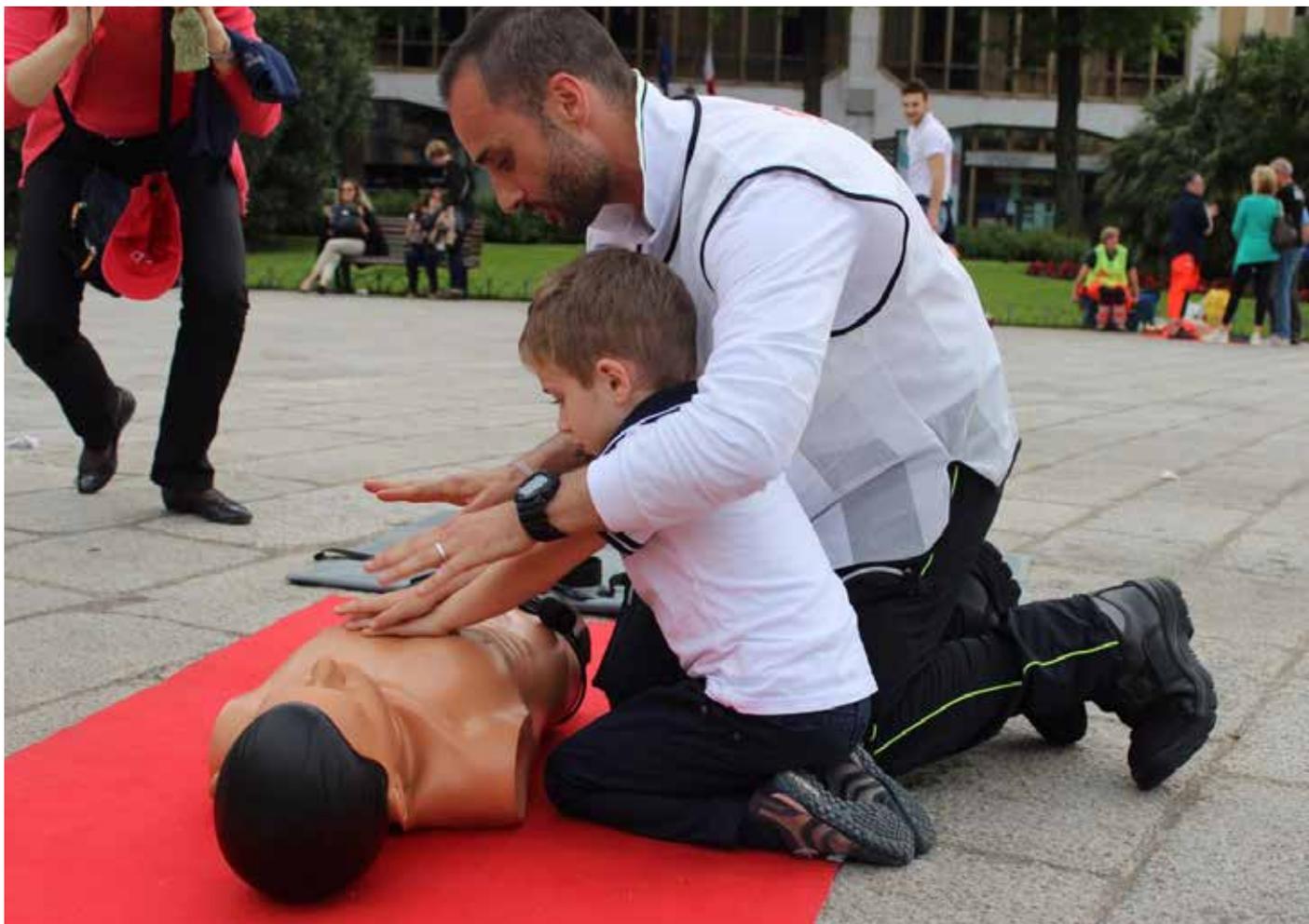


Dicembre
2015 - N. 58

ISSN 2281-9479

Algorà

SPAZIO DI INFORMAZIONE DEL COLLEGIO IPASVI DI COMO



**L'Infermiere
e la riforma
sanitaria regionale**

DI ORESTE RONCHETTI

P. 3

**Il trasporto
interospedaliero
del paziente
critico**

DI ALESSANDRO MASSA E OMAR TETTAMANTI

P. 12

**L'Analgesia
Post Triage
Un'efficace
realità nel DEA
di Como**

DI GUIDO CAIRONI

P. 8

**Un anno di eventi
e manifestazioni
riuscite**

DI RITA REDAELLI

P. 63



Agorà

Dicembre 2015 - N. 58

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

FOTO IN COPERTINA

Giornata della Rianimazione Cardiopolmonare
Comocuore - Giuliano Nacuzzi

FOTO IN ULTIMA PAGINA

Una giornata in elisoccorso

1. Alberto Piacentini e Nevio Alafaci
2. Luigi Cilea e Dario Cremonesi
3. Elena Salapeup

Editoriale

L'INFERMIERE E LA RIFORMA SANITARIA REGIONALE

di Oreste Ronchetti

Lettere alla redazione

- 5 Essere un infermiere
- 6 Va in pensiu
- 7 A Ricordo di Rosario Colarusso

Parliamo con...

- 8 Analgesia Post Triage in pronto soccorso

È evidente che...

- 12 Il trasporto interospedaliero del paziente critico

Concorso di Ricerca Infermieristica

- 22 Emesso il Bando 2016

È evidente che...

- 24 I disordini alimentari

L'evento

- 34 VIVA! La settimana per la rianimazione cardiopolmonare

L'infermiere altrove

- 38 Un'esperienza difficile da dimenticare

Neo infermieri

- 40 Elenco neolaureati

Pubblicazioni università

- 41 Aggressioni in pronto soccorso

Il Collegio informa

- 54 Il nuovo sistema ECM - CoGeAPS

Diritto e rovescio

- 56 Demansionamento

Commissione Esercizio

- 60 Stato dell'arte della Commissione Esercizio

Commissione Formazione

- 61 Eventi formativi residenziali anno 2015

Commissione Immagine

- 63 Un anno di eventi e manifestazioni riuscite

Il Collegio Informa

- 65 Elenco degli esercizi commerciali convenzionati con il Collegio IPASVI di Como
- 66 Nuove iscrizioni e cancellazioni
- 69 Nasce Helpstomia

L'Infermiere e la Riforma Sanitaria Regionale

E anche questo 2015 è passato. Uno sguardo distratto probabilmente direbbe che anche quest'anno, sul piano professionale, ci ha portato le solite cose; direbbe che non è cambiato nulla, che tutto è come prima. Ma se affiniamo lo sguardo, se ci sforziamo di cercare le notizie che riguardano la nostra comunità professionale, scopriamo che questo non è stato un anno qualunque. Del nuovo consiglio direttivo che governa il nostro collegio ne abbiamo già parlato nello scorso numero, ora però abbiamo i numeri di questo consiglio, la sua produttività. In questo numero di Agorà ogni commissione scrive il consuntivo dell'anno: quanti corsi proposti (gratuitamente) quanti crediti ecm erogati e quanti se ne potevano erogare (ma che comunque abbiamo dovuto pagare, perché la formazione si paga in anticipo); quante richieste di parere

rispetto a come esercitare la professione abbiamo ricevuto, quante richieste per i consulenti e quante convenzioni stipulate o rinnovate. È la produttività di un direttivo nuovo che si è posto come obiettivo del triennio quello di avvicinare quanti più colleghi possibili al collegio, perché noi tutti crediamo che il collegio, in quanto istituzione chiamata ad elaborare la politica professionale, sia estremamente importante per definire chi è e soprattutto chi dovrà essere l'infermiere. In questa logica ci fa piacere vedere che la rubrica delle lettere al direttore si stia sempre più riempiendo con riflessioni che testimoniano della consapevolezza che gli infermieri hanno della loro professione, come nella lettera di Andrea, che da giovane membro della nostra famiglia professionale ci comunica il suo orgoglio e la sua voglia di esserci, o in quella di Maria Carla, che dopo cinquant'anni lascia

la nostra comunità con la speranza che ci sia sempre un collega a raccogliere il testimone, o in quella di chi ha voluto ricordare un valido professionista quale è stato il collega Rosario. In questo anno abbiamo anche accolto più di 50 nuovi colleghi; professionisti neo laureati che ci portano una ventata di freschezza, di ottimismo, di voglia di continuare per dimostrare che gli infermieri sono professionisti validi, importanti, essenziali per rispondere ai bisogni della persona. Professionisti in grado di esprimersi con lavori importanti, quali sono le tesi dei nostri neo colleghi. A questo proposito credo sia doveroso ringraziare chi li ha seguiti nel loro percorso universitario, riuscendo ad interessarli così tanto alla professione al punto da averli come volontari al fianco dei colleghi della commissione immagine che, con tanto impegno, ha organizzato ed animato eventi impor-



Oreste Ronchetti
Presidente IPASVI Como

tanti per la professione. Anche sul piano regionale questo 2015 ci ha regalato importanti novità. La riforma del servizio sanitario lombardo ci ha visto e ci vede impegnati, come colleghi lombardi finalmente uniti, nel presidiare le scelte che il legislatore vorrà fare per realizzare una riforma che nelle intenzioni vorrebbe potenziare l'assistenza sul territorio attraverso nuove strutture quali i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) ed i Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST), luoghi in cui l'infermiere deve diventare la figura perno e a cui affidarne la gestione perché luoghi dove prevale l'assistenza e non la cura della patologia e naturalmente l'Infermiere di Famiglia, figura su cui puntiamo molto e che vogliamo autonomo ed indipendente rispetto alle altre figure sanitarie, ma sempre in collaborazione con loro per una corretta risposta ai

Continua a pag. 4

Segue da pag. 3

bisogni della popolazione, che sempre più non riguardano la risoluzione di una patologia ma la capacità di convivere nel migliore dei modi.

Infine il livello nazionale. La nostra presidente, con il comitato centrale è fortemente impegnata nel pretendere spazi sempre più importanti per la nostra professione, non dimenticando che spazi e responsabilità richiedono anche compensi economici adeguati e chiedendo quindi ai sindacati un'azio-

ne comune ed incisiva per sbloccare contratti ed assunzioni in una sanità che sta rischiando di perdere la posizione di rilievo che a livello mondiale ci viene riconosciuta.

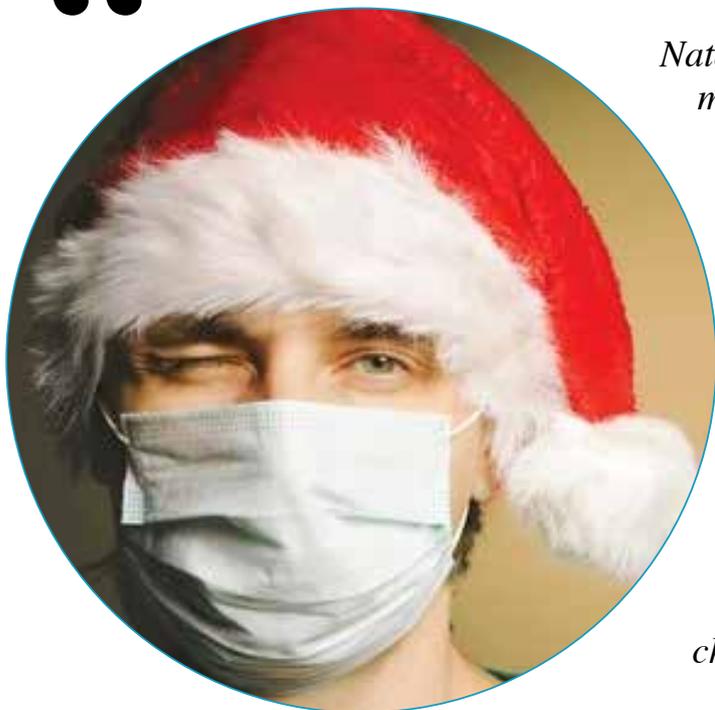
Infine una novità, stiamo lavorando per portare un evento nazionale a Como, la "Giornata sulla libera professione", incrociamo le dita, per quanto ci riguarda ce la stiamo mettendo tutta, perché pensiamo che solo aprendosi ed affrontando le questioni su piani alti è possibile crescere.

Come vedete, cari colleghi, stiamo cercando di mettere a frutto nel migliore dei modi i 19 centesimi che ogni giorno, ognuno di noi versa al nostro collegio.

Abbiamo ancora molta strada da fare. Presto, entro la metà del 2016, avremo una nuova sede che ci permetterà di svolgere corsi ed assemblea senza dover più richiedere sale ad altri; non la acquisteremo, come avevamo proposto inizialmente, perché purtroppo non abbiamo una sufficiente disponibilità di denaro, ma

con l'aiuto della cassa EN-PAPI potremo finalmente avere una bella sede ad un canone praticamente simile all'attuale. Vogliamo far partire progetti che permettano di creare spazi di lavoro per i neo laureati, sfruttando anche i fondi europei. Vogliamo allargare le convenzioni ad enti finanziari ed assicurazioni. Con l'aiuto di tutti possiamo farcela, certo con qualche centesimo in più versato al collegio sarebbe più semplice, ma siamo abituati alle difficoltà, siamo infermieri.

“



Natale, coltre silenziosa che scalda l'anima immota ed incredula... Natale iridescenza misteriosa che s'appropria della nostra anima, elevandola oltre l'immaginario e portandola verso approdi finalmente rassicuranti... Natale, le quattro capriole di fumo del focolare. Natale...esistono ancora i sogni. Tutto può accadere, la magia e la realtà si prendono per mano. Sorseggi di felicità, anche se fugace, illusoria e terrena. Ed ecco che torni ad apprezzare i gesti più umili ed inconsueti e le abitudini dimenticate nel tempo e si torna, per un istante, ad essere bambini e a guardare il mondo con occhi pieni di stupore...

ILARIA DI PIETRO

Essere un infermiere

“Per essere un Infermiere...” Diceva Florence Nightingale “L’assistenza è un’arte; e deve essere realizzata come un’arte, richiede una devozione totale ed 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 della Arti Belle”.

Sono Andrea Fodaro e sono un Infermiere.

Il poter dire quello che ho scritto sopra mi inorgogliesce, nonostante possa apparire una semplice frase che non ha un significato più profondo di quello letterale. Per me far parte di quei 400000 Infermieri italiani ha un’importanza che va oltre quello della semplice occupazione lavorativa. Cos’è l’essere Infermiere secondo me? Perché ho scelto di dedicare la mia vita agli altri?

Sono delle domande che spesso mi vengono rivolte da amici e conoscenti, trovando in me sempre risposte vaghe, che non mi soddisfano per il semplice fatto che non penso possano rendere l’idea di ciò che provo quando indosso la mia divisa ad inizio turno.

Questo è il motivo per cui ho desiderato mettere “nero su bianco” le mie sensazioni e i miei pensieri riguardo ciò che da due anni ormai riempie le mie giornate.

Partiamo da un presuppo-

sto: si può davvero scegliere cosa diventare o in realtà le nostre scelte sono tutte dettate da un essere insito in noi di cui abbiamo più o meno consapevolezza?

Personalmente ritengo che possiamo (e dobbiamo) sì, autodeterminarci, ma che ci sia anche una base immutabile in noi che va a condizionare tutte le cose di cui siamo quotidianamente protagonisti.

Cosa, quindi, deve avere una persona, secondo me per poter esser (e non diventare) un Infermiere?

Ho sempre visto questa figura come qualcuno con delle caratteristiche da cui è impossibile prescindere. In primis l’empatia (dal greco in “dentro” e pathos “sentimento”), ossia la capacità di sentire con l’altro, di entrare in contatto con la parte più intima di un soggetto in modo da poterne comprendere i motivi di gioia, dolore e sofferenza. L’empatia nella relazione di cura è la capacità dell’operatore di vedere la situazione con gli occhi del paziente, di entrare nei suoi pensieri e nei suoi significati. È questo, secondo me, il punto di partenza per garantire un’assistenza il più possibile personalizzata.

Cosa dire, poi, della compassione?

Quel sentimento di preoccupazione verso gli altri che ci porta a star loro vicino. I pazienti non si trovano in quel reparto di degenza per loro scelta, si sentono a volte impotenti verso

l’ineluttabile “volere” del destino. Ciò che richiedono è qualcosa o, meglio, qualcuno che abbia la voglia e l’inclinazione giusta per sostenerli e indirizzarli in maniera giusta verso quella via che permetta loro la ripresa e il ripristino, più o meno completo, delle loro capacità per tornare a vivere la loro vita in totale autonomia.

Come non citare, poi, il sano e mero altruismo?

Personalmente, è ciò che ritengo più difficile per un Infermiere e spiego subito il motivo. Essere altruisti, nella mia concezione, significa mettere davanti il bene degli altri rispetto al nostro. Questo richiede un certo annichilimento della propria persona, nel senso che è necessario lasciar fuori dal reparto dove si lavora i propri problemi, le proprie preoccupazioni e disagi in modo tale da potersi completamente dedicare a chi, in quel momento, ha bisogno di una persona con le conoscenze, le competenze e, soprattutto, l’entusiasmo e la passione per garantire il bene altrui. Sembra impossibile, o quasi, mantenere per 7 ore e più di turno uno status quo di tranquillità e fermezza, che non sia influenzato da ciò che ci accade all’esterno, lontani da siringhe e farmaci, perché, anche se qualcuno ci definisce “angeli”, in realtà siamo anche noi umani e soggetti alle emozioni.

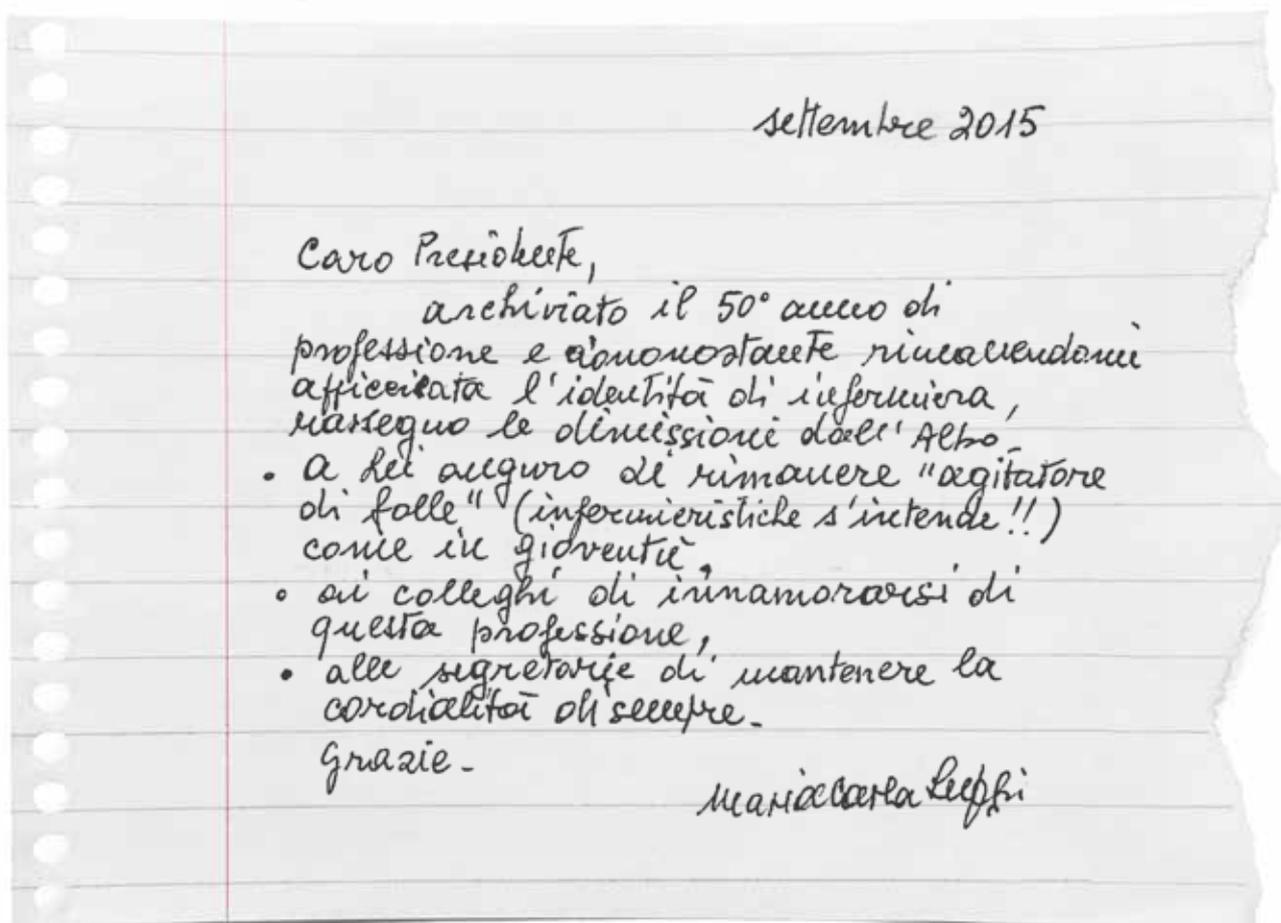
Questa è il mio ideale di Infermiere. Pensate che certe



caratteristiche intrinseche possano essere acquisite?

No, io non credo. Credo nell’essere innato di certe cose. Perché, dunque, ho scelto di fare l’Infermiere? Scrivendo queste righe, mi son reso conto di non poter dare una risposta soddisfacente o che non appaia “romanzata” e piena di inutili fronzoli. Quindi, bastino queste parole a chi ha dedicato qualche minuto del suo tempo per leggere un piccolo scritto di un Infermiere da solo 2 anni Laureato: ho scelto di fare l’Infermiere perché lo sentivo e non mi sono mai pentito di aver intrapreso questo cammino. I sacrifici e le rinunce sono tante, soprattutto se inizi la tua attività lavorativa a soli 22 anni, ma se vai ogni giorno al lavoro col sorriso, allora sì, quella che stai percorrendo è la strada giusta.

Abbiamo ricevuto questa lettera olografa scritta dalla nostra collega Maria-carla Luppi che dopo 50 anni di iscrizione all'albo "va in pensione" infermieristicamente parlando...



A RICORDO DI ROSARIO COLARUSSO

*“...E le cuciture del mondo si stanno rompendo
E tu sei solo un prigioniero dei tuoi sogni
Ti aggrappi alla tua vita perché lavori
tutto il giorno.*

Per poterli fare volare la notte.....”

(da “Night” di Bruce Springsteen)

Un sorriso, uno sguardo che si abbassa e la tua voce che con semplicità offre la propria esperienza nella quotidianità della vita. Grazie per quello che ci hai dato nel tempo trascorso insieme.

Il colleghi del 118 di Como

Fuori dalla finestra dell'ospedale ormai è buio, stiamo aspettando i colleghi con cui lavoreremo questa notte in Pronto Soccorso. Ross, preferisce che lo chiamiamo così, arriva come sempre allo scoccare delle ventuno; gli abbiamo lasciato i pazienti che rimarranno in osservazione tutta la notte. Oramai ci conosciamo e sappiamo, senza bisogno di parlare, come organizzarci.

Lui preferisce avere la situazione sotto controllo, guarderà i pazienti con precisione e studierà con attenzione tutte le cartelle. Ogni tanto lo vedremo alzarsi senza parlare, quasi infastidito, controllare a distanza con occhio esperto la situazione e magari decidere che è il momento giusto per preparare un caffè “bello carico”. In silenzio, assorto nei suoi pensieri.

Sappiamo che non ama raccontarsi, al contrario

sembra comunicare meglio il suo stato d'animo con uno sguardo, una pausa, sintonizzando la radio della cucina su un certo tipo di musica...ma questa notte ci sembra sereno, sorride e accetta le battute, si lascia anche prendere in giro.

Il tempo trascorre lavorando come sempre e siamo oramai nel cuore della notte quando ci concediamo un momento di pausa; usciamo a vedere la luna, l'aria fredda ci risveglia un po'.

Ros inaspettatamente, dietro il fumo del suo sigaro, comincia a raccontare; lentamente, quasi assorto, ci parla della Sardegna che ha scoperto e che lo ha accolto di cuore. Le sue pause lasciano spazio all'immaginazione...È un breve e intenso momento, in cui i colori, i profumi, i suoni di quella terra sembrano avvolgerci nell'aria rarefatta della notte.



Una scintilla di bellezza, una goccia di luce riempie il nostro cuore troppo spesso immerso nel buio delle sofferenze umane.

Ti ascoltiamo volentieri stanotte... sei tranquillo e sereno e siamo contenti per te che finalmente hai trovato il posto che cercavi. È ora di rientrare...la pausa è finita... restano i tuoi

ricordi e i tuoi sogni nitidi nella loro bellezza e profondità.

E in noi rimane vivo più che mai ciò che abbiamo condiviso insieme.

*Paola e Mauro
Pronto Soccorso
Presidio di Cantù (co)*

Analgesia Post Triage in pronto soccorso

Dolore in Pronto Soccorso: sappiamo riconoscerlo e trattarlo precocemente!

Il progetto di APT nel Pronto Soccorso dell'Ospedale Sant'Anna di Como



Da chi è nata l'idea del progetto?

È probabile che la decisione di ideare un progetto di questo tipo sia nata dalla riflessione su di un'affermazione di Primo Levi: "se sappiamo che il dolore e la sofferenza possono essere alleviati e non facciamo niente, noi stessi siamo torturatori". Questo è vero. È però più probabile, e realistico, che il suggerimento sia provenuto da tutt'altra parte; e cioè che sia nato dalla richiesta stessa del cittadino che molto spesso a noi infermieri di triage così, più o meno, si rivolge: "per cortesia, mi dia qualcosa che mi faccia passare il dolore, poi attendo tranquillo anche per sei ore". Molto spesso il dolore è

infatti l'unica causa che porta il paziente in Pronto Soccorso. Il dolore non trattato crea stress, ansia e notevole conflittualità con gli operatori; il dolore non trattato rende molto meno tollerabile l'attesa e non offre la percezione di una "presa in carico".

Il progetto nasce perché trattare il dolore è spesso possibile, con pochi e mirati sforzi.

Dunque perché non tentarci?

Il dolore dei pazienti in Pronto Soccorso viene riconosciuto, valutato e trattato in tempi rapidi?

No: il tempo di attesa alla somministrazione di analgesici è molto spesso inaccettabile e molti pazienti addirittura non ricevono

analgesici durante tutta la loro permanenza in Pronto Soccorso (Ducharme, 2008).

Il dolore è il sintomo più frequente di presentazione (Nelson 2005) con punte del 78% dei pazienti in U.S.A. nel 2010.

Molto spesso i pazienti ai quali non viene attribuito un codice di priorità si trovano a dover attendere molte decine di minuti od anche svariate ore prima dell'accesso alla visita; se questi pazienti manifestano dolore la conseguenza immediata è la dilazione della somministrazione di analgesici; nel panorama italiano ciò accade anche quando il dolore presente, purtroppo, è significativo. L'obiettivo che ci siamo posti è stato duplice: innanzitutto sensibilizzare al riconoscimento ed alla valutazione del dolore, come peraltro suggerito da molte Linee Guida (Canadian Triage Acuity Scale 2014, Gruppo Formazione Triage 2010, Coordinamento Nazionale Triage 2012); quindi tentare di offrire una risposta analgesica direttamente nelle fasi immediatamente successive al Triage (post-triage), attraverso tecniche di analgesia non farmacologica ed analgesia farmacologica.

In foto: un turno di Pronto Soccorso a San Fermo della Battaglia (co) - Azienda Ospedaliera "Sant'Anna" di Como

Come fate a “decidere” che un paziente ha dolore?

Noi non “decidiamo” proprio nulla. È il paziente stesso, e soltanto lui, che può esprimere e descrivere il proprio dolore. Il dolore è un fatto prettamente soggettivo ed esiste ogni qual volta una persona ci dica che c'è.

Per cercare però di oggettivare la presenza e l'intensità del dolore sono stati preparati,

dalle comunità scientifiche, molteplici strumenti. Nella nostra realtà operativa è stato scelto, come miglior rapporto tra oggettività, affidabilità (Hjermstad J. ed altri, 2011; Mohan ed altri, 2010; Jennings ed altri, 2009), necessità di tempestività e snellimento delle procedure la Numeric Rating Scale (NRS). Si è deciso di formalizzare la seguente frase, da proporre direttamente in triage: “Considerando una scala da 0 a 10 in cui a 0 corrisponda l'assenza di dolore ed a 10 il massimo del dolore immaginabile, quanto valuta l'intensità del suo dolore adesso?”.

Impiegando la scala NRS si può pensare di classificare il dolore nei seguenti modi: assente per NRS 0, lieve per NRS tra 1 e 4, moderato per NRS tra 5 e 7, forte/molto severo per NRS tra 8 e 10 (Berthier ed altri, 1998).

Si è deciso che un punteggio pari o superiore ad 8 debba condurre all'assegnazione di un codice di priorità al triage (Coordinamento Nazionale Triage, 2012), proprio in virtù della considerazione del dolore al pari di un parametro vitale e, come tale, decisivo per la decisione in merito

all'attribuzione del codice di priorità (Canadian Triage Acuity Scale, 2014).

La scala NRS, lo si sa, è oggetto di numerose critiche, proprio per l'estrema soggettività di presentazione del dato. È necessario però ribadire che l'esperienza algica è per forza di cose soggettiva, conseguendo a numerosi fattori, tra i quali i vissuti e la cultura propria della persona assistita. La scala NRS ha però il pregio di essere comunque affidabile, validata e di semplice e veloce utilizzo in sede di Triage.

La rivalutazione del paziente comporterà la riproposizione della scala NRS ad intervalli prestabiliti dalla ricezione della terapia prescritta (verifica di efficacia del trattamento), al momento della dimissione ed ogniqualvolta si presenti una modificazione (sia come miglioramento che peggioramento) del sintomo algico.

È stata inoltre prevista la formulazione della frase standard anche in lingua inglese.

L'infermiere può somministrare una terapia analgesica prima di una visita medica?

L'ideazione di un protocollo validato a livello aziendale permette all'infermiere di avere a disposizione una prescrizione farmacologica “a-priori”, ovviamente vincolata ad una rigida e validata procedura; questo rende possibile la somministrazione dell'analgesico durante il tempo di attesa e cioè prima della valutazione clinica da parte del medico di Pronto Soccorso. La procedura è stata ideata, quindi approvata dalla

Direzione Sanitaria e testata per mostrarne sicurezza ed affidabilità.

La creazione di procedure validate locali risponde inoltre all'esigenza di razionalizzazione delle risorse e di miglioramento gestionale, così come suggerito in recenti pubblicazioni (Innifer ed altri, 2011). La corretta valutazione del dolore in triage e la gestione precoce dei sintomi algici è pertanto in grado di migliorare l'aspetto clinico del paziente ed, ovviamente, ridurre i tempi di attesa per l'analgesia (Vazirani et al, 2012).

Quando e come trattate il dolore in triage?

Nonostante l'attribuzione di un codice giallo i tempi di attesa alla visita sono eccessivi e tali da suggerire comunque un trattamento immediato del dolore.

Su questa considerazione si fonda l'esigenza di valutare e gestire il dolore già dalle fasi immediatamente successive al Triage.

Il trattamento del dolore non è mai soltanto farmacologico. La procedura creata nel nostro Pronto Soccorso prevede che si tenti immediatamente un approccio che curi l'aspetto posturale (posizione antalgica per il paziente), l'applicazione di crioterapia nel dolore di origine traumatica distrettuale, l'immobilizzazione di arti traumatizzati ed interventi di tipo psicologico volti alla riduzione dell'ansia (tranquillizzare la persona, favorire l'espressione del problema e la presenza di persone significative per il paziente, cercare in Pronto Soccorso la più corretta collocazione per l'attesa etc.).

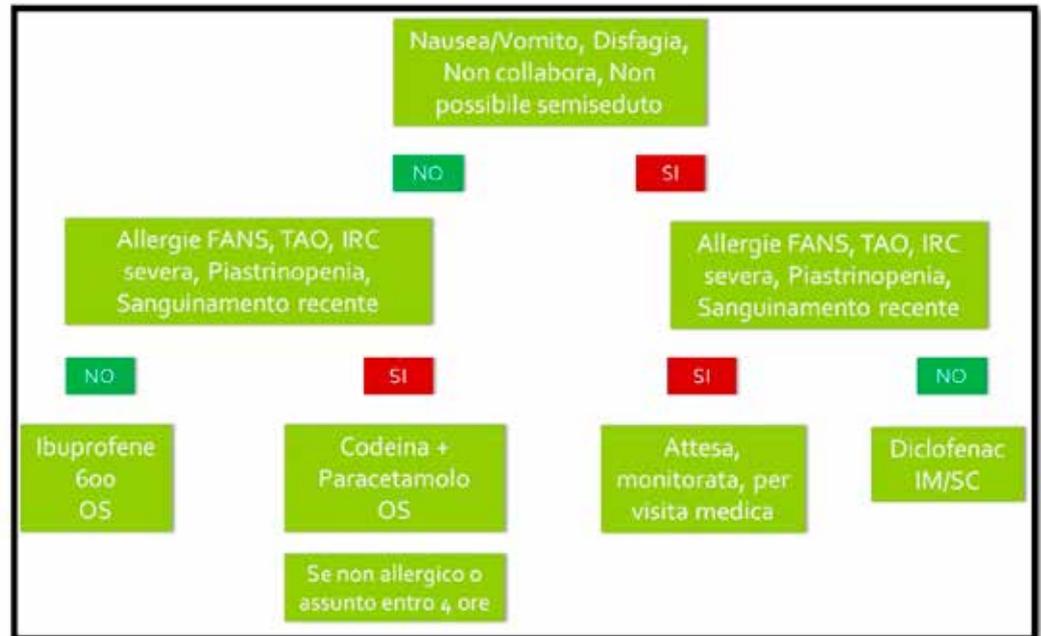
Si è deciso di trattare in post-triage ogni tipo di dolore, sia esso centrale che periferico, acuto o cronico. Eccezioni sono il dolore toracico non traumatico, per il quale esistono appositi e differenti piani diagnostico-terapeutici. Anche il dolore addominale viene gestito prontamente, ormai supportati dalla convinzione che non sia corretto l'assioma per il quale l'analgesia mascheri i segni delle patologie addominali acute (Monterola ed al., 2011).

Dunque il paziente viene dapprima valutato in triage in maniera globale (indipendentemente dal fatto che lamenti dolore o meno), si tenta quindi di oggettivare il sintomo algico qualora presente (per quanto possibile e con i limiti già descritti) si applicano delle procedure di analgesia non farmacologica e soltanto alla fine, se necessario, si dispone la somministrazione di un farmaco, secondo l'attuazione di una rigida procedura.

Come “funziona” la vostra procedura di analgesia post triage?

La prima fase della procedura contempla la necessità di definire i criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti. Sono esclusi i pazienti minorenni, le donne in stato di gravidanza, i pazienti con dolore toracico non traumatico ed i pazienti confusi o non collaboranti, per i quali non è possibile ottenere una buona valutazione del dolore ed una valida anamnesi patologica ed allergologica (lo sviluppo in questo senso ci vedrà verosimilmente impegnati nel futuro).

Schema 1



Il paziente viene valutato globalmente in triage, indipendentemente dal sintomo algico; il sintomo algico viene quindi isolato attraverso la scala NRS e la procedura di analgesia segue immediatamente, quando indicata.

I provvedimenti non farmacologici sono già stati descritti; molto spesso questi sono sufficienti ad una gestione efficace del dolore. Negli altri casi è invece necessario ricorrere alla terapia analgesica.

Che tipo di farmaci utilizzate e secondo quali criteri di somministrazione?

La procedura prevede una struttura a scelta multipla, di facile applicazione, soprattutto in un ambiente caotico come il Triage di un Pronto Soccorso di medie dimensioni. Vengono distinti due grandi gruppi di pazienti: quelli in grado di assumere un eventuale farmaco per bocca (non disfagia, non emesi o nausea, corretta postura, collaborazione) ed i pazienti che invece non lo sono e per i quali si opterà per una via di somministrazione differente. Quindi si suddivide ulteriormente il gruppo tra i pazienti che possono assumere FANS (non allergie anche solo presunte, non TAO o NAO, non nota piastrinopenia, non sanguinamento gastrico entro i sei mesi precedenti, non grave insufficienza renale) ed i pazienti che invece non potranno.

I pazienti vengono così dunque stratificati:

- Coloro che possono assumere farmaci per bocca: verranno somministrati o FANS se possibile o Paracetamolo e Codeina nei casi di esclusione di FANS

lo e Codeina nei casi di esclusione di FANS

- Coloro che non possono assumere farmaci per bocca: verranno somministrati FANS per via intramuscolare a patto che questi pazienti possano assumere FANS alle condizioni già descritte
- Coloro che non possono al momento assumere farmaci per bocca ma neppure FANS: in tali casi i pazienti vengono esclusi dalla procedura farmacologica ed attendranno la valutazione medica con il monitoraggio e le rivalutazioni previste dai protocolli di Triage.

Lo schema 1 mostra in maniera visuale e molto meno indaginosa la suddivisione dei gruppi di pazienti con le relative molecole farmacologiche che si è scelto di somministrare.

Alcune eccezioni alle presenti regole:

- Donne in corso di allattamento, per le quali si somministra esclusivamente Paracetamolo per bocca.

- Pazienti che manifestano segni/sintomi suggestivi di calcolosi renale: in questi casi si sceglie direttamente la somministrazione di Diclofenac 75 mg per via intramuscolare (se possibile) vista la nota efficacia della molecola nel trattamento di questo tipo di dolore.
- Coloro che accedono in PS con algie oculari traumatiche (corpi estranei, esposizione a fonti di luce intensa) per i quali si procede ad instillazione locale di specifico analgesico oculare.

La procedura che avete ideato è sicura? Ci sono stati casi di reazioni allergiche?

In un "periodo campione" scelto per l'indagine osservazionale e l'analisi dei dati abbiamo trattato 4192 pazienti.

Si è testata la precisione con la quale la procedura è stata attivata e condotta a termine. In 22 casi (0,5%) si sono riscontrati errori: sono stati accidentalmente inclusi pazienti

con dolore toracico (20 casi) e sono stati coinvolti dei pazienti minorenni (un diciassettenne ed una sedicenne).

Tutti i pazienti sono stati comunque dimessi senza alcuna problematica. La procedura dunque è assolutamente sicura nel suo svolgimento ed è di facile applicabilità (errore nello 0,5% dei casi).

Si sono quindi cercati gli eventi avversi: si sono manifestate reazioni esantematiche e pruriginose, non coinvolgenti l'apparato cardio-respiratorio e nonostante la negazione dell'allergia al principio attivo in soli 3 casi su 4192 pazienti ai quali è stato somministrato Ibuprofene (0,07% del campione). In tutti e tre i pazienti la risoluzione del problema è avvenuta spontaneamente entro un'ora dall'insorgenza dei sintomi.

Quali "dolori" trattate più diffusamente? Ed in quali pazienti?

Il 55% dei pazienti analizzati sono di sesso maschi-

le, mentre l'età media di tutti i pazienti è di 45 anni. La maggior parte dei nostri pazienti manifestava sintomi algici in una diagnosi successiva di calcolosi renale (38%), mentre il 19% era stato vittima di traumi distrettuali comportanti contusioni o fratture. Ben il 14% dei pazienti si è rivolta al Pronto Soccorso per problemi di lombalgia non traumatica (sono circa 6900 nel 2014!) e l'11% riferiva dolori addominali. La cefalea ricorrente rappresenta il 5% dei sintomi dei nostri pazienti e problemi di nat ura odontoiatrica il 3%.

Questo approccio risulta efficace?

Il progetto ha trovato un positivo riscontro da parte della popolazione che ha sempre reagito in maniera più che positiva. Non abbiamo dati per dimostrare una reale riduzione della conflittualità e dello stress nell'attesa alla visita medica, anche se la sensazione è di una maggior tranquillità sia nella persona che si sente più propriamente presa in carico sia nell'infermiere che ha la certezza di aver contribuito fattivamente al benessere del proprio assistito.

Dati retrospettivi sul campione in esame ci dicono che il 76% delle persone trattate non ha più avuto necessità di ottenere analgesici durante la permanenza in PS, a riprova dell'efficacia del trattamento impostato precocemente. In sostanza ben 3185 persone sono state trattate con massimo beneficio entro i primi minuti dall'accesso in PS; persone che altrimenti avrebbero dovuto attendere decine di minuti od addi-



Guido Caironi

rittura ore prima della somministrazione di eventuale analgesico. Tra i pazienti per i quali è stato necessario un nuovo e successivo trattamento analgesico durante l'osservazione in Pronto Soccorso si riscontra comunque una riduzione di almeno due punti NRS.

E questo è accaduto nel 98% dei casi già entro 15 minuti dal trattamento in Triage. In sostanza si può affermare che il trattamento è efficace nella riduzione del dolore nella stragrande maggioranza dei pazienti, mentre è risolutivo in maniera completa in circa 3 persone su 4.

L'approccio ha inoltre sensibilizzato gli operatori del Pronto Soccorso (pertanto non soltanto gli infermieri) a riconoscere l'importanza del problema "dolore" e della sua gestione precoce, allineando così il nostro

Pronto Soccorso ad uno standard di assistenza al passo con i tempi.

Come concludere?

Semplicemente esprimendo il desiderio che si abbia la voglia ed il coraggio di procedere su questa strada, al di là delle mille difficoltà quotidiane.

L'approccio positivo alla soluzione di un problema (ed il dolore in effetti è un problema) offre l'opportunità di creare un atteggiamento attivo, propositivo ed ottimistico sul futuro dei nostri sistemi di Pronto Soccorso, troppo spesso ingiustamente denigrati od oggetto di attacchi di sensazionalismo giornalistico. Il nostro è un lavoro continuo di miglioramento, molto spesso portato avanti con pochi mezzi e nel nascondimento. Vi è però la possibilità di seguire il famoso motto de "l'unione fa

la forza", confrontandosi con i colleghi di altre realtà che, magari a diverso modo, perseguono lo stesso obiettivo.

Questo è stato infatti l'oggetto di un interessante Congresso organizzato a maggio 2015 presso l'Ospedale Universitario di Parma, con il patrocinio dell'Academy of Emergency Medicine and Care (AcEMC). In questa occasione siamo stati invitati a presentare pubblicamente il nostro progetto, in un fattivo confronto con altre realtà ospedaliere (ancora poche purtroppo) che hanno potuto interfacciarsi positivamente con la nostra esperienza operativa. Ne è nata così la speranza della creazione di una "rete" di confronto e magari l'obiettivo di unificare differenti procedure operative in un unico grande progetto.

È evidente che...

di Alessandro Massa e Omar Tettamanti



Il trasporto interospedaliero del paziente critico



INDICE

Il trasporto extra-ospedaliero del paziente critico.....	12
Aspetti organizzativi ed amministrativi	14
Classificazione dei pazienti per il trasporto.....	14
Assistenza diretta al paziente.....	15
Indicazioni operative	17
Requisiti minimi previsti per le dotazioni, l'allestimento, il materiale sanitario delle autoambulanze adibite al trasporto sanitario semplice e il centro mobile di terapia intensiva	18
Conclusioni	19
Bibliografia	19
• Allegati	
Modello A	
Modello B	
Modello C	
Allegato n° 1	
Allegato n° 2	
Allegato n° 3	
Allegato n° 4	

* U.O. Terapia Intensiva
- Rianimazione, Azienda
Ospedaliera Ospedale S. Anna
Como

La decisione di trasportare con l'ambulanza un paziente degente in una Struttura Ospedaliera verso un'altro Nosocomio si basa sulla valutazione dei benefici che essa potrà trarne rispetto ad una serie di potenziali rischi (Warren et al, 2004) respiratori ed emodinamici. Il trasferimento della persona assistita da un' Azienda Ospedaliera all'altra senza accompagnamento medico (Kawewan et al, 2005) è un evento frequente per le varie Unità Operative, le quali possono richiedere un trasporto esterno per competenza di patologia (neurochirurgica, cardiocirurgia, intensiva), per esecuzione di indagini diagnostiche o

per mancanza di posti letto (Elli et al, 2013); non per questo si deve ritenere la procedura esente da rischi (Bambi, 2000), in quanto Löw e Jaschinski, nel loro studio (2009) hanno rilevato come nei 2/3 dei pazienti sottoposti a trasferimenti programmati siano state segnalate complicazioni. Altri autori hanno riportato eventi avversi accorsi durante tale attività (Ministero della Salute, 2010), ed alcuni ricercatori come Elli et al. (2013) hanno evidenziato come nei pazienti sottoposti a cure intense vi sia la correlazione tra l'aumento di morbilità/mortalità ed il tempo intercorso nel tragitto percorso.

Ad un attento esame degli step che compongono ogni singola azione della procedura di servizio emergono una serie di complicanze che, in misura variabile, possono comportare potenziali rischi respiratori/emodinamici od ostacoli per il corretto svolgimento delle operazioni, e quindi, per la sicurezza e salvaguardia del paziente stesso (Bambi, 2000).

La diminuzione di tali eventi è possibile tramite un'accurata programmazione di ogni singolo momento (Elli et al, 2013), utilizzando un team dedicato e specializzato nel trasporto del paziente critico (McLenon, 2004; The intensive care society, 2002; Warren et al, 2004), permettendo una riduzione delle complicanze pari al 15,5% (McLenon, 2004); compito di ogni struttura nosocomiale è dunque la pianificazione delle più adeguate soluzioni, in base alle risorse disponibili ed alle problematiche interne specifiche (Bambi, 2000).

L'analisi della situazione esistente nella nostra Azienda conferma l'utilità di un aggiornamento della procedura in atto, finalizzata ad un ulteriore miglioramento del rapporto efficacia/efficienza, ottimizzando così il ricorso delle risorse professionali disponibili (A.S.L. 19, 2007); scopo di questo lavoro è identificare uno strumento operativo di programmazione e standardizzazione delle procedure di trasporto extra ospedaliero in linea con lo stato dell'arte e valutarne le ricadute cliniche ed organizzative (Elli et al, 2013).

Normare il trasporto della

persona assistita in assenza di una legislazione Nazionale specifica significa quindi adottare indicazioni Regionali (D.G.R. IX/3542 2012; D.G.R. n° 19-2664 3/10/11; D.G.R. n°8/1743 18/01/2006; D.G.R. IX/000893 1/12/2010) e inoltre:

- 1) Identificare le risorse infermieristiche/mediche deputate al trasporto, clinicamente adeguate all'intensità di assistenza richiesta.
- 2) Assicurare il "trasporto protetto" nei pazienti in cui le condizioni lo richiedano secondo letteratura scientifica, con un team adeguatamente addestrato, e con obiettivi comuni di raggiungimento standard (McLenon, 2004).
- 3) Attivare un sistema di trasporti capillare e tempestivo, valutando l'opportunità di accompagnare il paziente con un' appropriata documentazione sanitaria che permetta di giustificare ogni singola azione intrapresa per stabilizzare le condizioni del paziente durante il viaggio (Kawewan et al, 2005).
- 4) Garantire una adeguata diffusione delle procedure in essere per i trasferimenti urgenti, a tutto il personale sanitario della Terapia Intensiva. La mission del team di trasporto specializzato dovrà includere massima qualità dell'assistenza, efficacia/efficienza del trasporto e la collaborazione tra le varie figure professionali al fine di garantire la sicurezza ed il massimo beneficio al paziente (McLenon, 2004).
- 5) Estendere il presente

Protocollo nei Reparti di degenza ove siano presenti persone assistite con caratteristiche critiche dell'emergenza/urgenza, diversificando l'ottimizzazione dei tempi di erogazione rispetto a pazienti che richiedano di accertamenti/consulenze a medio termine.

Un trasporto "sicuro" è dato da un coordinamento ottimale mediante una migliore comunicazione, una documentazione completa, un'equipe dedicata ai trasporti extra ospedalieri; l'obiettivo iniziale sarà quindi quello di stabilire dei corsi di aggiornamento/formazione periodici e specifici per il trasporto del paziente critico (Kawewan et al, 2005; Warren et al, 2004). I risultati in nostro possesso confermano quanto già sostenuto da Elli et al (2013) permettendoci di formalizzare così ulteriori fattori protettivi, inoltrando una corretta procedura di attivazione, la creazione di una check list con equipaggiamento standard, l'adattamento di una sedazione appropriata, la formazione di un team specializzato con esperienza, ed il corretto uso di protocolli riconosciuti.

Rimane invece fondato l'assunto di base che qualora il malato dovesse manifestare alterazioni critiche dei parametri vitali prima dell'effettuazione del trasporto, (queste rivestono un alto indice di predittività sul verificarsi di alterazioni negative durante il trasferimento) dovrà essere stabilizzato adeguatamente (tranne in casi eccezionali), prima di effettuare la sua movimentazione, monito-

randolo successivamente e costantemente nel trasferimento (McLenon, 2004; Bambi, 2000).

L'American Association of Critical Care Nurses (Warren et al, 2004) ha emanato raccomandazioni di comportamento clinico per il monitoraggio dei pazienti nei trasporti programmati composto da: pulsossimetria (SpO2), tracciato elettrocardiografico (ECG) con frequenza cardiaca e frequenza respiratoria (FC, FR), misurazione della pressione arteriosa invasiva (ART/ABP) o non invasiva (NIBP); livelli superiori di osservazione sarebbero fortemente raccomandati nei pazienti critici e dovrebbero essere comprensivi (in aggiunta ai succitati parametri) di: pressione endocranica (PIC), CO2 di fine espirazione (ETCO2), spirometria ventilatoria, pressione venosa centrale (PVC), pressione atriale destra (PAS), pressione dell'arteria polmonare (PAP), e temperatura corporea (TC).

Tutti i range dei parametri dovrebbero quindi essere tarati ad hoc dal personale deputato, con dispositivi dotati di allarme acustico e visivo (Bambi, 2000); dato che la sicurezza del paziente è correlata alla qualità della monitorizzazione ed alla standardizzazione delle procedure di trasporto (Elli et al, 2013) sarebbero necessari un minimo di due operatori che dovrebbero accompagnare il paziente durante il trasferimento (Warren et al, 2004).

Il responsabile del servizio dovrebbe essere un medico o un infermiere con esperienza in area critica (Warren et al, 2004), mentre gli altri membri potrebbero

essere: infermieri, autisti, soccorritori e personale ausiliario (McLenon, 2004; The intensive care society, 2002); il personale infermieristico dovrebbe essere adeguatamente formato ed abilitato alle procedure di emergenza sapendo anche utilizzare presidi sovraglottici ed il defibrillatore semiautomatico (AED). Un team così organizzato sarebbe garante della salvaguardia della persona assistita ed in grado di poter prevenire, individuare e risolvere i potenziali problemi che potrebbero insorgere durante il trasporto (McLenon, 2004; Kawewan et al, 2005). Le responsabilità dell'infermiere che si occupa del trasferimento sono relative a tre campi d'intervento, che necessitano di opportuna pianificazione: gli aspetti organizzativi/amministrativi del processo, l'assistenza diretta al paziente, la conoscenza e la verifica dell'efficienza della strumentazione necessaria (Bambi, 2000).

ASPETTI ORGANIZZATIVI ED AMMINISTRATIVI

L'accompagnamento programmato o in urgenza dei pazienti è predisposto dalla U.O. di competenza la quale provvede con proprie risorse mediche e infermieristiche. Il medico che ha in carico il paziente da trasferire, definisce la classe di appartenenza dello stesso.

La richiesta di ambulanza, deve essere formulata dall'U.O. richiedente, su apposito modulo di richiesta (**Modello A**).

Hanno sempre priorità i trasferimenti di pazienti che necessitano del medico (o equipe medica) a bordo.

L'attivazione delle figure professionali mediche per il trasporto è a carico del medico richiedente.

Spetta infine all'infermiere dell'Unità operativa avendo a disposizione tutte le informazioni cliniche ed assistenziali relative alla persona assistita, la presa decisionale finale sulla modalità di scelta del personale deputato al trasporto, mediante l'utilizzo di Ehrenwerth Scale; pertanto l'infermiere di riferimento:

- 1) coordina i tempi di trasferimento con l'unità operativa di destinazione;
- 2) stima il tempo di esecuzione delle procedure programmate;
- 3) prende informazioni relative alla terapia programmata;
- 4) raccoglie tutta la documentazione clinica da portare a seguito del paziente;
- 5) contatta l'operatore telefonico addetto alle chiamate di rintracciabilità del personale reperibile;
- 6) provvede alla verifica della corretta compilazione delle pratiche di consenso informato;
- 7) comunica ai familiari del paziente la procedura in corso;
- 8) provvede ad aggiornare la cartella infermieristica e predispone lo specifico strumento informativo infermieristico relativo alle procedure di trasferimento intraospedaliero (**Modello C**).
- 9) Verifica prima della partenza il nome del personale medico e infermieristico che accetteranno il paziente (i quali saranno i garanti della presa in carico dell'ammalato) indicandoli sulla richiesta di trasferimento.

10) Sarà necessario informare il paziente e i parenti, se le condizioni lo consentono, circa uno stimato di orario di partenza e di arrivo alla struttura di destinazione.

4) È consigliato l'utilizzo della check list fornita dall' Azienda al fine di verificare e garantire il corretto utilizzo della procedura iniziale (Allegato 4) (The intensive care society, 2002):

Dettagli di trasferimento:

- Dati anagrafici paziente (cognome, nome, data di nascita) e numero di cartella;
- Dati anagrafici e recapito del caregiver;
- Struttura di partenza e U.O.;
- Referente dell'ospedale o dell'U.O. che ha preso contatto per il trasporto e numero di telefono;
- Nome del medico che ha preso contatto per trasporto.

Struttura di destinazione e U.O.:

- Referente dell'ospedale o dell'U.O. che ha ricevuto contatto per il trasporto e numero di telefono;
- Nome del medico che ha ricevuto contatto per trasporto;
- Nome e qualifica del personale accompagnatore.

Sommario medico:

- Anamnesi patologica prossima e remota;
- Eventuali procedure eseguite;
- Stato emodinamico e respiratorio;
- Terapia farmacologica e infusione;
- Stato infettivo.

Sommario infermieristico (BAI - Cartella infermieristica):

- Qualità della coscienza e capacità comunicative;
- Parametri respiratori ed emodinamici;
- Dolore ed analgesia;
- Stato nutrizionale;
- Riposo e sonno;
- Eliminazione intestinale ed urinaria;
- Condizione cutanea;
- Igiene;
- Dispositivi e accessi vascolari posizionati e data di posizionamento;
- Allergie;
- Note importanti.

Stato del paziente durante il trasferimento:

- Modulo rilevazione parametri vitali e respiratori;
- Modulo farmaci in corso e somministrati durante il trasporto;
- Riassunto delle condizioni del paziente durante il trasporto.

CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI PER IL TRASPORTO (tabella 1)

Classe I

Il paziente:

- Non richiede il monitoraggio dei parametri vitali;
- Non necessita di somministrazione per infusione continua di liquidi e/o farmaci;
- Non richiede somministrazione continua di ossigeno;
- Non viene trasferito in Reparto di Cure Intensive;
- Non è richiesta la presenza di Personale Sanitario durante il trasporto.

Classe II

Il paziente:

- Richiede il monitoraggio dei segni vitali;
- Può necessitare di somministrazione per infu-

Tabella 1. *Ehrenwerth Scale*

	Stabile	GCS	Distress respiro	Monitor	Monitor invasivo	Infusioni	Ossigeno	Ventilato	Verso Altra ICU	volontario	infermiere	medico reparto	rianimatore
classe 1	SI	>13	NO	NO	NO	No	NO	NO	NO	X			
classe 2	SI	>13	NO	SI	NO	.+	.+	NO	NO		X		
classe 3	SI	>9	.+ (LIEVE)	SI	NO	SI	SI	.+ (NIV)	SI		X	X	
classe 3E	SI	>9	.+ (LIEVE)	SI	NO	SI	SI	.+ (NIV)	SI		X		X
classe 4	SI	<>9	.+ (GRAVE)	SI	NO	SI	SI	.+ (IV)	SI		X		X
classe 5	NO	<>9	.+	SI	SI	SI	SI	.+	SI		X		X

- sione continua di liquidi;
- Può richiedere somministrazione continua di ossigeno;
 - Non viene trasferito in Reparto di Cure Intensive.
 - È necessaria la presenza di un Infermiere durante il trasporto.

Classe III

Il paziente:

Richiede frequente controllo dei parametri vitali e soddisfa tutti i seguenti criteri basati sulla valutazione secondo lo schema ABCDE:

A (vie aeree)

- Non presenta rischio di ostruzione delle vie aeree (punto 7 della RSTP = 0)

B (respirazione)

- Può presentare lieve o modesto distress respiratorio oppure può presentare una frequenza respiratoria < 36 atti/min e > di 8 atti/min
- Richiede la somministrazione continua di O₂ per ottenere una SpO₂ almeno >92% (in assenza di patologie croniche) (punti 6 + 8 della RSTP non superiori allo score 2; con punto 8 < 2)

C (circolo)

- Ha bisogno di una linea

venosa per mantenersi stabile con segni clinici che identifichino non oltre la classe 2 dello shock ipovolemico

- Non ha bisogno di monitoraggio invasivo (punti 1+2+3+4+10 della RSTP non superiori a score 3, punto 5 della RSTP=0)

D (disabilità)

- Può presentare compromissione dello stato di coscienza (GCS >8)
- Presenta una lesione anatomicamente stabile, o instabile, del midollo spinale al di sotto di T9 (punto 9 della RSTP al massimo 1)

E (esposizione)

- Non presenta evidenza di emorragie non controllate

Classe III E (Evolutiva)

Il paziente:

- Condizioni come descritte nella **classe III** con una delle seguenti patologie di possibile evoluzione:
- Ematoma epidurale acuto, ESA spontanea, patologie vascolari in fossa posteriore, fistola carotidea cavernosa post traumatica, Stroke ischemico - emorragico spontanei e traumatici, dissecazione

aorta toracica e addominale, IMA acuto, intossicazione da CO in paziente cosciente.

Per i pazienti inseriti in questa classe di rischio è necessaria la consulenza anestesologica ove presente l'anestesista. È necessaria la presenza di un Medico e di un infermiere.

Classe IV (R5TP>7)

Il paziente:

- Può essere presente distress respiratorio grave;
- Può richiedere un supporto ventilatorio invasivo;
- Può richiedere ventilazione meccanica;
- Necessita di somministrazione per infusione continua di liquidi e o farmaci anche attraverso catetere venoso centrale;
- Può essere presente compromissione dello stato di coscienza (GCS <8);
- Può richiedere la somministrazione controllata di farmaci;
- È trasferito in Reparti di Cure Intensive;

Classe V (alto rischio di mortalità durante il trasporto)

Il paziente:

- Non può essere completamente stabilizzato;
- Richiede monitoraggio e supporto vitale invasivo;
- Richiede terapia salvavita durante il trasporto.
- È trasferito in Reparti di Cure Intensive;

ASSISTENZA DIRETTA AL PAZIENTE

Tutto l'equipaggiamento deve essere stivato in modo sicuro. L'utilizzo di un trolley o di uno zaino potrebbe rendere più veloce il trasporto e consentire una disposizione più appropriata del materiale all'interno dell'ambulanza.

Il monitoraggio deve essere garantito per tutto il trasferimento, i monitor e gli altri dispositivi devono essere posizionati in modo visibile allo staff accompagnatore. Trasportare l'equipaggiamento (esempio pompe infusionali), appoggiato al paziente potrebbe rivelarsi pericoloso in caso di incidente o di brusca frenata. Le bombole di ossigeno dovrebbero essere fissate e stivate in una posizione sicura.

Una documentazione standard dovrebbe essere svi-

luppata e utilizzata per i trasporti intra-ospedalieri. Il personale coinvolto nel trasporto del paziente critico ha la responsabilità di essere adeguatamente formato. Corsi specifici di formazione per il trasporto del paziente critico non sono disponibili in letteratura (The intensive care society, 2002) ma possiamo far riferimento ai corsi ACLS.

Si propone una schematizzazione delle prestazioni/valutazioni con schema A-B-C-D-E- (opportuna-mente modificato e riadattato), assai familiare agli operatori sanitari di area critica, ispirato unicamente al criterio di esaustività e non di priorità assistenziale (Warren et al, 2004; Bambi, 2000).

A. Airways: interventi relativi alla coscienza ed alla gestione delle vie aeree
Se sono presenti vie aeree artificiali:

- verificare il corretto posizionamento del device;
- provvedere alla sua assicurazione, cambiando eventualmente la medicazione;
- controllare la tenuta della cuffia a mezzo di manometro;
- se presenti secrezioni, provvedere alla loro aspirazione;
- applicare, se richiesto, il capnometro, monitorizzando i valori e rilevando anomalie.

Se il paziente non è cosciente, ma respira spontaneamente ed è privo di vie aeree artificiali:

- mantenere la posizione supina;
- controllare e mantenere la pervietà delle vie aeree;
- se necessario, posizio-

nare mezzi aggiuntivi per la liberazione delle vie aeree (cannula oro o naso faringea);

- aspirare, se presenti, le secrezioni in cavità orale;
- valutare, in collaborazione con l'intensivista, l'eventualità di procedere ad intubazione endotracheale prima di effettuare il trasferimento.

B. Breathing: interventi relativi allo status della ventilazione e dell'ossigenazione
Se il paziente respira spontaneamente, aprire la fonte di O₂ e fornire ossigenoterapia con flussi e mezzi prescritti.

Se il malato è sottoposto a ventilazione meccanica:

- aprire la fonte di O₂;
- assicurare stabilmente il ventilatore al mezzo di trasporto;
- controllare che il medico abbia impostato i parametri adeguati per il paziente sul respiratore;
- collegare il ventilatore al paziente, controllando immediatamente la spirometria (se disponibile);
- verificare la corretta espansione toracica, la frequenza respiratoria e la simmetria degli emitoraci;
- controllare che gli allarmi del ventilatore siano inseriti;

monitorizzare le pressioni inspiratorie e rilevare bruschi aumenti o cadute (probabili occlusioni o perdite di tenuta del circuito a carico delle vie aeree), riferendole immediatamente al medico;

- valutare il grado di compliance del paziente alla ventilazione meccanica;
- controllare il circuito del respiratore e posizionarlo adeguatamente per

evitare trazionamenti sul tubo endotracheale.

Per tutti i pazienti:

- applicare il pulsossimetro, avendo cura di evitare distretti corporei scarsamente vascolarizzati;
- monitorare in continuo la SpO₂.

C. Circulation: interventi inerenti a dispositivi intravascolari ed al monitoraggio dei parametri emodinamici

- verificare la tenuta delle medicazioni dei cateteri intravascolari ed assicurare prolunghe e deflussori per evitare pieghe a gomito e trazionamenti;
- in previsione dell'effettuazione di esami su letti radiologici, applicare adeguate prolunghe alle linee infusive per evitare trazionamenti durante le manovre di trasferimento o movimentazione del malato;
- verificare la tenuta di tutti i raccordi e i rubinetti delle linee infusive, assicurandoli, se necessario, con bende adesive;
- se richiesto dal medico, effettuare la chiusura di lumi dei cateteri intravascolari mediante soluzioni di lavaggio eparinate;
- controllare che la pressione esercitata dagli spremisacca sulle soluzioni di lavaggio dei cateteri venosi centrali e arteriosi sia adeguata;
- preparare soluzioni eparinate o con citrato di sodio per risolvere eventuali occlusioni a carico dei devices intravascolari durante le procedure di trasferimento;
- provvedere al posizionamento sicuro sul mezzo di trasporto del monitor

ECG/defibrillatore a batterie;

- monitorizzare la traccia dell'ECG in continuo, avendo cura di assicurare gli elettrodi con cerotto; rilevare artefatti, alterazioni della frequenza cardiaca ed aritmie, avvisando immediatamente l'intensivista;
- provvedere al monitoraggio in continuo delle pressioni cruenti previste (IBP, PVC, PAP), eseguire correttamente la taratura del punto 0, rilevare eventuali alterazioni (o artefatti) dei parametri e riferirli all'intensivista;
- applicare, dove necessario, bracciale per NIBP, e programmare (se possibile) i tempi di misurazione ad intervalli stretti in base alle richieste del medico;
- se è presente il catetere di Swan Ganz, ma non è previsto il monitoraggio in continuo della pressione arteriosa polmonare, in collaborazione con l'intensivista procedere al ritiro ed al fissaggio in sicurezza del catetere, per evitare incuneamenti accidentali durante il trasporto;
- se le condizioni cliniche lo richiedono, applicare piastre adesive per pacing esterno;
- se presente pacemaker transcutaneo, assicurare al meglio il catetere e verificare lo status delle batterie.

D. Drugs and Drainages: controlli ed interventi inerenti farmaci e drenaggi

- Sistemare nella posizione più consona alle operazioni di trasporto

- le eventuali infusioni a caduta in corso;
- valutare, sovrastimando, le necessità di farmaci ed infusioni di scorta per il trasporto e predisporli in soluzioni pronte all'uso;
- informarsi circa la terapia schedulata agli orari e prepararla;
- sistemare, assicurando le al mezzo di trasporto, le pompe infusionali a batteria con tutti i farmaci in corso fino a quel momento, salvo diversa disposizione medica;
- provvedere a sistemare anche una pompa infusionale di scorta insieme ai cavi di alimentazione elettrica per tutta la strumentazione a batteria;
- predisporre lo zaino di emergenza, la borsa per i farmaci ACLS, e se necessario richiedere all'unità di partenza i farmaci stupefacenti;
- prendersi cura di tutti i tubi di drenaggio del paziente, compresi il sondino nasogastrico e il catetere vescicale; posizionarli con sistema a caduta, controllare e assicurarne le connessioni con cerotto, evitare che si formino pieghe a gomito e porre i sistemi di raccolta in modo tale da evitare trazionamenti o riflusso del contenuto;
- in presenza di drenaggio toracico e/o mediastinico, effettuarne spemittura ai prodromi della partenza per verificarne la pervietà;
- evitare al momento della partenza in ambulanza di clampare i drenaggi toracici e mediastinici e mantenerli rigorosamente sotto il livello del torace per evitare il ri-

fornimento d'aria o di liquido in pleura o mediastino;

- nell'eventualità di drenaggio toracico per pneumotorace, allo scopo di agevolare il trasporto, se richiesto, sostituire i contenitori di raccolta con una valvola di Heimlich;
- se presente monitoraggio in continuo della pressione endocranica, assicurare il drenaggio, applicare il sistema al monitor portatile, eseguire taratura del punto 0 e sistemare il circuito in maniera da evitare pieghe o trazionamenti; avvisare immediatamente il medico qualora si verificano bruschi aumenti della PIC;
- monitorare per qualità e quantità tutti i fluidi che fuoriescono dai drenaggi e/o dalle loro medicazioni.

E. Exposure and Environment: interventi relativi al controllo della temperatura e alla prevenzione dell'ipotermia

- Rilevare la temperatura corporea (possibilmente centrale); se indicato, monitorizzare la temperatura mediante sonda interna o cutanea;
- se il paziente manifesta ipertermia, limitare al minimo la biancheria anche durante il trasporto; se necessario, applicare borse di ghiaccio sui distretti maggiormente vascolarizzati, con particolare attenzione ad evitare la zona di contatto con il saturimetro;
- nel paziente normo o ipotermico, prevenire per quanto possibile le perdite di calore mediante

l'utilizzo di coperte di lana e dispositivi specifici quali le metalline.

Interventi inerenti la stabilizzazione di segmenti corporei fratturati e il buon posizionamento del paziente per il trasporto (Warren et al, 2004; Bambi, 2000):

- Eventuali fratture da trattare devono essere stabilizzate in posizioni antalgiche e fisiologiche attraverso l'applicazione di immobilizzatori (per arti), preferibilmente a depressione;
- in ogni caso il paziente non deve essere movimentato senza che i segmenti fratturati siano stati adeguatamente immobilizzati;
- se il paziente presenta apparecchi gessati o trazioni, questi devono essere mantenuti nelle posizioni previste salvo diversa indicazione del medico;
- se necessario o richiesto, mantenere il paziente sul materassino a depressione o sull'asse spinale (radiotrasparente), previa assicurazione con apposite cinghie e fermacapo;
- controllare che i segmenti corporei del malato si trovino nel giusto allineamento dopo l'effettuazione di movimentazioni dal letto alla barella e viceversa;
- per quanto possibile ed indicato, mantenere anche durante il trasporto le posizioni terapeutiche previste, con particolare attenzione al sollevamento del capo a 30° rispetto all'asse orizzontale nei pazienti con ipertensione endocranica;
- controllare che il posizionamento del paziente

non interferisca con la presenza dei vari devices invasivi; in particolar modo devono essere evitate flessioni dei segmenti corporei contro i grossi cateteri vascolari (rischio di lesioni con conseguenti emorragie anche massive);

- a ridosso della partenza, sollevare le sponde di sicurezza e ricontrollare velocemente la posizione di tutti i dispositivi per evitare incidenti; il mezzo di trasporto ed il paziente non devono avere alcuna connessione in corso con i dispositivi che fanno parte dell'unità del malato in terapia intensiva.

L'infermiere e/o il medico responsabili del paziente devono continuare la loro assistenza sino all'arrivo nell'unità di destinazione. Gli interventi sono mirati ad assicurare il buon trasferimento dal mezzo di trasporto al letto, il monitoraggio dei parametri vitali e tutti gli aggiustamenti tecnici e terapeutici richiesti dalle condizioni del paziente.

INDICAZIONI OPERATIVE

L'accompagnamento programmato dei pazienti è predisposto dalla U.O. di competenza la quale provvede con proprie risorse mediche e infermieristiche. L'infermiere che ha in carico il paziente da trasferire, definisce la classe di appartenenza dello stesso. La richiesta di ambulanza, deve essere formulata dall'U.O. richiedente, su apposito modulo di richiesta (**Modello A**). Hanno sempre priorità i trasferimenti di pazienti che necessitano del medico (o equipe medica) a bordo.

L'attivazione delle figure professionali per il trasporto è a carico dell'infermiere richiedente.

Preparazione del paziente

Il paziente deve essere adeguatamente preparato per il trasporto; la preparazione e i presidi da applicare devono rispondere coerentemente al quadro clinico, alle classi di rischio sopraesposte, al tempo di trasporto ed ai protocolli e procedure in uso (Ima-Ictus). La responsabilità di questo processo è dell'infermiere della U.O. che ha in carico il paziente.

Documentazione clinica

La documentazione clinica (Tac, Rmn, quadro clinico, esami ematochimici) del paziente deve essere completa e seguire il paziente stesso, fatta eccezione per eventuali accertamenti in corso dei quali sia possibile il successivo invio/comunicazione: fotocopia della documentazione clinica e diagnostico strumentale eseguita in possesso del reparto inviante, preferibilmente ove possibile in formato telematico.

Il medico e l'infermiere che accompagnano il paziente sono tenuti alla compilazione della scheda di accompagnamento in duplice copia (**Modello B**), di cui 1 copia, parte integrante della documentazione clinica, deve seguire il paziente. La seconda copia deve ritornare alla struttura di provenienza del paziente ed essere inserita nella cartella clinica dello stesso.

REQUISITI MINIMI PREVISTI PER LE DOTAZIONI, L'ALLESTIMENTO, IL

MATERIALE SANITARIO DELLE AUTOAMBULANZE ADIBITE AL TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE E IL CENTRO MOBILE DI TERAPIA INTENSIVA

Check List zaini

La Check List è stata concepita per essere chiara, maneggevole, facilmente compilabile; deve essere condivisa, conosciuta, sigillata (con sigla personale) (Warren et al, 2004).

L'infermiere e/o il medico, al ritorno in terapia intensiva, saranno entrambi ed in ugual misura responsabili dell'immediato ripristino dei materiali utilizzati, della sostituzione di quelli eventualmente defezionari e della messa in carica dello strumentario a batteria (se necessario).

Aspetti operativi

Per quanto riguarda i pazienti sottoposti a ventilazione meccanica a pressione positiva (VAM) Bambi (2000) individua nei ventilatori volumetrici (tipo Oxilog con disponibilità di FiO2 100%) i presidi più idonei per l'assistenza respiratoria durante il trasferimento. L'efficienza della strumentazione a bordo dell'auto-mezzo spetta all'autista; occorre quotidianamente controllare quanto segue:

- 1) lo stato di carica delle batterie ed il funzionamento di apparecchi infusionali, monitor, defibrillatori, materiale allestito.
- 2) la presenza di un numero sufficiente di cavi per connessione a rete degli strumenti a batteria;
- 3) la presenza di adeguata riserva di O2 nelle bombole portatili, tenendo presente che se il paziente viene connesso al

ventilatore da trasporto la pressione minima nella bombola per garantirne il corretto funzionamento è di 50 atmosfere (al di sotto di questo valore del manometro dovrà essere sostituita).

- 4) rispetto ai tempi stimati per il compimento della procedura è necessaria una riserva ulteriore di O2 per almeno 30 minuti;
- 5) l'efficienza del ventilatore automatico da trasporto;
- 6) il funzionamento dell'aspiratore portatile;
- 7) i presidi di immobilizzazione del paziente: barella a cucchiaio, tavola spinale, cinghie di sicurezza, collari cervicali, splint ed immobilizzatori rigidi o a depressione;
- 8) l'efficienza e la sicurezza del mezzo di trasporto;
- 9) una valigetta supplementare con l'occorrente per la gestione di base ed avanzata delle vie aeree, un set per monitoraggio di pressioni cruenta, il materiale per l'emostasi e per un eventuale drenaggio toracico di emergenza;
- 10) una adeguata qualità e quantità dei liquidi da infusione.

Un elemento cruciale è rappresentato dall'efficienza del presidio di trasporto più idoneo: l'adozione di una barella con quattro ruote snodabili e relativo sistema di bloccaggio, vano libero sottostante, sponde laterali, piano rialzabile/movimentabile in più segmenti (con possibilità di adozione delle posizioni declive e proclive) e apposito appoggio per la strumentazione elettronica, rappresenta senz'altro l'alternativa più idonea, limitando il rischio di danni

strutturali e personali da urti e trazionamenti, favorendo l'ergonomia durante le manovre di spostamento del malato (Bambi, 2000).

Complicanze

Sono state riscontrate due tipologie di eventi avversi: la prima si fonda sui contrattamenti che si possono verificare durante il monitoraggio intensivo del paziente, mentre la seconda è data dall'alterazione fisiologica legata alla patologia critica (McLenon, 2004).

La possibilità d'insorgenza del rischio evolutivo durante il trasporto può essere generalmente causato da: infarto cerebrale, pneumotorace, diminuzione della SpO2, alterazioni dell'ECG, arresto cardiaco, emorragie, alterazioni emodinamiche, alterazioni metaboliche; ricerche a tal proposito indicano che una parte delle complicanze sono dovute ad una errata valutazione delle condizioni cliniche da parte del personale accompagnatore (Löw et al. 2009, Kawewan et al, 2005) e che la frequenza di tali errori sono stati riscontrati durante il trasporto extraospedaliero in un range tra il 5,9 % ed il 66%.

Elenchiamo alcune tra le cause più segnalate di complicanze evitabili (Kawewan et al, 2005, McLenon, 2004, Bambi, 2000):

- il dislocamento o la perdita di linee venose periferiche e/o centrali (o arteriose), con relativa emorragia;
- l'estubazione accidentale o il dislocamento del tubo o della cannula endotracheale;
- l'esaurimento delle riserve di O2 durante il trasporto;

- l'esaurimento delle batterie elettriche dello strumentario elettronico;
- l'inadeguata immobilizzazione delle fratture, o la rimozione affrettata dei relativi dispositivi di immobilizzazione e/o trasporto;
- il distacco del paziente dal ventilatore automatico;
- la deconnessione o l'occlusione accidentale dei tubi di drenaggio (in particolare del drenaggio toracico);
- l'incuneamento accidentale del catetere di Swan Ganz;
- la caduta accidentale degli apparecchi di monitoraggio;
- il distacco degli elettrodi dell'ECG e della saturimetria.

CONCLUSIONI

Il trasporto intra ospedaliero del paziente critico è una procedura frequentemente adottata, ma non per questo priva di rischi e complicanze.

Ogni ospedale dovrebbe avere un piano formalizzato per il trasporto che affronti il coordinamento pretrasporto, le comunicazioni tra il personale che consegna e quello che trasporta, il mezzo di trasporto, il monitoraggio necessario e la documentazione (Elli et al, 2013).

Il livello di autonomia e di autorità dell'infermiere responsabile del trasporto può variare in grado al livello di formazione dello stesso; indipendentemente da questo gli infermieri addetti ai trasferimenti dovrebbero essere specializzati in tecniche avanzate di intervento.

Un trasporto sicuro è dato da una preparazione avan-

zata e un coordinamento ottimale mediante utilizzo di attrezzature adeguate, personale addestrato e pianificazione che possano ridurre al minimo le complicanze e garantire beneficio al paziente (Elli et al, 2013). Queste procedure includono: incubazione endotracheale, defibrillazione, pacing esterno, gestione della ventilazione meccanica, decompressione di pneumotorace iperteso in emergenza, rianimazione cardiopolmonare e uso dei farmaci salvavita (McLenon, 2004).

Attraverso un programma di formazione teorica e un addestramento intensivo il team di trasporto può offrire livelli avanzati di monitoraggio, di assistenza e trattamento (McLenon, 2004). Tutti i membri del team dovrebbero ricevere un addestramento avanzato che include: corsi Advance cardiac life support (ACLS), Pediatric advance cardiac life support (PALS), certificazione sulla conoscenza e la gestione del controlizzatore, Advance trauma life support (ATLS), tecniche di incanalamento venoso centrale e periferico.

I membri del team verranno quindi abilitati attraverso corsi pratici di educazione continua (McLenon, 2004). Tutti i membri del team di trasporto dovranno dimostrare la conoscenza degli skills di gestione del paziente critico, competenza e abilità nel valutare e intervenire nelle situazioni critiche (McLenon, 2004).

Ci sono diversi dati a supporto del fatto che le complicazioni e gli eventi avversi durante il trasporto extraospedaliero del paziente critico possano essere ridotte.

Molti dei problemi possono essere eliminati con una pianificazione pre-trasporto e con una migliore comunicazione all'interno dell'equipe (McLenon, 2004).

Ci sono dati a supporto del fatto che addestramento e specializzazione nei trasporti aumenti le potenzialità e le capacità del team in favore di un outcome positivo per il paziente (McLenon, 2004).

Pertanto ogni ospedale dovrebbe avere un piano operativo per:

- a) il coordinamento pre-transport e comunicazione;
- b) il personale di trasporto;
- c) mezzi di trasporto;
- d) il monitoraggio durante il trasporto;
- e) la documentazione.

Tale a procedura dovrebbe essere sviluppata da un team multidisciplinare.

Gli studi da noi analizzati e proposti promuovono misure per garantire la sicurezza del trasporto del paziente. Sebbene sia il trasporto intra che interospedaliero deve essere conforme alle normative, crediamo che la sicurezza del paziente possa essere migliorata durante il trasporto attraverso la definizione di un processo efficiente ed organizzato supportato da attrezzature e personale adeguato (Warren et al, 2004) e adeguatamente addestrato.

BIBLIOGRAFIA

- A.S.L. 19 Regione piemonte (2007) Regolamento per i trasporti sanitari secondari urgenti. Direzione Sanitaria PP.00. Asti e Valle Belbo.
- Bambi S. (2000) Il trasferimento intraospedaliero del pazien-

te critico adulto: responsabilità ed interventi infermieristici. *Nursing Oggi*, 4: 52-58.

- Calderaie S.M., Cremonese F., DeSantis A., D'Urso A., Guasticchi G., Pittiruti M. (2002) Criteri clinico-organizzativi per il trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza. *Monografie ASP. Regione Lazio*, 3-49.

- D.G.R. N° 8/1743 (2006) Nuove determinazioni in materia di trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Regione Lombardia.

- D.G.R. N° 19/2664 (2011) Definizione dei percorsi clinico organizzativi del paziente politraumatizzato. Regione Piemonte.

- Elli S., Gariboldi R., Pancrazio T., Mascheroni V., Bambi S., Lucchini A. (2013) Il trasporto intraospedaliero del paziente critico: creazione di una checklist di pianificazione. *Scenario*, 30(3): 21-25.

- Ehrenwerth J. (1986) Transport of critically ill adults. *Critical Care Medicine*, 14(6): 543-547.

- Giunta di Regione lombardia (2012) Trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Aggiornamento DGR n° VIII/001743 del 18/01/2006. Regione Lombardia. Delibera n° IX/3542.

- Giunta di Regione lombardia (2010) Trasporto sanitario da parte di soggetti privati. Aggiornamento DGR n° VIII/001743 del 18/01/2006. Regione Lombardia. Delibera n° IX/000893.

- Intensive Care Society (2002). Guidelines for the transport of the critically ill adult. Council of the Intensive Care Society.

Jastremski M.S., Hitchens M., Thompson M., Bekes C., Coffman A., Falk J., Celeste M., Flugaur N., Stegall G.C., Tagney G.C., Turner C.E., Warren J., Wedel S., Woods-McCormick K. (1993) Guidelines for

the transfer of critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 21(6):931-937.

- Löw M., Jaschinski U. (2009) Intrahospital transport of critically ill patients. *Anaesthesist*, 58(1):95-105.

Kawewan L., Suprapat S., Chakraphan S. (2005) Transportation of critically ill patient to pediatric intensive care unit, Siriraj Hospital. *Journal of Medical association of Thailand*,

88(8):86-91.

- Mackintosh M. (2006) Transporting critically ill patients: new opportunities for nurses. *Nursing Standard*, 20(36):46-48.

- McLennon M. (2004) Use of a specialized transport team for intrahospital transport of critically ill patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 23(5):225-229.

- Ministero della Salute (2010) Morte o grave danno conse-

guenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) [on line]. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1162 [consultato il 12 Marzo 2014].

- SIAARTI (2012) Raccomandazioni per i trasferimenti inter e intra Ospedalieri [on line]. Disponibile da: <http://www.aniarti.it/sites/default/files/congresso2013/sessioni/7/sessione6/1/elli.pdf> [consultato il 3 Aprile 2014].

- Venkataraman S.T. (1992) Intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Clinics*, 8(3):525-531.

- Warren J., Fromm R.E., Orr R.A., Rotello L.C., Horst H.M. (2004) Guidelines for the inter and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 32(1):256-262.

IL COLLEGIO INFORMA OGNI INFERMIERE ISCRITTO ALL'ALBO **DEVE AVERE UN INDIRIZZO DI POSTA CERTIFICATA**

Chi deve utilizzarla?

Il decreto legge 185/2008 (cd. decreto anticrisi) ha previsto che i professionisti iscritti agli albi, ordini e collegi professionali, entro un anno dall'entrata in vigore del decreto, devono comunicare ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata.



È ancora possibile ottenerlo presentandosi in collegio con un valido documento d'identità.

La posta Elettronica Certificata (detta anche P.E.C.) è un sistema di comunicazione che consente di inviare messaggi di posta elettronica con lo stesso valore legale della Raccomandata cartacea con avviso di ricevimento, fornendo al mittente una documentazione elettronica attestante l'invio e la consegna di documenti informatici.

La trasmissione si definisce certificata solo se sia il mittente che il destinatario dispongono di una casella di posta elettronica certificata.

Quali vantaggi ha rispetto ad una semplice e-mail?

- È certificata: il gestore, infatti, certifica con proprie "ricevute" che il messaggio è stato spedito, che il messaggio è stato consegnato, che il messaggio non è stato alterato.
- È sicura: tutte le comunicazioni sono protette perché crittografate e firmate digitalmente. Per questo si avrà sempre la certezza che i messaggi inviati o ricevuti non possano essere contraffatti.
- * Ha valore legale: le ricevute possono essere usate come prove dell'invio, della ricezione ed anche del contenuto del messaggio inviato. Le principali informazioni riguardanti la trasmissione e la consegna vengono conservate per 30 mesi dal gestore e sono anch'esse opponibili a terzi.
- Permette l'invio di qualsiasi tipo di documento informatico: essendo attinente ad un servizio di "trasporto" non entra nel merito di ciò che è oggetto del trasferimento. È possibile inviare, quindi, sia un testo, che un'immagine, che un programma e così via. Alcuni gestori, inoltre, effettuano controlli sulla presenza di virus negli allegati, e bloccano il messaggio, dandone notifica agli utenti.

*Questo Collegio ha sottoscritto una convenzione con Aruba PEC spa – ente gestore accreditato presso il CNIPA per la fornitura del servizio di posta elettronica certificata – grazie alla quale sarà possibile mettere a disposizione, **GRATUITAMENTE**, per ogni iscritto che ne farà richiesta, una casella di Posta Elettronica Certificata.*

ALLEGATO N° 3

(Esempio check list di controllo da effettuare prima della partenza)

PAZIENTE	
	Zaino per il trasporto
	Monitor e ventilatore meccanico
	Pompe infusionali
	Farmaci e sedativi
	Protezione termica

EQUIPAGGIAMENTO	
	Check list ambulanza
	Dispositivo AED
	Verifica carica batterie monitor e ventilatore meccanico
	Controllo scorta ossigeno
	Telefono cellulare del mezzo

GESTIONE DEL TRASPORTO	
	Documentazione clinica
	Diagnostica per immagini
	Esami ematici
	Documentazione per il trasferimento
	Punto di incontro con l'equipaggio e localizzazione del paziente
	Informazioni sullo stato clinico

ALLEGATO N°4

(Esempio di informazioni necessarie per il trasporto e per la documentazione di trasporto)

Dettagli di trasferimento:

- Dati anagrafici paziente (cognome, nome, data di nascita) e numero di cartella;
- Struttura di partenza e U.O.;
- Referente dell'ospedale o dell'U.O. che ha preso contatto per il trasporto e numero di telefono;
- Nome del medico che ha preso contatto per trasporto;
- Struttura di destinazione e U.O.;
- Referente dell'ospedale o dell'U.O. che ha ricevuto contatto per il trasporto e numero di telefono;
- Nome del medico che ha ricevuto contatto per trasporto;
- Nome e qualifica del personale accompagnatore.

Sommario medico:

- Anamnesi patologica prossima e remota;
- Eventuali procedure eseguite;
- Stato emodinamico e respiratorio;
- Terapia farmacologica e infusione;
- Dispositivi e accessi vascolari posizionati e data di posizionamento;
- Stato infettivo.

Sommario infermieristico (BAI - Cartella infermieristica):

- Parametri emodinamici e respiratori;
- Metodi di comunicazioni;
- Stato nutrizionale;
- Dolore e sedazione;
- Riposo e sonno;
- Eliminazione;
- Condizione cutanea;
- Igiene.

Stato del paziente durante il trasferimento:

- Modulo rilevazione parametri vitali e respiratori;
- Modulo farmaci in corso e somministrati durante il trasporto;
- Riassunto delle condizioni del paziente durante il trasporto.

EMESSO IL BANDO 2016

DALL'ACUZIE CLINICA ALL'IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI ASSISTENZIALI IDEATI DA INFERMIERI CON INFERMIERI: REALIZZAZIONE DI UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA NELL'OTTICA DELLA RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO REGIONE LOMBARDIA

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE 2016

Destinatari:

Infermieri Iscritti Albi
Provinciali Ipasvi
del Territorio Nazionale

Emissione:

Dicembre 2015

Scadenza Bando:

Ore 16.00 - Lunedì 04 Aprile
2016

Contenuti:

1. Bando Di Concorso
2. Modulo D'iscrizione
al Concorso
3. Scheda Di Ricerca

Il Collegio Provinciale IPASVI di Como indice un concorso di ricerca infermieristica per ricordare il 12 maggio "Giornata Internazionale dell'infermiere". Il significato di questa scelta scaturisce dal principio che la ricerca rappresenta uno strumento fondamentale per lo sviluppo scientifico della professione in quanto misura le conoscenze prodotte e la capacità di tradurle in miglioramento della qualità dell'assistenza offerta ai cittadini; rappresenta l'elemento imprescindibile per migliorare la disciplina infermieristica e per applicare interventi assistenziali di documentata efficacia.

PREMIO DEL CONCORSO DI RICERCA: L'elaborato vincitore del concorso di ricerca si aggiudicherà un premio

in denaro di **1.200,00 euro** (milleduecento/00).

Requisiti generali e specifici:

Il lavoro di ricerca infermieristica presentato deve essere originale, inedito e deve rispondere ai requisiti del metodo scientifico secondo lo schema allegato.

Possono partecipare al concorso:

- gli iscritti negli Albi dei Collegi Provinciali IPASVI, che operano nel territorio Nazionale;

L'elaborato può essere redatto da un singolo partecipante o da un gruppo di infermieri. Tali requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del bando di concorso. **Non possono partecipare al concorso i professori ordinari o associati di Scienze Infermieristiche.**

TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA E INVIO ELABORATO

La domanda di partecipazione al concorso, che consta della compilazione della scheda anagrafica e della scheda di ricerca, dovrà essere inviata al Collegio IPA-

SVI di Como, tramite posta certificata pec, al seguente indirizzo: **como@ipasvi.legalmail.it** e dovrà pervenire **entro le ore 16.00 di lunedì 04 aprile 2016.**

Il termine stabilito per la presentazione dei lavori di ricerca infermieristica è perentorio pertanto non saranno presi in considerazione i lavori che, per qualsiasi ragione, verranno presentati o spediti al di fuori del termine stabilito

NORME EDITORIALI E DI REDAZIONE DELL'ELABORATO

Gli autori devono scrivere i propri elaborati in un massimo di pagine 30, corredate di abstract con:

- carattere TIMES NEW ROMAN, dimensione carattere 14, interlinea 1,5;
- Bibliografia completa in ordine alfabetico

COMMISSIONE ESAMINATRICE

La commissione esaminatrice è composta dal Presidente e dai rappresentanti del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI Como e da commissari esperti in ricerca nominati dal Consiglio stesso.

VALUTAZIONE E PREMIAZIONE

La valutazione dei lavori sarà effettuata considerando:

- il rispetto degli aspetti etico deontologici
- attinenza al tema proposto dal presente bando
- la validità della metodologia scientifica
- l'aderenza allo schema di ricerca proposto
- l'operatività dello strumento proposto
- il congruo utilizzo delle risorse impiegate

La graduatoria dei lavori idonei, sarà formulata dalla commissione esaminatrice e approvata con apposito provvedimento. L'elaborato risultante vincitore del presente concorso di ricerca verrà pubblicato sulla rivista "Agorà". **La premiazione verrà effettuata durante la celebrazione della Giornata Internazionale dell'Infermiere che si svolgerà a Como in data 14 maggio 2016.** Durante la manifestazione il vincitore dovrà esporre il proprio elaborato con il supporto di slides esplicative (verrà data comunicazione del calendario della giornata). Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla segreteria del Collegio.

Concorso di Ricerca Infermieristica

1. MODULO D'ISCRIZIONE AL CONCORSO

COGNOME:	<input type="text"/>	NOME:	<input type="text"/>
NATO A:	<input type="text"/>	DATA DI NASCITA:	<input type="text"/>
RESIDENTE A:	<input type="text"/>	CAP:	<input type="text"/>
INDIRIZZO:	<input type="text"/>	TELEFONO:	<input type="text"/>
MOBILE:	<input type="text"/>	E-MAIL:	<input type="text"/>
ISCRIZIONE IPASVI:	<input type="text"/>	ALBO INFERMIERI:	<input type="text"/>
SEDE LAVORATIVA:	<input type="text"/>		
NOTE:	<input type="text"/>		

DICHIARAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, ai sensi e per gli effetti del decreto legge 196/2003 per le finalità di cui al presente avviso di candidatura. Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

LUOGO e DATA: _____

FIRMA: _____

2. SCHEDA DI RICERCA INFERMIERISTICA

ELABORATO DI

FORMULAZIONE DEL QUESITO DI RICERCA

ANALISI BIBLIOGRAFICA

OBIETTIVI DELLA RICERCA

DISEGNO DELLA RICERCA

MODALITÀ RACCOLTA

E TRATTAMENTO DATI

I disordini alimentari

Disegno di ricerca: Intervento di educazione e di supporto in ambito familiare rivolto ad adolescenti e giovani adulti con disordini del comportamento alimentare



ABSTRACT

Background

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) si accompagnano a una serie di manifestazioni psicologiche e comportamentali destabilizzanti. Il loro insorgere nell'età dello sviluppo causa un forte squilibrio nelle dinamiche familiari e nel rapporto genitori-figli, in cui si possono trovare anche alcune cause.

Obiettivi

Valutare se l'intervento dell'infermiere, basato sul Calgary Family Assessment Model e sul Calgary Family Intervention Model è efficace per facilitare il processo di risoluzione dei problemi familiari.

Materiali e metodi

Lo studio si propone di studiare l'effetto della valutazione e dell'intervento familiare di supporto in un campione di adolescenti e giovani adulti (nprevisto=26) dai 13 ai 24 anni di età e rispettive famiglie. Per la correlazione con i risultati, verranno valutati con calcolo statistico, in due tempi (T1 e T2): nel paziente, i sintomi comunemente associati ai DCA (scala EDI-3), nei genitori, gli atteggiamenti nelle relazioni (scala LEE), il livello di criticismo e l'ipercoinvolgimento (modello FMSS). Infine verrà valutato il livello di soddisfazione di tutti i partecipanti nei riguardi dell'intervento. I valori dei test saranno comparati con

test t di Student, mentre il questionario di gradimento sarà valutato qualitativamente.

Risultati

Verranno riportati i valori più significativi delle t e i relativi valori di livello di significatività p.

Conclusioni

Verrà valutato se la variazione da T1 a T2 dei valori sarà statisticamente significativa o meno e accettate o rifiutate le ipotesi.

FORMULAZIONE DEL QUESITO DI RICERCA

Problema

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie mentali complesse che inducono nella persona un rapporto distorto con cibo, peso e immagine corporea, e possono compromettere la salute di tutti gli organi e portare a morte. Tipicamente, disturbi quali anoressia nervosa e bulimia nervosa hanno insorgenza a partire dall'infanzia e possono essere esacerbati nell'adolescenza, periodo di maggiore cambiamento psicofisico della persona (De Virgilio et al, 2012). Poiché le cause e le conseguenze di tali patologie

si ritrovano non solo nella persona stessa, ma anche nell'ambiente della famiglia, è necessario indagare le strategie di supporto più efficaci rivolte a entrambi i gruppi. L'indicazione a una valutazione e a un intervento di sostegno da parte dell'infermiere di famiglia nasce dalle circostanze: si può trattare di una patologia di nuova diagnosi, per cui alla famiglia possono mancare informazioni in merito, e il malato presenta un disturbo che potenzialmente porta un impatto dannoso evidente negli altri membri (Wright e Leahey, 2009), non solo paura per la sua salute, ma anche chiusura nella comunicazione, incomprensione, tensioni quotidiane, attriti nei rapporti, allontanamento degli affetti e degli interessi.

Contesto

Il DSM-5 (2013) distingue 8 categorie principali di DCA: anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder, disturbo evitante/restrittivo di assunzione di cibo, disturbo della ruminazione, picacismo, altri disturbi specifici della nutrizione e dell'alimentazione, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non specificati. Il Rapporto ISTISAN 13/6 (2012), che si basa invece sulla classificazione del DSM-IV, riporta una prevalenza in Italia delle DCA del 3,3% (IC: 2,2-5,0) in persone di maggiore età. Il presente studio intende valutare gli interventi su quella fascia di popolazione maggiormente problematica e sensibile al cambiamento, adolescenti e giovani adulti.

Quesito di ricerca

Nella popolazione di adolescenti e giovani adulti italiani con DCA e loro famiglie, quali sono gli interventi di supporto che possono migliorare segni e sintomi della malattia e accrescere il ruolo di supporto della famiglia?

Suddivisione P.I.C.O.

Population

Adolescenti e giovani adulti italiani con disturbi del comportamento alimentare e loro famiglie

Exposure

Intervento di educazione sanitaria

Outcome

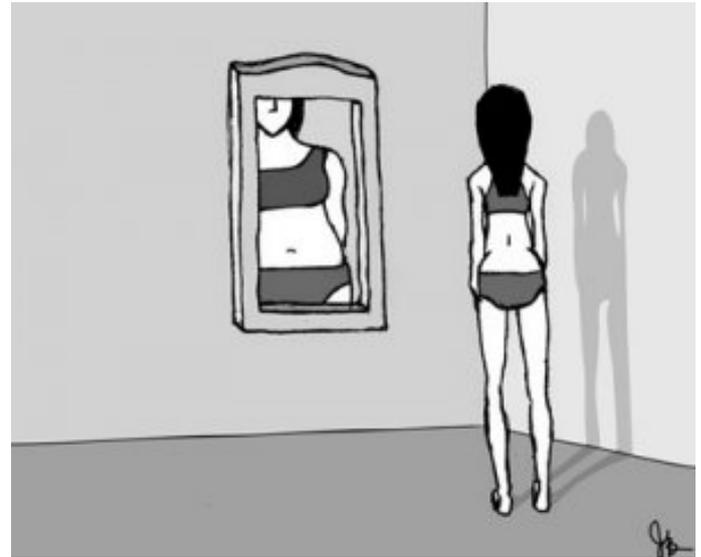
Attenuazione di segni e sintomi, migliore adattamento familiare

Parole chiave

Disordini del comportamento alimentare; adolescenti; giovani adulti; famiglia; educazione alla salute.

ANALISI BIBLIOGRAFICA

1. Banca dati: Pubmed (consultata il 10.04.2015) Interrogazione tramite termini MeSh indicizzati Stringa: "Eating Disorders"[Mesh] AND "Health Education"[Mesh] AND "Family"[Mesh] AND ("Adolescent"[Mesh] OR "Young Adult"[Mesh]) AND English[lang] AND ("2000/01/01"[PDAT]: "2015/04/10"[PDAT]) Risultati: 12 articoli. 4 non pertinenti, 1 scartato perché disponibile solo un abstract riportante risultati generici e scarse informazioni sui metodi. Selezionati: 7 articoli, tutti full text.
2. Aggiunte 1 citazione sul-



la prevalenza, 1 sulla definizione dell'ambito della patologia, 1 sulla metodologia alla base di valutazione e intervento.

Analisi della letteratura

Una importante review di Mazzeo e Bulik (2009) esamina l'ampio ma spesso poco conosciuto discorso sulla correlazione tra predisposizione genetica e ambiente nei fattori di rischio per i DCA. Questi sono fenomeni complessi e non seguono le regole mendeliane di ereditarietà, non esistono geni per bulimia e geni per anoressia nervosa, piuttosto ci possono essere dei pattern genetici che predispongono a una vulnerabilità nei confronti di tali disturbi, e anche in presenza di questi, ci possono essere altri pattern che prevengono l'insorgenza di comportamenti patologici.

Le correlazioni che potenzialmente influiscono sull'eziologia delle DCA sono:

» **Un modello di comportamento scorretto da parte dei genitori:** le restrizioni di una madre,

per esempio, più facilmente possono essere oggetto di imitazione da parte dei figli, specialmente se femmine;

» **Nutrizione problematica:** per madri con DCA,

il solo fatto di nutrire il proprio neonato, che solitamente è un gesto naturale, può essere un momento carico a livello emozionale, e fonte di enormi problemi;

» **Enfasi eccessiva dei genitori verso il peso e la costituzione fisica:** a

volte tali aspetti nei figli vengono sottolineati, anche quando questi valori rientrano nei limiti di normalità. Spesso, figlie che presentano DCA hanno avuto la mancanza di un modello sano e la pressione genitoriale verso perdita di peso e miglioramento del proprio aspetto;

» **Eventi della vita e tolleranza del dolore:** allo

stesso modo possono avere un peso determinante le influenze ambientali uniche (e.g. esperienze di abuso), che portano a una disparità nell'ambien-



te familiare, sebbene le conseguenze di tali eventi vengano in parte modulate dalle caratteristiche genetiche;

- » **Interazione di temperamento e ambiente:** ci possono essere anche correlazioni evocative tra ambiente e geni: un genotipo può determinare il grado in cui la persona è vulnerabile agli insulti ambientali, tanto che recentemente si è notato che l'anoressia nervosa è correlata a un temperamento caratterizzato da perfezionismo, bisogno di ordine, evitamento del male, e sensibilità verso la lode e la ricompensa;
- » **Atteggiamento critico verso il peso corporeo:** in particolare se manifestato dai genitori, che può essere interpretato in maniera e con peso differenti a seconda della predisposizione dell'adolescente. Più il ragazzo rimugina sulle parole indirizzategli, più l'effetto negativo viene esacerbato, e questo trova conferma nel fatto che molti adolescenti con DCA rievocano gli episodi che hanno causato il loro problema di alimentazione;
- » **Mass-media:** un aspet-

to rilevante è l'importanza riservata nella comunicazione di massa della società occidentale al modello di donna ultra magra, e gli studi indicano che il grado di DCA viene peggiorato, a fronte dell'esposizione a riviste di moda;

- » **Selezione del gruppo di pari:** spesso chi ha in sé questa ossessione per la magrezza e l'apparenza tende a stare in un gruppo di amici che condividono tale ideale, e quindi eventuali DCA rischiano di essere ciclicamente rinforzati;
- » **Pasti in famiglia e colazioni:** un fattore ambientale facilmente modificabile è l'incoraggiamento a pranzare assieme ai membri di tutta la famiglia, e anche la regolarità delle colazioni durante l'infanzia pare essere inversamente proporzionale all'insorgenza di diete e controlli sul peso, mentre è correlata alla qualità della dieta e all'esercizio fisico nell'adolescenza;
- » **Gestione dell'ansia:** sviluppare capacità di regolazione emozionale può essere di aiuto, anche se mancano studi indirizzati a gruppi ad alto rischio di DCA;

- » **Bias di attenzione:** sembra che le persone con DCA mostrino un atteggiamento di attenzione selettiva nei confronti delle informazioni relative a peso e a forma fisica, che sembra possa venire attenuato con interventi di terapia cognitivo-comportamentale.

Gli interventi attuabili si possono focalizzare man mano:

- > **sui genitori:** educare sul ruolo della predisposizione genetica e della multifattorialità può aiutare quei genitori che incolpano solo se stessi o la loro impostazione dell'educazione a sentirsi più sollevati e a capire che la resistenza dei figli è dovuta anche al fatto che i ragazzi stanno combattendo contro una loro predisposizione biologica; il tutto in un equilibrio che non deve mai cadere in una nuova forma di vittimismo, come il senso di colpa per l'ereditarietà genetica, o in una completa deresponsabilizzazione dei genitori;
- > **sulla prossima generazione:** gli interventi di auto-aiuto cognitivo-comportamentale su madri con DCA possono essere una prevenzione mirata efficace, e ci si dovrebbe porre come obiettivi il miglioramento della sicurezza nel nutrire i bambini, la riduzione dello stress verso i comportamenti educativi da tenere e in generale l'attenuazione dei conflitti legati al momento del pasto;
- > **sul paziente:** solita-

mente il paziente si documenta molto e spesso è consapevole del fatto che è genetica, tuttavia una migliore comprensione della letteratura scientifica, attraverso metodi come l'analisi dell'albero genealogico, può aiutare a trovare un significato personale nei dati riportati.

Temi di indirizzo simili emergono dallo studio di Loth et al (2009), che evidenziano come correlati all'emergere e il variare dei DCA:

- » Il ruolo di supporto dei genitori;
- » La discussione eccessiva sui temi del corpo e del peso;
- » Importanza del consumo dei pasti a casa;
- » Abitudini di alimentazione sane e modelli di attività fisica;
- » Autostima al di là dell'apparenza fisica;
- » Espressione dei propri sentimenti e meccanismi di coping;
- » Riconoscimento di segni e sintomi dei DCA;
- » Aiuto verso gli sforzi compiuti dalla persona affetta dal disturbo.

Un ulteriore conferma la danno Turrell et al (2005), che hanno indagato i punti di vista di pazienti, genitori e infermieri in merito alle condizioni in cui la persona con anoressia nervosa possa essere ritenuta o ritenersi pronta per proseguire la riabilitazione a casa, a seguito di ospedalizzazione. Si è messo in evidenza come ci siano temi comuni (stabilità medica, educazione, modificazioni psicologiche, pianificazione delle risorse della



anni (trend secolare). Dall'inizio alla media adolescenza c'è la tendenza dei genitori a diminuire l'incoraggiamento verso l'alimentazione sana; successivamente, dalla media alla

ne e favorendo il dialogo e il confronto in famiglia; seppure con un intervento breve (1 mese), la più profonda conoscenza delle basi della patologia, la facilitazione di espressione delle emozioni e dei sentimenti, la vita a più stretto contatto fra adolescenti e familiari, sono risultati in un miglioramento bilaterale nell'attitudine e nella consapevolezza verso i problemi esistenti e una maggiore comprensione vicendevole.

Ramirez et al (2012) hanno testato un interven-

to su una serie di coppie di innamorati, basato su discussioni e confronti sulla visione della forma fisica e di quanto questa influisca sulla relazione amorosa, e ottenendo una riduzione dei fattori di rischio per i disturbi alimentari, quali la pressione dell'ambiente verso la magrezza, l'internalizzazione di ideali di magrezza e di atleticità, l'insoddisfazione del proprio corpo, la discrepanza fra caratteristiche fisiche reali e ideali.

Gli articoli evidenziano temi comuni, che in linea generale fanno capo a due aree:

» il punto di vista dei figli: le attitudini, le convinzioni, la formazione di ideali da perseguire, le reazioni agli stimoli del mondo;

» il punto di vista dei genitori: l'influenza sulla crescita psicosomatica dei figli, il modello di comportamento cui i figli fanno riferimento, gli aspetti dell'esistenza che vengono valorizzati, la capacità di comprensione verso i problemi dei figli.

Gli interventi, sia quelli di prevenzione che quelli di supporto successivo a una diagnosi o a una ospedalizzazione, sono quindi mirati e calibrati su entrambi i gruppi. Nei figli giovani, per facilitare quel cambiamento nelle convinzioni e nei comportamenti che porti a un regime alimentare sano, e non da ultimo, per prevenzione le difficoltà nell'ottica di uno scenario futuro in cui loro stessi divengono genitori; nei genitori adulti, per facilitare la modifica delle loro aspettative, della tolleranza verso i comportamenti devianti, e per favorire il percorso di conoscenza del problema e di comprensione dei propri figli.

DISEGNO DI RICERCA

Titolo

Intervento di educazione e di supporto in ambito familiare rivolto ad adolescenti e giovani adulti con disturbi del comportamento alimentare.

Disegno di ricerca

Studio quasi-sperimentale con disegno pre-post.

Premessa

I DCA che spesso insorgono nel periodo dell'infanzia hanno evidenti ricadute negative sulla salute di chi ne soffre e allo stesso modo nei rapporti tra il malato, i familiari e le per-

comunità) e ciascun gruppo ha poi dei temi specifici propri: per gli adolescenti, il bisogno di una persona di fiducia cui far riferimento per le abitudini alimentari; per gli infermieri, la necessità che i genitori siano parte attiva nel processo di cura dei figli.

Bauer et al (2011), partendo dal presupposto che l'incoraggiamento dei genitori a mangiare sano è correlato alle corrette abitudini a lungo termine degli adolescenti; al contrario, l'incoraggiamento verso un regime dietetico è correlato all'insorgenza di comportamenti di disordine alimentare. Questo studio indaga, in un lasso temporale di 5 anni, in che modo l'attitudine dei genitori cambi man mano che il figlio cresce (trend longitudinale) e quanto questa sia variata nel corso degli

anni, mentre nei confronti dei figli maschi cala ulteriormente l'esortazione verso ogni tipo di comportamento, nelle femmine, invece, aumenta l'incitamento verso un regime dietetico.

Un metodo educativo a distanza è stato testato da Bruning Brown et al (2004): sottoponendo due diversi corsi online ad adolescenti e a genitori, hanno notato un significativo miglioramento nella conoscenza e nelle abitudini alimentari nei ragazzi; nei genitori, una diminuzione delle attitudini alla critica in tema di peso e di forma fisica.

Gísladóttir e Svavarsdóttir (2011) hanno centrato l'intervento sulle dinamiche familiari e hanno cercato di coinvolgere in egual misura genitori e figli, tramite sessioni di educazio-

sone che ruotano attorno a loro.

Razionale

Nel percorso di assistenza delle persone con DCA potrebbe essere contemplato il ruolo dell'infermiere quale facilitatore per la presa di coscienza e la risoluzione dei problemi dei nuclei familiari. Questo studio si propone di introdurre un sistema di valutazione e di intervento esclusivo basato sui modelli correlati Calgary Family Assessment Model e Calgary Family Intervention Model (Wright e Leahey, 2009), che da circa 30 anni sono in uso in più di 25 Stati.

OBIETTIVI

Primario: valutare se l'intervento è correlato con l'attenuazione significativa:
> nei pazienti: dei valori dei sintomi associati ai DCA;
> nei genitori: degli atteggiamenti e gli stili di risposta correlati al disturbo.

Secondario: valutare il grado di soddisfazione dell'intervento, espresso dai soggetti cui è indirizzato.

Criteri di valutazione degli obiettivi

Obiettivo primario: si valuterà se la differenza tra le medie dei valori dei test di T1 e T2 è statisticamente significativa e in che direzione.

Obiettivo secondario: si effettuerà una valutazione qualitativa delle opinioni espresse.

CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE DEI SOGGETTI

Criteri di inclusione:

- » età paziente: 13-24 anni;
- » diagnosi principale di DCA;
- » altri soggetti: indicati dal paziente (massimo 6 soggetti).

Criteri di esclusione:

- » diagnosi di patologie mentali concomitanti;
- » recidiva di ricovero (campione con ripetizione);
- » mancanza di consenso allo studio da parte del genitore/tutore legale in caso di minori;
- » abbandono durante lo studio del paziente o della famiglia.

Campione

Campione selezionato con randomizzazione semplice. Secondo il calcolo per la numerosità campionaria apriori (Cohen $d = 0.8$, power = 0.8, alpha = 0.05), si stabilisce che il campione desiderato debba essere di 26 soggetti. La selezione dei soggetti verrà fatta tramite tabelle di numeri casuali (le prime 2 cifre). Si selezionerà dalla lista di ricoverati presso i centri specializzati di cura dei DCA delle province di Como e Varese.

MODALITÀ DI RACCOLTA E TRATTAMENTO DEI DATI

Variabili e strumenti

Variabili

Indipendenti: intervento di educazione familiare (v. SCHEMA DI VALUTAZIONE E DI INTERVENTO) basato sul Calgary Family Assessment Model e il Calgary Family Intervention Model.
Dipendenti: punteggio di 1 scala e 1 metodo per la valutazione di emozioni e atteggiamenti dei familiari, 1 scala per la valutazione di comportamento e convin-



zioni del soggetto, 1 questionario di gradimento.

Dati utili all'elaborazione statistica:

Da raccogliere durante il primo colloquio:

- » età;
- » grado di parentela;
- » educazione;
- » situazione lavorativa/scolastica.

Da raccogliere in T1 e T2:

- » Eating Disorder Inventory-3 Score (solo il paziente)
- » Level of Expressed Emotions Score (solo i genitori)
- » Five-Minutes Sample Speech Score (solo i genitori)

Dati da raccogliere in T2:

- » Questionario di gradimento degli interventi (v. QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE DELL'INTERVENTO)

Intervento

Per sua definizione, l'intervento di supporto non può essere standardizzato e identico per tutte le famiglie, poiché a priori non si possono conoscere gli elementi più efficaci e i punti di forza e debolezza di ciascun nucleo, né quali siano le motivazioni che portano realmente a un cambiamento. Pertanto in allegato si è indicata una

guida per la valutazione e l'intervento, della quale auspicabilmente affrontare la maggior parte degli aspetti. È previsto un numero totale di sei sessioni (valutazione e intervento). Allo stesso modo, la tempistica non può essere prefissata in modo eccessivamente rigido, in quanto, specialmente per il primo incontro e l'ultimo, si deve tenere conto delle preferenze della famiglia e delle circostanze.

Sebbene per l'intervento sia necessario il consenso delle persone cui è diretto e l'intenzione dell'infermiere è di supportare la famiglia nel momento in cui si palesa il problema, il processo di valutazione riserva a chi lo conduce la scelta di non effettuare l'intervento (fase III), per esempio perché la famiglia possiede già le forze e gli strumenti per affrontare il problema, o perché viene ritenuto più opportuno indirizzarla verso figure professionali diverse.

Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3)

Il questionario (Garner, 2004 - adattamento italiano di Giannini et al, 2008) è utile per l'autovalutazione di sintomi comunemente

associati all'anoressia e alla bulimia. È composto da 91 item, suddivise in 12 scale, 3 specifiche per i disturbi alimentari (impulso alla magrezza, bulimia, insoddisfazione per il proprio corpo), 9 per aspetti psicologici rilevanti per gli stessi disturbi (livello di autostima, alienazione personale, insicurezza interpersonale, alienazione interpersonale, deficit interocettivi, disregolazione emotiva, perfezionismo, ascetismo, paura della maturità). Ogni item prevede una risposta su scala Likert a 6 punti, da "sempre" a "mai". Il test fornisce poi 6 punteggi composti e 3 indicatori dello stile di risposta.

di Cronbach: 0.70-0.84; correlazioni item-totale > 0.30.

Level of Expressed Emotions Scale (LEE)

Questo test (Cole et al, 1988 - adattamento italiano di Di Paola et al, 2008), costituito da 60 item con possibilità di risposta "vero" o "falso", è stato sviluppato per fornire un indice del clima emotivo percepito nelle relazioni influenti di una persona. Valuta 4 atteggiamenti o stili di risposta, ognuno caratterizzato da 15 item: intrusività (tentativi continui di stabilire contatti e offrire consigli non richiesti), risposta emotiva verso la malattia (con rabbia o stress ulteriori), atteggiamento verso la malattia (dubitare della malattia, colpevolizzare il malato), tolleranza/aspettativa (intolleranza verso i comportamenti disturbati e la compromissione del funzionamento sociale a lungo termine).

KR-20: 0.95 (0.94, 0.81,

0.89, 0.84 sulle sottoscale); coefficiente intra-rater reliability: 0.89 (0.85, 0.88, 0.77, 0.76 sulle sottoscale).

Five-Minutes Speech Sample (FMSS)

Lo strumento (Magaña et al, 1986 - test su soggetti italiani di Laghezza et al, 2011) consiste nel chiedere a ciascuno dei familiari da esaminare di parlare per 5 minuti, senza interruzioni di quello che pensa e sente nei riguardi del parente malato. Il discorso viene registrato su un supporto audio per intero e successivamente valutato da un operatore abilitato. Si propone di valutare il livello di criticismo e l'ipercoinvolgimento dei familiari.

Raccolta dati

I dati riguardanti il nucleo familiare vanno raccolti durante la fase I del processo, il reclutamento. Nella fase II di valutazione (T1), vanno raccolti i dati di EDI-3, LEE e FMSS, in contesto separato. Questi ultimi vanno ripetuti nella fase IV (T2) insieme ai dati del questionario di gradimento. Dati mancanti nei test comportano l'annullamento del suddetto e l'esclusione del soggetto e della famiglia dal calcolo statistico. Si conclude ugualmente il ciclo di interventi, valutando eventualmente solo il loro gradimento.

Aspetti statistici

Saranno confrontati i valori di T1 e T2 ottenuti da EDI-3, LEE e FMSS mediante test t di Student.

Aspetti etici

La sinossi del progetto verrà sottoposta al Comitato

Etico Provinciale di riferimento.

Ogni soggetto incluso nello studio, nel rispetto della Dichiarazione di Helsinki e della GCP, esprimerà la propria volontà a partecipare mediante consenso informato, riportante: disegno della ricerca, scopo, nominativi dei ricercatori, recapito telefonico e e-mail, descrizione dello studio, potenziali rischi e disagi, potenziali vantaggi, consenso al trattamento dei dati sensibili.

In caso di partecipazione di minori allo studio, per loro sarà indispensabile il consenso dei genitori o dei tutori legali.

PIANO ORGANIZZATIVO DELLA RICERCA

Dal giorno 1 dello studio: Monitoraggio dei ricoveri; match con i criteri di inclusione; individuazione dei soggetti.

Il giorno successivo il ricovero: Contatto telefonico con la famiglia.

Data fissata con la famiglia (anche durante il ricovero): FASE I (reclutamento): prima intervista (15 minuti circa); raccolta dati demografici.

Data fissata con la famiglia [T1]: FASE II (valutazione): seconda intervista - 1 ora circa; colloquio separato con i genitori/tutori (FMSS) - 5 minuti ciascuno; consegna delle schede EDI-3 e LEE.

Dal giorno successivo: Valutazione punteggio FMSS, EDI-3 e LEE.

Dalla settimana successiva per 4 sessioni, 1 volta a settimana: FASE III (intervento): (v. SCHEMA DI VALUTAZIONE E DI INTERVENTO)

Dopo 1 settimana (o su

intervallo diverso per specifici motivi) [T2]: FASE IV (chiusura): chiusura degli interventi; colloquio separato con i genitori/tutori (FMSS) - 5 minuti ciascuno; consegna delle schede EDI-3 e LEE; consegna del questionario.

Dal giorno successivo: Elaborazione statistica e qualitativa delle schede; invio lettera di chiusura; diffusione dei risultati.

MODALITÀ DI DISCUSSIONE DEI DATI

» Per ciascun parametro (12 temi della EDI-3, 4 della LEE e 2 della FMSS) verranno accettate o respinte le ipotesi nulle di una correlazione statisticamente significativa;

» Per i dati del questionario verrà valutato il grado generale di soddisfazione e stratificato per età e grado di parentela;

» Verranno identificati i dati più rilevanti e interessanti che emergeranno, e si farà un breve confronto fra questi ed eventuali dati analoghi riportati dalla letteratura di riferimento;

» Si indicheranno debolezze e limiti dello studio ed eventuali rischi di bias a ogni livello, a partire dalla mancanza del gruppo di controllo che determina una minore forza statistica dello studio, pur consentendo di valutare le correlazioni;

» Si esprimerà un giudizio sul grado di utilità dell'intervento proposto, sulla sua generalizzazione su ampia scala e sulla necessità di ulteriori studi in merito;

» Si citeranno eventuali

partecipanti e collaboratori che non sono stati inseriti tra gli autori;

» Si indicheranno eventuali sponsor della ricerca.

MODALITÀ DI TRASFERIMENTO E DIFFUSIONE DELLA RICERCA

Il testo integrale della ricerca, corredato di grafici, tabelle, immagini e allegati verrà proposto per essere sottoposto a peer review alle riviste "Assistenza Infermieristica e Ricerca" (<http://www.air-online.it>) e "Professioni Infermieristiche" (<http://profinf.net/pro/index.php/pi/index>).

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, 2013. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bauer KW, Laska MN, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Longitudinal and secular trends in parental encouragement for healthy eating, physical activity, and dieting throughout the adolescent years. *J Adolesc Health*. 2011 Sep;49(3):306-11.

ars. *J Adolesc Health*. 2011 Sep;49(3):306-11.

- Bruning Brown J, Winzberg AJ, Abascal LB, Taylor CB. An evaluation of an Internet-delivered eating disorder prevention program for adolescents and their parents. *J Adolesc Health*. 2004 Oct;35(4):290-6.
- De Virgilio G, Coclite D, Napoletano A, Barbina D, Dalla Ragione L, Spera G, Di Fiandra T (Ed.). Conferenza di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/6).
- Gísladóttir M, Svavarsdóttir EK. Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011 Mar;18(2):122-30.
- Loth KA, Neumark-Sztainer D, Croll JK. Informing family approaches to eating disorder prevention: perspectives of those who have been there. *Int J Eat Disord*. 2009 Mar;42(2):146-52.

- Mazzeo SE, Bulik CM. Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009 Jan;18(1):67-82. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.003. Review.
 - Ramirez AL, Perez M, Taylor A. Preliminary examination of a couple-based eating disorder prevention program. *Body Image*. 2012 Jun;9(3):324-33.
 - Turrell SL, Davis R, Graham H, Weiss I. Adolescents with anorexia nervosa: multiple perspectives of discharge readiness. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2005 Jul-Sep;18(3):116-26.
 - Wright LM, Leahey M, 2009. Nurses and families. A guide to Family Assessment and Intervention. 5th Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Scale di misurazione**
- [LEE] Cole JD, Kazarian SS. The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. *J Clin Psychol*. 1988 May;44(3):392-7
 - [LEE] Di Paola F, Faravello C, Ricca V. The Level of

Expressed Emotion Scale: validazione italiana preliminare. *Giorn Ital Psicopat*, 2008; 14:258-268.

- [EDI-3] Garner DM. The Eating Disorder Inventory-3: Professional manual. 2004, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- [EDI-3] Garner DM. Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual. Adattamento italiano a cura di Marco Giannini, Linda Pannocchia, Riccardo Dalle Grave, Filippo Muratori e Valentina Viglione: 2008, Lutz, FL. Giunti, O.S: Florence.
- [FMSS] Laghezza L, Delvecchio E, Salcuni S, Di Riso D, Chessa D, Lis A, Tompson MC. Five-minute speech sample measure of expressed emotion among parents of typically developing Italian children: a pilot study. *Percept Mot Skills*. 2011 Apr;112(2):382-92.
- [FMSS] Magaña AB, Goldstein JM, Karno M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Falloon IR. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Res*. 1986 Mar;17(3):203-12.

SCHEMA DI VALUTAZIONE E DI INTERVENTO

basato sul Calgary Family Assessment Model e sul Calgary Family Intervention Model
(Wright e Leahey, 2009)

FASE I: RECLUTAMENTO

PREPARAZIONE ALL'INTERVISTA

- » Generare delle proprie personali ipotesi, creare delle aspettative non vincolanti sulla famiglia, il problema e il contesto.
- » Scegliere un ambiente confortevole per l'intervista.
- » Scegliere e invitare le persone che sono state indicate dal paziente.

INTERVISTA

Valutazione strutturale:

- » Costruzione del genogramma: diagramma dei membri della famiglia e delle relazioni tra loro. Il nucleo familiare non è necessariamente composto solo da chi convive (madre, padre, figli...), ma va considerata parte dello stesso ogni persona significativa che viene indicata dal soggetto affetto da DCA.
- » Costruzione della ecomappa: diagramma delle strutture esterne alla famiglia e delle relazioni tra esse e i membri della famiglia.

Valutazione dello sviluppo:

- » Inquadramento del nucleo familiare all'interno di un ciclo di vita.

Valutazione funzionale:

- » Aspetti strumentali (attività quotidiane, azioni che fanno parte della routine, attività pianificate come vacanze...).
- » Aspetti espressivi (stili di comunicazione, convinzioni, ruoli...)

A fine intervista, consegnare le schede EDI-3 al paziente e LEE ai genitori. Colloquio di 5 minuti con ciascun genitore separatamente per lasciargli esprimere il suo punto di vista - valutazione secondo modello FMSS.

FASE II: VALUTAZIONE

IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA

Individuare il bisogno principale di ciascun membro e valutare in egual misura il punto di vista di ciascuno.

Focus sul PRESENTE:

- > Qual è la preoccupazione maggiore in questo momento?
- > Il problema è vissuto come tale da tutti i membri? E anche da membri esterni alla famiglia?
- > Come ci si spiega questo?
- > Chi è più preoccupato in merito al problema?

Focus sul PASSATO:

- > [Differenze] Come era il comportamento del paziente e dei familiari prima che il DCA diventasse palese?
- > [Accordo/disaccordo] Chi è d'accordo e chi no sul fatto che prima questo non fosse un problema?
- > [Significato/spiegazione] Quali spiegazioni si danno per il cambiamento nelle abitudini alimentari del paziente?
- > Qualcun altro ha mai avuto problemi simili in famiglia?

Focus sul FUTURO: (esplorare le ipotesi della famiglia)

- > Se dovessero cambiare le condizioni fisiche del paziente, come cambierebbe la situazione da come è ora?
- > Il paziente è d'accordo con gli altri membri?
- > Se questo accadesse, come si spiegherebbero i cambiamenti nei rapporti intrafamiliari?
- > Convinzioni personali: cosa si pensa potrebbe aiutare a risolvere il problema?
- > Supporto familiare: Come possono essere utili i membri della famiglia per risolvere il problema?

In caso di inferenza del punto di vista degli adulti (specie i genitori) sull'opinione del paziente (o dei figli in generale) si può variare la strategia (e.g. Cosa cambierebbe se il DCA non ci fosse?).

RELAZIONI FRA IL PROBLEMA E LE INTERAZIONI DELLA FAMIGLIA

PRESENTE:

- > Cosa fa il paziente quando mostra i disturbi dell'alimentazione?
- > Come reagiscono gli altri quando il paziente agisce in tale modo?
- > Quale familiare reagisce meglio e quale peggio?
- > Sono tutti d'accordo?

PASSATO:

- > [Differenze] Come reagivano i familiari in passato?
- > [Accordo/disaccordo] Chi è d'accordo e chi no sul fatto che un familiare si comporta in modo diverso da un altro?
- > [Significato/spiegazione] Come ci si spiega che le reazioni sono/non sono cambiate nel tempo?

FUTURO:

- > [Differenze] In che modo potrebbero cambiare le cose se ci fossero reazioni e comportamenti diversi in risposta ai problemi?
- > [Accordo/disaccordo] Sono tutti d'accordo sul fatto che, se ci fossero comportamenti o reazioni diversi, le cose sarebbero differenti?
- > [Significato/spiegazione] Che cosa significherebbe se qualcuno cambiasse le proprie reazioni o i propri comportamenti in relazione al problema?

SOLUZIONI TENTATE PER RISOLVERE IL PROBLEMA

- > In che modo la famiglia ha tentato di risolvere il problema?
- > Chi ha tentato?
- > Quali sono stati i risultati?
- > Quali sono stati gli eventi che hanno portato alla ricerca di un aiuto professionale?
- > Chi è più favorevole all'aiuto da parte di professionisti? Chi lo è meno?
- > Quali sono i pensieri del paziente in merito al ruolo dell'infermiere riguardo al cambiamento?

ESPLORAZIONE DEGLI OBIETTIVI

- > Quale cambiamento generale la famiglia pensa possa migliorare il problema?
- > Quali cambiamenti specifici?
- > Quali aspettative si hanno che l'intervento infermieristico possa facilitare il cambiamento?

FASE III: INTERVENTO

INTERVENTI RIVOLTI AL DOMINIO COGNITIVO

Elogio dei punti di forza

- Cercare e sottolineare i punti di forza della famiglia quando questi vengono trovati e svelati con prove sufficienti, per non apparire falso ed eccessivamente adulatore.
- Usare il linguaggio della famiglia e integrare le sue

convinzioni importanti per rinforzare la validità dell'elogio.

- Offrire un elogio nei primi 10 minuti di colloquio per aumentare la recettività della famiglia.
- Includere elogi di norma al termine di ogni incontro e prima di dare un'opinione.

Dare informazioni e opinioni

- Usare un linguaggio chiaro e specifico;
- Fornire materiale che sia di facile lettura, riassumere i punti chiave;
- Informare su gruppi di aiuto e di sostegno nella comunità, determinare se questi possono essere utili;
- Incoraggiare le famiglie a documentarsi autonomamente e informarsi sulle loro reazioni a quel che hanno reperito;
- Offrire idee e informazioni in uno spirito di apprendimento e domanda (e.g. Mi chiedo cosa accadrebbe se si provasse un approccio leggermente diverso...);
- Se qualcuno dei soggetti non si applica o non capisce, non arrabbiarsi, ma essere curiosi su cosa non è stato adatto per lui/lei.

Lezioni/incontri informativi sui DCA

- » Cause: biologiche, psicologiche, sociali, relazionali;
- » Sintomi: differenziazione a seconda del disturbo che il paziente presenta;
- » Trattamenti: indicare in linea di massima i trattamenti psicologici e comportamentali attuabili e fornire una mappa dei centri specializzati in DCA;
- » Prognosi: fornire dati dai più recenti studi epidemiologici;
- » Ruolo dei familiari.

INTERVENTI RIVOLTI AL DOMINIO AFFETTIVO

Validare o normalizzare le risposte emozionali

- Assicurare la normalità e la plausibilità delle emozioni e dei sentimenti che i soggetti provano in risposta al problema, allo scopo di ridurre o attutire sensazioni di isolamento o di solitudine.

Incoraggiare il racconto di eventi legati alla malattia

- Il racconto non necessariamente deve avere contenuti che riguardano sofferenza e dolore, ma possono essere storie di forza e di tenacia.

Stimolare il supporto della famiglia

- Incoraggiare i membri della famiglia ad ascoltare le necessità e i pensieri degli altri.

INTERVENTI RIVOLTI AL DOMINIO COMPORTAMENTALE

Incoraggiare i familiari a essere caregiver e a offrire supporto

- Assicurare ai familiari aiuto in caso di dubbi, di paure o di mancanza di informazioni;
- Discutere con loro il giusto equilibrio tra uno stile di caregiving lasso e uno al contrario eccessivo.

Incoraggiare la tregua

- Assicurare che il caregiver non deve sentirsi in colpa quando desidera prendersi del tempo per sé; entrambi, caregiver e paziente, hanno bisogno di momenti personali.
- Considerare la severità del disturbo, la disponibilità dei caregiver e le risorse finanziarie prima di proporre un piano di tregue.

Escogitare dei rituali

- Definire piccoli gesti da ripetere a scadenze prefissate, per tentare di trovare ordine negli aspetti più incerti o caotici del problema. Assegnare piccoli compiti da svolgere durante la settimana (giochi, passeggiate, lettere...).

FASE IV: CHIUSURA

REVISIONE DEI CONTRATTI

Il termine degli incontri è stato fissato a 5 sessioni, anche per mantenere un limite ragionevole ai fini dello studio. Sarà necessario, però, rivedere periodicamente la necessità espressa dalla famiglia di continuare o di terminare le sessioni anzitempo. Verosimilmente, al termine il problema di salute non sarà risolto, ma la famiglia avrà a disposizione strumenti per affrontare i problemi futuri.

DIMINUIRE LA CADENZA DEGLI INCONTRI

Man mano che la famiglia nota di acquisire maggiori capacità di affrontare il problema, gli incontri possono essere dilazionati nel tempo.

Diminuire la frequenza anche nel caso in cui ci si accorga di essere diventati un punto di riferimento troppo forte, nel qual caso probabilmente c'è una mancata mobilitazione di altre figure di supporto nella famiglia.

Se qualche membro dovesse sollevare dubbi o paure di non riuscire a continuare il percorso di aiuto senza l'intervento dell'infermiere, discuterne apertamente

DARE CREDITO AL CAMBIAMENTO

Ammettere che la famiglia, indipendentemente dai progressi più o meno evidenti, ha lavorato duramente per trovare soluzioni alternative.

Confrontarsi con altri colleghi per ipotizzare i motivi di un eventuale apparente fallimento dell'intervento. Evitare di incolpare la famiglia ed etichettarla come "non collaborante".

LETTERA DI CHIUSURA

Inviare una lettera finale in cui sintetizzare i le sessioni dell'intervento; cogliere l'occasione per:

- » sottolineare i punti di forza della famiglia;
- » rinforzare i cambiamenti occorsi;
- » offrire una revisione degli sforzi compiuti e cosa ne si è ottenuto;
- » elencare le idee che sono state offerte e sono emerse.

RINVIO AD ALTRI PROFESSIONISTI

Rassicurare sul fatto che in ogni caso la famiglia verrà seguita da altri professionisti (psicologi, medici...), preparando la famiglia e facilitando l'eventuale scelta terapeutica. Preparare un riassunto degli incontri e dei risultati ottenuti da inviare al professionista che continuerà il suo percorso di supporto specifico.

MANTENERE CONFINI APPROPRIATI

Assicurarsi di mantenere chiaro il proprio ruolo, che deve essere quello di infermiere e non fare da tramite o presenziare a interventi altrui di altra natura (e.g. lo psicologo), nemmeno se richiesto dalla famiglia.

CESSIONI

Evitare di cambiare l'infermiere incaricato a valutazione o intervento iniziati. Se la situazione lo rende necessario, preparare la famiglia consigliando eventualmente un momento di pausa nella transizione per enfatizzare il cambiamento di impostazione e di stile di lavoro.

Al termine degli interventi, consegnare le schede EDI-3 al paziente e LEE ai genitori.

Colloquio di 5 minuti con ciascun genitore separatamente per lasciargli esprimere il suo punto di vista - valutazione secondo modello FMSS. Consegnare la scheda per la valutazione di gradimento a ciascun membro che ha partecipato alle sessioni.



QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE DELL'INTERVENTO

	Molto	Abbastanza	Non saprei	Poco	Per nulla
1. Quanto sono stati utili gli incontri <u>per Lei</u> ?	<input type="checkbox"/>				
2. Quanto sono stati utili gli incontri <u>per la Sua famiglia</u> ?	<input type="checkbox"/>				
3. Le spiegazioni sono state facili da comprendere?	<input type="checkbox"/>				
4. I momenti di discussione e confronto sono stati utili?	<input type="checkbox"/>				
5. Le lezioni teoriche sono state utili?	<input type="checkbox"/>				
6. Le attività proposte durante la settimana sono state utili?	<input type="checkbox"/>				

viva!

la settimana
per la rianimazione
cardiopulmonare



Il centro IRC S. Anna Como costituito da tutti infermieri istruttori BLS-D ha aderito anche quest'anno alla terza edizione di VIVA! La settimana della rianimazione cardiopolmonare.

Il 14 giugno 2012 il Parlamento europeo, prendendo atto del fatto che ogni anno oltre 400.000 persone in Europa sono colpite da arresto cardiaco improvviso e che molte di queste potrebbero essere salvate da un immediato intervento di soccorso, ha invitato gli Stati Membri a istituire una settimana di sensibilizzazione dedicata all'arresto cardiaco, con lo scopo di migliorare la conoscenza e la formazione dei cittadini e

degli operatori sanitari alla rianimazione cardiopolmonare.

Per il terzo anno consecutivo, Italian Resuscitation Council e IRC Comunità raccolgono l'invito dell'Unione Europea e di European Resuscitation Council a promuovere, sviluppare e realizzare "Viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare". Viva! 2015 ha avuto il suo culmine nella settimana dal 12 al 18 ottobre; in particolare il 16 ottobre è stato il giorno in cui tutti i Paesi Europei aderenti hanno concentrato le loro iniziative.

Il nostro obiettivo è stata la realizzazione di vari eventi volti a informare soprat-

tutto i ragazzi delle scuole medie e superiori della provincia di Como, circa la rilevanza dell'arresto cardiaco e l'importanza di conoscere e saper eseguire le manovre che possono salvare la vita: manovre semplici, sicure, che chiunque di noi, anche senza una preparazione sanitaria specifica, è in grado di attuare, quando è testimone di un arresto cardiaco.

Il nostro progetto ha compreso una campagna di sensibilizzazione attraverso i media e il web, incontri e manifestazioni pubbliche con la partecipazione di infermieri del Centro IRC S. Anna Como, iniziative nelle scuole e nei luoghi di lavoro

(hall dell'Ospedale S. Anna). Abbiamo coinvolto nella realizzazione e nel sostegno alle iniziative tutti quegli organismi pubblici e privati a diverso titolo interessati alla gestione della salute e del soccorso interessato a contribuire al successo della settimana "Viva!" richiamando l'attenzione su un tema sociale di estrema importanza.

Per comprendere l'importanza sociale di questo tema, è necessario focalizzare l'attenzione su alcuni dati.

In Europa oltre 400.000 persone ogni anno (oltre 60.000 in Italia) sono colpite da arresto cardiaco ma solo nel 15% dei casi chi si



trova nei paraggi è in grado di iniziare una manovra di rianimazione cardio-polmonare prima dell'arrivo dell'ambulanza.

Le percentuali di sopravvivenza nei pazienti vittime di **arresto cardiaco extra-ospedaliero** in Italia e in Europa sono molto basse. **Meno del 20 per cento delle vittime di arresto cardiaco sopravvive alla dimissione dall'ospedale**, nonostante in molti casi siano testimoniati da cittadini presenti durante l'evento. Dobbiamo cercare di migliorare la percentuale di

sopravvivenza poiché sappiamo che la maggior parte dei cittadini italiani non sa come fare la **rianimazione cardiopolmonare (RCP)**.

La ricerca internazionale dimostra come le persone hanno maggiori probabilità di iniziare la RCP se devono eseguire solo compressioni toraciche su una vittima di arresto cardiaco anche se la RCP con ventilazioni di soccorso rimane il gold standard.

Se il testimone di un arresto cardiaco è una persona inesperta che non ha ricevuto una formazione ade-

guata oppure è incerta su come eseguire la RCP con ventilazioni e compressioni toraciche, la rianimazione con solo compressioni toraciche potrebbe migliorare le percentuali di sopravvivenza.

Se, invece, il testimone di un arresto cardiaco è una persona addestrata e sicura nell'eseguire le manovre di RCP con ventilazione e compressioni toraciche queste devono essere erogate secondo le linee guida internazionali con un rapporto di compressioni:ventilazioni 30:2.

Tutti questi interventi non possono e non devono più essere casuali: costituiscono una catena che può aumentare enormemente le possibilità di sopravvivenza di chi è colpito da arresto cardiaco ovunque esso capiti.

Quest'anno è stata privilegiata come area tematica la scuola, gli studenti delle scuole medie e superiori hanno imparato facilmente ad eseguire bene e con prontezza le manovre di RCP; sono stati coinvolti anche in maniera divertente con filmati, con dimostrazioni e successiva esercitazione pratica. A tutti i partecipanti è stato consegnato un attestato di "Bravo soccorritore" e un portachiavi con un ausilio per la ventilazione artificiale.

In tutto sono stati coinvolti oltre 1000 ragazzi delle scuole medie e superiori. E la loro risposta è stata entusiasmante: una consapevolezza, una sensibilità e un senso civico da far invidia a un adulto!

I ragazzi hanno compreso che l'unico errore che si possa commettere di fronte ad un evento così destabilizzante è quello di non fare nulla, di tirarsi indietro lasciandosi sopraffare dalla paura.

Hanno compreso che la paura nasce proprio dal non sapere come intervenire e, soprattutto, hanno realizzato che le manovre salva-vita sono davvero semplici e che saperle praticare, rende "grandi"!

La cultura della prevenzione deve avere basi solide per il raggiungimento degli obiettivi preposti. Deve partire dal basso e fare affidamento sui giovani, la nostra più preziosa risorsa per il futuro.



In occasione di Viva! 2015 è stata presentata la campagna europea “Kids save lives” – Training School Children in Cardiopulmonary Resuscitation Worldwide (“I ragazzi salvano le vite” – Addestramento degli scolari di tutto il mondo alla rianimazione cardiopolmonare).

“Kids save lives” è stata promossa da:
 European Patient Safety Foundation (EuPSF)
 European Resuscitation Council (ERC)
 International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)
 World Federation of Societies of Anesthesiologists (WFSA)

Recentemente ha ottenuto l'importantissimo patrocinio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO-OMS). Ogni ragazzo la può fare. Per questo motivo, l'insegnamento di RCP a tutti gli scolari a partire dai 12 anni, per due ore all'anno, apporterebbe un importante miglioramento alla salute globale. La dichiarazione “Kids Save Lives” sottolinea l'importanza dell'insegnamento di RCP ai ragazzi in età scolastica in tutto il mondo. L'introduzione di soltanto due ore di lezione di RCP all'anno, indirizzate ai ragazzi dai 12 anni compiuti, secondo l'Organizzazione Mondiale

della Sanità aumenterebbe il tasso di sopravvivenza all'arresto cardiaco improvviso con ripercussioni significative alla salute globale. Per questo continueremo il nostro impegno per promuovere ovunque la conoscenza della rianimazione cardiopolmonare e delle manovre di primo soccorso nella certezza che diffondere conoscenze, ad iniziare dalla scuola è l'unico modo per sperare che accanto ad una vittima di arresto cardiaco ci sia la

persona giusta al momento giusto.

L'UNICO ERRORE È NON FARE NULLA

La cultura del cuore si diffonde solo con il contagio di emozioni che toccano le corde più profonde dell'essere umano e l'aspettativa futura può essere migliore, tante vite in più potranno essere salvate perché...

IL CUORE È NELLE NOSTRE MANI!

La vita nelle tue mani

come affrontare un arresto cardiaco

1

Se trovi una persona priva di sensi e non è pericoloso avvicinarsi chiamala e scuotila leggermente.



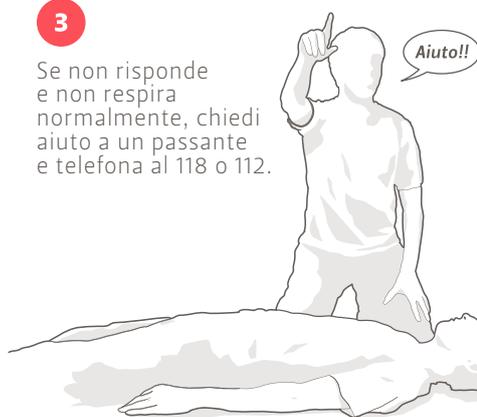
2

Se non risponde, piegale la testa all'indietro e solleva il mento. Guarda il torace e controlla se respira.



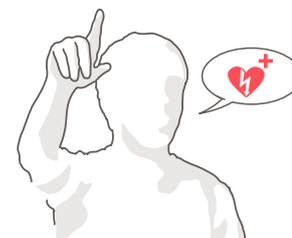
3

Se non risponde e non respira normalmente, chiedi aiuto a un passante e telefona al 118 o 112.



4

Segui i consigli di chi ti risponde. Se puoi accendi il viva voce.

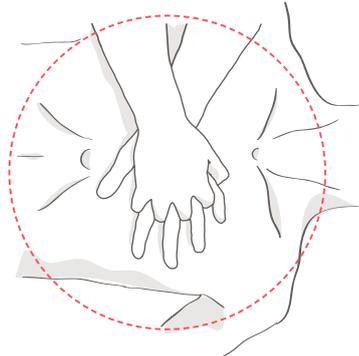


5

Fai prendere un defibrillatore.

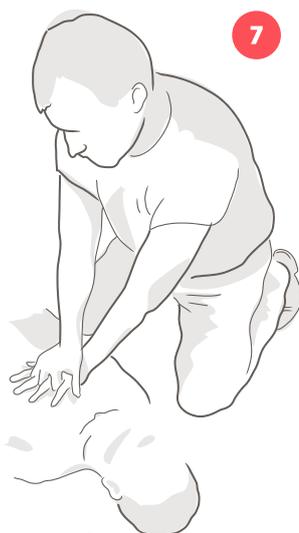
6

Sovrapponi le mani al centro del torace



7

Con le braccia tese, comprimi profondamente, velocemente (2 volte al secondo) e senza interruzioni. Lascia risalire il torace tra le compressioni senza staccare le mani.



8

Se hai un defibrillatore, accendilo e ti dirà cosa fare



viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

www.settimanaviva.it

✉ info@settimanaviva.it **f** facebook.com/settimanaviva **t** [@settimanaviva](https://twitter.com/settimanaviva)

**KIDS
SAVE
LIVES**

IRC Italian Resuscitation Council



D-SIGN.IT

stampo/distribuzione IRC/Edizioni

Un'esperienza difficile da dimenticare



Questa estate mi è stato proposto di trascorrere una settimana al mare con persone disabili dalla onlus Simpatia Servizi Alla Persona di Valmorea come volontaria.

Nel mese di agosto il mio bimbo aveva solo 9 mesi per cui ero davvero titubante sulla decisione di partire....mille perplessità e paure da vincere una tra queste, ma anche la più im-

portante, era la gestione di Gabriele in un contesto che non conoscevo. Rassicurata da coloro che da anni operano all'interno della onlus, ho fatto le valige e sono partita...

Mi era stato detto che mi sarei divertita, che mi sarei approcciata ad un'organizzazione fatta "ad hoc" per gli le persone disabili e tutto mi sembrava molto scontato, spesso si parla e

non si dà peso alle parole... Appena arrivata sono stata accolta dalle responsabili Fiorenza e Marta, due ragazze con un'energia mai vista e con un talento organizzativo da pochi. Subito sono state affascinate dal sorriso di Gabriele che le aveva ormai in pugno! Sbrigate le pratiche burocratiche ed acquisite le informazioni necessarie ho conosciuto Francesco, la

persona che avrei dovuto seguire durante la vacanza. I volontari che si avvicinano a questo "tipo" di vacanza hanno età diverse e svolgono lavori differenti per cui passiamo dagli studenti, ai lavoratori, ai pensionati, tutti però accomunati da un unico scopo: "avvicinarsi alla disabilità e contribuire a rendere perfetta una vacanza". Le fatiche ci sono, ovvio e le



attività sono ben scandite nell'arco della giornata. Al mattino si aiuta ad eseguire l'igiene, si fa colazione e via tutti in spiaggia per i bagni!!!! Eh sì proprio così....i bagni...perché gli ospiti parzialmente autosufficienti e non autosufficienti vengono messi in sicurezza con giubbotti salvagente e portati in acqua per godere del dolce cullare delle onde. Tra schizzi di acqua e gare fra il gommone con il mio Gabriele all'interno e i ragazzi che spingevano gli ospiti il divertimento di certo era assicurato! Terminata la mattinata, tutti a fare la doccia prima di pranzo e poi un bel riposino per poter affrontare il pomeriggio e la serata. Le attività pomeridiane sono diverse: si gioca a carte, si va in centro (eravamo all'interno del villaggio vacanze Marzotto

di Jesolo) per un aperitivo, oppure semplicemente si rimane per scambiare due chiacchierone nel bellissimo parco che avvolge la struttura. Dopo cena si va tutti a teatro!!!!!! Ogni sera uno spettacolo diverso di intrattenimento e non manca la discoteca a bordo piscina.

La settimana è trascorsa velocemente, il mio contributo non solo era di sostegno alla persona (sopperito soprattutto dai volontari perché Gabriele mi reclamava) ma anche infermieristico perché l'esigenza di Francesco era legata a cateterismi estemporanei. Tutti i volontari e Fiorenza hanno tenuto a turno Gabriele, chi lo portava a passeggio per farlo addormentare, chi lo teneva durante i pasti in modo che anch'io potessi mangiare, chi lo

teneva e lo faceva giocare per lasciarmi qualche ora di respiro...tutti innamorati compresi gli ospiti che si divertivano a strappargli un sorriso facendogli le facce e la voce buffa. Siamo stati coccolati e viziati da tutti e il villaggio ci ha garantito tutti i confort per rendere la vacanza completa.

A fine soggiorno il mio animo cominciava a rabbuiarsi...il pensiero di lasciare tutte queste persone mi riempiva il cuore di tristezza e gli occhi di lacrime: l'affiatamento che si era creato era davvero energico e il clima di familiarità rendeva la partenza ancora più difficile.

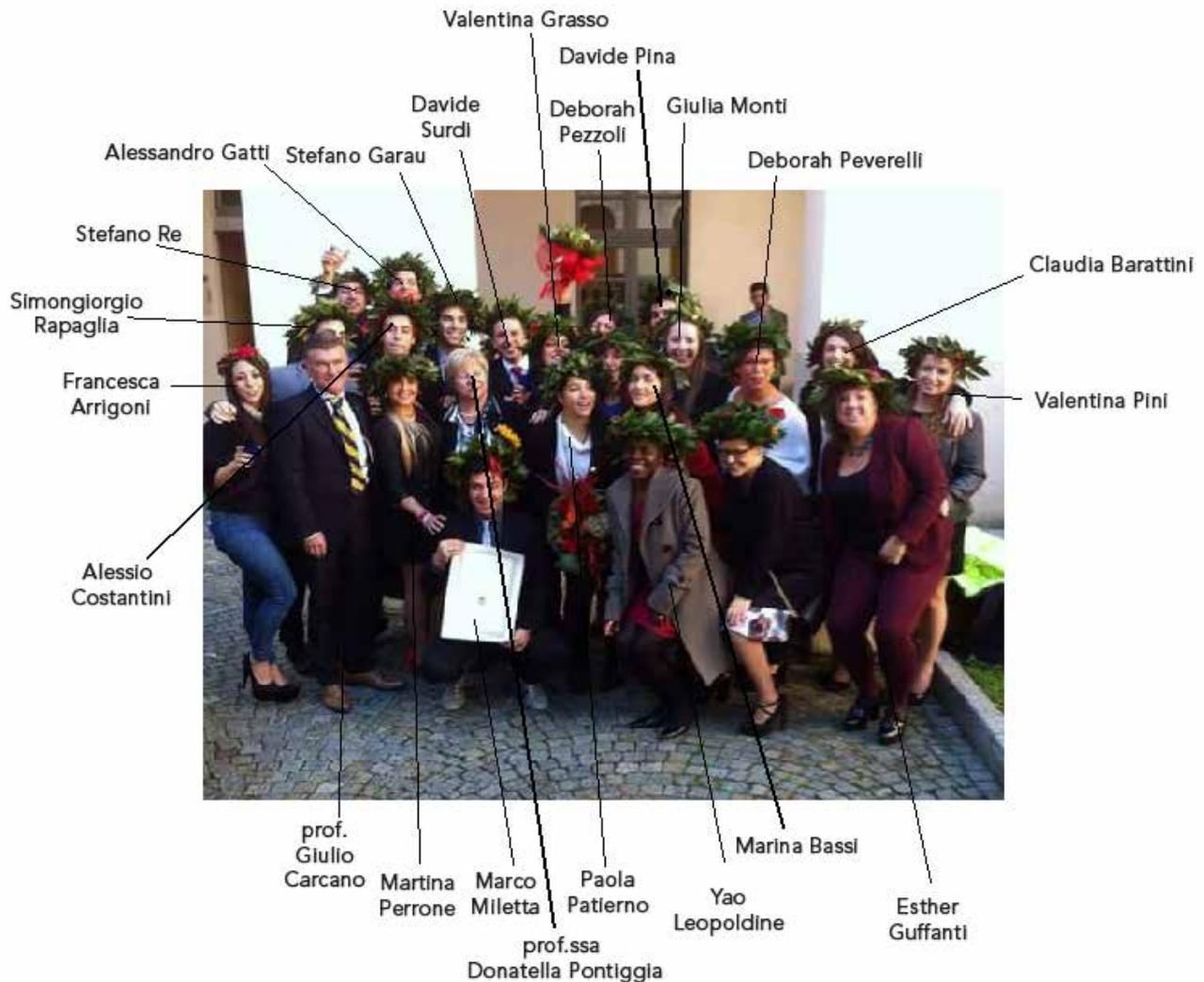
Durante il rientro a casa ho ripercorso con la mente tutta la settimana e ho riflettuto su ciò che ho vissuto: amicizia, divertimen-

to, stanchezza, amore per la vita, solidarietà, tenerezza...

Quanto amore negli sguardi tra Gabriele e gli ospiti...non si può descrivere! L'innocenza dei bambini è straordinaria, ancora non sanno cos'è il pregiudizio quindi per loro non esiste la "disabilità". Questo è ciò che mi ha ricordato mio figlio: "mettere da parte i preconcetti". Gabriele crescerà e la società stessa lo porterà a guardare la realtà non più con l'innocenza di questi anni, ma sarò io mamma che dovrò rammentargli di osservare il mondo con gli occhi puri di un bambino. Consiglio a tutti di vivere un'esperienza come questa, perché qui davvero le barriere non esistono e non esiste la parola "disabilità", ma che ognuno di noi è solo "diversamente abile".

Elenco neolaureati

CORSO DI LAUREA AREA SANITARIA IN INFERMIERISTICA ANNO ACCADEMICO 2014/2015



n. COGNOME

- 1 ACCONCIA
- 2 ACERBONI
- 3 ACIERNO
- 4 ARNONE
- 5 ARRIGONI
- 6 BADOLATO
- 7 BARATTINI
- 8 BASSI
- 9 BATTAINI
- 10 BIANCHI
- 11 BISCEGLIE
- 12 BOLGAN
- 13 BORRONI
- 14 BULGHERONI
- 15 COSTANTINI
- 16 D'ADDARIO
- 17 DOTTI
- 18 FILARDO
- 19 FORIGO
- 20 FRIGERIO
- 21 GARAU

NOME

- RAFFAELLA
ILARIA
CHIARA ESTER
VALENTINA
FRANCESCA
SARA
CLAUDIA
MARTINA
MATTEO
ALICE
CHIARA
FLORINDA
GIULIA
TOMMASO
ALESSIO IVANO
ILARIA
DANIELE
AMBRA
LORENA
FABIO
STEFANO

n. COGNOME

- 22 GATTI
- 23 GRASSO
- 24 GUFFANTI
- 25 MANZI
- 26 MILETTA
- 27 MONTI
- 28 PATIERNO
- 29 PERRONE
- 30 PETILLO
- 31 PEVERELLI
- 32 PEZZOLI
- 33 PINA
- 34 PINI
- 35 PINI
- 36 RAMPININI
- 37 RAPAGLIA
- 38 RE
- 39 SURDI
- 40 TAGLIATORE
- 41 YAO AFFOUE

NOME

- ALESSANDRO
VALENTINA
ESTHER
GRETA
MARCO
GIULIA
PAOLA
MARTINA
VALENTINA
DEBORAH
DEBORAH
DAVIDE
VALENTINA
GRETA
SAMANTHA
SIMONGIORGIO
STEFANO
DAVIDE
REBECCA
LEOPOLDINE



Aggressioni in pronto soccorso

MODALITÀ DI PREVENZIONE ATTUABILI DAGLI INFERMIERI



INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1: ANALISI DEI DOCUMENTI

Revisione della letteratura

Linee Guida NICE 2005-2015

Studio Qualitativo

Ulteriori articoli: analisi sintetica

CAPITOLO 2: ANALISI DEI RISULTATI

Identificare i fattori di rischio

Identificare persone potenzialmente aggressive

Modalità di intervento

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato 1

Allegato 2

Allegato 3

Allegato 4

Allegato 5

Search History CINAHL

Search History MedLine di Pub Med

Search History Ilisi e The Cochrane Library

Risk Factors

Violence Assessment Tool

SCUOLA DI MEDICINA
Corso di Laurea in Infermieristica
Anno Accademico 2014/2015

Relatore:
Prof. Giulio Carcano

Tesi di Laurea di:
Tommaso Bulgheroni

ABSTRACT

La gestione della violenza rivolta agli operatori sanitari è un problema che si pone in ogni ambito lavorativo a livello internazionale. Il pronto soccorso è più frequentemente soggetto al verificarsi di questi episodi. Le conseguenze di un'aggressione investono l'ambito economico, psicologico e deontologico.

Mentre la responsabilità di gestione dell'aggressione è condivisa da più figure professionali, la prevenzione della stessa è di preciso ambito infermieristico, essendo l'infermiere la figura professionale che ha il primo contatto con la persona assistita durante il triage e la responsabilità della stessa durante il periodo di permanenza in pronto soccorso.

L'obiettivo di questo elaborato sarà quindi quello di identificare, nella letteratura scientifica internazionale, le modalità utilizzate dagli infermieri per prevenire episodi di violenza perpetrati nell'Unità Ope-

rativa di Pronto Soccorso. L'obiettivo è stato perseguito con una ricerca bibliografica.

È stata poi condotta una selezione dei documenti secondo criteri di inclusione ed esclusione. Sono stati analizzati un totale di 7 documenti.

I risultati ottenuti appaiono piuttosto generici e si limitano ad indicare che, per prevenire le aggressioni, gli infermieri devono conoscere i fattori di rischio, saper identificare le persone potenzialmente pericolose, e agire a livello comunicativo ed ambientale per ridurre il rischio di violenza.

Per l'importanza che il problema riveste, riterrei opportuno che vengano condotti ulteriori studi, al fine di produrre evidenze di più alto livello.

INTRODUZIONE

La violenza sul luogo di lavoro può essere definita come "qualsiasi atto o minaccia di violenza fisica, molestie, intimidazioni, o



altri comportamenti di minaccia che si verificano sul posto di lavoro. Comprende minacce e abusi verbali, aggressioni fisiche fino all'omicidio. Può interessare e coinvolgere dipendenti, clienti e visitatori" (United States Department of Labor, 2012).

Una modalità di classificazione della violenza sul luogo di lavoro ci viene offerta dall'University of Iowa Injury Prevention Research Centre (2001). Consiste in una codifica in quattro classi:

- Tipo 1 – intento criminale senza legame con il luogo di lavoro
- Tipo 2 – perpetrata dal cliente
- Tipo 3 – perpetrata tra colleghi
- Tipo 4 – relazione personale senza legame con il luogo di lavoro

La violenza perpetrata verso gli infermieri è riconosciuta come un problema globalmente diffuso (Stirling et al. 2001, Ferns 2005,

Merecz et al. 2006).

Tra queste quattro classificazioni, la più comune forma di violenza di cui gli infermieri fanno esperienza è quella di tipo 2, perpetrata dalle persone assistite e dai loro accompagnatori (Gerberich et al. 2004).

In particolare, gli infermieri del dipartimento di emergenza-urgenza risultano essere tra le categorie più a rischio (Catlette 2005, Gates et al. 2006, ICN 2007), fino a tre volte maggiore rispetto a qualsiasi altro gruppo professionale in ambito sanitario (ICN, 2007).

L'ambiente di pronto soccorso sembra esso stesso causa di un incremento del rischio di aggressioni, in quanto si presenta molto dinamico, altamente tecnologico, caratterizzato da un'atmosfera di fretta e imprevedibilità, che può influire sulle capacità delle persone presenti di gestire le proprie emozioni e comportamenti, soprattutto in presenza di altre malattie e sintomi

(Gulrajani 1995, Reeve & Lyon 2002).

Quello redatto da Maier e Van Rybroek (1995) è uno dei modelli di descrizione dell'aggressione più citati nella letteratura internazionale. L'episodio di aggressività viene descritto suddividendolo in fasi tipiche che si susseguono a formare un ciclo. Per ogni fase sono indicati gli approcci prioritari e gli interventi più efficaci da attuare:

- 1) FASE DEL FATTORE SCATENANTE (TRIGGER): caratterizzata da un'attivazione psicofisiologica con cambiamenti emotivi, fisici e psicologici.
- 2) FASE DELL'ESCALATION: è la fase di crescita dell'aggressività, in cui i cambiamenti emotivi, fisici e psicologici si fanno sempre più marcati.
- 3) FASE DELLA CRISI: in questa fase la persona, se non contenuta, può mettere in atto un'aggressione.
- 4) FASE DEL RECUPERO: l'eccitamento cala, ma è ancora potenzialmente

ricettivo nei confronti di nuovi fattori scatenanti.

5) FASE DELLA DEPRESSIONE POST-CRITICA: caratterizzata dalla comparsa di emozioni negative nell'autore dell'aggressione, come sensi di colpa, vergogna e rimorso.

La domanda scelta come guida di questo elaborato scaturisce all'interno dell'esperienza clinica nel contesto del pronto soccorso dell'ospedale S. Anna di San Fermo. Nel mese di Marzo 2015 ho svolto 20 presenze come studente tirocinante in questa unità operativa. In 4 turni su 20, ho personalmente assistito ad episodi di aggressione fisica a danno di operatore ed innumerevoli episodi di violenza verbale. Dalle informazioni raccolte, ho ritenuto più significativo indirizzare l'elaborato verso l'ambito della prevenzione, perché è l'aspetto in cui l'infermiere è chiamato a rispondere in totale autonomia.

Essendo il primo professionista a venire in contatto con la persona assistita durante il triage, ha la possibilità di identificare eventuali situazioni a rischio, e quindi porre in atto i primi comportamenti a salvaguardia della persona assistita stessa e della collettività (Pich et al., 2010). È inoltre responsabilità penale (Codice Penale, art. 40 comma 2) e deontologica (Codice Deontologico dell'Infermiere 2009 art. 29 e 30) dell'infermiere il monitoraggio e la tutela di tutte le persone assistite presenti, dal momento dell'accettazione a quello della dimissione/trasferimento in reparto.



La difficoltà di gestione di queste situazioni da parte degli infermieri di pronto soccorso, il loro importante impatto psicologico e l'effetto generale che riflettono su tutta l'unità operativa, compreso il rallentamento nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (Souza et al, 2014), mi ha spinto ad approfondire l'argomento.

Ne è scaturita la domanda: Attraverso quali modalità gli infermieri prevenono le crisi di aggressività della persona assistita e dei famigliari in pronto soccorso?

Per crisi di aggressività, si intende la terza fase del modello di escalation della violenza. L'elaborato ha quindi il fine di identificare le modalità adottate dagli infermieri nella prevenzione delle aggressioni, sfruttando come strumento le informazioni ricavate dalla bibliografia scientifica infermieristica internazionale.

Partendo da domande rivolte al personale sanitario, ho raccolto informazioni sull'esistenza di tecniche comunicative di de-escalation, atte a disinnesare l'impeto di ostilità. Per rispondere alla domanda ho reperito e selezionato le fonti attraverso una ricerca bibliografica. Tramite il catalogo OPAC Insubria - Bicocca, ho reperito i due libri di testo in cui viene trattato il modello dell'aggressione per fasi (Maier e Van Rybroek 1995).

Sono quindi passato alla ricerca sulla banche dati Medline di Pubmed, Cinahl Plus With full Text, Ilisi, The Cochrane Library. La

Search Strategy utilizzata è presentata negli allegati 1,2,3. Il corpo dell'elaborato sarà articolato in due capitoli principali.

Nel primo analizzerò sette documenti. Di questi, la scelta è caduta su quattro documenti per un'analisi discorsiva più approfondita: una revisione della letteratura e uno studio qualitativo sono stati selezionati per la loro completezza e pertinenza con l'argomento dell'elaborato; le due Linee Guida pubblicate da NICE (2005-2015) sono state messe a confronto rispetto ai capitoli riferiti all'ambito del pronto soccorso.

I rimanenti tre articoli sono stati da me analizzati sinteticamente in una tabella in quanto - pur fornendo informazioni utili alla ricerca - sono meno approfonditi nella raccolta e analisi dei dati, o trattano - nel caso del terzo articolo (Muralidharan, 2012) - l'ambito specifico della prevenzione delle aggressioni in persone con problemi di salute mentale. La mia scelta in merito a quest'ultimo articolo è stata determinata da due motivi: il primo è che un numero considerevole di persone assistite ricoverate in pronto soccorso è affetto da patologie mentali, considerate tra l'altro da molti autori come un fattore di rischio

(vds. capitolo 2, paragrafo 1); il secondo è che i documenti analizzati sono stati pubblicati da The Cochrane Library e rispondono a criteri di autorevolezza e qualità.

Il secondo capitolo sarà suddiviso in tre paragrafi, in cui saranno riportati i risultati estrapolati dai vari documenti, con una valutazione in merito alla possibilità di applicarli nella pratica.

Nel primo paragrafo saranno identificati i fattori di rischio che più frequentemente portano ad un'aggressione.

Nel secondo paragrafo verranno esplicate le modalità di identificazione delle persone potenzialmente a rischio, mentre nel terzo le linee di azione da intraprendere una volta individuati i soggetti, considerando solamente il periodo di tempo che precede l'aggressione vera e propria.

CAPITOLO 1 Analisi dei documenti

Ramacciati N, Ceccagnoli A (2011)

Violence and aggression in the emergency department: A literature review L'infermiere (48) 43-50

Il primo studio considerato è una revisione della letteratura internazionale.

La scelta di analisi di questo articolo in particolare è dipesa da due fattori:

1. È una revisione che contiene forti implicazioni per la pratica, essendo stata poi ripresa l'an-

no successivo per formulare un modello di prevenzione e gestione delle aggressioni a livello ospedaliero (Ramacciati e Ceccagnoli, 2012).

2. È uno degli articoli che meglio contestualizza l'argomento, fornendo dati supportati da una valida letteratura, ma soprattutto presentando i vari fattori di rischio in modo completo e chiaro.

Gli autori iniziano da una contestualizzazione del problema. Attraverso una tabella sono riportate le cause scatenanti i comportamenti violenti, sintetizzando il contenuto di tre revisioni della letteratura. Ciò che è riportato nella tabella è effettivamente riscontrabile in forma discorsiva all'interno degli articoli originali. Nell'introduzione manca però una spiegazione più approfondita di quelle che sono le finalità dello studio, che vengono soltanto indicate all'interno dell'abstract. Lo scopo è quello di inquadrare il problema delle aggressioni e di esaminare le principali strategie di gestione proposte dalla letteratura più recente.

Le finalità sono state perseguite attraverso una ricerca bibliografica in due banche dati (PubMed e CINAHL). Al termine della ricerca, sono stati selezionati per l'analisi un totale di 7 articoli. Criteri di inclusione ed esclusione non sono però definiti.

Sono diverse le tipologie degli studi esaminati: uno studio quasi sperimentale

TABELLA 4

NICE Violence Guidelines 2005 & NICE Violence guidelines 2015

	popolazione	Tipo di studio	data	outcome	Level of evidence	N° raccomandazioni	Grading raccomandazioni
NICE GUIDELINES 2005	Inclusa: <i>staff</i> , pazienti adulti >16 anni affetti da patologie psichiatriche Esclusa: diagnosi primaria di abuso di sostanze, disturbi mentali di origine organica, malattie neurodegenerative	Revisioni sistematiche, studi qualitativi	1986-2001	1. Appropriatazza, efficacia e sicurezza degli interventi per la gestione a breve termine di comportamenti violenti di pazienti con patologia psichiatriche nel dipartimento di emergenza 2. Il vissuto dello staff e degli utenti riguardo la gestione degli episodi di violenza	Livello 4: opinione di esperti e consenso formale	Tot. 202 Dipartimento di emergenza: 14	14 di grado D: evidence di livello 3 o 4 o consenso formale D(GBB): basate sull'esperienza del GDG (<i>Guideline Development Group</i>)
NICE GUIDELINES 2015	Inclusa: <i>staff</i> , adulti >16 anni, bambini <13anni, giovani 13-16 anni Esclusa: persone con disturbi mentali di origine organica o legati alla gravidanza e periodo post-natale	1 revisione della letteratura 1 studio osservazionale	2010-2013	1. Acquisizione di competenze, attitudini, confisca di armi, cambiamenti nella pratica lavorativa 2. esperienza: attitudine dello staff nella gestione delle aggressioni	Livello non specificato, evidence di bassa qualità	Tot: 79 Dipartimento di emergenza: 20	Non specificato. Si deduce che siano di basso livello dal fatto che le <i>evidence</i> sono di bassa qualità

tale, due revisioni della letteratura, uno studio osservazionale, uno studio qualitativo descrittivo, uno studio basato sull'opinione di esperti e un articolo che ha il fine di presentare un modello operativo. La maggioranza degli studi è comunque di tipo primario. Ognuno di essi segue un diverso tipo di campionamento, che è a sua volta coerente col disegno di studio ed espressamente indicato nella revisione della letteratura.

Nei risultati, discussioni e conclusioni sono riportati gli interventi che gli autori consigliano, ricavati dalla letteratura analizzata, al fine di prevenire e gestire le aggressioni. Questi dati saranno riportati nel prossimo capitolo dell'elaborato, al fine di fornire un'analisi globale degli interventi riportati da più autori in più articoli.

Linee guida NICE 2005/ NICE 2015 a confronto

Il National Institute of Health and Care Excellence (NICE) ha dal 1999 la finalità di produrre linee guida e raccomandazioni per la salute, basate sulle migliori prove di efficacia ricavate dalla letteratura internazionale. Gli elevati standard di qualità hanno reso le linee guida NICE un punto di riferimento per una buona pratica clinica in tutto il mondo, nonostante

esse siano rivolte all'utenza nazionale inglese. Ho confrontato le raccomandazioni prodotte riguardanti il dipartimento di emergenza di due linee guida: 2005 VIOLENZA La gestione e breve termine di comportamenti disturbati/violenti nell'ambiente ospedaliero psichiatrico e nei dipartimenti di emergenza 2015 (aggiornamento delle linee guida 2005)

VIOLENZA E AGGRESSIONI

La gestione a breve termine di comportamenti violenti e fisicamente minacciosi nell'ambito della salute, salute mentale e comunità. Come si comprende dal titolo, entrambe le linee guida non sono specificamente progettate per l'ambito del pronto soccorso, ma per quello della salute mentale. Al loro interno, si trovano comunque dei capitoli in cui viene trattata la gestione a breve termine della violenza nello specifico ambito del

pronto soccorso. Inoltre in entrambe è presente una contestualizzazione dell'argomento - con riferimento ai fattori di rischio - estremamente esaustiva. Ho scelto di fare un confronto tra le due linee guida sia per la loro autorevolezza e qualità, sia per le importanti implicazioni pratiche che offrono. Il confronto è stato necessario poiché, mentre quelle del 2015 sono chiaramente più aggiornate, quelle del 2005 trattano in modo più approfondito l'ambito del pronto soccorso. Nella tabella 4 ho riportato un'analisi schematica che mette a confronto le due linee guida, in riferimento ai capitoli che trattano del dipartimento di emergenza. Le caratteristiche messe a confronto sono: popolazione, tipi di studi analizzati per produrre prove di efficacia, fascia di datazione degli studi, outcome, evidence grading, numero di raccomandazioni prodotte, grading delle raccomandazioni (tab. 4). I fattori analizzati risultano essere forse troppo sinte-



TABELLA 5

Ulteriori articoli: analisi sintetica

	anno	tipologia di studio	finalità	metodi	fattori di inclusione	fattori di esclusione	banche dati interrogate	studi analizzati
Pich et al.	2010	revisione della letteratura	esplorare il concetto delle aggressioni in pronto soccorso	ricerca bibliografica elettronica	pubblicazione 1998-2008, lingua inglese, aggressioni verso gli infermieri	aggressioni ai pazienti, aggressioni tra operatori, aggressioni verso operatori sanitari non infermieri	CINAHL, MedLine, Journals Ovid	nessuno studio analizzato criticamente. Nella descrizione dei risultati sono citati 42 articoli, prevalentemente studi secondari.
Muralidharan et al.	2012	Revisione sistematica della letteratura (revisione degli interventi da The Cochrane Library)	confrontare gli effetti di diverse strategie usate per contenere persone con disturbi psichiatrici acuti (escluse contenzioni meccaniche e farmacologiche)	ricerca bibliografica elettronica	RCT, persone ospedalizzate con patologia mentale avanzata	studi che trattano contenzioni fisiche o farmacologiche, studi non RCT, compresi gli studi quasi randomizzati	The Cochrane Central Register of Controlled Trials (Issue 3,4), The Cochrane Schizophrenia Group's Trial Register, Biological Abstract, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, PsycLIT, SOCIOFILE, Social Sciences Citation Index	Identificati 2808 reports. Dopo aver applicato i criteri di inclusione ed esclusione, nessuno studio è stato identificato rilevante per le finalità della revisione.
Rammacciati, Ceccagnoli	2012	presentazione di un approccio operativo	Presentare l'approccio di gestione della aggressioni adottato dal pronto soccorso di Perugia	Dati ricavati dalla revisione della letteratura Rammacciati (2011)	vedi analisi dell'articolo Rammacciati, Ceccagnoli (2011)	vedi analisi dell'articolo Rammacciati, Ceccagnoli (2011)	vedi analisi dell'articolo Rammacciati, Ceccagnoli (2011)	vedi analisi dell'articolo Rammacciati, Ceccagnoli (2011)

tici rispetto all'ampiezza delle linee guida, ma sono utili ai fini dell'elaborato per leggere ed analizzare criticamente le raccomandazioni proposte dalle medesime.

Queste saranno riportate sinteticamente nel secondo capitolo in risposta alla domanda dell'elaborato, ed integrate con i consigli dati da altri articoli della letteratura reperita.

Come si può notare dalla tabella, ad oggi non è stato effettuato il grading delle raccomandazioni delle linee guida 2015.

[Donna G. et al \(2011\) Using Action Research To Plan A Violence Prevention Program For Emergency Departments Journal Of Emergency Nursing \(37\), 32-39](#)

Ho scelto di analizzare questo articolo qualitativo in quanto ritengo che sia prioritario indagare il vissuto e il parere di chi quotidianamente lavora sul campo, attraverso uno studio primario.

La finalità dello studio è raccogliere informazioni riguardo la visione di managers, lavoratori e persone assistite in merito alle strategie di prevenzione e gestione delle aggressioni. Per raggiungere lo scopo, sono stati reclutati 96 partecipanti da tre diversi ospedali, attraverso un metodo di campionamento stratificato semplice.

Il metodo utilizzato per la raccolta dati è stato il focus group, svoltosi per 3 mesi e di una durata di 60-75 minuti per incontro. Il modello Haddon Matrix ha

permesso di identificare le tematiche dei focus group. È stato seguito il metodo Wolcott per l'analisi qualitativa dei dati, partendo dalle trascrizioni delle registrazioni dei focus group. I risultati sono stati classificati in tre categorie: prima, durante e dopo l'aggressione.

In ogni categoria è stato riportato il vissuto e la visione dei partecipanti rispetto alla gestione di ogni determinata fase dell'aggressione.

I primi quattro documenti sopra riportati sono stati scelti per un'analisi più approfondita, grazie alle loro caratteristiche di autorevolezza e completezza. In particolare il primo articolo è quello che mi ha fornito il maggior numero di infor-

mazioni per poter rispondere alla domanda guida dell'elaborato. Gli altri tre documenti sono stati utili per comprendere al meglio la validità e le prove di efficacia che supportano i consigli presentati.

In questo paragrafo analizzerò in modo schematico e sintetico altri tre articoli (una revisione della letteratura, una revisione sistematica della letteratura e la presentazione di un approccio operativo) che forniscono ulteriori elementi e consigli sulle azioni da intraprendere a prevenzione degli episodi di aggressione, o fanno da supporto a quanto già presente nel primo articolo analizzato (Rammacciati et al., 2011). I tre articoli sono tutti riferiti all'ambiente del pronto



soccorso ed analizzati con l'utilizzo della tabella 5, che prende in considerazione i seguenti parametri: anno di pubblicazione, tipo di studio, finalità dell'articolo, metodi di raccolta e analisi dei dati, fattori di inclusione e di esclusione, banche dati interrogate, numero di studi analizzati distinti tra primari e secondari (tab. 5).

CAPITOLO 2 Analisi dei risultati

Identificare i fattori di rischio

Conoscere i fattori di rischio è il primo passo per prevenire eventuali episodi di violenza. Un fattore di rischio è "una specifica condizione che risulta statisticamente associata ad una malattia e che pertanto si ritiene possa concorrere alla sua patogenesi, favorirne lo sviluppo o accelerarne il decorso" (Sengen, 2007). La ricerca bibliografica effettuata mi ha portato ad identificare e classificare molti fattori correlati al fenomeno delle aggressioni in pronto soccorso, partendo da un confronto tra quelli ripor-

tati nei documenti reperiti (vedi allegato 4).

1. Storia di violenza: negli articoli analizzati viene descritto come fattore di rischio principale per l'instaurarsi di episodi violenti.
2. Uso di alcool e sostanze stupefacenti: rilevato in tutte le revisioni analizzate. Le persone assistite che hanno fatto abuso di sostanze stupefacenti, compresi alcool e farmaci che alterano le funzioni mentali, devono essere trattate come individui ad alto rischio.
3. Schizofrenia e disturbi psicotici: rilevati in tutte le revisioni, sono descritti come fattori di rischio, che aumentano notevolmente la possibilità di aggressione soprattutto in associazione all'abuso di alcool e sostanze stupefacenti.
4. Fattori di rischio legati all'ambiente: questa categoria racchiude svariate condizioni tra cui l'atteggiamento del personale del pronto soccorso, la mancanza

di informazioni, i tempi di attesa prolungati, l'orario della giornata, il caldo, la freneticità dell'ambiente.

5. Sesso, età: questi due fattori di rischio non modificabili sono stati esclusi dalla revisione di NICE, ma sono riportati in un'altra revisione della letteratura (Rammacciati, 2011). Poiché le linee guida NICE fanno riferimento al dipartimento di emergenza, ma sono maggiormente improntate all'ambito della salute mentale, ritengo in questo caso opportuno dare priorità alla revisione di Rammacciati, secondo cui gli infermieri di pronto soccorso, nel loro agire quotidiano, devono considerare a maggiore rischio di violenza le persone di un'età compresa tra i 18 e i 25 anni e di sesso maschile.

Identificare persone potenzialmente aggressive
L'identificazione di persone assistite a rischio di aggressione è argomento di approfondimento nei corsi

di formazione e training sulla prevenzione e gestione della violenza (Gordon et al, 2014; Gordon et al, 2012). Sull'argomento, le linee guida NICE 2015 forniscono un elenco di scale utili a valutare la persona assistita rispetto a segni premonitori di aggressione. Inoltre la revisione della letteratura di Rammacciati (2011), riporta uno studio quantitativo (Wilkes et al, 2010), che si pone l'obiettivo di formulare un elenco di fattori predittivi di violenza. Utilizzando come criteri di inclusione la pubblicazione negli ultimi 10 anni e la specificità per l'ambiente del pronto soccorso, ho considerato solo lo strumento proposto da Wilkes, denominato Violence Assessment Tool (VAT).

Lo studio di Wilkes si pone lo scopo di sviluppare uno strumento predittivo di episodi di violenza, mediante l'utilizzo della tecnica Delphi, partendo da un campione di 11 infermieri esperti.

I partecipanti sono reclutati con un metodo di campionamento finalizzato - costituito da infermieri esperti nell'area dell'emergenza-urgenza - adeguato rispetto alla tecnica Delphi (tra 7 e 12 esperti).

Lo studio è stato condotto in tre fasi, partendo da 37 items identificati da una revisione della letteratura, con l'individuazione finale di 17 fattori utilizzabili dagli infermieri di pronto soccorso per il riconoscimento delle persone assistite potenzialmente a rischio di aggressività.

Nell'allegato 5 è possibile visionarli.

Un'ulteriore ricerca, pre-

RISULTATI

CONOSCERE I FATTORI DI RISCHIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Storia di violenza 2. Abuso di sostanze stupefacenti 3. Schizofrenia e disturbi psicotici 4. Legati all'ambiente 5. Sesso, età
IDENTIFICARE PERSONE POTENZIALMENTE AGGRESSIVE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione a training e corsi 2. Utilizzo di scale di valutazione basate sull'osservazione come la VAT (Violence Assessment Tool)
MODALITÀ DI INTERVENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventi comunicativi 2. Interventi sull'ambiente

T.Bulgheoni

DE-ESCALATION

FORNIRE COSTANTEMENTE INFORMAZIONI **ISOLAMENTO**

T.Bulgheoni

sentata durante il XXIII International Nursing Research Congress svoltosi il 12/9/2012 a Brisbane, Australia, ha dimostrato che il VAT è effettivamente efficace nell'identificare le persone a rischio di aggressione. In quel Congresso è stato inoltre presentato un nuovo strumento ridotto a 8 items. Purtroppo poco è stato pubblicato in letteratura su questo nuovo studio, se non l'abstract della presentazione della ricerca al congresso (<http://hdl.handle.net/10755/243338>).

Modalità di intervento

Dal momento in cui l'infermiere riconosce una persona assistita potenzialmente a rischio di violenza, è possibile estrapolare dalla letteratura analizzata dei consigli riguardo diverse linee di azione, che coinvolgono soprattutto gli aspetti comunicativi-relazionali.

La revisione della letteratura di Rammacciati (2011) propone interventi comunicativi, quali spiegare i motivi dell'attesa (aggiornando frequentemente sulla situazione), favorire

le scelte e soddisfare il più possibile le richieste delle persone assistite.

Viene descritto un rapporto caratterizzato da rassicurazione, disponibilità, rispetto, supporto e responsabilità.

Sono consigliate tecniche di disinnesco dell'aggressività, in particolare la de-escalation, che gli infermieri devono adottare con l'utilizzo di competenze specifiche fornite da programmi educazionali e training. In particolare l'efficacia del programma ACT-SMART è dimostrata attraverso uno studio quasi sperimentale.

Molti di questi consigli sono stati riportati anche nell'articolo dello stesso autore (Rammacciati, 2012), in cui viene presentato l'approccio operativo di gestione delle aggressioni presso il pronto soccorso dell'ospedale di Perugia.

Tutte le azioni sopra indicate possono essere perseguite attribuendo loro solo valore di consigli fondati sull'opinione di esperti: nonostante siano strategie già adottate dall'ospedale di Perugia, ad oggi non abbiamo dati che dimostrino una ridu-

zione delle aggressioni, o un miglioramento nella gestione delle stesse.

Secondo la revisione di Pich et al.(2011) si evince che una strategia di prevenzione delle aggressioni è quella di registrare le persone assistite violente in modo che, nel caso in cui si dovessero ripresentare in pronto soccorso, possano subito essere identificate.

Nello studio qualitativo di Gates et al. (2011) i partecipanti ai focus group sottolineano una serie di interventi, che secondo loro hanno un ruolo fondamentale nella prevenzione delle aggressioni. In questo studio viene ribadita la necessità di svolgere corsi, atti a migliorare le strategie comunicative, in particolare la de-escalation. Viene identificata la necessità di creare una situazione di maggior comfort possibile per le persone assistite, anche adottando un atteggiamento di cortesia. Limitare gli accessi al pronto soccorso degli accompagnatori e isolare le persone potenzialmente violente in apposite stanze sono

altre strategie proposte. Infine le linee guida NICE (2015) offrono una serie di raccomandazioni riguardanti la prevenzione delle aggressioni in persone assistite con problemi di salute mentale.

Le raccomandazioni riferite in particolare all'ambiente del pronto soccorso sono molto generiche, e non sono rivolte tanto agli infermieri come singoli operatori, quanto all'organizzazione dell'intera unità operativa. In particolare, viene ribadita la necessità di organizzare corsi di formazione che aiutino gli operatori sanitari ad anticipare, prevenire ed utilizzare tecniche di de-escalation.

Come si può notare, in tutti i documenti analizzati viene posto l'accento sulle strategie comunicative - in particolare la de-escalation - come mezzi attraverso i quali gli infermieri possono prevenire le aggressioni.

Queste tecniche di comunicazione verbale e non verbale hanno il fine di disinnesicare i meccanismi che portano una persona alla crisi aggressiva. Pur

essendo frequentemente raccomandate da molti studi, tra cui quelli sopra analizzati, ad oggi il loro utilizzo si basa sull'opinione di esperti, non comprovate da dati effettivi.

Anche la revisione sistematica di Muralidharan et al.(2012) non ha identificato nessuno studio Gold-standard da includere a supporto dell'utilizzo di queste tecniche, e nelle discussioni gli autori raccomandano attenzione nella loro applicazione. Ad oggi è stato pubblicato un protocollo Cochrane che farà da guida ad una futura revisione sistematica, per dimostrare l'efficacia delle tecniche di de-escalation nelle aggressioni legate a psicosi o agitazione (Rao et al., 2012).

CONCLUSIONI

La stesura dell'elaborato è stata condotta partendo dall'identificazione e contestualizzazione dell'argomento, con la formulazione di una domanda-guida che tenesse anche conto di dirette implicazioni per la pratica infermieristica. Da qui, avendo come riferimento la domanda, è stata condotta una ricerca bibliografica, descritta nell'introduzione e nell'allegato. Al termine del processo, costituito da una fase di reperimento, selezione secondo criteri di inclusione ed esclusione, ed analisi dei documenti, sono state ricavate informazioni e dati, a risposta della domanda inizialmente formulata. Sono quindi stati identificati e descritti gli interventi attraverso i quali gli infermieri preven- gono le crisi di aggressività della persona assistita

e dei famigliari nel pronto soccorso, con richiami di approfondimento (dipesi dall'analisi della letteratura reperita) rispetto alle persone con problemi di salute mentale, sempre nell'ambiente del pronto soccorso. È possibile fare una sintesi dei risultati, classificando gli interventi attuati dagli infermieri su due livelli:

-CONOSCERE I FATTORI DI RISCHIO, non basandosi solo sulla propria esperienza, ma identificandoli dalla letteratura scientifica, per sapere quali di questi in particolare sono più frequentemente correlati ad episodi di aggressione.

-OSSERVARE, per poter identificare precocemente le persone che presentano segni di aggressività, con l'aiuto di strumenti adatti come il V.A.T. di Wilkes et al.

-COMUNICARE: la letteratura consiglia di rivolgersi alle persone assistite con rispetto e cortesia, cercando di farli sentire ascoltati e a proprio agio, fornendo di continuo informazioni in particolare sui tempi di attesa. Se dovesse verificarsi che una persona assistita mostra segni di crescita dell'aggressività, la strategia da adottare più consigliata e utilizzata è la de-escalation.

-AGIRE SULL'AMBIENTE: Si consiglia di isolare le persone assistite potenzialmente aggressive, ridurre e monitorare gli accessi al pronto soccorso da parte degli accompagnatori. L'analisi della letteratura selezionata è stata utile per effettuare una critica

rispetto ai risultati, andando quindi un passo oltre la semplice elencazione degli interventi di prevenzione. Ne è risultato che a tutte le strategie riportate, utilizzate dagli infermieri a livello nazionale ed internazionale, è possibile attribuire il valore di consigli. Non solo non vi sono studi Gold-standard a supporto del loro utilizzo, ma molte di queste strategie trovano i fondamenti della loro applicabilità pratica nel consenso di molti esperti.

A conclusione del mio lavoro, ritengo che l'analisi di questo argomento non sia stata ancora affrontata in modo approfondito e i risultati ottenuti siano generici e di non comprovato riscontro.

Per il ruolo primario che l'infermiere di pronto soccorso riveste nella relazione con la persona assistita e considerata la sua responsabilità - sia rispetto al raggiungimento degli obiettivi per la persona assistita (DM 739/94) sia rispetto alla tutela della collettività - ritengo di primaria importanza coadiuvare l'infermiere, studiando e proponendo metodologie di approccio al problema ricavate dalla produzione di evidence di più alto livello.

BIBLIOGRAFIA

-Catlette M (2005) A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing* (31), 519-525
 -CRAG (1996) The prevention and management of aggression: a good practice statement, clinical re-

source and audit group, working group on mental illness. The Scottish office
 -Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994, n.739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/179/DM140994n739.pdf consultato il 15 Giugno 2015
 -Donna G. et al (2011) Using Action Research To Plan A Violence Prevention Program For Emergency Departments, *Journal Of Emergency Nursing* (37), 32-39
 -Ferns T (2005) Violence in the accident and emergency department: an international perspective. *Accident and Emergency Nursing*(13), 180-185
 -Gates DM, Ross CS & McQueen L (2006) Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine* (31), 331-337
 -Gerberich, S.G., Church T.R., McGovern P.M., Hasen, H., Nachreiner, N., Geissser, M., ...Watt, G. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota nurses' study. *Occupational & Environmental Medicine* (61) 495-503.
 -Gordon LG, Farra SL, Gates DM (2014) a workplace violence educational program: a repeated measures study *Nurse education in practice* (14) 468-472
 -Gordon LG, Gates DM (2012) An educational program to prevent, manage and recover from workplace violence Ad-

- vanced Emergency Nursing Journal (34) 325-332
- Gulrajani RP (1995) Physical environmental factors affecting patients' stress in the accident and emergency department. *Acc Emerg Nurs* (3) 22-7
 - International Council of Nurses (2007) Positive Practice Environments: Quality workplace = Quality Patient Care (Baumann A ed.). International Council of Nurses, Geneva
 - IPASVI (2009) Il Codice Deontologico dell'Infermiere <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> Consultato il 2 Maggio 2015
 - Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, Gore R, Barata IA, Gates D, Hargarten SW (2012) Violence: Recognition, Management, and Prevention (2012) *The Journal of Emergency Medicine* (43) 523-531
 - Maier GJ, Van Rybroek G (1995). Managing countertransference reactions to aggressive patients. In: Eichelman BS, Hartwig AC (Eds.). *Patients Violence and the Clinician*.
 - Merez D, Rymaszewska J, Mocicka A, Kienja A & Jarosz-Nowak J (2006) Violence at the workplace - a questionnaire survey of nurses. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists* (21), 442-450
 - Ministero della Salute (2007) Raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_721_allegato.pdf consultato il 4 Maggio 2015
 - Muralidharan S, Fenton M (2012) Containment strategies for people with serious mental illness (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3*
 - NICE (2005) Violence The short term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments <http://www.nice.org.uk/guidance/ng25> consultato il 10 maggio 2015
 - NICE (2015) Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings <http://www.nice.org.uk/guidance/ng10> consultato il 5 Giugno 2015
 - Pich J, Hazelton M, Sundlin D, Kable A (2010) Patient-related violence against emergency department nurses, *Nursing and Health Sciences* (12) 268-274
 - Ramacciati N, Ceccagnoli A (2011) Violenza e aggressione in Pronto Soccorso: revisione della letteratura *L'infermiere* (48) 43-50
 - Ramacciati N, Ceccagnoli A (2012) Violenza e aggressioni in pronto soccorso: un approccio operativo *Scenario* (9) 32-38
 - Rao H, Yeung WL, Jayaram MB (2012) De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7*
 - Reever MM, Lyon DS. (2002) Emergency room communication issues: dealing with crisis. *Top emergency medicine* (24) 62-6
 - Sengen JC (2007), *Dizionario di Medicina Moderna*, Milano, McGraw-Hill
 - Souza AAM, Costa WA, Gurgel AKC (2014) aspects related to the occurrence of workplace violence in hospital emergency room *Journal of Research Fundamental Care* (2) 637-650
 - Stirling G, Higgins JE & Cooke MW (2001) Violence in A&E departments: a systematic review of the literature. *Accident and Emergency Nursing* (9), 77-85
 - United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (2012). *Workplace Violence*. <https://www.osha.gov/Osh-Data-Genera/Factsheet-workplace-violence.pdf> Data accesso 2 Maggio 2015
 - University of Iowa Injuri Prevention Research Centre (2001) *Workplace violence: a report to the Nation*, Iowa City, IA. www.public-health.uiowa.edu/iprc/ consultato il 2 maggio 2015
 - Wilkes L, Luck L, Jackson D (30 July - 3 August 2012) The usefulness of the Violence Assessment Tool (VAT) in assessing potentially violent patients in the acute care setting 23rd International Nursing Research Congress, Brisbane, Australia <http://hdl.handle.net/10755/243338> Consultato il 15 Giugno 2015
 - Wilkes L, Mohan S, Luck L (2010) Development of a violence tool in the emergency hospital setting *Nurse Res* (17) 70-82



ALLEGATO 1

TABELLA 1
Search history CINAHL

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S10	S4 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	43
S9	S5 AND S6 AND S7	Limiters - Published Date: 20100101-20151231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	109
S8	S5 AND S6 AND S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	292
S7	(emergency department* OR emergency nurs*) NOT pediatric*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	32,282
S6	prevention	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	428,653
S5	workplace violence OR aggression* OR assault*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	17,155
S4	S2 AND S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	79
S3	(MH "Emergency Service+") OR (MH "Emergency Patients") OR (MH "Emergency Nurses Association") OR (MH "Emergency Nursing+") OR (MH "Emergencies+") OR (MH "Emergency Care+")	Limiters - Published Date: 20100101-20151231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	29,633
S2	(MH "Workplace Violence/PC")	Limiters - Published Date: 20100101-20151231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	438
S1	(MH "Workplace Violence/PC")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	1242

Ulteriori criteri di inclusione

- Lingua: italiano, inglese, francese, spagnolo
- Articolo scientifico la cui struttura presenti ABSTRACT, INTRODUZIONE, METODI, RISULTATI E DISCUSSIONI

Criteri di esclusione

- Articoli che trattano di interventi legati all'organizzazione e al management, senza specificare le dirette implicazioni per la pratica del singolo professionista.
- Articoli riguardanti il pronto soccorso pediatrico

Articoli scelti per l'analisi: 4

ALLEGATO 2

TABELLA 2
Search History Medline

Search	Add to builder	Query	Items Found
#9			
	Add	Search #4 AND #8	35
#8	Add	Search #5 AND #6 AND #7 Filters: published in the last 5 years	95
#7	Add	Search (((emergency department*) OR emergency nurs*)) NOT pediatric* Filters: published in the last 5 years	22050
#6	Add	Search prevention Filters: published in the last 5 years	320807
#5	Add	Search ((workplace violence) OR aggression*) OR assault* Filters: published in the last 5 years	11238
#4	Add	Search #1 AND #2 Filters:published in the last 5 years	152
#3	Add	Search #1 AND #2	709
#2	Add	Search ("Violence/prevention and control"[Mesh]) OR "Workplace Violence"[Mesh]	14642
#1	Add	Search ("Emergency Service, Hospital"[Mesh]) OR "Emergency Nursing"[Mesh] OR "Emergencies"[Mesh]	89742

Ulteriori criteri di inclusione

- Lingua: italiano, inglese, francese, spagnolo
- Articolo scientifico la cui struttura presenti ABSTRACT, INTRODUZIONE, METODI, RISULTATI E DISCUSSIONI

Criteri di esclusione

- Articoli che trattano di interventi legati all'organizzazione e al management, senza specificare le dirette implicazioni per la pratica del singolo professionista.
- Articoli riguardanti il pronto soccorso pediatrico

Articoli scelti per l'analisi: 1 (in comune con CINAHL)

ALLEGATO 3

Search History Ilisi

Su ilisi ho eseguito una ricerca veloce inserendo in tutto il testo le parole chiave violenza AND pronto soccorso. Di 4 risultati reperiti ne ho selezionati 2 appropriati per i criteri di inclusione.

Criteri di inclusione

- Articolo scientifico la cui struttura presenti ABSTRACT, INTRODUZIONE, METODI, RISULTATI E DISCUSSIONI
- Pubblicazione 2010-2015

Criteri di esclusione

- Articoli che trattano di interventi legati all'organizzazione e al management, senza specificare le dirette implicazioni per la pratica del singolo professionista.
- Articoli riguardanti il Pronto soccorso pediatrico

Articoli scelti per l'analisi: 1 (in comune con CINAHL)

#1	MeSH descriptor: (Aggression) explode all trees	882
#2	MeSH descriptor: (Violence) explode all trees	1149
#3	MeSH descriptor: (Emergency Medical Services) explode all trees	3054
#4	#1 or #2	1903
#5	#4 and #3	67

Criteria di inclusione

Adulti

Nessun risultato selezionato.

Ho ampliato la ricerca inserendo soltanto il MeSh descriptor: (Violence) e limitando i risultati solo alle revisioni Cochrane. Ho ottenuto 21 risultati di cui **ne ho selezionato uno per una successiva analisi**.

ALLEGATO 4

TABELLA 6

Fattori di rischio

	Pich et al., 2010	Ramacciati et al., 2011	NICE 2015
Età	+	+	-
sessu	+	+	-
Fattori socio-culturali			+
etnia			+
Storia di violenza	+		+
Atteggiamento ostile-sospettoso	+		+
Disturbi della condotta	+		-
schizofrenia	+	+	+
Disturbi psicotici	+	+	+
Precedenti tentati suicidi			
Ansia		+	-
Depressione			-
Uso di stupefacenti	+	+	+
Alcool	+	+	+
Modalità di trasporto in ospedale			+
Ospedalizzazione forzata			
Manifestazioni patologiche		+	
Tempi di attesa		+	
Atteggiamento del personale		+	
Orario della giornata			
Disturbi ambientali		+	+
Mancanza di informazioni		+	

LEGENDA:

- + = lo studio dimostra che questo fattore aumenta il rischio di aggressione
- = lo studio dimostra che questo fattore NON aumenta il rischio di aggressione
- = lo studio non ha preso in considerazione questo fattore

ALLEGATO 5

Items of the Violence Assessment Tool (VAT)

1. Threat of harm	1. gestualità minacciosa
2. Aggressive statements or threats	2. dichiarazioni aggressive o minacce
3. Intimidation	3. intimidazioni
4. Clenched fists	4. pugni chiusi
5. Resisting health care	5. si oppone alle cure
6. Prolonged or intense glaring at nurse	6. sguardo fisso e minaccioso
7. Name calling	7. chiama per nome
8. Yelling	8. urla
9. Increase in volume (speech)	9. aumenta il tono di voce
10. Irritability	10. irritabilità
11. Walking back and forth to the nurses area	11. passeggia intorno alla sala infermieri
12. Walking around confined areas such as waiting room or bed space	12. passeggia in spazi limitati, come sale di attesa o l'area letti
13. Sharp or caustic retorts	13. dà risposte provocatorie
14. Demeaning inflection	14. si dimostra inflessibile
15. Belligerence	15. belligeranza
16. Demanding attention	16. richiama l'attenzione
17. Humiliating remark	17. presenta segni di umiliazione



Il nuovo sistema ECM - CoGeAPS



IL NUOVO SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA OBBLIGATORIA

L'articolo 2, comma 357 della legge 244/2007, meglio conosciuta come legge Finanziaria 2008, ha reso operativo il "Riordino del sistema di Formazione continua in Medicina" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il primo agosto scorso.

Destinatari del programma sono **tutti gli operatori sanitari** che direttamente operano nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva, indipendentemente dalle modalità di esercizio dell'attività, **compresi dunque i liberi professionisti**.

Gli Ordini i Collegi e le Associazioni accreditate e le rispettive Federazioni Nazionali "si collocano all'interno del sistema quali soggetti del tutto legittimati ad esercitare una propria funzione di responsabilità e garanzia dei professionisti e delle attività da questi svolte verso i cittadini".

La gestione e/o verifica dei crediti ECM accumulati può essere fatta utilizzando il sito del Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie), raggiungibile tramite il link <http://www.cogeaps.it>. Il Co.Ge.A.P.S. è un organismo che riunisce le Fe-

derazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi e le Associazioni dei professionisti della salute che partecipano al programma di Educazione Continua in Medicina. Secondo quanto stabilito dall'Accordo Stato Regioni del 5/11/2009, il Co.Ge.A.P.S. è quindi l'organismo nazionale deputato alla gestione delle anagrafiche nazionali e territoriali, dei crediti ECM attribuiti ai professionisti che fanno capo agli Ordini, Collegi nonché le rispettive Federazioni nazionali e Associazioni professionali, consentendo a questi le relative funzioni di certificazione delle attività formative svolte.

Il Co.Ge.A.P.S. gestisce quindi la banca dati Nazionale dei crediti ECM acquisiti dai professionisti della Salute. Si rimanda al PDF

allegato per la consultazione del documento completo dall'Accordo Stato Regioni del 5/11/2009.

LA PROCEDURA NEL DETTAGLIO

Accedendo al portale Co.Ge.A.P.S. è possibile quindi visualizzare e monitorare costantemente la propria situazione in tema di ECM. (Accesso Anagrafe Crediti ECM, vedi figura 1).

Se non siete iscritti al portale dovete registrarvi cliccando su Sei un professionista della Salute? Registrati (figura 2).

A questo punto il sistema chiederà se si siete iscritti ad un Ordine e/o Collegio o ad un'associazione professionale. Sarà necessario quindi cliccare sulla medesima voce Sono iscritto ad un ordine, un collegio o ad un'associazione professionale.

Il passo successivo comporterà l'inserimento di tutti i dati, come richiesto, e l'inoltro degli stessi (indicare il proprio Ordine/Collegio di riferimento provinciale, per il quale vi verrà richiesto anche il **numero di iscrizione**).

Terminata la procedura, il sistema invierà un'e-mail all'indirizzo di posta specificato con le credenziali per accedere al sistema (in caso di eventuali problemi contattare lo staff Co.Ge.A.P.S. all'indirizzo ecm@cogeaps.it).

Una volta registrati sarà possibile effettuare il login tramite Accesso Anagrafe Crediti ECM: dopo il login comparirà la schermata come da figura 3, mediante la quale potrete gestire la vostra situazione ECM.

Sarà possibile verificare i crediti ECM già accumu-



Figura 1

Figura 2



Figura 3



lati e registrati (viene segnalata una latenza di alcuni mesi tra il corso e la registrazione dei crediti) con tutte le informazioni relative ai singoli corsi effettuati. È inoltre possibile, mediante upload dedicato, caricare autonomamente singoli attestati di partecipazione ai corsi accreditati, mentre per l'inserimento di eventuali esoneri

(frequenza a corsi di laurea magistrale, master e/o corsi di perfezionamento etc.) e/o esenzioni previste dai vigenti termini di legge (es. congedo per maternità, malattia prolungata, etc. con diritto ad una riduzione di 4 crediti/mesi) è richiesto l'invio di attestati o autocertificazioni tramite specifica email indirizzata a ecm@cogeaps.it.

INFORMAZIONI CONCLUSIVE

I crediti acquisiti all'estero possono essere inseriti inviando al portale un'email con relativo attestato (i crediti acquisiti all'estero vengono riconosciuti in Italia al 50% del totale originario, fino ad un massimo di 25 crediti); Per quanto riguarda l'attività di relatore a convegni/

congressi, vengono attribuiti un numero di crediti ECM corrispondente ai crediti stanziati durante l'evento formativo (misurati in ore di relazione);

La Determina della Commissione Nazionale Formazione Continua del 10 ottobre 2014, prevede che l'obbligo formativo per il triennio 2014-2016 sia pari a 150 crediti ECM, e che gli stessi non possono essere acquisiti in un unico anno.

Riferimenti e Contatti utili:

CALL CENTER PER ORDINI, COLLEGI E ASSOCIAZIONI

Il personale di Ordini, Collegi e Associazioni può contattare il numero tel. 06.36000893, attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 10.00 alle 15.00.

Demansionamento

UNA SENTENZA CHE FA CHIAREZZA SU UN TEMA MOLTO DIBATTUTO



Sentenza n. 1287/13 del Tribunale di Cagliari, Sezione lavoro.

“I ricorrenti, infermieri, hanno convenuto in giudizio l'amministrazione di appartenenza deducendo di prestare servizio presso la Divisione geriatria dell'ospedale SS.ma Trinità di Cagliari, e lamentando di essere adibiti sistematicamente, dal 1999, a mansioni proprie di livelli professionali inferiori, cioè ad incombenze igieniche, di riordino, di trasporto etc. e di assistenza di base dei pazienti; ciò a causa dell'estrema scarsità del personale cui tali attività spetterebbero, ossia gli ausiliari e gli operatori socio sanitari. Hanno sostenuto i ricorrenti che tale situazione

danneggia la loro professionalità, in quanto li costringerebbe a svolgere le mansioni infermieristiche loro proprie in modo frettoloso e sacrificato; dopo aver ottenuto in via cautelare un'ordinanza di reintegrazione in tali mansioni esclusive, hanno chiesto la conferma di tale provvedimento nonché la condanna della USL a risarcire loro i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti, ivi compresi quelli esistenziali, all'immagine ed alla stessa integrità fisica. Costituitasi, l'Azienda convenuta ha contestato la domanda, negando, in primo luogo, che i ricorrenti siano costretti a occuparsi di incombenze spettanti al personale di supporto di

categoria A e B, se non in via del tutto occasionale e complementare; ha dedotto che la corretta mobilitazione di certi pazienti gravi richiede tecniche particolari rientranti nelle competenze degli infermieri professionali, non anche degli OSS e tantomeno degli ausiliari, i quali comunque sono in numero sufficiente rispetto alle esigenze del reparto. Ha infine eccepito l'assenza di responsabilità dell'Azienda, la quale non è libera di determinare le unità necessarie di personale di supporto. Ha chiesto conclusivamente il rigetto del ricorso.

La domanda è fondata e deve essere accolta, nei limiti che si diranno.

I ricorrenti hanno provato il loro assunto in fatto di essere stati adibiti a mansioni inferiori, in modo costante e per una parte rilevante del loro tempo di lavoro. Deve premettersi che è ben chiara ed inequivocabile la distinzione tra le competenze degli infermieri professionali, da un lato, e quelle degli ausiliari e degli operatori socio sanitari dall'altro. Tale distinzione è sancita dalla classificazione del personale, CCNL 1999, che ha suddiviso il personale in quattro categorie, da A a D. Il personale infermieristico, come gli altri profili degli “operatori professionali sanitari”, era inquadrato nella categoria C, cui appartengono “i la-



voratori che ricoprono posizioni di lavoro che richiedono conoscenze teoriche specialistiche di base, capacità tecniche elevate per l'espletamento delle attribuzioni, autonomia e responsabilità secondo metodologie definite e precisi ambiti di intervento operativo... Eventuale coordinamento e controllo di altri operatori con assunzione di responsabilità dei risultati conseguiti". Per quanto riguarda specificamente le competenze degli infermieri, tale previsione contrattuale rimanda al D.M.739/94 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere" che delinea il profilo professionale dell'infermiere, il quale viene definito: "l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica." e specifica i suoi interventi, i campi operativi, la metodica di lavoro, e il rapporto con le altre figure sanitarie anche quelle ausiliarie. L'art. 1 di tale decreto, in particolare, prevede che si diviene infermieri conseguendo un

apposito diploma universitario. Forse per questa ragione, e comunque per valorizzare il ruolo dell'infermiere di responsabilità e di diretta collaborazione con i medici, il CCNL stipulato il 20 settembre 2001 ha ricollocato gli infermieri nella categoria D insieme agli altri operatori professionali sanitari, ridefiniti "collaboratori professionali sanitari"; qualifica che infatti rivestono gli odierni ricorrenti.

Viceversa, gli ausiliari specializzati, sempre in base alla citata classificazione, appartengono alla categoria A. Essi svolgono "le attività semplici di tipo manuale che richiedono una normale capacità nella qualificazione professionale, quali ad esempio l'utilizzazione di macchinari ed attrezzature specifici, la pulizia e il riordino degli ambienti interni esterni e tutte le operazioni inerenti il trasporto di materiali in uso... Le operazioni elementari e di supporto richieste, necessarie al funzionamento dell'unità operativa".

Gli "operatori tecnici addetti all'assistenza", poi, rientravano nella categoria B, ed erano addetti alle "attività alberghiere relati-

ve alla degenza, compresa l'assistenza ai degenti per la loro igiene personale, il trasporto del materiale, la pulizia e la manutenzione di utensili ed apparecchiature". Nel 2001, il citato CCNL ha abolito tale profilo professionale sostituendolo con quello di operatore socio sanitario, collocato sempre nella categoria B con compiti "rivolti alla persona e al suo ambiente di vita, al fine di fornire: a) assistenza diretta e di supporto alla gestione dell'ambiente di vita; b) intervento igienico sanitario e di carattere sociale; c) supporto gestionale, organizzativo e formativo".

Alla luce di tali declaratorie contrattuali deve disattendersi la tesi della difesa resistente, secondo cui anche le mansioni di assistenza di base ai pazienti (ossia igienica, di trasporto, di mobilitazione ed accompagnamento) rientrano nei doveri degli infermieri; tesi basata sul D.M n. 225/1975, che, invero, è stato quasi completamente abrogato dall'art. 1 legge n. 42/1999, il quale ha fatto salvo invece il già citato D.M. 739/1994.

I testi, ovvero il Primario e i medici della Divisione di geriatria, hanno riferito concordemente che, a fronte delle numerose necessità del reparto, caratterizzato dalla presenza media di almeno 23/25 pazienti (di cui la maggior parte non autosufficienti), i ricorrenti hanno svolto e svolgono attività ma che potrebbero essere attribuite agli ausiliari e agli OSS, a causa della carenza numerica di tale personale di supporto. In particolare gli infermieri, oltre a svolgere

attività previste dal profilo di appartenenza (principalmente: rilevazione dei bisogni assistenziali, pianificazione degli interventi, somministrazione delle terapie, rilevazione dei parametri quali temperatura e pressione, esecuzione di prelievi, etc.) si occupano delle numerose incombenze "alberghiere", di igiene personale dei pazienti e di assistenza generica agli stessi. Hanno precisato i testi che gli infermieri svolgevano tali attività, fino alla seconda metà degli anni 2000, non in modo occasionale ma quotidiano, e per una parte rilevante del loro tempo di lavoro (non meno della metà), mentre in seguito la dotazione di personale di supporto è aumentata e quindi l'impiego degli infermieri nelle suddette attività è diventato meno frequente; ma non è comunque venuto meno, soprattutto nel turno di notte, in cui, pacificamente, gli ausiliari e gli OSS non sono mai presenti né opera il personale della ditta appaltatrice delle pulizie; turno in cui le necessità dei pazienti, ovviamente, non vengono meno. Tutti i testi, inoltre, hanno precisato che tali incombenze di assistenza di base ai pazienti vengono svolte dagli infermieri non solo quando sono necessarie tecniche precise per la mobilitazione, ma anche quando si tratta semplicemente di ammalati non autosufficienti, alle cui necessità ben potrebbero e dovrebbero provvedere gli OSS. Dell'estrema scarsità del personale di supporto vi è conferma, del resto, nelle numerose produzioni documentali dei ricorrenti (si



fa riferimento ai prospetti dei turni mensili e alle lettere inviate dal Primario e dalla Caposala al Direttore sanitario che denotano anche la grave carenza infermieristica e perfino dei letti di degenza in rapporto al numero dei ricoveri).

La scarsità del personale di supporto è stata riconosciuta anche dalla stessa Direzione Sanitaria ed ha assunto caratteri di obiettiva gravità, tanto che in un'occasione ha indotto i familiari dei pazienti a rivolgersi ai carabinieri attirando l'attenzione della stampa che ha addossato agli infermieri la responsabilità del mancato accudimento alle necessità fisiologiche di certi pazienti.

Alla luce della prova orale e documentale sopra richiamata è difficile dubitare che i ricorrenti abbiano svolto un ruolo di sostituzione, sia pure parziale, del personale di supporto di categoria A e B, e che tale sostituzione non sia occasionale, ma costante perché indispensabile al funzionamento della Divisione. Tenuto conto anche del ridotto numero di infermieri presenti in reparto ogni turno, che li ha verosimilmente costretti a svolgere le attività di loro competenza in modo fret-

toloso e con interruzioni, deve ritenersi provata la compressione della professionalità dei ricorrenti per un lungo periodo di tempo. Spesso, non hanno la possibilità di partecipare ai corsi di aggiornamento, a causa della carenza di tale figura (si precisa che la formazione è un diritto del lavoratore ed è previsto anche dallo stesso codice deontologico dell'infermiere); non sempre è possibile applicare i protocolli infermieristici per mancanza di risorse; insomma, gli aspetti più qualificanti della professione risultano notevolmente sacrificati, sia pure in misura diversa a seconda dei periodi.

Tale situazione giustifica non solo la condanna di parte convenuta ad adempiere al suo obbligo contrattuale di adibire i ricorrenti alle sole mansioni del proprio profilo, ma giustifica anche la richiesta risarcitoria contenuta in ricorso.

Deve innanzitutto disattendersi l'eccezione di parte resistente secondo cui i ricorrenti non avrebbero allegato alcun concreto pregiudizio come conseguenza del lamentato demansionamento. Al contrario il ricorso contiene precise allegazioni sia in

punto di danno patrimoniale (riconducibile 1) al surplus di mansioni; 2) Incidenza su reddito, in considerazione del fatto che essendo impossibilitati, anche se solo in parte, ad esercitare le loro conoscenze ovvero a migliorarne o ad acquisirne di nuove, le vedranno diminuire quantitativamente e qualitativamente con le ovvie conseguenze in termini di spendibilità sul mercato del lavoro) sia per quanto riguarda il danno non patrimoniale ("... lesione della professionalità e, prima ancora, della dignità dei lavoratori, attuata ormai da anni attraverso la costante e reiterata assegnazione di mansioni inferiori... resa pubblica sia all'interno che all'esterno dell'azienda..."). L'utilizzazione dell'infermiere *factotum* determina, per effetto della sistematica confusione dei ruoli professionali, un gravissimo danno all'identità professionale sul luogo di lavoro ed all'immagine". Ed in effetti il danno alla professionalità può avere sia carattere patrimoniale, sia non patrimoniale. Secondo l'insegnamento della Suprema Corte, infatti, ogni lesione seria di un diritto inviolabile della persona, tutelato costituzionalmente, può dar luogo ad un pregiudizio non direttamente economico ma comunque suscettibile di risarcimento. Non c'è dubbio che ha tutela costituzionale il diritto del lavoratore ad esprimere la propria competenza professionale in conformità alle condizioni di assunzione, a conservarla e ad accrescerla; la sua lesione, anche quando non provochi un danno alla

salute, può incidere però sulla dignità personale del lavoratore. Nel caso in esame non vi è la prova di un danno patrimoniale, ossia della perdita di valore della propria capacità lavorativa in termini di spendibilità sul mercato del lavoro o comunque perdita di chances, non avendo i ricorrenti allegato conseguenze economiche, dirette o potenziali, dell'impovertimento del proprio bagaglio professionale.

A diversa conclusione si perviene invece per quanto riguarda il danno non patrimoniale. Tenuto conto che la relativa prova può essere data con ogni mezzo, anche con presunzioni semplici purché gravi, precise e concordanti, nel caso in esame il danno alla professionalità deve ritenersi accertato sulla base degli elementi emersi quanto alle caratteristiche del demansionamento, alla sua gravità e durata, alla sua incidenza sulle prospettive di carriera, alla sua conoscibilità nell'ambiente di lavoro ed all'esterno, alle eventuali reazioni intraprese nei confronti del datore di lavoro.

Tale demansionamento è durato diversi anni; la sua gravità si desume dall'essere state assegnate ai ricorrenti incombenze di qualifiche inferiori alla propria di due livelli; la difficoltà di accedere all'aggiornamento professionale rende più difficile ai ricorrenti anche l'aspirare ad incarichi particolari; il demansionamento non è stato privo di riflessi sull'immagine dei ricorrenti, come dimostra l'episodio dell'articolo di giornale sopra riferito, che ha messo obiettivamente

in cattiva luce gli infermieri del reparto.

Infine appare inaccoglibile l'eccezione di parte resistente, che ha sostenuto di non essere responsabile del danno eventualmente accertato in capo ai ricorrenti. Trattandosi di responsabilità contrattuale, il datore di lavoro ne è esonerato solo se prova che la corretta esecuzione dei suoi obblighi è oggettivamente impossibile per causa a lui non imputabile. Se è vero che la determinazione della pianta organica delle Aziende sanitarie è soggetta all'approvazione regionale, ciò non significa che le stesse siano prive di poteri nell'assegnazione di personale alle varie articolazioni.

Il carattere non patrimoniale del danno accertato giustifica l'utilizzo di un criterio equitativo per la quantificazione del risarcimento. In particolare appare ragionevole rapportare la somma alla retribuzione dei ricorrenti, e, tenuto conto, del carattere parziale del demansionamento, individuare in concreto il risarcimento nella misura del 10% dell'importo netto dello stipendio di ciascuno (per l'intero periodo di applicazione di ciascuno alla divisione Geriatria)."

Questa sentenza offre numerosi spunti di riflessione chiarendo le differenze che si frappongono fra le diverse qualifiche professionali deputate alla pratica assistenziale in senso lato. Il principio cardine da cui non si può prescindere nell'analisi del caso in questione è che **l'Infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica**: generale

e non generica. L'Infermiere risponde ai bisogni di assistenza infermieristica non a generici bisogni di assistenza ai quali sono chiamati a rispondere altri operatori.

L'articolo 49 del Codice Deontologico dell'infermiere recita "L'infermiere, nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale o ricorrente o comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale". Nelle ragioni che giustificano la veridicità del demansionamento dei colleghi troviamo, infatti, il carattere di consuetudine di assegnazione di mansioni inferiori, dove, per mansioni inferiori intendiamo quelle assegnate da una norma ad una diversa qualifica e che, al contrario, vengono svolte da una qualifica superiore con carattere di continuità, prevalenza ed esclusività. Come aveva già chiarito la Corte di Cassazione, Sezione Lavoro Civile, con la sentenza n. 6326 del 23 marzo 2005 "lo svolgimento di mansioni inferiori influisce negativamente sulla formazione e sulla crescita professionale del dipendente tanto da depauperare il proprio bagaglio tecnico-culturale fino a limitare gravemente le proprie capacità e possibilità di sviluppo, danneggiando il prestigio, la carriera e la competenza specialistica in un determinato settore"

L'infermiere non è più semplice l'esecutore di man-

sioni indicate dal medico e a lui subordinato, ma ora è rivestito di autonomia decisionale per tutto ciò che concerne l'assistenza infermieristica. Collabora e coopera con le varie figure sanitarie (medici, fisioterapisti, tecnici di radiologia, terapeuti occupazionali, tecnici di laboratorio, etc.) in una visione multidisciplinare dell'assistenza, coordina il lavoro degli ausiliari, ma deve attenersi alle prescrizioni terapeutiche e diagnostiche e del medico. L'infermiere oggi, oltre ad essere responsabile del proprio operato, è responsabile del lavoro svolto dalle figure di supporto per cui attribuisce, secondo il Decreto n.739 del 1994, attività di assistenza di base. È oltre si responsabile del tirocinio clinico degli studenti infermieri e del tirocinio clinico delle figure di supporto.

La responsabilità dell'agire in autonomia non deve costituire un incolo per l'infermiere: è una risorsa che vede il riconoscimento del lavoro svolto ogni giorno con grande impegno da parte dei professionisti.

Bene hanno agito, dunque, questi infermieri che, nel tempo, hanno documentato quanto si verificava continuamente nella loro realtà e hanno imposto un cambiamento. Perché cambiare non è impossibile, è complicato, sicuramente faticoso, ma altrettanto doveroso nei confronti degli assistiti e della propria immagine e dignità professionale. Gli infermieri lamentano scarso ricono-

samento sociale ma è difficile sperare di averne se non ci si differenzia dall'ormai radicato stereotipo del vecchio infermiere factotum. Possiamo parlare della nostra crescita culturale, possiamo riempire pagine e pagine di giornali inneggiando alla conquista di nuove e avanzate competenze, ma se ci mostriamo in corsia con lo straccio in mano, e non stiamo proprio enfatizzando un concetto, i cittadini non vedranno in noi quello che siamo, vedranno semplicemente quello che noi mostriamo ai loro occhi. Dobbiamo essere fieri del nostro lavoro, dobbiamo difendere quello che abbiamo conquistato negli anni, dobbiamo onorare la nostra professione, dobbiamo lavorare per creare una nuova immagine dell'Infermiere, un PROFESSIONISTA, il Professionista. Dobbiamo crederci ogni giorno, dobbiamo farlo perché è importante, dobbiamo smettere di lamentarci e fare qualcosa per cambiare. Abbiamo strumenti e capacità dobbiamo semplicemente usarli. Il cambiamento siamo NOI.



Stato dell'arte della Commissione Esercizio

COMPONENTI DELLA COMMISSIONE:

Paola Pozzi, Valeria Belluschi, Monica Trombetta,
Rita Redaelli, Dario Cremonesi, Manuela Soncin

OBIETTIVI DICHIARATI E RAGGIUNTI:

- Risposta ai quesiti degli iscritti in tempi rapidi con:
 1. **Consulente del lavoro**
dott. S. Bazzanella
effettuate 34 consulenze
 2. **Consulenza legale**
avv. M. Lavatelli
effettuate 1 consulenze
 3. **Un colloquio con il presidente e/o membri del consiglio direttivo**
 4. **sportello di counseling**
dott. ssa S. Codari
effettuati 3 colloqui con la psicologa
 5. **Consulenze con delegato Enpapi**
Luca Bonfanti
9 consulenze
 6. Sono state sottoposte alla commissione 18 tra segnalazioni e quesiti con risposta scritta inviata entro 15 giorni previsti.
- Commissioni d'esame per infermieri Comunitari ed Extracomunitari EFFETTUATE tre commissioni d'esame.
- Spazio Lavoro con comunicazione in tempo reale di Bandi di concorso, offerte di lavoro.

OBIETTIVI DICHIARATI DA PROGRAMMARE PER IL 2016:

- Collaborazione con la Commissione Immagine e la Commissione Formazione per portare il Collegio vicino agli iscritti.



Eventi formativi residenziali anno 2015

EVENTO	DATA	CREDITI	POSTI A DISP.	PARTECIPANTI	CREDITI A DISP.	CREDITI ASSEGNATI	DIFFERENZA POSTI-CREDITI	
Blsd adulto bambino lattante E manovre di disostruzione	26 /01	9	12	10	108	90	2	18
Blsd adulto bambino lattante E manovre di disostruzione	27 /01	9	12	10	108	90	2	18
Interpretazione dell'ECG per Infermieri	10 /02	7,5	120	43	900	322,5	77	577.5
Introduzione al corso PNL in sanità	25 /02	8	100	79	800	632	21	168
PNL in sanità edizione 1	14/04 19/05	40	50	49	2.000	1.960	1	40
Il processo di ricerca: teoria e utilizzo dei metodi e strumenti per applicare alla pratica clinico assistenziali infermieristica le migliori prove di efficacia	20/06	8	30	22	240	176	8	64
PNL in sanità edizione 2	29/09 27/10	40	50	46	2.000	1.840	4	160
PNL in sanità edizione 3	30/09 28/10	40	50	43	2.000	1.720	7	280
PNL in sanità edizione 4	1 – 29/10	40	50	29	2.000	1.160	21	840
La complessità assistenziale e l'intensità delle cure: nuovi approcci organizzativi nella presa in carico dell'utente	31/10	7	100	46	700	322	54	378
La gestione del PICC	4/12	4	30	30	120	120	0	0
TOTALE		212.50	604	407	10.976	8.432,5	197	2543,5

La tabella rappresenta l'attività formativa svolta nell'anno 2015 con la distribuzione dei crediti e del numero dei partecipanti; nelle ultime due colonne sono riportate le differenze tra partecipanti e posti messi a disposizione.

L'analisi e la valutazione a fine anno è doverosa e fa riflettere; per l'anno 2015 ci eravamo impegnati, come

consiglio direttivo, per garantire la possibilità agli iscritti di formarsi gratuitamente, perché ci sembrava potesse essere una chiara espressione di vicinanza e miglioramento dei servizi offerti agli iscritti. Valutando le ultime due colonne si evince che un terzo dei posti a disposizione non è stato utilizzato dagli iscritti con un dispendio economi-

co sostenuto dal collegio ragguardevole e con una conseguente riduzione dei crediti totali erogati, che, come si può notare, sono nettamente inferiori rispetto a quelli messi a disposizione. Va inoltre sottolineato che, rispetto alle assenze nei singoli corsi, la maggior parte degli assenti non si è nemmeno preoccupata di segnalarlo alla segrete-

ria del collegio, impedendo così ad altri professionisti di poter prendere il loro posto. Lasciamo ad ognuno dei professionisti che leggeranno i dati, la riflessione rispetto allo sforzo che ognuno nel proprio piccolo deve fare, per permettere che a beneficiare dell'offerta formativa che il consiglio direttivo propone siano tutti gli iscritti al nostro collegio.

GLI EVENTI FORMATIVI RESIDENZIALI DEL PRIMO TRIMESTRE 2016

EVENTO	DATA	DOCENTE	POSTI A DISP.	PROVIDER
RESPONSABILITÀ LEGALE	25/02/2016	Benci	200	labor medical
ORGANIZZ, RUOLI E COMPETENZE RSA	09/03/2016	Fumagalli	30	
COMUNICAZIONE	marzo/aprile	Codari		

CONSULTA GIOVANI IPASVI COMO

Dalla necessità di dare spazio e ascolto ai nuovi colleghi iscritti al collegio è istituita la Consulta Giovani del Collegio IPASVI della Provincia di Como. Il gruppo dei Giovani, autonomo nell'incontrarsi e nella redazione degli articoli scientifici da pubblicare su Agorà, avrà la possibilità di partecipare più fattivamente anche alle singole manifestazioni in programma come quelle previste per il 12 maggio – Festa Internazionale dell'Infermiere e lo YOUNG – Giornata Regionale di Orientamento per le professioni e le università. Chi fosse interessato è pregato di inviare una mail a: info@ipasvicomo.it o un messaggio sui social, sarà contattato quanto prima.



Un anno di eventi e manifestazioni riuscite

DALLA GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE 2015 ALLO YOUNG 2015



Componenti:
Belluschi Valeria, Cavadini Elena, Franzin Massimo, Pozzi Paola
Mariella, Redaelli Rita, Seveso Maria Elisabetta.

Il 2015 si chiude con un bilancio nettamente positivo per la Commissione Immagine.

Due gli eventi che ci hanno visti protagonisti: la giornata di celebrazione del 12 Maggio e la presenza a Young -Orienta il tuo futuro. Due appuntamenti importanti per la visibilità della figura infermieristica a cui hanno partecipato un gran numero di iscritti ma anche tanti studenti del Corso di Laurea infermieristica a cui va il nostro più sentito ringraziamento. Crediamo fortemente che sia necessario riportare il Collegio vicino ai professionisti che lo compongono, ma allo stesso tempo puntiamo sulla nuova generazione di Infermieri affinché orientino la propria vita professionale in sinergia con un'istituzione importante che ha bisogno di energie nuove per alimentarsi e crescere.

La giornata internazionale è stata presentata nella scorsa edizione di Agorà. Per il 2016 stiamo organizzando una giornata che sarà all'altezza della precedente con un nuovo bando di ricerca infermieristica.

Il 15, 16 e 17 ottobre si è svolto l'ormai consueto appuntamento con i giovani studenti delle scuole medie superiori. Young- Orienta il tuo futuro; è una vetrina importante nel campo della formazione a cui hanno partecipato più di 22 mila

Commissione Immagine



studenti provenienti da tutta la Lombardia. Tanti i ragazzi e le ragazze che si sono fermati al nostro stand chiedendo informazioni sul Corso di Laurea in Infermieristica e che si sono confrontati con i nostri studenti in un clima davvero allegro e stimolante.

Il Collegio ha investito anche nella realizzazione del nuovo sito web. Un sito al passo con i tempi, più moderno, fruibile con maggiore facilità. Agorà, la nostra rivista, è diventata on line, questo ci ha permesso di risparmiare fondi da investire in altre iniziative come la felpe distribuita in occasione della festa del 9 maggio in Piazza Volta: 100 felpe assegnate a 100 infermieri che hanno voluto essere con noi a festeggiare accanto ai cittadini. Non solo, il bando di ricerca infermieristica avente come tema l'Infermiere di



Le polo regalate a tutti gli iscritti che hanno partecipato alla manifestazione.

famiglia è stato un altro successo. Sono pervenuti elaborati da tutta Italia. Puntare sulla ricerca vuol dire incoraggiare la crescita culturale degli infermieri valorizzando l'impegno di chi lavora per elevare le proprie conoscenze e per far crescere non solo la propria professionalità ma quella di tutti noi.

Per il 2016, approfittando degli spazi che ci offrirà la nuova sede, organizzeremo degli incontri aperti a tutti gli iscritti. La consapevolezza del proprio ruolo di infermieri, tanto nel suo

aspetto personale quanto in quello collettivo, è alla base dell'essere professionisti. Crediamo pertanto che sia necessario un approfondimento e un confronto sulle tematiche più dibattute in questi anni. Ci mettiamo a vostra disposizione per costruire insieme un progetto culturale fortemente interattivo.

Non dimenticate di visitare il nuovo sito per essere aggiornati sugli eventi in programma!

Grazie
La Commissione Immagine

Elenco degli esercizi commerciali convenzionati con il Collegio IPASVI di Como

BANCHE E ISTITUTI DI CREDITO

Le banche e istituti di credito convenzionati con il nostro collegio sono:

- **Banca Popolare di Milano BPM**
attiva dal 5 settembre 2015 – tassi aggiornati al mese di dicembre 2015
- **Crediper e Banca di Credito Cooperativo di Alzate Brianza**
attiva dal 2 novembre 2015

NEGOZI ED ESERCIZI COMMERCIALI

- **A.S.C.O. Srl**
via Morazzone, 12
Como tel. 031/240648
cell. 339/8403985 fax
031/303699 asco@ascocomo.com
Sconto del 10/15% su tutti gli articoli ortopedici e sanitari, con servizio di "consegna a domicilio" per ordini telefonici
- **Arredamenti Expo Web 6.000 mq. espositivi siti in Brianza**
www.expo-web.it
info@expo-web.it
cell. 335/5475737
tel. 02/87197002
Sconti fino al 30% su cucine, camere, camerette, divani, arredo living, arredo bagno, mobili su misura ecc.
- **Dental Center Studi dentistici**
via Bellinzona, 194
Como tel. 031/531902
fax. 031/5340550
dentalcenter.co@libero.it
Sconto del 20% a tutti gli iscritti e loro familiari sul tariffario dello Studio
- **Dott. Furlanetto Maurico Giuliano Medico chirurgo Odontoiatra**
via Giulio Cesare, 5
Cantù tel. 031/714390
Sconto del 20% a tutti gli iscritti sul listino prestazioni

- **Il Seme sas di Mazza R.A. & C.**
via Milano, 3 Como
tel. 031/266119
Acquisti on line tramite il sito <http://www.fioristailseme.it>
Convenzione Sconto del 5% fino a € 50,00 di spesa, oltre 10%
- **Inlingua**
via B. Luini, 3 Como
tel. 4310092 Sconto a prezzo convenzionati su corsi di lingua inglese, tedesca, francese e spagnola convenzione
- **Lario Libri srl**
via Montorfano, 47
Lipomo Tel. 031/280180
Sconto del 10% sui testi scolastici, parascolastici e compiti per le vacanze. Sconto del 15% varia adulti e ragazzi editori maggiori. Sconto del 20% dizionari atlanti (escluso greco e latino). Sconto 25 – 30% promozioni.
- **LGM Sanitaria di La Greca Massimiliano**
via Fratelli Cervi, 2
Cernate
tel. 031/722630
031/722431
cell. 393/7497426 Sconto del 10% su tutti i prodotti commercializzati tranne quelli già in promozione
- **Libreria Mentana**
via Mentana, 13 Como
tel. 031/270203 Sconto del 15% su tutti i libri presenti
- **Ottica Malinverno**
via Varesina, 55 Como
tel. 031/524998 Sconto del 25% su tutte le montature vista e sole, lenti per occhiali e a contatto (escluse usa e getta)
- **Ottica Montorfano**
via F.lli Rosselli, 13 Como
Sconto del 20% su montature da vista e sole lenti oftalmiche lenti a contatto annuali
- **Psicologia dello sport Studio Fly** via Don

Gnocchi, 46 Arosio –
studio@psicologiafly.com
<http://www.psicologiafly.com> – Sconto del

20% per: consulenze psicologiche in ambito sportivo – supporto atleta infortunato, mental training per lo sport, pianificazione di programmi specifici – colloqui psicologici – infanzia, adolescenza, coppia stress, dipendenze dalle tecnologie

- **Synlab Italia srl** viale Innocenzo XI, 70
tel. 031/27641941 <http://www.synlab.it>
Sconto prezzi convenzionati per iscritti e loro familiari per le seguenti prestazioni: check-up Laboratorio analisi check-up Laboratorio e Poliambulatorio allegato 1 allegato 2
- **Studio Commercialisti Associati Salerno e Brunetti** via dei Mille, 5
tel. 031/270321 Sconto del 10% su prestazioni professionali di carattere fiscale, contabile, denunce, paghe e contributi
- **Studio Medico Dentistico Incerrano dr. Sergio e Associati** via Don Guanella, 6
Montano Lucino
tel. 031/471779
Sconto su prestazioni professionali
- **Tutela Fiscale del Contribuente**
via Dei Mille, 5 Como
Sconto su preparazione ed elaborazione di 730/ unico

PALESTRE E CENTRI BENESSERE

- **Centro Benessere Paola Poggi** via Dante, 2
Cantù tel. 031/7073559
Sconto del 20% su servizi relativi al rimodellamento della figura femminile

nonché del benessere fisico

- **Centro Estetici Lariano**
via Napoleona, 24 Como
tel. 031/590335 – Sconto del 10% sui servizi offerti
- **Centro Estetico Professionale Eden** via Fratelli Recchi, 7 Como
tel. 031/570367 – 570571 – Sconto dal 10 al 40% a seconda dei programmi e trattamenti
- **In Forma Beauty & wellness** Piazza Garibaldi, 5 Cantù
tel. 031/715725 – Sconto del 25% sui programmi personalizzati
- **Istituto del Massaggio**
via Bellinzona, 27 Como
tel. 031/573818 – Sconto del 10% su trattamenti curativi ed estetici. Sconto del 15% su abbonamenti
- **La città del Benessere**
via dei Mille, 5 Como
tel. 031/278483 – Sconto del 10% su: tutti i trattamenti estetici, tutti i prodotti per la cura della persona, tutta la regalistica e bigiotteria
- **Palestra Lario**
via Bellinzona, 35/a
tel. 031/570640
Sconto del 20% su ogni tipo di abbonamento, corso o lezioni private (anche per familiari e conviventi)

RISTORAZIONE E RITROVI

- **Nerochina restaurant**
via Vitani ang. via 5 Giornate Como
tel. 031/270007 cell. 320/0187781 <http://www.nerochinacomo.com>
- **Ranch MA.LU**
via Olcellara, 24
Cavallasca
tel. 031/539988
Sconto del 10% su cene, consumazioni bar, passeggiate a cavallo ecc. (anche familiari). Iscrizione annuale € 10,00

ENTRANO A FAR PARTE DEL NOSTRO COLLEGIO

INFERMIERI



ACCONCIA
ACIERNO
ALLIEVI
ANCUTA
ANCUTA
ARNABOLDI
ARNONE
ARRIGHI
BADOLATO
BALLABIO
BARATTINI
BASSI
BIANCHI
BISCEGLIE
BRASOVEANU
BULGHERONI
CAIROLI
CATTONI
CECCONELLO
COLOMBO
COSTANTINI
D'ADDARIO
DEGANI
DELL'ERA
DI COSMO
DOTTI
FILARDO
FINO
FRIGERIO
GARAU
GATTI
GATTI
GUFFANTI
LAMMLE
LEU
LURASCHI
MAGISTRI
MAGNI
MANZI
MANZI
MONTI
MUTTI
ORSINGHER
PARLANTE
PELAMATTI
PELLEGRINI
PETILLO
RAFFAELLA
CHIARA ESTER
PAOLO
FLOAREA
PATRU
ELISA
VALENTINA
MARCO
SARA
PIER PAOLO
CLAUDIA
MARTINA
ALICE
CHIARA
FLORENTA
TOMMASO
LUCA
FEDERICA
STEPHANIE
LINDA
ALESSIO IVANO
ILARIA
MARIA LUIGIA
ANNA
SARA
DANIELE
AMBRA
FRANCESCA
FABIO
STEFANO
ALESSANDRO
ALICE
ESTHER
NINA
CAMELIA LIANA
SVEVA
ROBERTA
FRANCESCA
ALESSIA
GRETA
GIULIA
CAROLINA
LUCA
MADDALENA
CLARA
FRANCESCA
VALENTINA

PEVERELLI

PEVERELLI

PINI

PINI

PINI

PONTI

POZZI

RAPAGLIA

RATTI

RIGALDO

RIMOLDI

RIVOLTA

SESSA

SKORAN

SOMMA

STAN

SURDI

SUSAM

TAGLIATORE

TROMBETTA

URGNANI

VALTORTA

VERGA

VERGANI

YAO AFFOUE

ZORZI

DEBORAH

SILVIA

ALICE

GRETA

VALENTINA

GABRIEL

ELEONORA

SIMON GIORGIO

EMANUELA

SIMONE

SARA

CHIARA

BEATRICE

OLGA

SILVIA ANNA

DALIANA

DAVIDE

VOLKAN

REBECCA

NOEMI

MARA

CHIARA

MARTA

CHIARA

LEOPOLDINE

ETTORE

ARRIVANO DA ALTRI COLLEGI

ABDIU

ALAMPI

ALESSANDRO

ARDU

CAGLIO

CAMATTARI

CAPPELLO

CARDEI

CARNEVALE

CATALDI

DASAGA

DAVANZO

DI GIOVANNI

DUDZINSKA

FRESC

IPPOLITO

MEDJIDA

MELE

MORCIANO

MOTTA

NGATCHA

NIGRO

ERSIDA

VIRGINIA

ELIO

SARA

CARLO

LAURA

ELEONORA MARIA

ANISOARA

ROSA

CARMELA

FELICIA

EUSTACHIO

TANIA

MALGORZATA

ALESSANDRA

LARA

NADEGE MARIE LAURE

GIOVANNA

RICCARDO

LEILA

CHRISTIAN

PATRIZIA LUCIA

PAPI
RODRIGUEZ
THOMAS

INFERMIERI PEDIATRICI

DOGARU
LAPENNA
ORSENIGO

CONCETTA
JOSE MANUEL
PRINCY

CRISTINA MIHAELA
ANNA RITA
ILARIA

HANNO CESSATO LA LORO ATTIVITÀ

INFERMIERI

FOLCIO
GATTI
LA CIURA
GRAVANTE
PREZIOSO
VALOTI
CURTI
PETTERSON
VICIDOMINI

ASSISTENTI SANITARI

RAMPOLDI

MATILDE
EMANUELA
ANGELA
BIAGIO
GIUSEPPE
GIULIA SUOR CECILIA
MICHELA
EWE MARIE
MARIA

MORENA

SI SONO TRASFERITI

INFERMIERI

ALIPRANDI
BINDA
BOUSLIMI
BUSSENI
CHIOLERIO
COLZANI
COTOFANU
DENTELLA
DONADEL
GUSMAROLI
KECHTA
MALGOTTI
MOLARO
PASTORI
POMPONI
SERJANI
SHOUAIFI
STOIA
TANCREDI
ZANCHI

BARBARA
FILIPPO
FATMA
PATRIZIA
MATUSKA
PATRIZIA
RAMONA MADALINA
MARISA
NADIR MORENO
ANDREA
LAMIA
STEFANO
SIMONA
VIVIANA
ELEONORA
XHELIL
HAXHI
EDUARD GABRIELE
GIUSEPPINA
ALESSANDRA

DECEDUTI

INFERMIERI

COLARUSSO
SIRONI

ROSARIO
ALESSANDRA

Nasce Helpstomia

Sono oltre 60mila i pazienti stomizzati in Italia. Abituarsi al cambiamento del proprio corpo e a convivere con la patologia riprendendo una vita normale non è sempre facile ma molte testimonianze ci dimostrano che è possibile. La "stomia" è un intervento chirurgico praticato in caso di malattie gravi, come un tumore o un'infezione cronica dell'intestino (ad esempio il morbo di Chron). In chi lo subisce inizia una nuova vita che, accanto alle attenzioni di tipo igienico-alimentare, richiede l'accettazione psicologica delle condizioni fisiche mutate. Inoltre c'è da imparare a relazionarsi con quel "sacchettino" attaccato alla pancia, che va gestito nel

modo giusto anche per evitare situazioni imbarazzanti. Per fortuna i nuovi dispositivi sono in grado di limitare al massimo i rumori dovuti all'evacuazione e – se correttamente impiegati – controllano completamente il problema degli odori. Tuttavia molti soggetti "stomizzati", soprattutto nei primi tempi, tendono a ridurre le occasioni di vita sociale, con un grave rischio di isolamento che tende a ripercuotersi sulla vita affettiva e lavorativa. Per questo è nata HelpStomia. L'applicazione ideata da Michele Placentino, un infermiere stomaterapista del centro di ricerca Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo, nasce con l'intento di infor-

mare i pazienti, i caregivers e gli operatori stomaterapisti con informazioni dettagliate che tendono a semplificare il rapporto dello stomizzato con la sua patologia.

Al suo interno sono state raccolte la maggior parte delle informazioni di cui necessitano i pazienti per poter gestire la patologia al meglio.

Le sezioni sono:

- informazioni di carattere generale sulle stomie;
- una mappa dove trovare i vari stomaterapisti sparsi sul territorio;
- disposizioni sui diritti dello stomizzato ed informazioni per un supporto legale specifico;
- video istruzionali sottotitolati realizzati da un

- equipe di professionisti;
- un supporto psicologico di base per affrontare i problemi con più sicurezza;
- una chat dedicata agli stomizzati per liberare l'animo dai pensieri;
- un mini quiz di autovalutazione personale.

HelpStomia è tutt'ora in via di sviluppo, aperta ad ogni tipo di critica costruttiva che possa migliorare l'esperienza degli utenti.

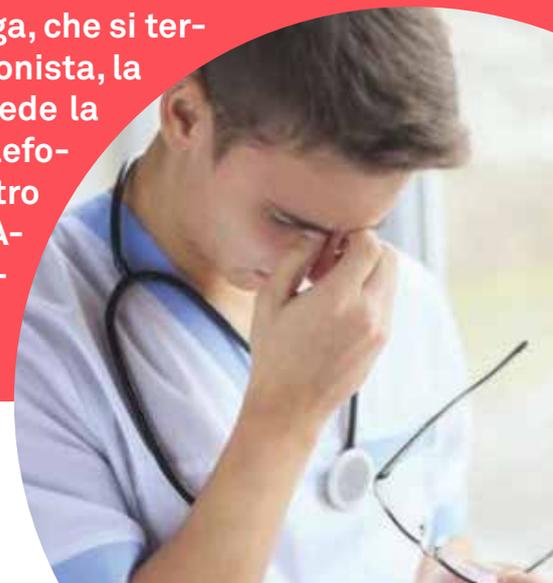
Il download è disponibile per dispositivi Android e iOS, come iPhone e iPad.

Per maggiori informazioni, consultate la pagina ufficiale su facebook all'indirizzo seguente <https://www.facebook.com/HelpStomia>

SPORTELLO COUNSELING PSICOLOGICO

È operativo lo **Sportello counseling psicologico**, per problematiche di stress lavoro-correlate, burn out, mobbing. Il colloquio verrà fissato direttamente dalla psicologa attraverso una telefonata durante la quale verranno raccolte le prime informazioni.

Successivamente, durante il primo incontro con la psicologa, che si terrà presso la sede del Collegio, verrà valutata dalla professionista, la situazione ed il percorso da seguire. La convenzione prevede la presa in carico da parte del Collegio del primo contatto telefonico e della prima seduta con la psicologa. Il primo incontro sarà dunque gratuito a favore degli iscritti del Collegio IPASVI di Como. Per accedere al servizio contatta il collegio inviando una mail a: info@ipasvicomo.it oppure inviando un messaggio attraverso i social.



Hanno collaborato

Infermieri autori e relatori delle pubblicazioni (in ordine di pubblicazione)

ANDREA FODARO
laureato nel 2013 è infermiere di area critica presso il Dipartimento di Emergenza e Accettazione dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna – U.O. di Anestesia e Rianimazione – Presidio di Cantù. Collabora con l'IPASVI di Como nella Consulta Giovani.

GUIDO CAIRONI
laureato nel 2005, dopo 10 anni di Pronto Soccorso presso il DEA dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna – U.O. di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, svolge la sua professione presso l'Articolazione Aziendale Territoriale dell'AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza di Regione Lombardia) come infermiere di centrale operativa e a bordo dei Mezzi di Soccorso Avanzati ed Intermedi (Automedica e Autoinfermieristica). Da sempre si occupa di formazione a diversi livelli.

ALESSANDRO MASSA
laureato nel 2009 è infermiere di area critica presso il Dipartimento di Emergenza e Accettazione – U.O. di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como. Master in Coordinamento delle Professioni Sanitarie nel 2014. Infermiere di Mezzo di Soccorso Avanzato di AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza) si è, da sempre, occupato di formazione nell'assistenza extraospedaliera sia come istruttore 118 che come dipendente soccorritore di Croce Rossa Italiana.

OMAR TETTAMANTI
laureato nel 2009 è infermiere di area critica presso il Dipartimento di Emergenza e Accettazione – U.O. di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como. Infermiere di Mezzo di Soccorso Avanzato di AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza) si è, da sempre, occupato di formazione nell'assistenza extraospedaliera sia come istruttore 118 che come dipendente soccorritore di Croce Rossa Italiana.

MASSIMO MACCHI
Infermiere Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Varese
Cardiochirurgia
Terapia Intensiva.

FRANCA STEFANONI
Infermiera presso Azienda Ospedaliera "Sant'Anna" di Como – Formatore, Istruttore e Referente del Centro di Formazione IRC "Sant'Anna" di Como.

TOMMASO BULGHERONI
laureato nel 2015. Il suo elaborato finale, è stato scelto dall'Università degli Studi dell'Insubria – Scuola di Medicina – Corso di Laurea in Infermieristica – Sede di Como, tra i più meritevoli della sessione di novembre u.s. e pubblicato su questo numero di Agorà. Membro del Gruppo Giovani dell'IPASVI di Como.

DARIO CREMONESI
laureato nel 2003 è infermiere elisoccorritore presso l'Articolazione Aziendale Territoriale del 118 di Como, Azienda Regionale Emergenza Urgenza. Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche. Professore a contratto presso l'Università degli Studi dell'Insubria – Scuola di Medicina, è dal 2015 in forza al DAPS (Dipartimento Aziendale Professioni Sanitarie) dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna" di Como. Membro del Consiglio Direttivo IPASVI della Provincia di Como tuttora in carica.

ELISABETTA SEVESO
Infermiera dal 2003 presso l'Ospedale Valduce di Como. Master in Coordinamento delle Professioni Sanitarie, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. E' consigliere IPASVI della Provincia di Como nell'attuale mandato.

MONICA TROMBETTA
infermiera dal 1994, master in DIRITTO SINDACALE DEL LAVORO E CONTRATTUALE, master in coordinamento delle professioni sanitarie. Membro del Consiglio Direttivo IPASVI della Provincia di Como tuttora in carica.

MONICA RIVA
infermiera dal 1982, coordinatore infermieristico in un'RSA della Provincia da sempre impegnata nella formazione universitaria e post-universitaria. E' membro del Consiglio Direttivo IPASVI di Como da più mandati e Presidente della Commissione Formazione.

RITA REDAELLI
laureata nel 2003 è infermiera in Terapia Intensiva Neonatale presso l'Ospedale Valduce di Como. Laurea in Infermieristica Legale e Forense è Presidente della Commissione Immagine dell'IPASVI di Como.

MICHELE PLACENTINO
infermiere stomaterapista – Centro di ricerca Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo.

Algorà

