IPASVI: una testimonianza

ROMA, 5-6-7 MARZO 2015

Mi piacerebbe che la riflessione su queste tre intense giornate non fosse il semplice riassunto dei contenuti trasmessi durante il congresso ma che rappresentasse la possibilità di permettere a coloro che non erano presenti di raccogliere i giusti spunti per fare alcune considerazioni e poter rivivere, con coloro che hanno avuto la fortuna di partecipare all'evento, i momenti di forte emozione che ci sono stati regalati.

Il congresso si è aperto con la cerimonia di benvenuto ed il caloroso saluto offertoci dalla vicepresidente della Federazione, Barabara Mangiacavalli, seguita dalle note dell'Inno di Mameli suonate dal Quartetto vocale locale dell'orchestra di Roma Sinfonetta: sullo sfondo del palco erano presenti gli studenti del corso di Laurea in Infermieristica vestiti dei colori del tricolore. La vicepresidente Mangiacavalli ha focalizzato l'attenzione sull'importanza dei Collegi IPASVI presenti sul territorio italiano, i quali contano ben 423.397 infermieri attualmente iscritti e che compiono sessant'anni dall'attivazione del 1954.

L'apertura ai lavori congressuali è stata preceduta dall'intervento di diverse personalità di rilievo all'interno del panorama sanitario tra le quali il ministro della salute Beatrice Lorenzin che attraverso un messaggio esprime la sua vicinanza e l'apprezzamento nei confronti del lavoro svolto quotidianamente dalla professione infermieristica.

La presidente del Collegio di Roma, L.Polimeno, ci richiama ad un'importante riflessione sul momento difficile che il sistema sanitario sta attualmente attraversando come opportunità per la professione stessa, di incidere sulle politiche sanitarie e migliorare l'efficacia delle prestazioni attraverso il superamento del modello ospedalocentrico e l'integrazione del sistema pubblico, il quale ancora oggi rappresenta la principale risorsa della sanità italiana, con il privato allo scopo di ottenere per i cittadini servizi in tempi più brevi.

La relazione introduttiva di Annalisa Silvestro si è soffermata sull'analisi dell'attuale situazione che vede come protagonisti gli infermieri ed i cittadini, uniti nell'intento di creare un nuovo patto per l'assistenza che consenta di garantire uguali diritti di accesso ai servizi e di prestazioni sanitarie.

In questo panorama, in cui la numerosità degli infermieri non può certo passare inosservata, le professioni sanitarie costituiscono e devono costituire la principale risorsa per far si che la condizione economica del sistema sanitario non vada ad intaccare la qualità dello stesso. Ed allora, ecco comparire temi di grande rilievo nel dibattito attualmente aperto sull'organizzazione del sistema sanitario: ospedale per intensità di cure, territorio, multiprofessionalità, crisi economica, spending review, attenzione alle cure primarie, specializzazione dei professionisti infermieri... Tutti concetti che nel proprio quotidiano, i professionisti si sono abituati concretamente a toccare con mano: le testimonianze raccolte in occasione dell'evento, ci mostrano realtà attualmente esistenti e ben sviluppate nel nostro territorio che si sono impegnate

nel percorso di continuità assistenziale e di presa in carico della persona assistita, attraverso lo sviluppo di servizi distrettuali e la stretta collaborazione di infermieri, medici ed assistenti sociali.

In effetti, il patto per la salute approvato un anno fa, riflette queste esigenze senza però, afferma Silvestro, definire con quali risorse umane il tutto può essere realizzato.
I temi che interessano maggiormente cittadini e infermieri riguardano l'assistenza a domicilio e nel territorio.
L'ospedale è destinato a rispondere ai bisogni dei cittadini durante la fase acuta della malattia ma una volta superata l'acuzie, a chi possono rivolgersi?
In particolare, ciò che emerge dalle relazioni nel corso dei tre giorni, è la chiara necessità di potenziare l'assistenza alle persone affette da patologia cronica, le quali costituiscono il 70% della popolazione presente sul territorio nazionale. Questo dato non può certamente passare inosservato e dovrebbe, anzi, costituire la base per lo sviluppo di strategiche politiche sanitarie in cui inevitabilmente, l'infermiere dovrebbe poter rappresentare una risorsa essenziale.
Attualmente, molte persone si rivolgono ad infermieri ma altre volte, a causa prevalentemente di motivi economici, si affidano a figure non professionali o all'autoassistenza.
''L'orientamento deve essere, invece, diverso; bisogna andare verso la costituzione di aggregazioni multiprofessionali, verso la creazioni di reti assistenziali, verso l'assistenza nel domicilio dei cittadini, verso gli ospedali di comunità e le strutture intermedie", afferma la presidente della Federazione.
Il tema del domicilio e del territorio rappresenta la centralità del rinnovo del patto infermiere-cittadini in previsione di un aumento esponenziale del tasso di disabilità e della spesa sanitaria prevista per i prossimi anni. Il tutto si lega ad un importante cambiamento del paradigma di salute che si è sviluppato negli anni: le persone hanno modificato la propria concezione di salute riferendosi alla capacità di adattarsi ed autogestirsi nonostante possano esservi delle limitazioni (G. Maciocco); ciò che invece non si modifica, afferma Manzoni, è il bisogno di assistenza: in un'epoca di proceduralizzazione, non si sono modificati i bisogni delle persone ma il modo ci concepire gli stessi.
Numerose relazioni presentate al convegno, riguardavano risposte concrete che gli infermieri italiani hanno fornito ai propri assistiti basandosi proprio sul cambio di paradigma del concetto di salute: l'importanza di coinvolgere la persona assistita per trasformarla in risorsa e sviluppare una nuova cultura sanitaria che si distacchi dal paternalismo e dall'idea di doversi necessariamente ''sostituire'' per poter assistere le persone.
Ecco allora che emerge l'immagine dell'infermiere come counsellor allo scopo di fornire l'educazione necessaria all'autoassistenza, richiamandoci al concetto di self-care ed al modello teorico di Orem.
Un altro aspetto che costituisce una parte fondamentale nel percorso di sviluppo professionale che gli infermieri italiani stanno percorrendo, riguarda lo sviluppo della ricerca infermieristica: ricerca vista come fonte di arricchimento del proprio sapere professionale e confronto con realtà maggiormente sviluppate. Da questa riflessione, la necessità di favorire lo sviluppo di centri di eccellenza per la ricerca favorendo la qualità dell'assistenza infermieristica erogata.

L'idea di potenziare la rete socio-sanitaria presente o per meglio dire, non presente sul territorio, sappiamo non essere recente ma tuttavia non sembra ancora essersi concretizzata.
Nel 1889 Florence Nightingale affermava:"Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è di curare il malato a casa sua (...) intravedo la sparizione di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi. (...) ma a che cosa serve parlare ora dell'anno 2000?"
A questa formidabile previsione si lega l'evoluzione territoriale alla quale assisteremo nei prossimi anni.

La tematica dello sviluppo della rete socio-sanitaria sul territorio è direttamente correlata allo sviluppo delle competenze infermieristiche sia in chiave assistenziale che manageriale. Anche in questo caso, il percorso legislativo è già stato definito ma senza assumere forma concreta nella realtà italiana.
Annalisa Silvestro ci richiama alla necessità di avere infermieri generalisti e specialisti pronti e formati, in grado di lavorare in rete per ottenere i risultati migliori per la collettività e la professione stessa.
"Io uso il temine nursing come stimolo di miglioramento", scriveva la Nightingale e dietro questo termine si celano i progressi della nostra professione: l'istituzione del profilo professionale, l'abrogazione del mansionario, le lauree di primo e secondo livello, i master, i dottorati di ricerca, la dirigenza infermieristica fino allo sviluppo delle specializzazioni.
Il riordino delle competenze sembra essere l'occasione per una riflessione sull'impostazione dei processi clinico assistenziali e sulle potenzialità delle diverse professioni ed in particolare, della professione infermieristica, per poter recuperare efficienza, appropriatezza e continuità nella risposta socio-sanitaria.
Al tema dello sviluppo delle competenze infermieristiche, sono state chiaramente affiancate delle critiche da parte dell'opinione pubblica: alcuni ritengono che delineando le funzioni dell'infermiere specialista si corra il rischio di tornare al modello mansionaristico, altri che questa evoluzione possa rappresentare un'invasione di campo.
Tra le immagini che scorrono in uno dei tanti video che ci sono stati mostrati in questi tre giorni, c'è quella che ritrae gli infermieri durante le manifestazioni a Roma degli anni passati...

"Chi ha paura di un infermiere più qualificato?".
Particolarmente interessante è stato uno studio del 2014 presentato da F.Piacenti (Presidente Istituto EURES Ricerche Economiche e Sociali) che ha riguardato un'indagine condotta in diverse unità operative di un ospedale italiano, con l'obiettivo di misurare l'incidenza del quadro normativo sull'introduzione dell'infermiere specialista da parte medica. Dallo studio emerge che l'80% dei medici intervistati si dichiara favorevole all'introduzione dell'infermiere specialista dimostrando reale interessamento alla qualità dell'assistenza erogata mentre il restante 20% è contrario poiché, secondo gli intervistati, genererebbe sovrapposizione di ruoli e servirebbe solo a ridurre i costi.
Gli infermieri hanno sempre saputo lottare per affermare la propria personalità professionale e hanno anche saputo vincere gran parte delle loro battaglie.
Attualmente, ritengo che gli infermieri godano di un'importante consapevolezza in merito al proprio ruolo ed alle proprie competenze; questa preziosa consapevolezza è offerta dalla formazione universitaria e dalle associazioni infermieristiche che da sempre ci rappresentano e che rivestono l'importante ruolo di guidare e supportare i professionisti.
Una riflessione che ritengo essere di particolare rilievo, deriva dall'intervento di Mario Del Vecchio, il quale afferma che il futuro degli infermieri dipenderà anche da come si sapranno muovere gli infermieri stessi. I professionisti devono riuscire ad affermarsi per la conquista e lo sviluppo di nuovi ruoli. L'infermiere è una professione come le altre: perché per avere un ruolo manageriale agli infermieri è richiesto un master mentre agli altri professionisti no?!
Del Vecchio rimarca con insistenza la componente di responsabilità della professione stessa nel futuro degli infermieri soprattutto per quanto riguarda la diffusione di nuovi modelli declinati su diversi ambienti (ad esempio: Federazione IPASVI come contenitore generale, Collegi provinciali come declinazione specifica). Oggi, aggiunge Del Vecchio, termini di ''appartenenza" del linguaggio infermieristico come "olistico", "cura della persona", "personalizzazione delle cure"... stanno diventando senso comune determinando un'urgenza nella diffusione di nuovi modelli e nel riaffermarsi della professione stessa.

Un altro tema centrale che sta particolarmente a cuore a chi scrive, riguarda quello della partecipazione della popolazione alle scelte che riguardano la propria salute e che durante il convegno viene trattato dal Tonino Aceti (Coordinatore Nazionale Tribunale per i Diritti del Malato- Responsabile Coordinamento Nazionale delle Associazioni Malati Cronici di Cittadinanza). "I cittadini percepiscono la vicinanza degli infermieri e questo si percepisce anche dalla

scelta del titolo per questo convegno" prosegue Aceti, " c'è bisogno di persone coraggiose e oggi le persone coraggiose sono i cittadini e gli infermieri".
Con questo importante messaggio di collaborazione tra infermieri e cittadini, si ribadisce la necessità di una partecipazione vera e motivata da parte della popolazione al dibattito sul futuro e lo sviluppo della professione infermieristica come segno di un significativo passo in avanti. Infatti, il riconoscimento professionale è determinante se ampliato alla popolazione stessa e può rappresentare un punto di forza per uno scenario normativo e organizzativo che sta cambiando e che, se non guidato, potrebbe richiedere e/o esprimere professionalità snaturata dalla sua radice storica.
Vorrei concludere la riflessione come fatto dalla presidente della Federazione Silvestro al termine del suo discorso introduttivo al convegno con una definizione di Florence Nightingale a noi ben nota: " L'assistenza è un'arte e se deve essere realizzata come un'arte, richiede una devozione totale e una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore, con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano, il tempio dello spirito di Dio. È una delle Belle Arti. Anzi, la più bella delle Arti Belle".

RISCOSSIONE QUOTE ANNO 2015

Ricordiamo agli iscritti che il termine per il pagamento della quota di iscrizione per l'anno 2015 è scaduto il **28/02/2015**
Coloro i quali non hanno ancora provveduto al pagamento della quota, per non incorrere nell'apertura della procedura di morosità, sono pregati di versare al più presto l'importo di € 70,00 utilizzando una delle seguenti modalità:

- ☐ **c/c postale n. 40220469**
- ☐ **bonifico bancario cod. IBAN IT49E 07601 10900 000040220469**

Intestato a: Collegio IPASVI Como – causale "quota di iscrizione anno 2015" ed inviare copia della ricevuta via fax al n. 031/262538

Ricordiamo agli iscritti che hanno pagato la quota di iscrizione con bonifico bancario, di accertarsi, qualora il c/c sia intestato al marito/moglie o ad altra persona, che ci sia il proprio nominativo nella causale.

Per qualsiasi informazione contattare la segreteria.
Orari di Segreteria:
da lunedì a venerdì 8.30/12.00 - 14.00/16.30
Tel. 031/300218
Mail: info@ipasvicomo.it

a cura della Commissione Immagine

Giornata Internazionale dell'Infermiere 2015

Si è svolta in Piazza Volta, a Como, La Giornata Internazionale dell'Infermiere 2015. Dalle ore 10 alle ore 18 non è stata solo festa ma anche occasione di incontro con la popolazione, nel rispetto del significato più profondo che questa giornata ha per la nostra Professione. L'educazione sanitaria l'ha fatta da padrona con più stand che hanno accompagnato l'intero svolgimento della giornata. Grande interesse è stato riscosso dalla dimostrazione delle manovre di disostruzione delle vie aeree nel lattante e nel bambino, tenute con grande capacità di coinvolgimento da parte degli infermieri certificati IRC e Salvamento Accademy. Ma non solo, con il patrocinio di OSDI, Operatori Sanitari Diabetici Italiani, abbiamo attirato l'attenzione dei passanti con la somministrazione di un test predittivo per la possibilità di sviluppare la patologia diabetica e agendo in termini di prevenzione. Gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica si sono dedicati alla misurazione della pressione arteriosa e alla promozione del Corso di Laurea stesso. Per sfondo una galleria fotografica che ha dato il nome alla giornata "L'evoluzione infermieristica: ieri, oggi e domani".Con noi la graditissima presenza della neoeletta Presidente della FNC Ipasvi, Dott.ssa Barbara Mangiacavalli.

La prova più tangibile del cambiamento in atto è stata offerta dalla premiazione del concorso di ricerca infermieristica bandito da questo Collegio: "L'Infermiere di famiglia e di comunità. Una proposta per lo sviluppo delle cure primarie". Un tema più che mai attuale che tiene il passo con la necessità di cambiamento che il Sistema Sanitario Nazionale ci chiede. L'infermiere di famiglia è già una realtà, ma è ancora una figura poco diffusa e soprattutto poco conosciuta.

Al primo posto si sono classificati Petean Marco e Cerne Diana. "L'Infermiere di famiglia e di comunitànell'AAS4 Friuli Centrale: progetto di sviluppo delle cure primarie".

Secondo classificato: Cannone Fabio.

"L'Infermiere di famiglia e di comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie".

Al terzo posto: Miniscalco Davide, Simonetti Valentina, Comparcini Diana, Cicolini Giancarlo.

"Efficacia dell'infermiere di famiglia nel corretto automonitoraggio della pressione arteriosa a domicilio: studio randomizzato controllato".

Il 9 maggio è stata anche l'occasione per presentare la nascita di "Goccia dopo Goccia" l'associazione fondata il 24 Febbraio 2015 da una collega, Valentina Bianchi, e da altre quattro mamme, che ha lo scopo di sostenere il reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Valdu-

Foto 1

Foto 2

Foto 3

ce di Como, attraverso la promozione della ricerca scientifica nel campo della neonatologia, l'assistenza alle famiglie dei piccoli pazienti, la donazione di attrezzature e l'organizzazione di iniziative di sensibilizzazione, perché "Un passo dopo l'altro si va lontano... Per aiutare chi non ce la fa!".

Il Collegio IPASVI di Como ha anche avuto la possibilità di presentare una nuova collaborazione, quella con Medici con l'Africa. A breve troverete sul nuovo sito il bando di selezione per poter partecipare a questo importante progetto di scambio con gli Infermieri ugandesi (foto 1).

Un sentito GRAZIE a tutti coloro che hanno partecipato alla realizzazione e alla riuscita di questa splendida giornata da parte dell'intero Consiglio Direttivo.

Un ringraziamento speciale ai musicisti che hanno dato colore alla manifestazione, in particolare ai componenti della Simpaty Band e di Oltre il giardino project.

Gl Gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, sede di Como (foto 2).

Barbara Mangiacavalli, Presidente FNC Ipasvi; Donatella Pontiggia, Coordinatore corso di Laurea in Infermieristica; Oreste Ronchetti, Presidente Ipasvi Como (foto 3).

CONCORSO DI RICERCA INFERMIERISTICA INDETTO DAL COLLEGIO IPASVI DI COMO: LE TESI PREMIATE DURANTE LA GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE 2015

L'infermiere di comunità nell'AAS 4 Friuli centrale: progetto di sviluppo delle cure primarie

Petean Marco, Infermiere, Azienda per l'Assistenza Sanitaria 4 "Friuli Centrale", Distretto di Udine, Servizio Infermieristico Domiciliare
Cerne Diana, Infermiera, Azienda per l'Assistenza Sanitaria 2 "Bassa Friulana-Isontina", PO San Polo di Monfalcone (GO), Dipartimento Materno-Infantile

Maggio 2015

Abstract

L'obiettivo dello studio è stato quello di sviluppare le cure primarie nell'AAS 4 Friuli Centrale, attraverso l'introduzione di un modello organizzativo che favorisca l'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e distrettuale superando i modelli assistenziali di tipo prestazionale a favore di un approccio relazionale.

L'obiettivo secondario è stato quello di individuare dalla letteratura scientifica una serie di indicatori di risultato sensibili alle cure infermieristiche domiciliari, allo scopo di valutare la qualità dell'assistenza erogata alla popolazione. L'approccio metodologico scelto è stato multi-metodo. Sono state analizzate e confrontate esperienze nazionali ed internazionali di erogazione delle cure primarie, è stata condotta la revisione della letteratura rispetto agli indicatori di risultato sensibili alle cure domiciliari ed è stato realizzato un focus group con testimoni privilegiati esperti di cure primarie, per determinare le competenze core e stilare il profilo di ruolo dell'Infermiere di Comunità dell'AAS 4 Friuli Centrale. Infine, in accordo con le strategie proposte dall'OMS nel progetto Health 21, allo scopo di sviluppare conoscenze, competenze ed abilità degli infermieri impiegati nelle cure primarie, è stato progettato un percorso formativo ad hoc denominato "Le competenze dell'Infermiere di Comunità dell'AAS 4 Friuli Centrale".

Parole chiave: cure primarie, Infermieristica di Comunità, community care.

Introduzione

Dall'analisi dell'organizzazione delle cure primarie nell'ambito dei Distretti dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.4 Friuli Centrale, è stato rilevato come il modello assistenziale maggiormente in uso sia di tipo prestazionale, centrato sull'erogazione delle prestazioni infermieristiche da un punto di vista tecnico (Pellizzari, 2008).

Altre modalità organizzative che prevedono approcci relazionali e di rete, che sappiano privilegiare un'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e distrettuale come le Community care, (Ridolfi, 2011) sono presenti dal 2006 "a macchia di leopardo" sul territorio dell'AAS 4 e gli infermieri dedicati, non sono mai stati formati *ad hoc* sulle tematiche *core* dell'Infermieristica di Comunità.

L'attuale organizzazione delle cure primarie, com-

porta un'offerta assistenziale disomogenea, all'interno dei Distretti dell'AAS 4 Friuli Centrale.
Questo è stato ritenuto il problema di partenza per il progetto di ricerca, che ha avuto l'obiettivo di sviluppare un'ipotesi di miglioramento dei servizi delle cure primarie attraverso l'introduzione di soluzioni organizzative di tipo comunitario ed un approccio di tipo relazionale in grado di superare i modelli assistenziali di tipo prestazionale.
Secondo l'approccio relazionale l'assistenza è intesa come risposta a tutti i bisogni fisici, sociali, psicologici, spirituali della persona ed essa è integrata di concerto tra le diverse competenze istituzionali e le risorse formali e informali che interagiscono all'interno della comunità (Pellizzari, 2008).

Quesiti di ricerca

- Qual'é il modello organizzativo delle cure primarie in grado di fornire assistenza infermieristica ai pazienti, privilegiando un approccio relazionale e di rete, da introdurre nell'AAS 4 Friuli Centrale?
- Quali sono gli indicatori di risultato sensibili alle cure infermieristiche domiciliari?

Obiettivi della ricerca

Gli obiettivi del progetto erano:

a) sviluppare le cure primarie attraverso l'introduzione di un modello organizzativo che privilegi un approccio relazionale e l'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e distrettuale;
b) fare acquisire agli infermieri competenze infermieristiche specifiche, rispetto alle aree di intervento previste dall'Infermieristica di Comunità;
c) individuare tramite la revisione della letteratura una serie di indicatori di risultato sensibili alle cure infermieristiche domiciliari, utili a valutare l'azione degli Infermieri di Comunità.

Materiali e metodi

Disegno della ricerca

L'approccio metodologico utilizzato è stato di tipo multi-metodo:

a) è stata condotta una revisione della letteratura sui modelli organizzativi delle cure domiciliari e sui set di indicatori di risultato sensibili alle cure infermieristiche domiciliari;
b) sono state analizzate e confrontate esperienze nazionali ed internazionali di erogazione delle cure primarie, allo scopo di determinare le best practice da implementare nel setting di studio;
c) è stato realizzato un focus group con testimoni privilegiati, 10 professionisti delle cure primarie, per determinare le competenze core e stilare il profilo di ruolo dell'Infermiere di Comunità dell'AAS 4 Friuli Centrale.

Strumenti

È stata eseguita l'analisi della bibliografia con l'obiettivo di:

a) analizzare e confrontare le esperienze nazionali ed internazionali di erogazione delle cure primarie, allo scopo di individuare il modello organizzativo da implementare nell'AAS 4 Friuli Centrale;
b) individuare dalla revisione della letteratura un set di indicatori di risultato sensibili alle cure infermieristiche domiciliari.

L'indagine è stata effettuata consultando la banca dati elettronica Medline ed è stata condotta attraverso termini MeSH e parole chiave libere. Inoltre, sono state reperite ed analizzate le fonti normative Regionali, Nazionali ed Europee rispetto all'organizzazione delle cure primarie.
È stata utilizzata una metodologia di tipo qualitativo (Lo Biondo-Wood & Haber, 2004) per determinare le competenze core e stilare il profilo di ruolo dell'Infermiere di Comunità dell'AAS 4 Friuli Centrale. Infatti è stato realizzato un focus group con 10 testimoni privilegiati, (3 infermieri, 3 coordinatori infermieristici, 3 responsabili infermieristici di Distretto e un dirigente delle professioni sanitarie, area infermieristica).
Le domande chiave erano:

- Secondo lei, quali sono le attività principali che dovrebbe svolgere l'Infermiere di Comunità all'interno dei Distretti dell'AAS 4 Friuli Centrale?
- Quali sono gli obiettivi principali, rispetto ai quali dovrebbe essere orientata l'attività dell'Infermiere di Comunità, al servizio della popolazione?
- Quali sono le competenze core che dovrebbe possedere un infermiere per svolgere il ruolo di Infermiere di Comunità?

Popolazione

Sono coinvolti nel progetto tutti gli infermieri impiegati nelle cure domiciliari nell'ambito dell'ASS 4 Friuli Centrale, i coordinatori ed i responsabili infermieristici dei Distretti, circa 100 professionisti.

Piano organizzativo della ricerca

Allo scopo di raggiungere gli obiettivi proposti si è operato secondo i punti di seguito descritti:

1. Analisi dello stato dell'arte delle cure primarie nell'AAS 4 Friuli Centrale.
2. Valutazione delle modalità organizzative in uso: le differenze all'interno dei diversi servizi e Distretti, i punti di forza e di debolezza.
3. Revisione della letteratura con la finalità di individuare il modello organizzativo da prendere come riferimento per sviluppare le cure primarie nell'AAS 4 Friuli Centrale.
4. Definizione delle modalità di introduzione in tutto il territorio aziendale del modello organizzativo da implementare, Infermieristica di Comunità, tramite:
   - la determinazione della vision e del profilo di ruolo dell'Infermiere di Comunità dell'AAS 4 Friuli Centrale;
   - la progettazione di un percorso formativo destinato a tutti gli infermieri impegnati nelle cure primarie dell'AAS 4 Friuli Centrale.
5. Definizione delle modalità di realizzazione ed implementazione del progetto nel contesto

organizzativo (tempi, modalità di conduzione, valutazione del progetto ed analisi delle risorse disponibili).
6. Presentazione del progetto alle equipe assistenziali dei vari Distretti.
7. Verifica dell'acquisizione da parte degli infermieri, delle competenze contenute nel profilo di ruolo dell'Infermiere di Comunità.
8. Individuazione dalla letteratura scientifica dei set di indicatori sensibili alle cure domiciliari e diffusione tra agli operatori;
9. Introduzione del modello organizzativo dell'Infermiere di Comunità in tutto il territorio aziendale e in tutti i Distretti.
10. Valutazione a distanza di un limite di tempo prefissato, sei mesi (prima valutazione), dall'introduzione della nuova modalità organizzativa, dell'impatto dell'Infermieristica di Comunità sui risultati degli indicatori di risultato disponibili.

Risultati

Dopo la fase di revisione della letteratura e della normativa relativa alle cure primarie, si è deciso di proporre l'adozione su tutto il territorio dell'AAS 4, in modo omogeneo ed esclusivo del modello organizzativo dell'Infermieristica di Comunità, per l'erogazione dell'assistenza domiciliare.
Questa, infatti è ritenuta la modalità più vicina alle indicazioni dell'OMS esplicitate nel documento Health 21, dove il professionista, denominato Infermiere di Famiglia, è ritenuto la figura chiave nel contesto delle cure primarie del XXI secolo (OMS, 1998; Sasso et al., 2005).
In accordo con Pellizzari et al. (2002, 2008) si è deciso di propendere per la denominazione di Infermiere di Comunità in luogo di Infermiere di Famiglia, descrivendolo come il tessitore di una rete che unisce l'utente e la sua famiglia con i servizi sanitari e sociali e le altre risorse della comunità.
Per raggiungere questo scopo, l'Infermiere di Comunità dovrà trovare supporto oggettivo dal contenuto delle attività che non saranno solo prestazionali (in risposta al bisogno espresso), ma anche e soprattutto relazionali, orientate ad offrire alla popolazione seguita, assistenza infermieristica avanzata, nella logica del primary nursing (Zanotti, 2002).
Al fine di introdurre uniformemente l'Infermiere di Comunità nel contesto operativo dell'AAS 4, si è ritenuto opportuno delinearne la vision, il profilo di ruolo, progettare un percorso formativo e individuare gli indicatori utili a misurare l'efficacia delle cure infermieristiche erogate.

1. La vision dell'infermiere di comunità dell'AAS 4 Friuli Centrale

- Empowerment del paziente, della famiglia, del caregiver e della comunità.
- Integrazione multi professionale per assicurare la continuità delle cure tra ospedale e territorio.
- Valorizzazione delle risorse formali ed informali disponibili nella comunità.
- Avvicinamento dei servizi sanitari al paziente, alla famiglia ed alla comunità.
- La casa è l'ambiente in cui i membri della famiglia possono farsi carico insieme dei problemi di salute.

2. Il profilo di ruolo dell'infermiere di comunità dell'AAS 4 Friuli Centrale

Il profilo di ruolo è ritenuto uno strumento utile in tutte le fasi del processo di gestione delle risorse umane: reclutamento, mobilità e progettazione della formazione. Per fare ciò, sono state prese come riferimento le macrocompetenze dell'infermiere di famiglia individuate dall'OMS è ed stato quindi organizzato un focus group con dieci professionisti impegnati nell'ambito delle cure domiciliari allo scopo di delinearne i criteri di performance. È stato quindi redatto il Profilo di Ruolo dell'Infermiere di Comunità dell'AAS 4, come di seguito descritto:
Obiettivo principale del ruolo:
È il professionista che mantiene lo stretto contatto con i pazienti, le famiglie e la comunità di riferimento ed assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con i medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari, nell'ambito delle competenze proprie di ciascuna professionalità (Pellizzari, 2008).
All'Infermiere di Comunità è richiesto di essere competente nel:
- Erogare assistenza
- Prendere decisioni
- Comunicare
- Essere leader di comunità
- Essere manager (OMS, 1998).

Per ciascuna macro attività sono state declinati da 4 a 7 criteri di performance, utili per indirizzare il professionista nella sua attività clinica quotidiana.

3. Progettazione del percorso formativo "Infermiere di comunità nell'AAS 4 Friuli Centrale"

In accordo con l'OMS (1998) e con altri autori, che sottolineano l'importanza della formazione degli infermieri impiegati nelle cure primarie ed in particolare degli Infermieri di Comunità (Massai, 2012; Menarello, 2012), allo scopo di sviluppare ed uniformare le conoscenze, le competenze e le abilità degli infermieri impiegati nelle cure domiciliari e di introdurre in modo omogeneo nel contesto dell'AAS 4 il modello organizzativo dell'Infermieristica di Comunità si è deciso di proporre un percorso di formazione, denominato "Le nuove competenze dell'infermiere di comunità dell'AAS 4 Friuli Centrale".
Infatti, l'Infermiere di Comunità, esperto nell'area della fragilità e cronicità, necessita di un percorso formativo specifico e comprensivo delle seguenti aree tematiche: gestione dei percorsi assistenziali nella fragilità/cronicità, case management per la continuità assistenziale, educazione alla salute e counselling infermieristico (Massai, 2012).
Per progettare il percorso di formazione permanente si decide di seguire le seguenti fasi del processo di formazione:
1. Analisi dei bisogni di for-

Tab. 1: Percorso formativo "Le competenze dell'infermiere di comunità dell'AAS 4 Friuli Centrale": moduli

1. Introduzione: Il corso per infermieri di comunità.
2. Erogare assistenza: lavorare con le famiglie e le comunità.
3. Il processo decisionale.
4. Gestire l'informazione e la ricerca.
5. Erogare assistenza. L'infermiere lavora con e per la comunità.
6. Gestire le risorse. L'infermiere di comunità ed il ruolo di case manager.
7. Leadership e lavoro multidisciplinare.

Tab. 2: Aree di dominio per misurare l'impatto del modello organizzativo "Infermiere di comunità" (Pordenon et al., 2012)

1. Mantenimento della capacità dell'anziano di gestire in autonomia il problema di salute.
2. Aumento della qualità di vita ed efficacia negli utenti/famiglia.
3. Personalizzazione delle cure.
4. Rafforzamento delle reti di comunità.
5. Rafforzamento della capacità di cura della famiglia.
6. Potenziamento della continuità delle cure.
7. Appropriatezza dell'istituzionalizzazione.
8. Anticipazione della presa in carico.
9. Aumento della sicurezza di utenti/famiglie.
10. Rafforzamento dell'integrazione del team territoriale.
11. Aumento della possibilità di offrire prestazioni avanzate.
12. Vicinanza alle popolazioni fragili.

mazione;
2. Progettazione;
3. Attuazione;
4. Valutazione dei risultati.

Il percorso formativo è stato strutturato in 7 moduli, per un totale di 150 ore. (Tabella 1).

4. Misurare l'efficacia delle cure infermieristiche domiciliari

Un aspetto fondamentale del progetto di sviluppo delle cure primarie è la costruzione di una modalità che consenta di valutare la qualità assistenziale delle cure domiciliari e dei risultati conseguiti (Head et al., 2003; Palese et al., 2008; Pordenon et al., 2012).

È infatti molto importante quantificare il contributo reso dall'Infermiere di Comunità dell'AAS 4, nel miglioramento della qualità e più in generale sugli esiti forniti all'utenza ed alla rete dei servizi sanitari.

In Italia uno studio del 2008 condotto da Palese et al., ha permesso la costruzione di un set di indicatori al fine di poter misurare l'impatto del modello organizzativo Infermiere di Comunità.

I risultati hanno permesso l'individuazione di undici ambiti (o domini) per i quali l'infermieristica di comunità contribuisce a migliorare lo stato di salute (Tabella 2). Per ognuno di essi sono stati individuati gli indicatori di struttura, processo ed esito (in totale 83 indicatori) su tre livelli o prospettive: la famiglia e l'utente, la comunità ed il sistema.

Gli indicatori individuati possono essere utilizzati, attraverso progetti di ricerca, al fine di discriminare gli esiti prodotti dal modello organizzativo di infermieristica di comunità dagli esiti prodotti dal modello basato sulle prestazioni (Palese et al., 2008; Pordenon et al., 2012).

4.1 Indicatori di verifica degli esiti attesi

Indicatori relativi agli infermieri:

- Rapporto percentuale tra gli infermieri che hanno frequentato il percorso formativo "Le nuove competenze dell'infermiere di comunità nell'AAS 4 Friuli Centrale" sul totale degli infermieri impegnati nell'assistenza domiciliare.

Indicatori relativi all'organizzazione:

- Rapporto tra il numero delle sedi dell'Infermiere di Comunità ed i comuni dell'AAS 4 Friuli Centrale.
- Rapporto tra il numero prestazioni dedicate all'educazione all'autogestione del paziente (IA) prima e dopo l'attuazione del progetto.
- Rapporto tra il numero prestazioni dedicate all'attività di rete (ATR) prima e dopo l'attuazione del progetto.

Indicatori relativi agli utenti: Rapporto tra gli esiti dei pazienti assistiti dall'Infermiere di Comunità, secondo l'approccio relazionale, rispetto alla modalità di assistenza prestazionale" in uso precedentemente, circa:

- Numero di accessi al pronto soccorso;
- Numero di ricoveri in ospedale (tasso di ospedalizzazione ricoveri/1000 abitanti).

Obiettivo atteso: Riduzione numero degli accessi in Pronto Soccorso, dei ricoveri ospedalieri e delle riammissioni improprie.

- Aumento numero dei pazienti presi in carico a domicilio rispetto ai ricoveri in strutture protette.
- Aumento decessi a domicilio nelle classi dei pazienti terminali e dei grandi anziani.
- Aumento degli accessi domiciliari per l'esecuzione di prestazioni educative.
- Diminuzione del numero degli accessi a domicilio per situazioni risolvibili grazie all'intervento dei caregiver, precedentemente educati dagli Infermieri di Comunità, nell'ottica dell'empowerment del paziente e delle famiglie.

Discussione

Il coinvolgimento nel corso del progetto degli infermieri e dei coordinatori infermieristici è stato vissuto positivamente all'interno dell'organizzazione ed è stato un punto di forza, in accordo con il principio

che i cambiamenti condivisi sono quelli che offrono i migliori risultati. La metodologia, le tecnologie e gli strumenti utilizzati si sono rivelati idonei agli obiettivi esplicitati all'inizio del percorso progettuale.
Inoltre, in accordo con quanto riportato in letteratura (Sasso et al., 2005; Tartaglini, 2006), il profilo di ruolo dell'Infermiere di Comunità inoltre, è uno strumento ritenuto utile per uniformare le competenze degli infermieri destinati all'assistenza domiciliare, in particolare all'organizzazione permette di:

- conoscere e valorizzare le risorse esistenti (mappatura);
- gestire una corretta pianificazione delle risorse (piani di sostituzione);
- sostenere il sistema premiante in rapporto agli obiettivi ed alle strategie aziendali (incentivi economici);
- fornire ai coordinatori infermieristici ed ai responsabili infermieristici di SOA gli strumenti ottimali di gestione delle risorse affidatele (per azioni di sviluppo e progettazione della formazione).

Per i professionisti, inoltre, i vantaggi di lavorare in un organizzazione che valuta e valorizza le competenze del singolo sono quelli di:

- conoscere e valorizzare le proprie risorse;
- effettuare scelte professionali più coerenti;
- gestire con efficacia i momenti di cambiamento;
- prendere coscienza della spendibilità della propria professionalità in tutta la sua ampiezza;
- negoziare meglio il proprio ruolo all'interno dell'organizzazione;
- definire le aree di miglioramento della propria professionalità;
- rendere più efficaci gli interventi di formazione ed autoformazione.

Conclusioni

Nell'attuale panorama delle cure primarie è chiara la necessità di un'assistenza integrata e coerente come risposta ai problemi di salute (Ridolfi, 2011). Inoltre, le innovazioni dei servizi sanitari alle persone possono funzionare e dare esiti positivi se si fondano su alcune opzioni operative che hanno un sostanziale fondamento etico come l'auto-aiuto, l'umanizzazione delle pratiche cliniche e organizzative, l'ascolto dei bisogni, la ricerca della collaborazione con le famiglie e la comunità (Pellizzari, 2008).
In questa prospettiva il contributo dell'Infermiere di Comunità, come declinato in questo progetto, può essere significativo e decisivo per il potenziamento dei servizi realmente fruibili dalle persone e dalle loro famiglie del territorio dell'AAS 4 Friuli Centrale, con l'obiettivo specifico dell'implementazione delle cure primarie.

Bibliografia

- Head BJ, Maas M, Johnson M. Validity and community-health-nursing sensitivity of six outcomes for community health nursing with older clients. Public Health Nurs 2003;20(5):385-3
- Lo Biondo-Wood G, Haber J. Metodologia della ricerca infermieristica. Milano: McGraw-Hill, 2004.
- Massai D. Dall'infermiere domiciliare all'infermiere di comunità: i programmi della regione Toscana. Abstract book: 4° Congresso Europeo Home Care, Milano: 2012.
- Menarello G. La formazione dell'infermiere di famiglia e di comunità in Italia: l'esperienza dell'università di Torino. Abstract book: 4° Congresso Europeo Home Care, Milano: 2012.
- OMS- WHO Regional Office for Europe. Health 21, Health for all in the 21st century. Programma Salute 21- Salute per tutti nel XXI secolo. Copenhagen, 1998.
- Palese A, Beltrame E, Bin A et al. Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura. Assist Inferm Ric 2008;27(1):33-42.
- Pordenon M, Pellizzari M, Anastasia D. Indicatori di esito del progetto "Infermiere di Comunità" dell'ASS 5 "Bassa Friulana". Abstract book: 4° Congresso Europeo Home Care, Milano: 2012.
- Pellizzari M, Zuttion R, Togni G. Il progetto "Infermiere di Comunità" elemento di una strategia di welfare comunitario, Nursing Oggi 2002;3:35-40.
- Pellizzari M. L'infermiere di comunità, dalla teoria alla prassi. Milano: McGraw-Hill, 2008.
- Ridolfi L. La Community care come modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale. Prof Inferm 2013;66(4):215-222.
- Sasso L, Gamberoni L, Ferraresi A, Tibaldi L. L'infermiere di famiglia, scenari assistenziali e orientamenti futuri. Milano: McGraw-Hill, 2005.
- Tartaglini D. L'infermiere e la comunità. Roma: Carocci editore, 2006.
- Zanotti R. Filosofia e Teoria del Nursing. Padova: Summa, 2002.

L'infermiere di famiglia e di comunità. Una proposta per lo sviluppo delle cure primarie

Inf. Cannone Fabio

Indice

CAPITOLO 1
Dai concetti fondamentali alla presentazione della tesi
- **1.1** Definizione del ruolo dell'infermiere secondo il Codice Deontologico
- **1.2** L'infermiere di comunità e le cure primarie

CAPITOLO 2
- **2.1** Obiettivo dello studio
- **2.2** Materiali e metodi

CAPITOLO 3
RISULTATI
Analisi statistica dei dati ottenuti

CAPITOLO 4
DISCUSSIONE

CAPITOLO 5
CONCLUSIONE
I traguardi da raggiungere

- **Bibliografia**
- **Allegato**

CAPITOLO 1
Dai concetti fondamentali alla presentazione della tesi

La professione infermieristica per sua natura, è in continuo mutamento. La scienza infermieristica, basata sul progresso scientifico è per definizione dinamica, attiva, in costante avanzamento verso il miglioramento metodologico e scientifico che empiricamente si traduce in un'assistenza sempre più efficiente e al passo con le esigenze del cittadino/malato.
Tutto ciò è deontologicamente stabilito, normalmente riconosciuto e auspicato nel senso propriamente semantico della parola; purtroppo tutto questo molto spesso rimane disatteso, traducendosi in un servizio infermieristico di tipo puramente tecnicistico, confinato tra le mura dell'Unità Operativa dove gli infermieri si sentono più realmente appartenenti.
In termini di assistenza ne fanno le spese coloro i quali non vengono compresi nel servizio puramente svolto all'interno dell'Unità Operativa, ed è questo il caso della comunità intesa come facente parte di quella sfera di prestazioni e interessi che non sono necessariamente erogate all'interno delle strutture ospedaliere.
Le applicazioni del nursing nella sfera sociale sono

molteplici e per certi versi ancora inesplorate ma quanto mai necessarie per lo sviluppo di questa professione a 360°.

1.1 Definizione del ruolo dell'infermiere secondo il Codice Deontologico

Il Codice Deontologico definisce l'infermiere come colui il quale:
"L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione." [1]
L'infermiere è garante della salute della persona, intesa non solo come malato a cui va erogata una prestazione infermieristica, ma anche in prospettiva, egli si fa garante della salute attuando la prevenzione prima della cura in senso stretto.
L'infermiere è il professionista sanitario che vota la propria esistenza alla tutela della salute come bene fondamentale dell'individuo, un bene sancito dalla Costituzione[2], che egli riconosce come fondamento della propria esperienza, come interesse dei propri sforzi e come termine ultimo della propria pratica clinica, ma che persegue anche in veste di cittadino, all'interno del nucleo familiare e nel quotidiano.
"L'infermiere promuove stili

[1] *Codice deontologico IPASVI, 2009, Capo I Articolo 6*
[2] *Art.32 della Costituzione*
[3] *Codice deontologico IPASVI, 2009, Capo IV Articolo 19*

di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori."[3]
Un'educazione efficace rappresenta l'unico mezzo attraverso cui è possibile stabilire un contatto efficace con un pubblico sempre più ampio rispetto a quello della realtà quotidiana della corsia, nell'ottica di promozione della salute e di stili di vita sani, è l'informazione. Questo è reso possibile attraverso l'assistenza infermieristica, che realizzando una serie di azioni finalizzate alla soluzione di un bisogno dell'utente.

"L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa."[4]
Essa è lo strumento mediante il quale l'infermiere può rivendicare il proprio ruolo di tutore della salute come bene fondamentale, di promotore di stili di vita sani e soprattutto può attraverso la propria esperienza, indirizzare le politiche sociali verso l'elaborazione delle strategie per rendere il proprio servizio fruibile negli spazi e nei luoghi adatti a tale scopo che non siano solo e necessariamente i Presidi Ospedalieri.
Il fruitore dell'assistenza infermieristica non si individua puramente nel cittadino/malato, la qual cosa assumerebbe un carattere puramente di approccio alla malattia. Bensì la figura alla quale l'infermiere presta la propria assistenza è la persona intesa come individuo in tutte le sue sfaccettature, non solo malato, non solo degente. All'individuo viene di conseguenza associata la famiglia estendendo così il discorso su scala più ampia alla collettività, di cui questo individuo anche nel contesto della propria sfera familiare fa parte.
Tale assistenza acquista un carattere che esula dalla cieca applicazione tecnico-pratica di procedure delineate dai protocolli, tendenza quest'ultima ancora diffusa e non completamente superata.
"L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale." [5]
Il Codice deontologico delinea la figura di un professionista impegnato nel sociale, anche e soprattutto fuori dalle mura dell'U.O, una figura che rivendica a gran voce uno spazio all'interno della comunità proponendosi come garante della continuità assistenziale nell'unico interesse di tutelare la salute dei cittadini e valorizzarne la diffusione come bene fondamentale.

1.2 L'infermiere di comunità e le cure primarie

Ma con quale strumento è possibile:

- Garantire la continuità assistenziale,
- Svolgere il proprio ruolo di promotore della salute,
- Ergersi a tutela della collettività
- Progredire verso la valorizzazione professionale?

C'è una risposta ed essa è: Lo sviluppo delle cure primarie

- Ma in che modo?

Attraverso l'avvento dell'infermiere di famiglia e di comunità.
L'infermiere di famiglia è un professionista che opera in collaborazione con il medico di medicina generale, la sua funzione primaria è quella di assicurare la continuità assistenziale sia in ambito domiciliare, sia in quello ambulatoriale,
fornendo tutti i servizi di maggior richiesta degli utenti e diventando un punto di riferimento per la comunità anche per quanto attiene l'informazione sanitaria, la prevenzione, la promozione della salute e l'accesso ai sevizi che la Ausl mette a disposizione dei cittadini.
Questa figura già presente all'interno dei piani di studio di alcune Università italiane all'interno della formazione post laurea di I livello[6] è descritta come segue:

"L'infermiere di famiglia ha un ruolo fondamentale durante tutto il continuum assistenziale, compresa la promozione della salute, la prevenzione della malattia, la riabilitazione e l'assistenza ai malati ed ai morenti. Anche se il titolo di Infermiere di famiglia fa supporre che oggetto dell'assistenza siano soltanto i membri delle famiglie così come comunemente intese, in effetti il ruolo è molto più ampio, comprendendo tutte le persone della comunità, sia che vivano con altri in una casa, sia si tratti di persone senza dimora e/o in qualche modo emarginate, nonché la comunità stessa. L'infermiere di famiglia gioca inoltre un ruolo importante nel potenziamento delle comunità e nel lavoro congiunto con queste per incrementarne le risorse ed i potenziali e perché queste riescano a trovare soluzioni proprie ai loro problemi."[7]

CAPITOLO 2

2.1 Obiettivo dello studio

Attraverso questo studio si vuole dimostrare come, con l'avvento di una nuova figura professionale quale l'infermiere di famiglia e di comunità e l'implementazione del servizio infermieristico di cure primarie, figura prevista da accordi internazionali ed accademici, il cui profilo è tracciato anche dal Codice Deontologico negli articoli precedentemente illustrati, sia possibile trarre benefici per il paziente e per il sistema salute, in termini di:

- Riduzione dei costi per i re-ricoveri;
- Decongestione dei pronto soccorsi;
- Valorizzazione delle com-

[4] *Codice deontologico IPASVI, 2009, Capo I Articolo 2*
[5] *Codice deontologico IPASVI, 2009, Capo VI Articolo 47*
[6] *DU e Diplomi equivalenti ai sensi della Legge 1/2002*

petenze infermieristiche;
- Gestione del Rischio clinico;
- Riduzione del lavoro precario e del lavoro nero.

Ma quale sia la percezione che ha la popolazione sul tema in oggetto dello studio, in particolare quale sia il grado conoscitivo che la comunità possiede in merito allo sviluppo di tale figura professionale al suo possibile impiego, ai benefici che tale figura possa portare in termini di riduzione degli accessi al pronto soccorso e di soddisfacimento della richiesta di cura da parte dell'utenza, sono le domande a cui si è proposto di rispondere il questionario sviluppato e di cui si discuterà nel paragrafo successivo.

2.2 Materiali e metodi

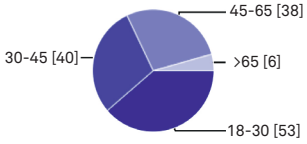
Per confutare la tesi secondo la quale, l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia sia dalla popolazione stessa auspicata per la riduzione degli accessi ai pronto soccorsi, al ricorso della guardia medica e del presidio ospedaliero con conseguente beneficio economico per lo Stato e riduzione del lavoro nero, è stato elaborato un questionario on line utilizzando la piattaforma Google Docs.
Il questionario proposto in forma anonima è stato proposto in diversi gruppi sulla piattaforma social network Facebook, utilizzando il metodo di campionamento casuale è stato possibile analizzare un vasto numero di soggetti variegandone il genere e l'età.
Il questionario è stato somministrato attraverso la metodica del passaparola, attraverso la pubblicazione all'interno di gruppi dedicati ai settori più disparati: Croce Rossa Italiana, Associazione dei Parenti oncologici, Associazioni studentesche, presenti sia sul territorio locale che Nazionale. Il questionario che viene proposto integralmente di seguito era composto di 15 quesiti a risposta multipla preceduti da una breve introduzione.
All'interno del questionario i soggetti dovevano dopo alcune domande riguardanti il genere e l'età, rispondere a brevi quesiti riguardanti le abitudini di richiesta e accesso alle cure del medico di medicina generale, delle strutture ospedaliere e di accessi al pronto soccorso, focalizzando l'attenzione sulle difficoltà affrontate e sulla diffusione del lavoro nero e sull'esercizio abusivo della professione, in particolare l'ultima domanda verteva sul tema cardine ossia sulla possibilità di accesso a strutture preposte a seguire anche a domicilio il paziente l'iter di richiesta di cure dei soggetti senza accedere o ri-accedere necessariamente al pronto soccorso.
Questionario presente integralmente nella sezione Allegati.

CAPITOLO 3
RISULTATI

Analisi statistica dei dati ottenuti

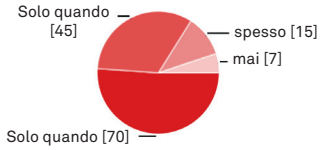
Lo studio trasversale su una popolazione campionaria selezionata casualmente ha permesso di analizzare 138 soggetti di cui 76 uomini e 62 donne, appartenenti a diverse città presenti sul territorio nazionale da nord a sud.
Ma andando ad analizzare i dati più nello specifico si può rileva che:

Qual è la sua età?



18-30	53 - 38.7%
30-45	40 - 29.2%
45-65	38 - 27.7%
> 65	6 - 4.4%

Ogni quanto si reca dal medico curante?

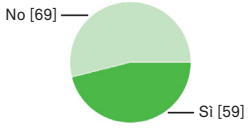


Solo quando ho bisogno delle ricette 70 - 51.1%
Solo quando ho bisogno di una visita 45 - 32.8%
spesso 15 - 10.9%
mai 7 - 5.1%

È mai stato ricoverato presso una struttura ospedaliera?

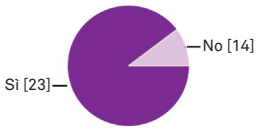
Si 89 - 65%
No 48 - 35%

Dopo la dimissione ha avuto difficoltà nel seguire la terapia e le prescrizioni?



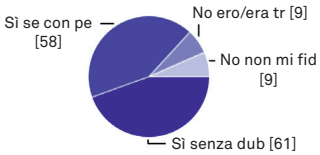
Sì 59 - 43.1%
No 69 - 50.4%

Lei come paziente o come accompagnatore si è mai rivolto a un Pronto Soccorso?



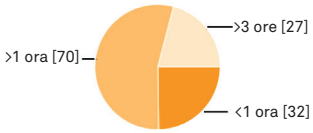
Si 123 - 89.8%
No 14 - 10.2%

Se ci fosse stato un ambulatorio a cui rivolgersi senza accedere al Pronto Soccorso, si sarebbe recato ugualmente al Pronto Soccorso?



Sì senza dubbio 61 - 44.5%
Sì se con personale qualificato 58 - 42.3%
No ero/era troppo grave 9 - 6.6%
No non mi fido 9 - 6.6%

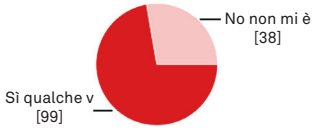
Quanto tempo è passato prima di essere visitato?



< 1 ora	32	23.4%
> 1 ora	70	51.1%
> 3 ore	27	19.7%

[7] *Master di I livello in "Infermieristica di famiglia e di comunità"*
Dipartimento di Medicina Traslazionale - anno accademico 2014-2015 (II edizione)

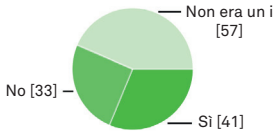
Ha mai avuto la necessità di contattare il medico curante o la guardia medica e non avere la possibilità di rintracciarli, non sapendo poi a chi rivolgersi?



Sì qualche volta è successo 99 72.3%
No non mi è mai capitato 38 27.7%

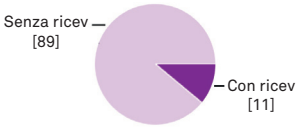
Ha mai avuto la necessità delle seguenti prestazioni?
Prelievo venoso 72 - 52.6%
Iniezione Intramuscolare 68 - 49.6%
Iniezione sottocutanea e/o insulina 27 - 19.7%
Gestione della stomia 9 - 6.6%
Gestione del catetere vescicale 3 - 2.2%
Flebo 35 - 25.5%
Medicazione della ferita chirurgica 38 - 27.7%
Misurazione della pressione, peso, altezza, glicemia, frequenza cardiaca 47 - 34.3%
Medicazione di lesioni, piaghe o bendaggi in genere 25 - 18.2%
Clistere 7 - 5.1%
Spiegazione sull'uso di apparecchi (glicemia, pressione, stampelle) 38 - 27.7%
Consiglio su come affrontare la malattia 62 - 45.3%
Consiglio sulla prescrizione medica 59 - 43.1%
Dubbi o consigli sui farmaci prescritti dal medico 61 - 44.5%
No non ho mai avuto bisogno 11 - 8%
Altro 0 - 0%

Se sì, si è rivolto a un infermiere?



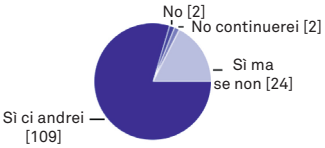
Sì 41 - 29.9%
No 33 - 24.1%
Non era un infermiere (vicino, parente, conoscente) 57 - 41.6%

Se sì, con o senza ricevuta?



Con ricevuta fiscale 11 - 8%
Senza ricevuta fiscale 89 - 65%

Se ci fosse sul territorio una figura qualificata, formata e certificata dal Ministero della Salute, che la segua dopo la dimissione, la supporti verso la guarigione, alla quale esprimere i propri dubbi, capace di gestire le medicazioni, flebo, prelievi, intramuscolo ecc.che si possa recare presso il suo domicilio o che sia presente in un ambulatorio dedicato e che non costi molto, ne farebbe uso?



Sì ci andrei 109 - 79.6%
No 2 - 1.5%
No continuerei ad andare al Pronto Soccorso 2 - 1.5%
Sì ma se sono grave andrei al Pronto Soccorso 24 - 17.5%

CAPITOLO 4
DISCUSSIONE

Dopo aver analizzato statisticamente i risultati ottenuti, alla luce degli stessi appare evidente come sia diffusissimo il ricorso al pronto soccorso e come sia altrettanto dilagante lo smarrimento post dimissione, causa di re-ricoveri e di spese onerose per il Servizio Sanitario. Tutto ciò si traduce in una dilagante quanto preoccupante richiesta di figure non specializzate e non qualificate, le quali si traducono in aumento del lavoro sommerso e in reiterato esercizio abusivo della professione infermieristica.
Il problema di fondo appare una mancanza di collegamento tra la struttura ospedaliera e la società, per cui in mancanza del medico curante, o della guardia medica per forza di cose al paziente non resta che rivolgersi alla struttura ospedaliera con accessi al pronto soccorso al limite della sopportabilità da parte degli operatori e del Sistema Salute. Da sottolineare come non ci sia differenza di genere e di età nell'accesso alle cure, e come il ricorso alle strutture ospedaliere e al "lavoro nero" sia diffuso da Nord a Sud sul territorio nazionale, segno di un malessere e di un deficit diffuso.
Una soluzione è quella stessa auspicata dai soggetti intervistati ossia la creazione di ambulatori o strutture preposte all'accoglienza dei pazienti in quelle situazioni nelle quali le prestazioni infermieristiche potrebbero tranquillamente essere svolte da infermieri qualificati e preparati anche presso il domicilio del paziente e che vengono invece effettuate in maniera illegale e dispendiosa per le finanze pubbliche. Difatti la creazione di ambulatori diffusi sul territorio a cui vengano affidati i pazienti in dimissione ed a cui gli stessi possano far ricorso per fugare eventuali dubbi, ricevere educazione sanitaria su particolari temi o richiedere prestazioni infermieristiche nel periodo di convalescenza presso il proprio domicilio, è stato ampiamente condiviso dagli intervistati.
Non si deve dimenticare come non tutti i soggetti siano integrati nella società in egual modo, non tutti possiedono un nucleo famigliare di riferimento, per cui è proprio a queste situazioni di fragilità che l'infermiere di famiglia e di comunità deve tendere la propria opera. Evitando i ri-accessi al pronto soccorso si evitano costi onerosi per il Servizio Sanitario Nazionale in termini di gestione del personale e delle finanze, ma anche in termini di rischio clinico dovuto al *self care* il quale se non adeguatamente supportato da figure esperte e preparate quali gli infermieri di comunità, risulta deleterio, si pensi all'interpretazione arbitraria della prescrizione medica in pazienti con una cattiva compliance. L'impiego di ambulatori specializzati nell'erogare prestazioni infermieristiche rivolte ai cittadini che siano economiche, ossia in linea con i costi delle prestazioni e dei

ticket normalmente pagati dai cittadini quando essi accedono al Pronto Soccorso, può rappresentare un metodo per eradicare la diffusione del lavoro nero, precario e soprattutto dell'esercizio abusivo della professione col doppio beneficio per il paziente che ottiene così un'assistenza qualificata e certificata, la quale può anche essere dedotta dalla dichiarazione dei redditi[8], ma anche per le casse dello Stato, se si consideri che il lavoro nero incide per il 30% sul PIL pari a circa 418 milioni di euro l'anno.
L'infermiere di famiglia e di comunità si propone come un punto di riferimento dell'assistenza sul territorio, un bacino di professionalità dove il cittadino possa attingere, affidandosi in mani qualificate, quando necessiti di prestazioni infermieristiche o necessiti di fugare eventuali dubbi in merito a questioni che ha poco chiare riguardanti la propria salute e che non può esporre per motivi differenti al proprio medico di base, dove possa essere svolta attività informativa sul corretto utilizzo dei presidi per favorire l'autonomia, di educazione sanitaria e di counseling. L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte. [9]
Lo sviluppo delle cure primarie deve essere un collante che unisce il Presidio Ospedaliero, il medico di base e il cittadino, riempiendo quello spazio vuoto creato nel momento della dimissione o del bisogno in cui l'unica strada percorribile per il cittadino sarebbe o rivolgersi all'unità di emergenza urgenza sottraendo risorse importanti per i casi più gravi o affidarsi alla cura fai da te altrettanto deleteria.
È per questo che devono essere implementati i rapporti con i medici di base coi i quali si deve stabilire una collaborazione non una competizione nell'interesse della collettività e con le strutture Ospedaliere le quali debbano nell'atto della dimissione affidare ai servizi territoriali il periodo post dimissione.

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.[10]

Il cittadino ha necessità e con questo studio è stato ampiamente dimostrato, di poter ricorrere alla professionalità dell'infermiere, senza rinunciare alla qualità, per soddisfare i propri bisogni anche senza dover necessariamente ricorrere all'accesso alla Struttura Ospedaliera, potendo attingere a luoghi e strutture preposte che garantiscano la continuità assistenziale anche dopo la dimissione, anche durante la vita quotidiana, ogni qual volta il cittadino necessiti di una figura che informi, educhi, sostenga, supporti, compensi il soddisfacimento dei propri bisogni di cura, nel rispetto della legalità e dell'efficienza assistenziale.

CAPITOLO 5
CONCLUSIONE
I traguardi da raggiungere

Il cittadino non deve più sentirsi solo e abbandonato al proprio destino.
Questa è un'enorme opportunità di crescita per la professione infermieristica, è un'opportunità di mostrare davvero cosa significhi tutelare la salute come bene fondamentale. L'infermiere ha finalmente l'opportunità di divenire il punto di riferimento all'interno della comunità ottenendo il meritato riconoscimento professionale, diventando esercente di salute non solo all'interno delle mura Ospedaliere.
La sfida che attende gli infermieri è quella dunque di rendersi promotori di un cambiamento, come spesso è accaduto nella storia di questa professione, e che mai come ora è richiesto e acclamato a gran voce dalla stessa popolazione.
Un cambiamento nella mentalità, un cambiamento nell'approccio alla vita quotidiana e alla professione, una totale apertura ai bisogni della comunità, non dismettendo mai appena usciti dall'unità operativa quella divisa che gli infermieri di oggi e di domani, devono avere cucita sotto pelle e sempre nel cuore, solo in questo modo si potrà essere promotori della salute, guardiani dell'esistenza umana e tutori della collettività, solo mettendo la propria vita a servizio della vita, si potrà essere finalmente *caregivers* a 360°.

Bibliografia

- Codice deontologico IPASVI, 2009, Capo I Articolo 2, Articolo 6, Capo IV Articolo 19, 20, 27, Capo VI Articolo 4;
- Titolo II, Rapporti Etico-Sociali, Costituzione, Art.32;
- Legge 1/2002, DU e Diplomi equivalenti;
- Dipartimento di Medicina Traslazionale - anno accademico 2014-2015 (II edizione), Master di I livello in "Infermieristica di famiglia e di comunità";
- World Health Organization Regional Office for Europe. HEALTH21: An Introduction to the Health for All PolicyFramework for the World Health organization;
- Jonker AAGC, Comijs HC, Knipscheer KCPM, DeegDJH. Promotion of self-management in vulnerable olderpeople: a narrative literature review of outcomes of theChronic Disease Self-Management Program (CDSMP). Eur J Ageing (2009) 6:303–314;
- Tempo di Nursing 66/2014 Collegio IP.AS.VI. di Brescia, Paola Obbia, Ginetto Menarello e Claudio Maddalena. L'Infermiere di Famiglia e di

[8] *Finanziaria 2000.*
[9] *Codice deontologico IPASVI, 2009, Capo IV Articolo 20*
[10] *Codice deontologico IPASVI, 2009, Capo IV Articolo 27*

Comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie;
- N.4/2011-1/2012 - IO INFERMIERE, Giovanni Muttillo. Pronto soccorso troppi accessi inappropriati. L'infermiere di famiglia e di comunità, al via la campagna informativa;
- Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli editore, c2010, Carmelo Scarcella e Fulvio Lonati. Governo clinico e cure primarie.
- Milano; New York: McGraw-Hill, 2001, Maria Caterina Cavallo, Simone Gerzeli, Emanuele Vendramini. Organizzazione e gestione delle cure primarie: un'indagine nazionale.
- The World Health Report 2008 - primary Health Care
- (Now More Than Ever) www.who.int/whr/2008/en/
- https://docs.google.com/forms/d/1m69jRUm-QxYXDCSHwSTEWwYI-7r9EsZnsPbX-2wSlf7Gs/viewform?c=0&w=1

Allegato

L'infermiere di famiglia e di comunità: lo sviluppo delle cure primarie

Questo questionario anonimo è incentrato sul tema delle cure primarie e in particolare sulle proposte di sviluppo di tale settore all'interno della società da parte dell'Infermiere di famiglia e di comunità.

**Campo obbligatorio*

Qual è la sua età? *
- O 18-30
- O 30-45
- O 45-65
- O > 65

Qual è il suo sesso? *
- O Maschio
- O Femmina

In quale città vive attualmente?

Ogni quanto si reca dal medico curante? *
- O Solo quando ho bisogno delle ricette
- O Solo quando ho bisogno di una visita
- O spesso
- O mai

È mai stato ricoverato presso una struttura ospedaliera? *
- O Si
- O No

Dopo la dimissione ha avuto difficoltà nel seguire la terapia e le prescrizioni?
- O Sì
- O No

Lei come paziente o come accompagnatore si è mai rivolto a un Pronto Soccorso? *

La domanda fa riferimento sia ad accessi al Pronto Soccorso che hanno riguardato Lei in prima persona come paziente, sia come accompagnatore
- O Si
- O No

Se sì con che codice?

Se ci fosse stato un ambulatorio a cui rivolgersi senza accedere al Pronto Soccorso, si sarebbe recato ugualmente al Pronto Soccorso? *

La domanda fa riferimento sia ad accessi al Pronto Soccorso che hanno riguardato Lei in prima persona come paziente, sia come accompagnatore
- O Sì senza dubbio
- O Sì se con personale qualificato
- O No ero/era troppo grave
- O No non mi fido

Quanto tempo è passato prima di essere visitato?
- O < 1 ora
- O > 1 ora
- O > 3 ore

Ha mai avuto la necessità di contattare il medico curante o la guardia medica e non avere la possibilità di rintracciarli, non sapendo poi a chi rivolgersi? *
- O Sì qualche volta è successo
- O No non mi è mai capitato

Ha mai avuto la necessità delle seguenti prestazioni? *
- O Prelievo venoso
- O Iniezione Intramuscolare
- O Iniezione sottocutanea e/o insulina
- O Gestione della stomia
- O Gestione del catetere vescicale
- O Flebo
- O Medicazione della ferita chirurgica
- O Misurazione della pressione, peso, altezza, glicemia, frequenza cardiaca
- O Medicazione di lesioni, piaghe o bendaggi in genere
- O Clistere
- O Spiegazione sull'uso di apparecchi (glicemia, pressione, stampelle)
- O Consiglio su come affrontare la malattia
- O Consiglio sulla prescrizione medica
- O Dubbi o consigli sui farmaci prescritti dal medico
- O No non ho mai avuto bisogno
- O Altro:

Se sì, si è rivolto a un infermiere?
- O Sì
- O No
- O Non era un infermiere (vicino, parente, conoscente)

Se sì, con o senza ricevuta?
- O Con ricevuta fiscale
- O Senza ricevuta fiscale

Se ci fosse sul territorio una figura qualificata, formata e certificata dal Ministero della Salute, che la segua dopo la dimissione, la supporti verso la guarigione, alla quale esprimere i propri dubbi, capace di gestire le medicazioni, flebo, prelievi, intramuscolo ecc. che si possa recare presso il suo domicilio o che sia presente in un ambulatorio dedicato e che non costi molto, ne farebbe uso? *
- O Sì ci andrei
- O No
- O No continuerei ad andare al Pronto Soccorso
- O Sì ma se sono grave andrei al Pronto Soccorso

Autorizzo al trattamento dei dati personali secondo quanto prescrive il Dlgv 196/03 sulla tutela della privacy. *

Efficacia dell'Infermiere di Famiglia nel corretto automonitoraggio della pressione arteriosa a domicilio: studio randomizzato controllato

Miniscalco Davide, Simonetti Valentina, Comparcini Dania, Cigolini Giancarlo

Abstract

L'automisurazione della Pressione Arteriosa a domicilio è una pratica sempre più diffusa tuttavia, la tecnica di automisurazione eseguita dal paziente, non rispetta sempre le attuali raccomandazioni, con ripercussioni negative sul controllo e gestione dell'ipertensione. Le cause di inaccuratezza nell'automonitoraggio maggiormente riscontrate in letteratura, riguardano la carenza di educazione e di training sulla corretta esecuzione della tecnica offerti al paziente da parte del personale sanitario. L'infermiere di famiglia, inserito in un contesto di Cure Primarie, è il professionista sanitario che, attraverso un progetto educativo strutturato, potrebbe migliorare il livello di aderenza alle raccomandazioni per il corretto monitoraggio della PA di tali pazienti.

Analisi bibliografica

L'accurata misurazione della pressione arteriosa (PA), prerequisito essenziale per una appropriata diagnosi, gestione e controllo dell'ipertensione, è tradizionalmente effettuata in contesti clinici (Sheik et al. 2011, Baguet, 2012).

Ad oggi, grazie alla diffusione di tecnologie avanzate (dispositivi automatici e semi-automatici), i pazienti possono essere grado di autogestire il controllo della PA (Soon-Gil, 2010; Parati, 2008; Verberk, 2005).

È ampiamente riconosciuto che l'auto-misurazione della PA consente una maggiore partecipazione da parte del paziente nel percorso di cura (Verberk, 2007), garantendo un valore prognostico superiore rispetto alle misurazioni effettuate in ospedale (Ward 2012; De la Sierra 2012; Baguet, 2012; Soon-Gil, 2010). L'auto-misurazione potrebbe contribuire, inoltre, all'implementazione della gestione dell'ipertensione e del controllo della PA (Obara, 2013; Manzoli 2013), purché il paziente sia adeguatamente addestrato sulla corretta tecnica di misurazione, formato sulle principali raccomandazioni e sul corretto uso dei dispositivi da utilizzare (Ghuman 2009; Soon-Gil 2010; Verberk 2007; Pickering 2008; Celis 2005; Palatini 2012).

Un'inadeguata tecnica di misurazione della PA, può portare infatti ad una sovrastima o sottostima della stessa, con potenziali conseguenti errori diagnostico-terapeutici ed importanti esiti clinici per i pazienti (Jones, 2003, Cicolini 2012).

In letteratura, sono stati condotti solo quattro studi per valutare l'aderenza alle raccomandazioni per una corretta auto-misurazione della PA (Wagner et al. 2013; Wagner et al. 2014; Wagner et al. 2012).

Di questi, un ampio studio multicentrico (Flacco et al. 2014) è stato condotto in tre strutture del centro Italia ed ha evidenziato come l'aderenza alle attuali raccomandazioni sulla auto-misurazione della PA da parte dei pazienti, sia insoddisfacente. Lo studio, oltre a far emergere quelle che sono le raccomandazioni meno seguite dai partecipanti, ha evidenziato un aspetto interessante: nella maggioranza dei casi, i soggetti non hanno ricevuto alcuna forma informazione o di training da parte del personale sanitario, per una corretta esecuzione della procedura, come raccomandato dalle linee guida (Parati et al. 2008).

La figura professionale che, per le sue competenze e peculiarità, potrebbe rispondere a questi bisogni educativi (che si ripercuotono sulla autogestione della salute) è senz'altro

l'Infermiere di Famiglia (IF) poiché, come il Medico di Medicina Generale (MMG), ha un rapporto diretto con gli assistiti che scelgono il professionista sulla base di un rapporto di fiducia che deve essere creato, sviluppato e mantenuto.

Strategie di ricerca bibliografica

La ricerca bibliografica è stata condotta consultando le banche dati elettroniche di Medline (attraverso Pubmed) e CINAHL, utilizzando i termini: "primary care", "family nurse", "home-blood pressure measurement", "accuracy", "self-measurement" in maniera libera o combinati utilizzando gli operatori booleani AND/OR.

Obiettivi

L'obiettivo primario dello studio è quello di valutare l'efficacia di un programma educativo e di training condotto dall'infermiere di famiglia in una popolazione di pazienti sottoposti ad automonitoraggio della PA a domicilio.

Materiali e metodi

Lo studio è un RCT, multicentrico, no-profit.

Criteri di inclusione

Verranno inclusi tutti i pazienti (maschi e femmine):
- afferenti agli ambulatori dei MMG partecipanti;
- adulti (18-65 anni);
- che eseguono abitualmente l'auto-misurazione della pressione a domicilio;
- che, resi edotti circa lo scopo dello studio e sui rischi ad esso correlati, accettano di parteciparvi sottoscrivendo il consenso informato.

Criteri di esclusione

Verranno esclusi i pazienti:
- con deficit cognitivi;
- che non accettano di partecipare allo studio;
- che non eseguono abitualmente l'auto-misurazione della pressione a domicilio.

Determinazione della numerosità campionaria

L'outcome principale del presente studio è valutare l'aderenza alle raccomandazioni per un corretto auto-monitoraggio della PA.
Assumendo un errore alfa pari 0.05, uno score di aderenza medio di 6±1.5 nel gruppo di intervento (educativo) e di 5±1.5 nel gruppo di controllo, un tasso di perdita al follow-up del 20%, sono necessari 44 soggetti per gruppo per ottenere una potenza statistica dell'80%. Conservativamente il campione sarà composto da 60 soggetti per gruppo, pari ad un totale di 120 individui.

Analisi statistica e randomizzazione

La randomizzazione sarà gestita a livello centrale, tramite sequenza di numeri casuali generata al computer. All'atto dell'arruolamento, l'operatore assegnerà al soggetto il primo codice libero all'interno di una tavola di codici generati casualmente. Ciascun codice è stato pre-assegnato ad uno dei due gruppi di trattamento, ma l'attribuzione del gruppo è nota solo all'ufficio statistico, che la comunicherà per iscritto il giorno dopo l'arruolamento.
Le analisi descrittive di confronto tra le caratteristiche dei due gruppi, al baseline o al termine del follow-up, saranno basate sul t-test (variabili parametriche) o Kruskal-Wallis test (variabili non parametriche) per le variabili continue, test del chi-quadrato o Fisher per le variabili categoriche. Il confronto tra i due gruppi tra il baseline e 1 mese sarà anch'esso basato sul test di Kruskal-Wallis, mentre la significatività statistica all'interno di ciascun gruppo (differenza pre-post), sarà valutata tramite Wilkoxon matched-pairs signed-ranks test.
Tutte le analisi saranno svolte mediate software statistico Stata, versione 11.1 (Stata Corp., College Station, Texas, USA, 2009), e saranno basate su una p a doppia coda di 0.05.

Considerazioni etiche

Lo studio avrà inizio in seguito all'approvazione del Comitato Etico dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale della regione Marche, solo dopo la sottoscrizione del "consenso informato alla partecipazione volontaria allo studio" e del "consenso al trattamento dei dati personali" (ai sensi del Codice in Materia di Dati Personali - Decreto Legislativo N. 196 del 30/06/03) da parte dei partecipanti. Una copia del consenso informato e del consenso al trattamento dei dati personali resterà in possesso dei partecipanti. Il questionario è in forma anonima: nessun nome sarà registrato. È prevista una scheda di informazione per il medico curante. Non è previsto nessuno sponsor. Si dichiara altresì l'impegno alla pubblicazione dei dati emersi dal presente studio.

Piano organizzativo della ricerca

Pazienti e centri

Lo studio è multicentrico e si svolgerà dal 1 agosto 2015 al 31 dicembre 2015 (comunque solo dopo l'approvazione del Comitato Etico) presso gli ambulatori dei MMG del Comune di Ascoli Piceno che aderiranno al progetto. Solo dopo aver spiegato le finalità dello studio ed aver ottenuto il loro assenso e dopo aver concordato l'orario per la conduzione della ricerca, l'IF (infermiere con specializzazione in Infermieristica di Famiglia e di Comunità) avvierà l'indagine e procederà con le interviste.

Procedure di studio

Dopo l'arruolamento, tutti i soggetti verranno randomizzati in due gruppi (intervento e controllo). Per ciascun partecipante l'IF raccoglierà inoltre, durante il primo accesso, le seguenti variabili: età, genere, stato civile, scolarità, situazione familiare e recapito telefonico, per poterli ricontattare per il follow-up. Al baseline (T0) i pazienti del **gruppo d'intervento** riceveranno un intervento educativo da parte dell'IF. Il programma (realizzato e condotto dall'ICM) si svolgerà in una stanza dedicata degli ambulatori dei MMG e prevede 1 ora di formazione durante la quale l'infermiere, formerà i pazienti sulle nozioni di base per l'auto-misurazione della pressione arteriosa secondo le attuali raccomandazioni (Parati et al. 2008).
In particolare, sarà raccomandato loro che:
- la PA va misurata in am-

biente tranquillo, dopo un periodo di riposo di almeno cinque minuti;
- è opportuno misurare la pressione al braccio con la PA più alta se la differenza della PA sistolica è >20 mmHg e la diastolica è >10 mmHg;
- non si deve aver fumato né bevuto caffè nell'ora precedente alla misurazione;
- non si deve parlare durante la misurazione;
- non si devono accavallare le gambe, si deve assumere una posizione corretta con il braccio all'altezza del cuore che deve poggiare su un supporto rigido;
- il bracciale e la camera d'aria devono avere dimensioni adeguate e lo strumento deve essere validato. Per questi motivi a tutti i pazienti verrà fornito un elenco aggiornato, di strumenti validati di automisurazione domiciliare della PA da braccio, con metodo oscillometrico, tratto dal sito web http://www.dableducational.org. Ad ogni paziente verrà indicata la dimensione adeguata del bracciale e della camera d'aria.

Inoltre, poiché i valori pressori mattutini e serali possono differire anche di molto, soprattutto nei soggetti che assumono più farmaci e sebbene non siano disponibili criteri precisi sulla tempistica e la frequenza ottimali delle misurazioni, l'IF spiegherà al paziente che è raccomandato eseguire la misurazione della PA due volte al giorno: mattina e sera, ad orari precisi determinati (tra le 6:00 e le 9:00 e tra le 18:00 e le 21:00) almeno durante la prima settimana di rilevazioni. Successivamente, le misurazioni potranno essere effettuate prima dell'assunzione del farmaco antipertensivo. Durante la fase educativa l'IF si occuperà, inoltre, di sottoporre i pazienti ad un adeguato addestramento sull'uso degli apparecchi per l'automisurazione, sulla procedura di misurazione della PA, sulle possibili variazioni della PA in risposta agli stimoli psicologici, sulle necessità di un'adeguata manutenzione dell'apparecchio.

Dopo un mese dall'intervento educativo (T1) a tutti i partecipanti (gruppo d'intervento e di controllo), che verranno ricontattati dall'IF e dovranno tornare presso l'ambulatorio del MMG, l'IF chiederà di effettuare un'auto-misurazione della PA in sua presenza. Il paziente avrà la possibilità di utilizzare un dispositivo automatico validato per l'auto-misurazione della PA e avrà a disposizione diversi bracciali, così che il paziente, sulla base della circonferenza del braccio, possa utilizzare il bracciale della dimensione appropriata.

L'IF non eseguirà nessuna misurazione pressoria, ma si limiterà ad osservare la procedura di auto-misurazione e, successivamente, ad intervistare il paziente, utilizzando un questionario validato (Flacco et al. 2014), solo dopo all'auto-rilevazione pressoria con metodo non cruento da parte del paziente stesso.

Timing operativo:

luglio 2015 (approvazione del Comitato Etico; richiesta partecipazione allo studio da parte dei MMG).

agosto 2015 - dicembre 2015 (arruolamento partecipanti e randomizzazione; raccolta ed inserimento dei dati al baseline e al follow-up).

gennaio - marzo 2016 (analisi statistica ed elaborazione dei dati).

aprile 2016 (chiusura dei lavori e presentazione dei risultati finali dello studio).

Modalità di raccolta e trattamento dati

Durante l'auto-misurazione della PA, l'IF osserverà l'accuratezza della procedura ed annoterà, all'interno dello strumento di raccolta dati (All. 1), la modalità con la quale il paziente esegue la misurazione.

Al termine della procedura, l'IF somministrerà un questionario strutturato e validato (Flacco et al. 2014). Il questionario, presente all'interno dello strumento di raccolta dati (All. 1), verrà somministrato ai pazienti arruolati in modalità "face-to-face" dall'ICM appositamente formato su modalità e tecnica di intervista.

Descrizione dello strumento di raccolta dati

Lo strumento di raccolta dati è composto di quattro parti:
- La parte A "Informazioni riguardanti il paziente" (a cura dell'IF) raccoglie dati su alcune caratteristiche socio-demografiche del paziente (sesso, età, stato civile, istruzione).
- La parte B "Informazioni sull'ambulatorio (a cura dell'IF) ha lo scopo di raccogliere informazioni sul setting in cui avviene la rilevazione, come i dispositivi di monitoraggio della PA in uso (marca e tipo di dispositivo)
- La parte C "Questionario al paziente" mira a raccogliere informazioni circa le conoscenze della metodologia di misurazione della pressione arteriosa e le abitudini del paziente. Questa parte è formata da 8 domande che prevedono la sola risposta SI/NO. Solo le domande numero 1 bis; 2; 4 bis e 8 prevedono più possibilità di risposta. in quanto: La 1 bis chiede al paziente quale operatore abbia fornito al paziente le informazioni sull'uso del dispositivo; la numero 2 chiede quante misurazione vengano effettuate giornalmente dal paziente; la 4 bis chiede in quale parte della giornata viene effettuata con maggior frequenza la misurazione; la 8 bis chiede chi esegue la misurazione in vece del paziente.
- La parte D "Osservazione della procedura" (a cura del ricercatore) è costituita da 12 items, che hanno l'obiettivo di indagare il grado di accuratezza dell'auto-misurazione della PA da parte del paziente.

Modalità di discussione dei dati

I dati verranno discussi dopo aver analizzato le relazioni esistenti con gli studi presenti in letteratura sullo stesso argomento. Successivamente verranno riportati in forma scritta ed eventualmente presentati utilizzando diapositive

in formato .PPT (Microsoft Office, 2013).

Modalità di trasferimento e diffusione della ricerca

La diffusione dei dati, per il tramite di pubblicazioni scientifiche e/o presentazione in congressi, convegni e seminari, avverrà esclusivamente a seguito di una elaborazione meramente statistica degli stessi e, quindi, in forma assolutamente anonima.
Le ricadute operative del progetto potranno interessare diversi contesti di Cure Primarie presenti su tutto il territorio nazionale, anche in quelle Regioni in cui non è ancora presente la figura dell'Infermiere di Famiglia e non sono stati attivati i Nuclei di Cure Primarie. A tal proposito, i risultati dello studio, qualora dimostrassero l'efficacia dell'intervento educativo dell'IF e quindi sottolineassero l'importanza del suo ruolo all'interno della Comunità, potrebbero sensibilizzare l'opinione pubblica e favorire pertanto l'introduzione di tale figura in ulteriori setting di cura.
Nello specifico, gli utilizzatori finali del progetto saranno tutti gli infermieri che svolgono la loro attività sul territorio (a livello ambulatoriale e domiciliare) e che si occupano dell'assistenza ai pazienti ipertesi, cardiopatici, con patologie croniche, che spesso necessitano di monitorare la PA a domicilio.
Inoltre, la rilevazione della principali criticità nell'esecuzione della tecnica di automonitoraggio, permetterà di progettare interventi educativi specifici al fine di consentire un'accurata misurazione della PA e una conseguente corretta gestione del problema di salute.
Un'inaccurata misurazione della PA, può portare infatti a una sovrastima o sottostima della stessa, con importanti conseguenze sull'impostazione del piano terapeutico.
Non meno importante è lo sviluppo di una cultura che riconosca e sottolinei l'importanza dell'infermiere quale professionista promotore di interventi di prevenzione fondamentali per la popolazione.
In relazione ai costi previsti per la conduzione dello studio, è necessario precisare quanto segue: l'intervento educativo infermieristico non prevede un ingente dispendio economico. L'intervento educativo prevede esclusivamente la produzione di materiale informativo cartaceo da consegnare ai soggetti partecipanti e alle telefonate per contattarli al secondo accesso. Il materiale di consumo previsto riguarda quindi: carta, toner per stampanti, brochure informative e rimborsi per i costi telefonici sostenuti. Il personale impiegato per lo studio (l'Infermiere di Famiglia) svolgerà in maniera autonoma ed in collaborazione con i MMGG, le attività previste nel presente studio.

Bibliografia

- Al-Gelban KS, Khan MY, Al-Khaldi YM, et al. Adherence of primary health care physicians to hypertension management guidelines in the Aseer region of Saudi Arabia. Saudi J Kidney Dis Transpl. Sep 2011;22(5):941-948.
- Baguet, J.P. (2012) "Out-of-office blood pressure: from measurement to control", Integrated Blood Pressure Control, pp. 27-34.
- Celis, H.,Hond, E.D., Staessen, J.A., (2005) "Self-Measurement of Blood Pressure at Home in the Management of Hypertension", Clinical Medicine & Research, Volume 3, Number 1: pp. 19-26.
- Dabl® Educational Trust, Blood Pressure Monitors, Validations, Papers and Reviews, disponibile al sito, consultato il 10/02/2015 http://www.dableducational.org/index.html.
- De la Sierra A, Banegas JR, Segura J, Gorostidi M, Ruilope LM; CARDIORISC Event Investigators. Ambulatory blood pressure monitoring and development of cardiovascular events in high-risk patients included in the Spanish ABPM registry: the CARDIORISC Event study. J Hypertens 2012; 30:713-719.
- Ghuman, N., Campbell,P.,White,W.B., (2009) "Role of Ambulatory and Home Blood Pressure Recording in clinical practice", Curr Cardiol Rep. ; 11(6): pp. 414–421.
- Jones DW, Appel LJ, Sheps SG, Roccella EJ, Lenfant C. Measuring blood pressure accurately: new and persistent challenges. JAMA. Feb 26 2003;289(8):1027-1030.
- Kobayashi M, Obara T, Ohkubo T, Fukunaga H, Satoh M, Metoki H, Asayama K, Inoue R, Kikuya M, Mano N, Miyakawa M, Imai Y. Practice and awareness of physicians regarding casual-clinic blood pressure measurement in Japan. Hypertens Res 2010; 33:960-964
- Manzoli L, Pizzi C, Flacco ME, Cicolini G. Compliance to the recommendations on blood pressure measurements in the clinical settings. J Hypertens. 2013 Jan;31(1):213-4.
- Manzoli, L., Simonetti, V., D'Errico, M.M., De Vito, C., Flacco, M.E., Forni, C., La Torre, G., Liguori, G., Messina, G., Mezzetti, A., Panella, M., Pizzi, C., Siliquini, R., Villari, P., Cicolini, G. (2012) "(In)accuracy of blood pressure measurement in 14 Italian hospitals", Journal of Hypertension, 30: pp. 1- 6.
- McKay DW, Campbell NR, Parab LS, Chockalingam A, Fodor JG. Clinical assessment of blood pressure. J Hum Hypertens. Dec 1990;4(6):639-645.
- McVicker JT. Blood pressure measurement--does anyone do it right?: An assessment of the reliability of equipment in use and the measurement techniques of clinicians. J Fam Plann Reprod Health Care. Jul 2001;27(3):163-164.
- Obara T, Ohkubo T, Mano N, Kuriyama S, Imai Y.Compliance to the recommendations on blood pressure measurements in the clinical settings. Obara T, J Hypertens. 2013 Jan; 31(1):213.
- Palatini P, Frick GN. (2012) "Techniques for self-measurement of blood pressure: limi-

tations and needs for future research", J Clin Hypertens (Greenwich),14(3):139-43
- Parati, G., Omboni, S., Palatini, P., Rizzoni, D., Bilo, G., Valentini, M., Agabiti-Rosei, E., Mancia, G., Gruppo di studio sul monitoraggio della Pressione Arteriosa della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa – SIIA (2008) "Linee Guida SIIA sulla misurazione convenzionale e automatica della pressione arteriosa nello studio medico, a domicilio e nelle 24 ore", Ipertensione, Prevenzione Cardiovascolare, vol. 6, pp. 63-115.
- Pickering, T. G., Phil, D.,Houston Miller, N., Ogedegbe, G.,Krakoff, L. R., Artinian, N. T.,Goff, D., (2008) "Call to Action on Use and Reimbursement for Home Blood Pressure Monitoring A Joint Scientific Statement From the American Heart Association, American Society of Hypertension, and the Preventive Cardiovascular Nurses' Association", Hypertension; 52(1): pp. 10–29.
- Rayner B, Blockman M, Baines D, Trinder Y. A survey of hypertensive practices at two community health centres in Cape Town. S Afr Med J. Apr 2007;97(4):280-284.
- Sheikh, S., Sinha, A.D., Agarwal, R. (2011), "Home Blood Pressure Monitoring: How Good a Predictor of Long-Term Risk?", Curr Hypertens Rep. 2011 June ; 13(3): 192–199
- Soon-Gil, K. (2010) "Clinical Implications of Ambulatory and Home Blood Pressure Monitoring" Korean Circ J.; 40(9): 423–431.
- Wagner S, Buus NH, Jespersen B, et al. Measurement adherence in the blood pressure self measurement room. Telemed J E Health. 2013;19:826–833.
- Wagner S, Kamper CH, Rasmussen NH, et al. Reliable blood pressure self-measurement in the obstetric waiting room. Methods Inf Med. 2014;53:225–234.
- Wagner S, Toftegaard TS, Bertelsen OW. Challenges in blood pressure self-measurement. Int J Telemed Appl. 2012;2012:437350.
- Ward AM, Takahashi O, Stevens R, Heneghan C. Home measurement of blood pressure and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis of prospective studies. J Hypertens 2012; 30:449-456.
- Verberk WJ, Kroon AA, Kessels AG, de Leeuw PW. (2005) "Home blood pressure measurement: a systematic review" J Am Coll Cardiol.;46(5):743-51.
- Verberk, W.J., Kroon, A.A., Jongen-Vancraybex,H.A., De Leeuw, P.W. (2007) "The applicability of home blood pressure measurement in clinical practice: A review of literature", Vascular Health and Risk Management 2007:3(6) 959–966
- Villegas I, Arias IC, Botero A, Escobar A. Evaluation of the technique used by health-care workers for taking blood pressure. Hypertension. Dec 1995;26(6 Pt 2):1204-1206.

ALLEGATO 1. Questionario "Automisurazione della Pressione Arteriosa"

Parte A: INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

Età: _____

Genere	☐ Femmina	☐ Maschio	
Stato civile	☐ sposato/a	☐ Non sposato/a	
Vive	☐ da solo	☐ in famiglia	☐ badante
Istruzione	☐ nessuno/element.	☐ media inf./sup.	☐ laurea

Parte B: INFORMAZIONI SULL'AMBULATORIO

Distretto/ambulatorio di: _____

Apparecchio in uso (una sola risposta)
☐ Mercurio
☐ Anaeroide
☐ Elettronico automatico
☐ Elettronico semi-automatico
☐ Elettronico manuale
☐ Elettronico da polso
☐ Marca: _____

Parte C: DOMANDE

1. Ha ricevuto informazioni, anche scritte, sull'utilizzo del misuratore di pressione e sulla procedura di misurazione?
☐ No ☐ Si

1bis. Se si, quale operatore glie le ha fornite?
☐ Infermiere ☐ Medico ☐ Farmacista ☐ Conoscente ☐ Da solo/ho letto le istruzioni

2. Quante misurazioni esegue abitualmente?
- Saltuariamente, non seguo un calendario prestabilito
- circa 2 a settimana
- circa 1 a settimana
- circa 1 al giorno
- circa 2 al giorno o più

3. Esegue la misurazione sempre alla stessa ora? (ad es. sempre la mattina/sera a digiuno o sempre la mattina/sera dopo aver mangiato)?
☐ No ☐ Si

3bis. Se ha risposto no, in quale momento della giornata rileva con maggior frequenza la pressione?
☐ prima della colazione ☐ dopo colazione ☐ prima di pranzo ☐ dopo pranzo ☐ prima di cena ☐ dopo cena

4. Esegue la misurazione sempre sullo stesso braccio?
☐ No ☐ Si

5.La misurazione avviene sempre nella stessa posizione (es. sempre da seduto o da supino)?
☐ No ☐ Si

5bis. Se ha risposto si, quale posizione abitualmente assume quando rileva la pressione arteriosa?
☐ Seduto su una sedia ☐ Seduto sul letto ☐ Sdraiato ☐ In piedi

6. È sempre (o quasi sempre) lei che si misura la pressione?
☐ No ☐ Si

6bis. Se non è lei, chi le rileva abitualmente la pressione?
☐ Medico ☐ Infermiere ☐ Altro operatore sanitario ☐ Parente ☐ Badante

7. Di solito misura la pressione una sola volta o la misura due volte a distanza di pochi minuti (per poi considerare la media delle due misurazioni)?
☐ Una volta ☐ Due volte a breve distanza

8. Tiene un diario delle misurazioni?
☐ No ☐ Si

3bis. Se si, riporta tutti i valori?
☐ No ☐ Si

Parte C: OSSERVAZIONE SULLA PROCEDURA	
1. La misura del bracciale di ricambio è adeguata al braccio del paziente?	☐ No ☐ Si
2. Il paziente, o chi lo aiuta, posiziona il bracciale correttamente?	☐ No ☐ Si
3. Viene rispettato un periodo di riposo di almeno 5 minuti, prima della misurazione?	☐ No ☐ Si
4. Il paziente appare tranquillo, prima della procedura?	☐ No ☐ Si
5. Durante la misurazione della pressione l'ambiente era tranquillo, senza rumori, distrazioni, persone che parlavano, televisore acceso, radio, visitatori, etc.?	☐ No ☐ Si
6. Durante la misurazione il paziente parlava?i	☐ No ☐ Si
7. Durante la misurazione il paziente teneva le gambe accavallate?	☐ No ☐ Si
8. Durante la misurazione il paziente aveva la schiena appoggiata allo schienale della sedia o sul letto?	☐ No ☐ Si
9. Durante la misurazione il paziente aveva il braccio appoggiato sopra ad un supporto (ad es. su un tavolo se era seduto, o sul letto se era disteso)?	☐ No ☐ Si
10. Durante la misurazione il braccio del paziente era posizionato al livello del cuore?	☐ No ☐ Si
11. I vestiti che indossava il paziente coprivano o stringevano il punto in cui è stato posizionato il bracciale?	☐ No ☐ Si
12. Al termine della procedura, il paziente ha annotato il valore pressorio sul suo diario/registro?	☐ No ☐ Si
13. Al termine della procedura, il paziente ha misurato la pressione una seconda volta, o ha dichiarato di volerlo fare?	☐ No ☐ Si

a cura di Alessi Anna Maria, Daniela Censi**, Lorella Saetti***

Il 5 giugno u.s. si è svolto a Milano il III convegno infermieristico regionale della Società Italiana di neonatologia. Al convegno ha partecipato la dottoressa Annamaria Alessi, responsabile infermieristico del Dipartimento Urgenza Emergenza del Dipartimento Aziendale delle Professioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera S.Anna di Como. La dottoressa Alessi ha ricoperto fino alllo scorso Aprile il ruolo di coordinatore infermieristico delle U:O: di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale. Proprio dalla sua attività di coordinatore e, grazie alle osservazioni del personale inferieristico che gestisce in piena autonomia l'ambulatorio dell'allattamento, è nata l 'esigenza di approfondire l'eventuale influenza che la partoanalgesia può avere sull'allattamento al seno. I risultati di questa riflesssione hanno così portato a modifiche organizzative con la finalità di mogliorare sempre più la qualità dell'assistenza erogata a mamme e neonati. Permettetemi di ringraziare Annamaria per il notevole impegno con cui ha coordinato in questi 11 anni un'U.O. ad elevata complessità e di formularle i più sinceri auguri per il nuovo importante impegno professionale".

Giovanna Colombo

Partoanalgesia

La Partoanalgesia, conosciuta come parto indolore, consente di bloccare la sensibilità dolorifica durante il travaglio, mantenendo conservata la motilità della muscolatura e quindi la capacità di spinta del torchio addominale.
I farmaci utilizzati nella nostra azienda sono: Sulfentanyl, Chirocaine, Ropivacaina, usati in associazione o singolarmente. La somministrazione dei farmaci viene effettuata con bolo a richiesta materna, sospendendo la somministrazione dell'oppiaceo a dilatazione avanzata, allo scopo di ridurre il più possibile gli effetti sul neonato.
Perché nasce la raccolta dati? Il lavoro di analisi prende avvio da un'osservazione delle infermiere che seguono l'ambulatorio del Nido, dove sembrava emergere una correlazione tra Partoanalgesia e difficoltà di allattamento al seno.
È stata effettuata una ricerca bibliografica consultando le banche internazionali. La letteratura in materia è risultata essere piuttosto scarsa, e non riesce a dimostrare di fatto una correlazione stretta tra i due fattori. Molti autori concordano sul fatto che nell'avvio di un buon allattamento le variabili personali, organizzative e culturali sono talmente tante che diventa difficile dimostrare un meccanismo causa-effetto.
Abbiamo comunque iniziato un'analisi la nostra realtà, attraverso alcuni steps:

1. scelta del campione: nati sopra le 37 settimane, dal 01.01.2014 al 31.12.2014;
2. tipologia di parto richiesta all'ingresso (9.96 % Taglio Cesareo, 29.53 % Partoanalgesia, 60.51 % parto spontaneo);
3. Modalità di evoluzione del parto non cesareo: aumento dei parti operativi (+ 48%), aumento della probabilità di evoluzione in T.C. (+ 6.7%);
4. Valutazione della percentuale di calo ponderale massimo raggiunto dai neonati: maggiore nella parto analgesia versus Parto Spontaneo e Taglio Cesareo;
5. Percentuale di aggiunte di latte di formula: maggiore nel Taglio Cesareo e parto analgesia versus Parto Spontaneo;
6. Valutazione di un adeguato incremento ponderale al controllo ambulatoriale: emerge che nei bambini nati da Parto Analgesia, nonostante la percentuale superiore di aggiunte versus Parto Spontaneo, vi è un incremento ponderale inferiore al controllo.

Che cosa può influire? Siamo andati a vedere da chi era richiesta maggiormente la Partoanalgesia. Emerge che in maggioranza sono donne primipare che possono avere quindi una difficoltà maggiore ad avviare un buon allattamento.

Se mettiamo però a confronto:

- percentuale di aggiunte di latte di formula somministrate tra primipare che hanno partorito

**Responsabile Infermieristico Dipartimento Urgenza Emegrenza. Dipartimento Aziendale Professioni Sanitarie, Azienda Ospedliera Sant'Anna Como*
***Infermiere U.O. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Azienda Ospedaliera Sant'Anna Como*

spontaneamente con o senza partoanalgesia (27.64% versus 24.57%)
- percentuale di aggiunta di latte di formula somministrate tra pluripare con un'esperienza precedente positiva di allattamento che hanno partorito spontaneamente con partoanalgesia o senza, notiamo che nel primo gruppo il gap è del 3% mentre nel secondo gruppo è del 9%. (10,86 versus 19,62)
- Emerge quindi che, nonostante una precedente esperienza positiva di allattamento, la necessità di aggiunta risulta maggiore del 9%.

Pur tenendo conto dei limiti del campione esaminato, abbiamo deciso di considerare possibile nella nostra realtà, un'influenza della partoanalgesia nell'avvio dell'allattamento.

Abbiamo quindi apportato modifiche organizzative finalizzate alla riduzione della percentuale di aggiunte di latte di formula attuando azioni infermieristiche di sostegno e successivamente di sostituzione:
- favorire un attacco precoce;
- stimolare precocemente il seno in caso di suzione scarsa o inefficace fin dalle prime ore post partum (spremitura manuale);
- favorire anche al nido il "contatto pelle a pelle" per stimolare la produzione di latte;
- stimolare il seno con il mastosuttore, se le difficoltà di attacco o di suzione persistono

Bibliografia

- Devroe et al.; Breastfeeding and epidural analgesia during labour. Current Opinion in Anaesthesiology 2009, 22:327-329;
- Wilson et al.; Epidural analgesia and breastfeeding: a controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and non-epidural comparison group. Anaesthesia 2010, 65: 145-153;
- Gizzo et al.; Epidural analgesia during labor: impact on delivery out come, neonatal well-being, and early breastfeeding. Breastfeeding medicine 2012, Volume 7, Number 4: 262-268;
- Tranquilli et al.; Influenza della analgesia in epidurale sul travaglio di parto. Riv. It. Ost. Gin. 2009, Num. 22: 52-55;

Azienda Ospedaliera Ospedale Sant'Anna Di Como
U.o. T.i.n. E Neonatologia
Direttore: Dr. Mario Barbarini
Coordinatore: Anna Maria Alessi

Partoanalgesia e allattamento al seno: la nostra realtà

SCHEDA DI CONTROLLO NEONATALE

COGNOME e NOME	Nato il	Dimesso il

MODALITÀ PARTO

☐ Taglio Cesareo ☐ Vaginale ☐ Indotto ☐ Ventosa Ostetrica
☐ Partoanalgesia ☐ Pelle e Pelle ☐ Attacco Sala Parto

DECORSO

Peso Nascita	Età Gestazionale	Peso dimissione	Calo max	Peso Rilevato

MODALITÀ ALLATTAMENTO

Al Nido	☐ Seno	☐ Latte Artificiale	☐ + Latte Artificiale	☐ + Latte Materno	☐ Profilo glicemico	☐ Ipoglicemia
Alla Dimissione	☐ Seno	☐ Latte Artificiale	☐ + Latte Artificiale	☐ + Latte Materno		
A Domicilio	☐ Seno	☐ Latte Artificiale	☐ + Latte Artificiale	☐ + Latte Materno		

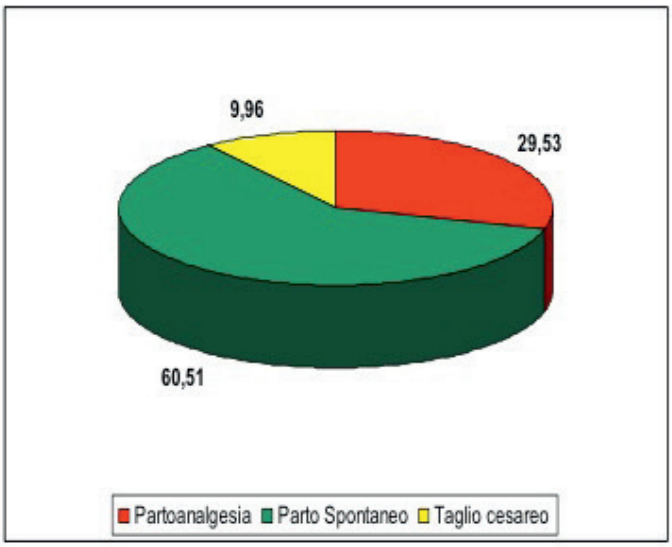
Paracapezzolo ☐ SI ☐ NO Dolore (0-10) ☐ SI ____ ☐ NO Ragadi ☐ SI ☐ NO

Gravidanze precedenti ____ Allattamento

PROBLEMI RILEVATI DAI GENITORI

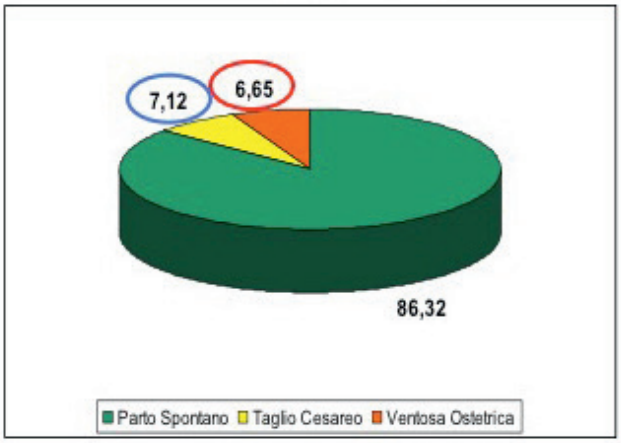
PARTI: ANNO 2014

	Partoanalgesia	Parto Spontaneo	Taglio Cesareo	Totale
Gennaio	40	83	16	139
Febbraio	40	65	11	116
Marzo	34	65	19	118
Aprile	33	75	3	111
Maggio	27	94	13	134
Giugno	35	84	22	141
Luglio	41	94	16	151
Agosto	42	95	14	151
Settembre	41	91	9	141
Ottobre	49	89	14	152
Novembre	44	57	10	111
Dicembre	51	94	16	161
Totale	477	986	163	1626

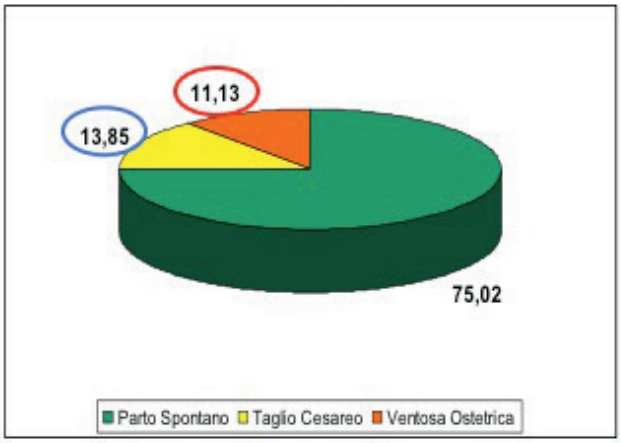


EVOLUZIONE DEL PARTO

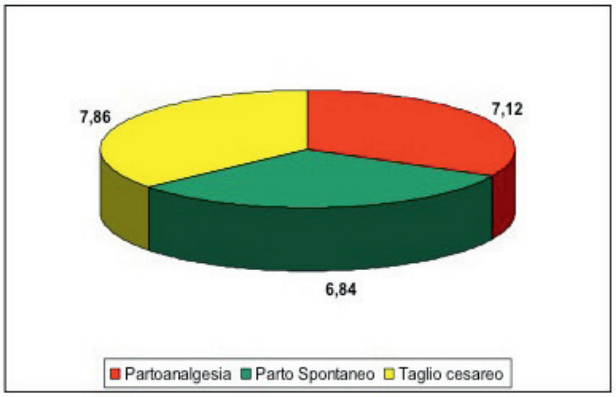
Partoanalgesia: NO



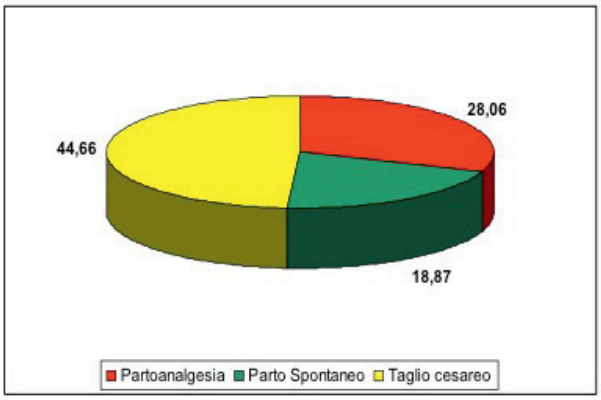
Partoanalgesia: SI



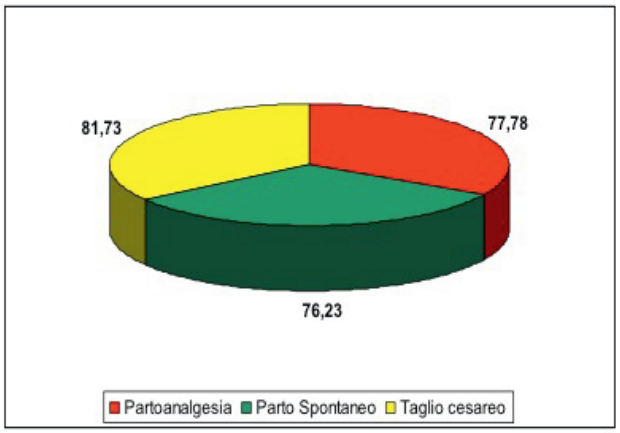
CONSEGUENZE NEI NEONATI:
PERCENTUALE MEDIA
DI CALO PONDERALE



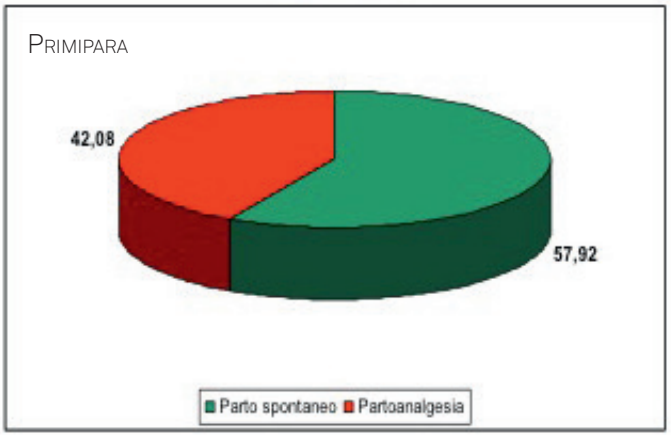
CONSEGUENZE NEI NEONATI:
AGGIUNTA DI LATTE ARTIFICIALE

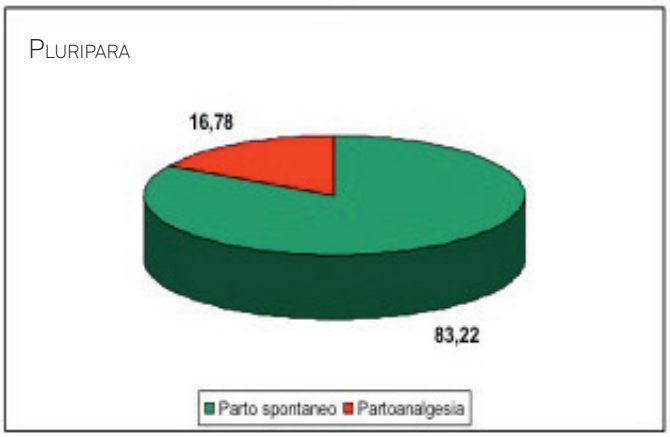


CONSEGUENZE NEI NEONATI:
PESO ADEGUATO AL CONTROLLO



PARTOANALGESIA:
CHI LA SCEGLIE?





a cura di Manuela Cicioni

La cucina che cura

Considerato l'evento che attualmente catalizza tutta la nostra attenzione riguardo una corretta alimentazione (Expo 2015) ho pensato che potesse essere interessante sentire un parere di una collega, nutrizionista specializzata in alimentazione Macrobiotica. Per questo a Lei (Manuela Cicioni) chiedo cosa ne pensa del concetto "la medicina che cura", leggiamo insieme la sua risposta:
In questi ultimi anni non sono mancati gli spunti di riflessione sul rapporto tra cibo e salute. Si pensi alla pubblicazione del prof. Colin Campbell ("The China Study") basata su una ricerca condotta sulla popolazione cinese, poi seguita da un video ("Whole, vegetale e integrale"). Dopo aver documentato il lavoro di professore e ricercatore durato circa 40 anni, arriva a definire la dieta ideale che è quella a base di alimenti naturali e vegetali, cioè priva di alimenti di origine animale (carne, latte e derivati). Non solo quindi l'uomo non ha bisogno di proteine animali, ma il suo consumo eccessivo ha un rapporto diretto con l'insorgere del cancro in varie forme, lo stesso vale per i cibi raffinati (a cominciare dallo zucchero, i grassi idrogenati etc.). Ma Colin Campbell si spinge oltre sostenendo che oltre a prevenire molte malattie questa dieta sarebbe in grado di curare le stesse, favorendone la regressione come nel caso del cancro.
Uno lavoro simile, ma condotto in ambito europeo è lo studio prospettico EPIC, che ha coinvolto oltre 500.000 persone. Pubblicato nel 2007, ha permesso la revisione della letteratura scientifica dedicata alla prevenzione e alla cura dei tumori. Il WCRF (Word Cancer Research Found) ha così pubblicato un elenco di raccomandazioni di carattere alimentare e stile di vita da cui emerge ancora una volta l'importanza di un'alimentazione basata prevalentemente su alimenti di origine vegetali, frutta e verdura, cereali integrali e legumi.
Il prof. Franco Berrino, medico epidemiologo dell'Istituto dei Tumori di Milano, che da oltre trent'anni indaga le connessioni esistenti tra l'alimentazione, lo stile di vita e la prevenzione dei tumori attraverso il progetto DIANA, introduce il concetto di filosofia macrobiotica del cibo come di un valido strumento di prevenzione e cura delle sindromi metaboliche, direttamente collegate all'insorgenza di varie malattie cronico-degenerative tra cui il cancro.
Ma cos'è la macrobiotica? Letteralmente significa "lunga vita" (macros-bios) ed è una vera e propria filosofia di vita. Nata negli anni '60 si ispira a tradizioni millenarie dove ciò che mangiamo quotidianamente e più in generale un certo stile di vita e di pensiero rafforzano la salute e portano ad una vita lunga e felice (ecco perché si parla di filosofia e non solo di alimentazione macrobiotica).
Ogni aspetto della natura si manifesta attraverso due forme di energia opposte e complementari: Yin e Yang ovvero espansivo e contraente. In altre parole viviamo in un mondo di opposti, di polarità e siamo perennemente alla ricerca di un equilibrio generale attraverso tanti piccoli equilibri (né troppo caldo né troppo freddo, non troppo teso né troppo rilassato etc.). Attraverso yin e yang possiamo stabilire un sistema di cura per il nostro corpo ed una regola di vita più armoniosa. Ogni alimento può essere considerato yin o yang in relazione all'effetto che esso ha sul nostro corpo (espansivo o contraente). Metabolismo, anatomia e fisiologia possono essere così interpretati in funzione delle forze espansive-contraenti e di conseguenza classificati come yin o yang. Si pensi ad esempio al cuore, il cui movimento ha una fase contraente/yang seguita da una fase espansiva/yin: una dieta troppo ricca di alimenti e fattori yang è a rischio di pressione massima alta, con un cuore che si contrae con troppa forza. Viceversa se mangiamo troppi alimenti yin, al cuore può mancare la forza contraente sufficiente e si possono creare condizioni di espansione e gonfiore del corpo.

Dobbiamo quindi cercare un equilibrio tra alimenti contraenti ed espansivi per mantenere l'armonia nel nostro corpo. Nel momento in cui questa armonia viene a mancare, dobbiamo capire se ciò è dovuto ad una situazione troppo contratta o troppo rilassata. Capita la causa del problema, si elabora una strategia di cura (alimentazione, abitudini di vita, rimedi macrobiotici) per aiutare il corpo a ritrovare l'armonia.
In concreto gli alimenti di origine animale, in particolare la carne, le uova e formaggi stagionati e i pesci a carne rossa, generano nel nostro corpo forze contraenti. Ad un livello meno estremo troviamo i pesci a carne bianca e i prodotti da forno (pane, pizza, focacce tec.). L'effetto sul corpo è di creare tensione, rigidità e

si formano indurimenti ed accumuli (si pensi ai noduli, alle cisti etc.).
Gli alimenti estremi più yin invece sono quelli che hanno subito un processo di raffinazione come zucchero e alcool, le droghe e le medicine, cui seguono alimenti di origine tropicale (che crescendo in clima yang/contraente sviluppano qualità yin/espansive) come caffè, cacao, le spezie, la frutta tropicale. I latticini freschi (gelato, latte e yogurt) sono più yin di quelli stagionati. Troppi alimenti di questo tipo generano debolezza e dispersione, allergie e debolezza del sistema immunitario, anemia, amenorrea, freddo e gonfiore e, non ultimo, stanchezza cronica.
Gli alimenti più equilibrati dal punto di vista energetico (yin/yang) sono i cereali integrali, le verdure ed i legumi. Una dieta basata su di essi fornisce lo strumento migliore per correggere squilibri che si manifestano attraverso problemi di salute.
L'arte di utilizzare questi principi (yin e yang) sta nel riconoscere questi squilibri e nel sapere come correggerli, attraverso una vera e propria terapia alimentare.
La potenza di questa filosofia sta nella sua semplicità e efficacia, che si manifesta tanto più accentuata quanto più costante e quotidiana è la sua pratica. Il cambiamento inizialmente può essere difficile perché spesso implica scelte alimentari di esclusione di alcuni cibi, ma nel contempo si scoprono nuovi alimenti e nuovi sapori (come ad esempio il kanten di cui parlerò di seguito) e ci si riappropria di quell'istinto che l'uomo moderno ha quasi perso, di riconoscere da soli che cosa ci fa bene e che cosa no. Diretta conseguenza è anche l'imparare a riconoscere tutti quei piccoli segnali che il corpo ci manda attraverso disturbi o sintomi più o meno accentuati.

Prendiamo ad esempio un disturbo comunissimo come la stitichezza. Basta entrare in farmacia ed osservare gli espositori per capire l'entità del problema. In Macrobiotica, come in altre tradizioni curative, la stitichezza è considerata il principio di tutte le malattie. La causa principale è la mancanza di fibre, dovuta al consumo di cibi che di fibre non ne contengono (carne e derivati, latticini, uova e pesce) e prodotti raffinati (tra cui pane, pasta e riso bianco e tutto quello che contiene zucchero). Una dieta basata su cereali integrali, verdure a foglia verde e radici, può essere arricchita di alimenti particolarmente ricchi di fibre come i fagioli azuki, l'avena (con crusca solubile) e le alghe (ricche di sali minerali necessari per ottimizzare l'assorbimento intestinale). Tra i rimedi macrobiotici per la stitichezza quello che solitamente riscuote più successo per la sua semplicità e bontà è il KANTEN di frutta.
Si tratta di dessert di frutta a base di succo di mela naturale (non dolcificato), agar agar (un alga insapore ricca di calcio e iodio, usata per addensare e dalle proprietà blandamente lassative) e frutta fresca di stagione. Si sciolgono 5 cucchiai di agar in fiocchi in un litro di succo e successivamente portato a sobbollire. Si aggiunge un pizzico di sale e la frutta tagliata a pezzettini (quantità a piacere) e la si lascia ancora un minuto sul fuoco. Si spegne e si rovescia in una pirofila. Lo si lascia raffreddare senza muoverlo e poi si può consumare così com'è oppure frullarlo per renderlo mousse. Le proprietà benefiche rilassanti della frutta cotta (qualità yin che con la cottura penetrano più in profondità) unite a quelle lubrificanti e lassative dell'alga ne fanno un ottimo rimedio soprattutto per chi soffre di stitichezza cronica.
Affinchè si ottenga il massimo da ciò che si mangia la masticazione è indispensabile. Ogni boccone andrebbe masticato cento volte, ma per cominciare bastano 30/40 volte. Questa pratica è indispensabile per chi ha problemi di salute, stitichezza compresa! Allora non ci resta che provare.

Per consulenze personalizzate o corsi di formazione (teorico/pratici) in alimentazione Macrobiotica è possibile contattare Manuela Cicioni 3403775886

a cura di Francesco Francione, Annamaria Gentile, Maria Elisabetta Seveso

Ragionamento diagnostico e diagnosi infermieristiche: alcune riflessioni

La diagnosi infermieristica è l' enunciato del giudizio clinico sulle reazioni ai problemi di salute presenti o potenziali e ai processi di vita di una persona, di una famiglia, di una collettività [1].
Le diagnosi infermieristiche sono partite proprio dall' esigenza (anni '70) di avere un nuovo sviluppo di qualificazione, una dimostrazione visibile dell' autonomia, della responsabilità e del campo esclusivo dell' infermieristica. Esse quindi nascono con una pluralità di scopi e questo probabilmente è un' opportunità ma è anche un limite per la nostra professione.
In tutte le scienze sanitarie il carattere prescrittivo dovrebbe essere dominante, e ciò è direttamente collegato al concetto di diagnosi. Dare un nome ai problemi (cioè diagnosticare) è importante, altrimenti è come se non li si possedesse, e questo è il potere più forte che ha una professione. Lo specifico professionale, infatti, lo si riesce ad affermare di più se si riescono a chiamare i problemi, e quindi con le diagnosi.2 Per quanto riguarda le diagnosi, ogni fenomeno ritenuto meritevole di attenzione viene oggettivato nell' ambito di un sistema di classificazione proprio della disciplina competente. Ciò avviene anche nel campo dell' assistenza infermieristica, che non potrebbe definirsi scienza se non fosse in grado di formulare un proprio modo compiuto di organizzare e comunicare le conoscenze sui fenomeni del suo specifico campo di interesse, attraverso la produzione di un sistema di classificazione e l' adozione di un linguaggio tecnico specifico che siano universalmente riconosciuti e validati.3 Ciò vale per le diagnosi, gli interventi, e i risultati (NANDA, NIC, NOC) [4-5].
Per poter essere corretta, una diagnosi infermieristica deve prevedere che l'infermiere nella sua risoluzione abbia una completa autonomia. Le diagnosi, poiché appartengono a un' altra cultura, non sono sempre facilmente integrabili nel contesto italiano dove non tutte le diagnosi sono infermieristiche. Quindi bisogna porre attenzione all' introduzione di questo strumento nella realtà operativa, poiché bisogna ben contestualizzarlo altrimenti si rischierebbe di fare solo della mere constatazioni. La constatazione infatti è un qualcosa che si vede, la diagnosi no. Potrebbe essere oggetto di diagnosi un elemento comune alla maggior parte dei teorici dell' infermieristica, che è il concetto di autonomia: autonomia correlata al problema di salute[6]. Il paziente diventa il principale partner nell' individuazione di una diagnosi e viene a crearsi uno spazio di condivisione del ragionamento diagnostico con il paziente stesso. Quindi condividere la diagnosi vuol dire che l' infermiere arriva a fare una buona diagnosi se include sia la sua competenza disciplinare sia la sua competenza culturale. In tutto questo rientra l' importanza della competenza e della conoscenza clinica, poichè l' infermiere deve avere chiaro l' effetto del problema sull' autonomia del paziente. L' empatia è uno strumento, che viene in aiuto al professionista, per conoscere i bisogni della persona. Non vale tanto quindi avere la conoscenza, ma saperla applicare ragionando sulle situazioni [7].
Il giudizio clinico porta all' elaborazione di una diagnosi e questa elaborazione permette una pianificazione dell' assistenza. Le diagnosi servono come base per la scelta degli interventi assistenziali, per la pianificazione di risultati di cui gli infermieri sono responsabili e quindi non ci deve essere sistematicità nella raccolta dei dati e degli indizi diagnostici perché questi sono una raccolta "ricercata" in base al problema di salute, perché l' infermiere sa già nella sua mente quali possono

essere gli indizi che deve cercare.
Il ragionamento diagnostico è la struttura che orienta il professionista infermiere, poi però ci sono dei fattori esterni, cioè c' è una formazione che dà una struttura, c' è un contesto che condiziona favorevolmente o negativamente la reale pratica governata da questi linguaggi. Ci sono questi fattori sui quali il mondo della formazione non ha un reale potere d'intervento e di modificazione [8]. La diagnosi infatti non deve essere un fine [9].
L' attribuzione d' importanza data alla diagnosi è legata non tanto all' attribuzione dell' etichetta diagnosi/ non diagnosi, ma all' utilità per il paziente. Il ragionamento diagnostico si può fare se non si segue un modello organizzativo per compiti e se il piano di assistenza individuale non prevede che l' intervento infermieristico sia sempre giustificato da una diagnosi. Se la diagnosi individua un intervento che deve essere risolto, allora essa non può essere generatrice di interventi di monitoraggio, perchè dalla diagnosi devono venir fuori solo interventi risolutivi [10].

CONCLUSIONI

Con il passare del tempo le tassonomie diagnostiche potrebbero diventare delle gabbie concettuali e in questo modo soffocare quello che dovrebbe essere il reale percorso diagnostico che è per così dire un atto sempre diverso dai precedenti, un atto unico. È unico perché il paziente è unico. Non esistono delle categorie di pazienti da inserire sotto una diagnosi e altri da inserire sotto un' altra diagnosi, il ragionamento diagnostico, clinico, è fatto partendo dal paziente e non è mai lo stesso, anche se può portare alla stessa diagnosi. L' auspicio è che un giorno, quando il processo di evoluzione della professione raggiungerà piena maturità, possa essere attribuita all' infermiere una facoltà direttamente collegata a quella diagnostica, cioè quella certificativa. L'infermiere come unico e solo professionista in grado di poter diagnosticare uno specifico bisogno del paziente. Questo farà lo status dell' infermiere così come ha fatto quello del medico e di tutte le altre professioni intellettuali.
Quindi, ci devono essere sicuramente interventi collaborativi con responsabilità condivise, ma anche interventi specifici, derivati da diagnosi specifiche, con responsabilità a totale carico dell' infermiere.6
Come avviene per le classificazioni mediche che raggruppano diagnosi omogenee ma il cui numero non è finito, anche le ipotesi diagnostiche infermieristiche più disparate generano una diagnosi che poi rientra in un gruppo, ma il meccanismo di generazione, di produzione della diagnosi dato dal mescolamento degli indizi diagnostici è unico, non è mai lo stesso. Gli ingredienti sono gli stessi ma le combinazioni sono infinite. Alcuni di questi ingredienti (indizi diagnostici) sono in comune con altre professioni, ed è giusto che sia cosi, ma, ad esempio, letti dall' occhio dell' infermiere portano alla diagnosi infermieristica, letti dall' occhio del medico portano alla diagnosi medica. È quindi legittimo domandarsi perché le due diagnosi non debbano avere la stessa dignità se partono dagli stessi elementi e se vengono elaborate secondo due ottiche scientifiche di pari livello, dato che non esiste una scienza superiore ad un' altra.

BIBLIOGRAFIA

1. NANDA [ritrovata il 31/03/2015] Da www.nanda.org.
2. Jones JA. Clinical reasoning in nursing. J Adv Nurs. 1988 Mar;13(2):185-92.
3. Cruz DM, Pimenta CM, Lunney M. Improving critical thinking and clinical reasoning with a continuing education course. J. Contin Educ Nurs. 2009 Mar;40(3):121-7.
4. Woolley N. Nursing diagnosis: exploring the factors which may influence the reasoning process. J Adv Nurs. 1990 Jan;15(1):110-7.
5. Motta PC. Introduzione alle scienze infermieristiche. Roma: Carocci Faber; 2002.
6. Carpenito Moyet LJ. Piani di assistenza infermieristica e documentazione. Milano: CEA; 2011.
7. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, Van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. J Adv Nurs. 2006 Dec;56(5):514-31.
8. Bittencourt GK, Crossetti Mda G. Critical thinking skills in the nursing diagnosis process. Rev Esc Enferm USP. 2013 Apr;47(2):341-7.
9. Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. International Journal of Nursing Terminologies & Classifications. 2009 Jan-Mar; 20 (1): 9-15.
10. Da Silva Bastos Cerullo JA, De Almeida Lopes Monteiro da Cruz D. Clinical reasoning and critical thinking. Rev Lat Am Enfermagem. 2010 Jan-Feb;18(1):124-9

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Clinical & Translational Endocrinology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jcte

Research Paper

Optimizing insulin injection technique and its effect on blood glucose control☆

Giorgio Grassi, MD [a], Paola Scuntero, RN [b], Rosalba Trepiccioni, RN [c], Francesca Marubbi, PhD [d], Kenneth Strauss, MD [e,*]

[a] S.C.D.U. Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo, A.O. Città' Della Salute E Della Scienza, Torino, Italy
[b] C.P.S.E.I. Centro Unificato Diabetologia, A.O. Città' Della Salute E Della Scienza Torino, Italy
[c] S.C. Endocrinologia Diabetologia e Malattie del Metabolismo, Asl To2 – Ospedale Maria Vittoria, Italy
[d] BD Medical, Via delle Azalee 19, 20090 Buccinasco, MI, Italy
[e] BD, POB 13, Erembodegem-Dorp 86, B-9320 Erembodegem-Aalst, Belgium

Giugno 2015

Una corretta tecnica di iniezione può migliorare il controllo glicemico nei pazienti con diabete

Uno studio recente di Grassi et al. ha concluso che il controllo glicemico nei pazienti diabetici che fanno uso di insulina, può essere migliorato attraverso una corretta tecnica di iniezione, che include il passaggio all'uso di aghi da 4mm.
I risultati hanno dimostrato che l'educazione ad una corretta tecnica di iniezione di insulina non solo ha migliorato il controllo glicemico, ma ha contribuito ad una maggiore soddisfazione del paziente e abbassato il consumo giornaliero di insulina dopo soli tre mesi – un periodo di tempo relativamente breve. Questi risultati positivi sono importanti perchè possono contribuire ad una migliore aderenza alla terapia e, se sostenuti, migliorano i risultati clinici di lungo periodo, così come i costi e l'efficienza legati alla cura del diabete.
Secondo lo studio, la maggior parte delle visite da parte dei medici ai pazienti che fanno uso di insulina implicano discussioni riguardo il controllo glicemico e la correzione della dose, ma molto meno tempo viene dedicato al miglioramento della tecnica di iniezione. Lo studio quindi è focalizzato su un intervento multi fattoriale, che include il training sulla corretta tecnica di iniezione ed il passaggio all'uso di un ago corto, al fine di dimostrare come queste componenti abbiano un impatto positivo sulla gestione del diabete.
I risultati hanno dimostrato che un numero significativo di pazienti ha riconosciuto l'importanza di una corretta tecnica di iniezione. È stato osservato un miglioramento nella tecnica iniettiva con l'abbandono, nella maggior parte dei casi, della pratica del pizzico grazie all'utilizzo di un ago da 4mm.
È stato provato che l'uso degli aghi da 4mm è adatto agli adulti, indipendentemente dal loro BMI nonchè ai bambini e ai giovani adulti, in quanto garantisce il rilascio di insulina nel tessuto sottocutaneo senza il rischio di iniezione intramuscolare. I pazienti hanno riportato meno dolore nell'utilizzo degli aghi da 4mm, e ciò può migliorare il comfort psicologico e la qualità della vita.
Diversi altri studi clinici, condotti con aghi di differenti lunghezze e gauge, hanno già dimostrato i vantaggi dell'uso di aghi più corti e più sottili rispetto ad aghi più lunghi, ma tali studi non avevano ancora mostrato evidenze a supporto del miglioramen-

to del controllo glicemico. Lo studio di Grassi et al. è quindi il primo studio pubblicato che dimostra che il controllo glicemico può essere migliorato grazie ad una migliore tecnica iniettiva.

Le conclusioni dello studio Grassi et al. Possono ritenersi impressionanti in quanto i pazienti ed i clinici non devono aspettare mesi e anni per osservare miglioramenti nei parametri clinici principali (controllo glicemico e riduzione della quantità di insulina), quando sono presenti una formazione appropriata e dispositivi adeguati. Questi miglioramenti possono verificarsi da subito, nel corso della terapia insulinica, motivando il paziente a continui miglioramenti.

Dai risultati di questo studio, è chiaro che l'implementazione di un approccio multifattoriale, che include l'educazione alla tecnica di iniezione e l'utilizzo dell'ago da 4 mm può avere un impatto significativo. Non solo migliora il controllo glicemico, ma i pazienti possono abbassare il consumo di insulina e migliorare la propria tecnica di iniezione, rendendo più semplice la gestione del diabete e migliorando la qualità della vita."

Dopo una valutazione iniziale, ciascun paziente ha iniziato ad utilizzare l'ago BD da 4mm 32 G ed è stato educato ad una corretta tecnica di iniezione. I pazienti sono stati nuovamente osservati, dopo tre mesi, per valutare la loro tecnica di iniezione, lo stato dei loro siti, la loro reazione psicologica e l'impatto clinico dell'ago da 4mm.

Alla fine dello studio, la maggior parte dei pazienti ha mostrato una migliore comprensione dell'uso dei dispositivi per insulina, della cura e manutenzione dei siti di iniezione, dell'importanza di evitare complicanze come le lipoipertrofie e della necessità di ruotare i siti di iniezione.

Metodologia

Per lo studio, 346 pazienti con diabete, da 18 centri ambulatoriali da ogni parte del Nord Italia, in terapia iniettiva da minimo 4 anni, hanno risposto ad un questionario sulla tecnica di iniezione (IT). Un' infermiera ha poi esaminato i siti di iniezione del paziente per evidenziare la presenza di lipoipertrofie (LH), il tutto seguito da una sessione di training individuale in cui sono stati affrontati gli errori nella tecnica di iniezione emersi nel questionario. A tutti i pazienti è stato correttamente insegnato come ruotare i siti di inieizone per evitare lipodistrofie ed è stato raccomandato l'uso dell'ago da 4mm per evitare iniezioni intramuscolari. Sono stati istruiti sul non riutilizzo degli aghi. I pazienti sono stati esaminati dopo i primi tre mesi per valutare la tecnica iniettiva, il cambiamento dei parametri clinici, lo stato dei loro siti di iniezione, la loro reazione psicologica e l'impatto clinico dell'ago da 4mm.

Per maggiori informazioni contattare: Lindsell Marketing - Francesca@lindsellmarketing.com - 0044 (0) 207 402 0510

**Direttore di Safety in Medicine, European Medical Association, Global Medical Director, BD*

ENTRANO A FAR PARTE DEL NOSTRO COLLEGIO

INFERMIERI

ADORISIO	ANTONELLA
ALBERIO	ERICA
AMADEO	ELISA
AMORETTI	LUCA
ANGELINETTA	ALESSANDRA
BADRI	IBTISSAM
BASILICO	ELISA
BERLUSCONI	LUCA
BERNASCONI	SERENA
BOTRUGNO	MARA
BOTTA	MARTINA
BRESSAN	GIORGIA
BRUN	BEATRICE
BRUNI	LAURA
BUTTI	FEDERICA
CATTANEO	FRANCESCA
CHINTEMI	SANTINA
CIAPPARELLI	ANDREA
COLOMBO	PATRIZIA GIULIA
CONTRINO	FRANCESCA
COROLETCHI	CRISTIAN
CORTI	GLORIA
CROSTA	GIULIA
DANIELLI	MARTINA
DATTOLA	DANIELA
DE STEFANI	SARAH
DEL SORBO	ARIANNA
DELIALLISI	MBARSIDA
DELLA TORRE	ANNA
EL MASRI	GIANAA ZEN
FOLIGNO	GIULIA
FRANGI	LUCA ENEA
GEORGE	ANN MERIN
GIARDELLI	CHIARA
GIROLA	ALESSIA
GROZA	AMALIA CRINA
GUFFANTI	MARTA
GUIADEM KOUNTCHOU	SANDRINE CAROLE
GUZZETTI	SONIA
HAMENI EMALIEU	SUZANNE NOVALICE
KISZKA	ALESSANDRA
LA FERRARA	GIULIA
LA ROVERE	GINA
LEANZA	LARA
LEO	GIULIA
LONGO	CIRO
LURASCHI	FEDERICA
MAGNIFICO	ANTONELLA
MARCONINI	MADINA
MARELLI	SILVIA

MARELLI	LAURA
MAZZOLENI	GIULIA
MELESI	ALESSANDRO
MIRABELLO	ARIANNA
MODICA AMORE	GIULIA
MOLTENI	MARTINA
MURATI	ARJOLA
NOCE	LUCREZIA
PATTARELLO	MATTEO
PEZZETTA	GIUDITTA
PIGRETTI	MORENA BORDESSA
PINI	PAOLA
PRETE	FRANCESCO
ROSSI	FRANCESCO
RUGIERI	MARINA
SALERNO	ANTONELLA
SERAO	MARTA
SICA	LUIGI
SOMMA	DANIELA ANGELA
TOSETTI	RAFFAELLA
TRABELSI	LOBNA
TRABUIO	BARBARA
TROMBETTA	ARIANNA
TUDORI	JESSICA
VALTORTA	SILVIA
VATICANO	FRANCESCO
VILLA	SILVIA
VILLANI	JENNIFER

INFERMIERI PEDIATRICI

ONZO ROSANNA

ASSISTENTI SANITARI

COLOMBO	DANIELA
GUZZO	ELENA

ARRIVANO DA ALTRI COLLEGI

INFERMIERI

ALIAGA MARTINEZ	HILDA
BONFANTI	LUCA
CIURDUC	CRISTIANA ISABELA
DRAGO	MARTA
FACCO	GIULIANA
FIORELLIS	ALFONSO
FRIGERIO	VERUSCA
LUNGARINI	DANIELA
MIGLIAZZA	BRUNA
MONGUZZI	MARA
MORINI	MARIA
ORLANDO	FABIO
OSMETTI	MILVA
PEDRAZZI	GIOVANNA
PEREGO	FRANCESCA
PROSERPIO	PAOLA

QOSE	ELISA
ROSSOTTI	NADIA
SANVITO	CHIARA MARIA
TODESCHINI	MILENA
ZOMPI'	GIOVANNI

HANNO CESSATO LA LORO ATTIVITÀ

INFERMIERI

BELLO'	DANIELE
BERNASCONI	MARIA CARLA
BERTINI	ADRIANO
BEVILACQUA	LILIANA FONTANA
BORRELLI	MARIA PATRIZIA
BRADANINI	FABIO
BULZAN	NICOLAE VASILE
CASTELLO	FRANCESCA MADDALENA
CAVAZZI	LORENZA
CONSTANTINESCU	IOANA CLAUDIA
DORDONI	DOLORES
GALIZZI	AUGUSTA
GHULAM	SARWAR MOHAMMAD
GRANDI	MARIA GRAZIA
LURASCHI	KATIA
MARIN SAMANEZ	HELEN STEPHANI
MAZZINA	LIVIO MARIANO
MONTERO CORDERO	MARIA ALMUDENA
RENNA	GIUSEPPINA
RICCI	SUOR CATERINA
RIVA	LUIGIA
RIZZI	GIANFRANCA
ROCCO	STEFANIA MARIA
RONCORONI	SUOR CLEMENTINA
SARESINI	ANGELA MARIA SUOR MODESTA
SFORZIN	MARIA VALLIS
SIDDI	BENIGNA
SORMANI	CARMINE
TROISI	ANNAMARIA
VANOLI	GIOVANNA
VOLONTERIO	ISIDORA

INFERMIERI PEDIATRICI

MATALDI	DANIELA

SI SONO TRASFERITI

INFERMIERI

ALAGNA	GIACOMA
ALEXE	PETRU MIHAIL
ALEXE	VIORICA ALINA
CARRILLO	ELISA
CASTIGLIONI	VALENTINA
COLOMBO	ELENA
COLZANI	GIACOMO

COMAN	ILEANA
COMAN	VASILE AUREL
CORTI	MARIA ROBERTA
CORTI	MARCO
DE FILIPPIS	SUOR RAMONA
DE MASI	PASQUALINA
DE PONTI	SONIA MARIA
D'SOUZA	LAVEENA
FAZANI	HEDIA
FEMIANO	MARGHERITA ANNA
FRIGERIO	ROBERTA
GESHTENJA	ALFRED
GIARDI	GABRIELLA
HIDEG	ECATERINA ILDIKO
KOTOLLAKU	PETRIT
KUITCHOUA	BERLINE
LEINDORF BARTZ WELDT	DEBORA
MINOTTI	SARA
MONTANO PEREZ	JENNY MILAGROS
MOSCOLARI	VALERIO
MUJANOVIC	AMIR
MUNDULA	GIANLUCA
NEGRONI	VALERIA
NISTOR	DIANA MARIA
NISTOR	EUGEN
OSTINELLI	LORENZA
PERON	CRISTINA
PERRONE	LAURA
POLTI	TIZIANA
POZZI	PINUCCIA
ROSCIO	LORELLA
ROTA	ALESSANDRO
RUSITORU	ELENA
SCIARINI	LUCIA
SEDDA	MARIA
SISTU	PATRIZIA
SUFRAGIU	DIANA
TEPARIC	ERMIN
THIAM	MASSAER
TONELLI	LORENA
VILLANUCCI	LINA
VITA	ALESSIA
VITI	SONIA

DECEDUTI

INFERMIERI

FASOLI	VIVIANA
LUCIANI	ALBA

MOROSITÀ

INFERMIERI

ANZANI	MARINA
BIOT ALIX	MARIE RENEE
BONARDI	ELENA
BRESCIANI	ROSA ANGELA
CEREDA	RAFFAELLA PAOLA
DE ANGELIS	VLADIMIRO
DOSSI	MARCO
GAGIARDO	TIZIANA
GARGANIGO	CATERINA
GRAMMATICA	ALESSANDRA
LA ROCCA	MARIA ANGELA
METZ	MIHAELA
MOLTENI	MARIA TERESA
PATERINI	SANTINA
PELLEGATA	ANTONIO MARIA
PERONI	PATRIZIA
PONTIGGIA	ROBERTA
REZZONICO	MARINELLA
SALDARINI	LUIGIA
SCACCHETTI	COSETTA
STOICA	SIMONA CAMELIA
TRENTI	PAOLA
TRONCHIN	KATIA CLEMENTINA
VASILOAIA	CRISTINA

MOROSITÀ E IRREPERIBILITÀ

INFERMIERI PEDIATRICI

BOTEZATU MONICA LAURA

MOROSITÀ E IRREPERIBILITÀ

INFERMIERI

GERXHI	DHIMITER
HAJDARHODZIC	DAMIR
KOLLOVI	ELCA
MARTA	DELIA ELENA
MOLDOVAN	ALIDA MANUELA
PEIA	MONA-MARIA
SAGHROUNE	ANIS
STOEVA	VANYA SLAVOVA
SZILAGYI	KRISZTINA
TOMOIAGA	MARIA
TRABELSI	HATEM

MOROSITÀ TRASF. ESTERO

INFERMIERI

BATES	RACHEL WENDY
BUGALA	BARBARA
CATTONI	FEDERICA
DJULIC	DZANANA
HRGIC	DRAGICA