il TERMOMETRO

Anno XXVII | n. 3 | novembre | 2016

Collegio Provinciale di Foggia
IPASVI

Il Presidente, il consiglio direttivo e i revisori dei conti augurano a tutti i colleghi un buon Natale e un felice 2017

il TERMOMETRO

Copyright by **Collegio IPASVI Foggia**
Viale Giotto, 200
71122 FOGGIA - Tel. e Fax 0881 749774

Direttore
Afd Matteo Russo
Vice Direttore
Antonio Marchesani
Direttore Responsabile
Dott. Giuseppe Tampone
Comitato di redazione
Consiglio Direttivo Collegio Ipasvi

Autorizzazione del Tribunale di Foggia
n. 12/90 del 27 aprile 1990
Tutti i diritti di proprietà letteraria ed artistica sono riservati. Tutti gli Iscritti al Collegio possono collaborare con la Redazione. I manoscritti e le fotogra e, anche se non pubblicati, non si restituiscono. È vietata la riproduzione anche parziale senza l'autorizzazione dell'Editore.

Spedizione in abb. postale
art. 2 Comma 20/B Legge n. 662/96 - Poste Italiane
Filiale di Foggia
▪ pubblicazione trimestrale inviata gratuitamente a tutti gli iscritti del Collegio Provinciale IPASVI di Foggia.

COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI FOGGIA
Viale Giotto, 200 - 71100 FOGGIA
TF e FAX - 0881/749774
Presidente
Dott. Michele Del Gaudio
Vice Presidente
Dott. Silvio Piancone
Segretario
Dott. Matteo Vizzani
Tesoriere
AFD Gaetano Consalvo

CONSIGLIO DIRETTIVO
M. S. Cicilano, M. R. Cimarrusti, G. Chiumento, F. Mansi, A. Marchesani, P. Papagna, M. Russo, A. Santoro, A. Scisco, C. Tampone, G. Tino

REVISORI DEI CONTI
A. Libertazzi, A. Turco, D. Trombetta, M. Marchese (Supp.)

SOMMARIO

Dal Collegio

- Riflessioni sull'evento formativo residenziale **pag. 3**
  "La professione infermieristica allo specchio: Tra nuove aspettative e vecchie incognite"

a cura di Annalisa Pazienza

APPROFONDIMENTI

- Nursing Sensitive Outcome:gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica. Indagine osservazionale descrittiva: due realtà a confronto. **pag. 9**

a cura di Emanuela Pia Gaggiano, Gianfranco Tino

- Qualità di vita dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca sottoposti a terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT- D): studio osservazionale. **pag.26**

a cura di Cristina Centra, Immacolata Potenza

NEWS

- Terremoto: la Protezione civile mette in campo gli infermieri del Cives **pag. 34**
- Tar, sì ai codici bianchi agli infermieri. Medici contro la sentenza **pag. 35**
- Infermieri&social: stop all'uso "inappropriato" per la professione **pag. 37**
- Triage Infermieristico **pag. 39**
- Avviso per la quota ridotta **pag. 40**

Norme editoriali per le proposte di pubblicazione

Le proposte editoriali verrano valutate dal comitato di redazione e prese in considerazione solo se originali (non pubblicati in precedenza) il cui contenuto sia di chiaro interesse infermieristico. La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva facoltàdi apportare modifiche nel contenuto e/o nella forma, comunque in accordo con gli autori.
Ogni articolo esprime l'idea degli autori, i quali si assumono la piena responsabilità di quanto scritto. Il materiale dovrà pervenire in formato elettronico (word o rtf) via e-mail, completo di eventuali tabelle o immagini allegate (specificare dove inserire le tabelle o le immagini). Nel caso in cui le immagini non vengano fornite, ne sarà assegnata una o più a giudizio insindacabile della redazione.
Ogni pagina dovrà essere numerata e nella prima dovrà comparire: 1) titolo dell'articolo; 2) autori (nomi completi e qualifiche professionali); 3) recapiti per eventuali contatti (telefono, fax e e-mail).
La bibliografia va inserita nell'ultima pagina rispettando i seguenti criteri:
Libri: Autore, Titolo (in corsivo), Luogo, Editore, Data, Pagina
Riviste: Autore, Titolo (in corsivo), «Titolo della rivista (tra caporali)», annata in cifre romane (anno corrispondente in cifre arabe)
Atti: Titolo dell'evento, città, data.
Quando il lavoro coinvolge, a vario titolo, l'istituzione di appartenenza degli autori o soggetti diversi dagli autori, è necessario allegare una liberatoria scritta dei relativi responsabili. Il materiale inviato non verrà restituito in alcun caso.

Riflessioni sull'evento formativo residenziale

La professione infermieristica allo specchio: "Tra nuove aspettative e vecchie incognite"

a cura di Annalisa Pazienza

Nei giorni 11-12-13 settembre si è tenuto, presso la sala congressi del Resort "La Gattarella" (Vieste), un evento formativo residenziale organizzato dal Collegio IPASVI Foggia, e in particolar modo dal Presidente Michele Del Gaudio.

Il fulcro centrale delle tre giornate di convegno è stato, come specifica il titolo, il futuro della professione infermieristica, inteso come analisi delle nuove frontiere dell'assistenza infermieristica e come valutazione critica del presente. Su questo tema, degna di nota è stata la relazione, in videoconferenza, di Edoardo Manzoni, che ha posto l'attenzione sull'identità professionale, che rischia di essere sempre più frammentata in identità fittizie, quali possono essere l'identità della tecnica-procedurale, l'identità formale e molte altre. Manzoni, nella sua relazione, ha affermato "Dove poggiano i miei piedi?", ovvero su che tipo di pavimento, un pavimento che sta diventando liquido e scivoloso, un pavimento che dobbiamo rendere più solido e sicuro per poter indirizzare i nostri passi. La questione è stata affrontata, tra le altre cose, anche dalla sen. Annalisa Silvestro, la

quale si è chiesta, e ha chiesto alla platea, se la crisi che stiamo affrontando fosse solo un problema di quadro giuridico o fosse una crisi di identità professionale; si chiede la senatrice se l'infermiere del futuro debba continuare a lavorare come faceva in passato e come continua a lavorare oggi e, dunque, "Quali competenze per l'infermiere del futuro?".

Forse la professione infermieristica deve ritornare sui fondamenti su cui si basa l'assistenza infermieristica: l'etica e la deontologia. Tema affrontato superbamente da Pio Lattarulo, che da gennaio 2016 sta partecipando alla revisione del codice deontologico.

Sul tema dell'identità è stato significativo l'intervento di Angelo Del Vecchio, che si è concentrato sulla pericolosità dei social media. "Postare si.. ma non ledere!" ha affermato in modo da sottolineare la pericolosità e il danno d'immagine per l'intera categoria professionale che può derivare da un uso non appropriato di Facebook.

La presidente Barbara Mangiacavalli, a conclusione della prima giornata, ha precisato che la presa

in carico del paziente e la pianificazione dell'assistenza infermieristica è dell'infermiere, ed è necessario "andare ad occupare i nostri spazi", sia all'interno delle realtà ospedaliere che, soprattutto, sul territorio. Come sappiamo, infatti, negli ultimi anni si è assistito ad un prolungamento della vita media e ad una conseguente cronicizzazione, è quindi necessario valorizzare il territorio.

Valorizzazione che può essere iniziata già all'interno di realtà quali le Unità a Direzione Infermieristica e le Post Acute Care, che devono essere considerate come "ponte tra l'ospedale e il territorio" e hanno il preciso scopo di garantire alle persone, caratterizzate da una bassa complessità assistenziale, di poter essere dimesse in maniera

"protetta", creando quella rete dei servizi che da anni ormai è auspicata e che determina, inoltre, una riduzione dei costi per ricoveri successivi e inappropriati e riduce, di conseguenza, il sovraffollamento dei pronto soccorso. All'interno delle Unità a Direzione Infermieristica risultano fondamentali figure infermieristiche quali il care manager, il bed manager e il case manager.

Riguardo al tema delle organizzazioni avanzate è stato emblematico l'intervento di Flavio Paoletti, che ha citato la sua esperienza come Direttore Socio-Sanitario, su quali possano essere i Ruoli Contendibili a cui l'infermiere, come laureato, possa accedere, ruoli che sconfinano dalla monoprofessionalità.

Altre esperienze significative sono quelle dei PICC Team, anche in questo caso a gestione infermieristica.

Gli argomenti discussi in ultima giornata vertevano su temi quali la ricerca disciplinare e la responsabilità professionale. Nell'ambito della ricerca è stato affrontato il tema della core competence all'esame di abilitazione infermieristica. Tale esame, come ha dimostrato lo studio svolto nel Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, infatti, risulta essere estremamente diversificato tra le università, andando a valutare competenze non univoche, come invece avviene nel progetto europeo Tuning Nursing Educational.

Emblematico è stato, infine, l'intervento di Maria Adele Schirru, che specifica l'importanza del "prendersi cura di chi cura". Come sono costretti a lavorare i nostri infermieri, nonostante la presenza di un percorso formativo universitario, del profilo professionale e del codice deontologico. "Siamo chiamati alla responsabilità, ad avere il coraggio di denunciare le carenze e le situazioni di criticità delle organizzazioni antiquate in cui stiamo lavorando. Dobbiamo riconoscere formalmente che gli infermieri sono cresciuti. Lavorare in termini complementari nell'obbiettivo comune del prendersi cura delle persone. Siamo andati avanti, ambulanze, triage, responsabilità, ma l'organizzazione è un nodo cruciale su cui intervenire. Dobbiamo portare avanti il Documento delle Competenze, dobbiamo chiamare in causa i coordinatori e i dirigenti infermieristici. Abbiamo un potenziale che può aumentare ogni giorno. Allora mettiamoci d'accordo. Dobbiamo avere una consapevolezza chiara su cosa significhi essere un professionista." È necessario, dunque, che ci sia, all'interno della comunità infermieristica, una forte identità professionale, ogni infermiere deve chiedersi "cosa posso fare io per dare un contributo?", sono indispensabili "nuove e rivoluzionarie strategie, innovativi modelli organizzativi e coraggiose politiche di assistenza alla persona." Bisogna creare una cultura professionale, volta alla sempre maggiore acquisizione delle compe-

tenze, in modo da andare concretamente ad occupare i nostri spazi, avendo la chiara consapevolezza di chi è l'infermiere e di cosa possa fare, autonomamente ed in collaborazione con gli altri professionisti, a beneficio della società, smettendola di sentirci "Orfani del mansionario", perché "possiamo andare avanti o tornare indietro, e per tornare indietro basta star fermi".

Approfondimenti

Nursing Sensitive Outcome: gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica. Indagine osservazionale descrittiva: due realtà a confronto.

a cura di:
Emanuela Pia Gaggiano, Dottore in Infermieristica Università degli Studi di Foggia
Gianfranco Tino, Dottore in Infermieristica, Docente a contratto MED/45 Università degli Studi di Foggia, CdL Infermieristica Sede di San Giovanni Rotondo

(Articolo Estratto dalla Tesi di Laurea della Dottoressa Emanuela Pia Gaggiano)

INTRODUZIONE

"I Nursing Sensitive Outcomes sono il cambiamento nello stato di salute dell'utente attribuibile alle cure." (Donabedian, 1980)

L'odierna organizzazione dei servizi sanitari deve tener conto delle importanti sfide del tempo e dei cambiamenti cui si va incontro con lo scorrere dei giorni, mutamenti rappresentati dall'inarrestabile evoluzione delle tecnologie, dal

trasformarsi delle condizioni demografiche ed epidemiologiche e dalla richiesta di un'assistenza qualitativamente e quantitativamente adeguata, da parte di cittadini sempre più informati e consapevoli. Contemporaneamente la riduzione delle risorse a disposizione richiede di individuare i criteri essenziali di appropriatezza ed efficacia che permettano l'erogazione di prestazioni caratterizzate da qualità, sicurezza ed economicità.
In tale scenario, il costante e sempre più importante coinvolgimento degli infermieri rappresenta un punto cardine per la garanzia della sicurezza dei pazienti e per il miglioramento della qualità delle prestazioni, a cui sono inevitabilmente connessi gli esiti dei pazienti. Infatti l'evoluzione della professione infermieristica in Italia, ha condotto gli infermieri all'acquisizione di una maggiore consapevolezza della loro accountability (meglio intesa come responsabilità diretta) nel percorso di cura, giungendo ad interrogarsi sul contributo che possono apportare in termini di outcomes per il paziente, consapevoli del fatto che ormai sia indispensabile utilizzare un sistema di registrazione dei dati del paziente secondo termini e definizioni standardizzate (Institute of Medicine, 2004). Senza un sistema di classificazione gli infermieri non possono comunicare adeguatamente i problemi ed i fenomeni assistenziali in modo chiaro e preciso (Lunney, 2006), ed è dimostrato che la sua assenza produce un notevole ostacolo allo sviluppo della professione infermieristica (Moen et al., 1999). L'evidente considerazione che scaturisce da questa breve analisi è che non è sufficiente documentare i processi, ma è fondamentale documentare gli esiti, che diventano i migliori strumenti per definire l'efficacia dell'assistenza infermieristica.
"Là dove gli indicatori di esito sono in grado di mappare miglioramenti delle prestazioni sanitarie, diventano dei potenti strumenti decisionali per indirizzare scelte e modelli organizzativi, nonché orientare il cambiamento sotteso al ridisegno dei Servizi Sanitari ad oggi sempre più necessario." (T. Carradori, "Osservatorio Regionale sui Nursing Sensitive Outcomes").

DISEGNO DELLA RICERCA

TIPOLOGIA DI STUDIO
Il nostro studio è stato condotto come un'indagine osservazionale descrittiva di tipo multicentrico perché realizzato in due distinti contesti e con lo stesso protocollo d'indagine. Lo studio va definito osservazionale poiché, essendo lo scopo quello di valutare l'efficacia dell'assistenza infermieristica, non ci occuperemo di somministrare particolari terapie né alcun tipo di innovazione, ma ci limiteremo ad osservare e registrare gli esiti scelti e presi in esame nell'arco di tempo prestabilito. Per quest'ultima ragione definiremo la nostra indagine uno studio longitudinale, poiché eseguito in un lasso di tempo pari a 9(nove) mesi.

PROGETTAZIONE
La fase di progettazione dello studio prevede innanzitutto la ricerca della letteratura sugli NSO nelle più grandi banche dati biomediche, la valutazione critica degli studi reperiti e la sintesi dei risultati. I risultati ottenuti dalla letteratura rappresentano il presupposto per la scelta degli outcomes da osservare e per l'effettuazione dell'istruttoria sull'attuale monitoraggio degli esiti.

Il disegno della ricerca prevede più steps:
1- definizione degli obiettivi dello studio osservazionale descrittivo,
2- scelta degli NSO da monitorare: lesioni da pressione (LdP), cadute e contenzione,
3- individuazione dei settings di assistenza e richiesta della disponibilità per condurre l'indagine negli stessi,
4- inquadramento del tipo di pazienti su cui valutare gli outcomes e scelta dei criteri di inclusione e di esclusione,
5- scelta delle apposite scale di valutazione per il rischio e costruzione degli strumenti necessari.

OBIETTIVO
Obiettivo generale del nostro studio è quello di dimostrare quanto gli interventi assistenziali effettuati dagli infermieri possano essere efficaci per i pazienti in termini di esiti, monitorando un set prescelto di outcomes in due contesti differenti per numero di infermieri operativi ad ogni turno. Aneliamo che lo studio tenda a migliorare la qualità e la sicurezza delle cure correlate alle prestazioni infermieristiche in relazione agli NSO misurati, e ad arricchire la cultura assistenziale orientando le modalità di lavoro ai risultati delle cure.

MATERIALI E METODI

OUTCOMES SCELTI DA MONITORARE.
Da ricerche ed indagini è emerso come le lesioni da pressione, le cadute e la contenzione siano ad oggi non solo gli outcomes più frequentemente monitorati, ma anche quelli in cui la figura infermieristica incide giocando un ruolo primario. Perciò si è deciso di prendere in esame questi tre outcomes per valutare l'efficacia dell'assistenza infermieristica.

CONTESTO E SETTINGS OPERATIVI
Per il monitoraggio della popolazione in studio sono stati messi a confronto due settings operativi, uno corrispondente all'U.O. di Medicina Fisica e Riabilitativa (M. F. R.) dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" in San Giovanni Rotondo (FG), e l'altro relativo all'R. S. S. A. "Madre Teresa di Calcutta" della stessa città.
I due contesti differiscono evidentemente. L'obiettivo dell'assistenza nell'U.O. di M. F. R. sta nella riabilitazione e nel recupero della massima autonomia possibile nelle attività di vita quotidiana e, laddove possibile, anche in quelle più complesse. Dunque l'unicità di tale setting sta fondamentalmente nel fatto che l'infermiere non si sostituisce all'assistito, ma collabora con lo stesso per far emergere tutte le potenzialità residue. Quello che invece caratterizza il contesto operativo dell'R. S. S. A. è la prestazione di accoglienza e di assistenza sanitaria a persone non autosufficienti, attività miranti fondamentalmente al mantenimento di un'adeguata qualità di vita. L'infermiere in tale contesto sarà specificatamente attento a tutte esigenze del paziente da quelle di base a quelle più complesse, in questo caso però sostituendosi al degente nello svolgimento delle normali attività.

POPOLAZIONE COINVOLTA
Per lo studio è stato scelto un campione di convenienza: sono stati arruolati tutti i pazienti ricoverati nelle due unità in questione nell'arco di tempo che va dal giorno 01/01/2015 al giorno 31/07/2015, aventi età superiore o uguale a 65

anni e positivi ad almeno due dei seguenti parametri:
· rischio di sviluppare lesioni da pressione,
· rischio di cadute,
· presenza di lesioni da pressione,
· presenza dell'evento caduta,
· presenza di contenzione.

Ogni paziente arruolato è stato monitorato con cadenza settimanale, e per ognuno è stato previsto un periodo di osservazione massimo pari ad otto settimane.
Esce dal monitoraggio prima di suddetto tempo il paziente che viene trasferito/dimesso dall'unità operativa, quello che decede durante il periodo di monitoraggio e quello che durante lo studio va incontro ad un miglioramento tale da determinare la positività a meno di due tra i nostri parametri.
Sono esclusi dall'arruolamento tutti i pazienti ricoverati dal giorno 01/08/2015, quelli con età inferiore ai 65 anni e quelli che risultavano positivi a meno di due tra i parametri da noi scelti.
Il numero di infermieri coinvolti nello studio è pari a 27 (ventisette), 21 (ventuno) nell'U. O. di M. F. R. e 6 (sei) in R. S. S. A.
L'U.O. di M. F. R. con 34 (trentaquattro) posti letto nella sezione di Riabilitazione neuromotoria, può contare sulla presenza di 5 (cinque) infermieri nel turno di mattina, 3 (tre) nel turno pomeridiano e 3 (tre) durante la notte.
Nell'R. S. S. A. "Madre Teresa di Calcutta" invece, con 30 (trenta) posti letto, opera un solo infermiere ad ogni turno.

STRUMENTI UTILIZZATI

Per individuare i parametri determinanti l'arruolamento è stata necessaria una valutazione del paziente attraverso intervista, analisi delle condizioni psicofisiche, consultazione della cartella infermieristica e stima dei rischi con apposite scale.
Prima di ogni arruolamento, è stato chiesto ad ogni paziente di firmare il consenso necessario ad ottenere, nel rispetto del Codice della privacy(74) , tutti i dati personali da utilizzare ai fini del nostro studio.
Gli strumenti utilizzati per l'arruolamento e il monitoraggio dei pazienti, per la raccolta e l'analisi dei dati sono cinque: la "Scheda paziente", la scala di Braden, la scala di Conley, la "Tabella dati" per l'analisi degli stessi e la "Scala di Push Tool" per la valutazione dell'andamento delle LdP

Scheda Paziente
Si tratta di una scheda personale assegnata ad ogni paziente al momento dell'arruolamento.
(ALLEGATO 1)
Essa consta di:
· un'intestazione in cui va segnato:
· l'unità operativa del ricovero,
· le sigle nominali (per una questione di facilità nel monitoraggio settimanale),
· l'età della persona in questione,
· otto quadranti, uno per ogni settimana di monitoraggio, distribuiti in modo sequenziale sullo stesso foglio in modo da avere una visione completa e allo stesso tempo rapida dell'andamento degli outcomes presi in esame, settimana dopo settimana.
Ognuno consta di una sezione dedicata a:
· rischio di lesioni da pressione valutato con la scala di Braden,
· rischio di cadute stimato con la scala di Conley,
· presenza di LdP, in cui sono minuziosamente descritte le condizioni di ogni lesione (sede, stadio, infezione, necrosi, se è o meno detersa, granulazione, dimensioni) così da valutare eventuali miglioramenti o peggioramenti,
· evento caduta, in cui è specificato il turno durante il quale è eventualmente avvenuta la caduta in modo da conoscere il numero di infermieri operativi in quell'istante,
· presenza di contenzione, di cui ne è specificato il tipo (spondine, carrozzina con tavolino fissato, utilizzo contemporaneo di più dispositivi, o "altro" qualora sia utilizzato un presidio diverso da quelli specificati).

Scala di Braden
È stata definita la più precisa nell'individuare la positività al rischio di sviluppare lesioni da pressione, dunque la più completa.
(ALLEGATO 2)
Ideata nel 1985, esamina sei parametri:
1- percezione sensoriale, intesa come capacità di rispondere in modo adeguato al disagio legato alla compressione,
2- umidità cutanea,
3- attività, inteso come grado di attività fisica,
4- mobilità, intesa come capacità di cambiare e controllare le posizioni del corpo,
5- alimentazione,
6- frizione/scivolamento.
Ad ogni parametro può essere assegnato un punteggio che va da 1 a 4, eccetto per la frizione cui può essere assegnato un punteggio massimo di 3.

Questa è l'unica, tra le scale di valutazione per il rischio di lesioni da pressione, a comprendere il parametro "frizione/scivolamento".
Un paziente viene definito positivo al rischio di lesioni quando, con la Scala di Braden, ottiene un punteggio minore o uguale a 16.
La valutazione del rischio avviene all'ingresso del paziente, con cadenza settimanale e ogni qual volta ci siano delle modificazioni dello stato clinico.

Scala di Conley
Pur non essendo possibile individuare una scala di valutazione più precisa per il rischio di cadute, di certo è stato possibile individuare la scala più comunemente utilizzata, cioè quella di Conley, la stessa già impiegata anche nell'U.O. di M. F. R. di "Casa Sollievo della Sofferenza".
(ALLEGATO 3)
Questa scala è distinta in due sezioni:
1- precedenti cadute (con informazioni ricavate tramite un'intervista al paziente o ai familiari)
- eventi cadute negli ultimi tre mesi,
- vertigini/capogiri negli ultimi tre mesi,
- perdita di feci/urine nel tragitto verso il bagno negli ultimi tre mesi,
2- deterioramento cognitivo (informazioni ottenute tramite osservazione diretta del paziente)
- compromissione della marcia, passo strisciante, ambia base d'appoggio, marcia instabile,
- agitazione (eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata e associata ad agitazione interiore),
- deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo.
Ad ogni parametro/domanda è attribuito un punteggio pari a 0 (zero) se negativa, o variabile tra 1 (uno) e 3 (tre) se positiva. La somma dei punteggi può avere un valore che oscilla tra 0 (zero) e 10 (dieci).
Il paziente viene considerato a rischio quando il punteggio è uguale o maggiore di 2 (due).
La valutazione del rischio con tale scala avviene all'ingresso del paziente, ad ogni variazione dello stato clinico e qualora si verifichi l'evento caduta.

Tabella dati
È uno strumento riassuntivo e chiaro costruito appositamente per questo studio.
È costituita da colonne contenenti i vari termini:
· setting operativo,
· sesso dell'assistito,
· quattro fasce d'età, per raffrontare pazienti con condizioni psicofisiche più simili possibile,
· valore della scala Conley all'ingresso,
· valore della scala Braden all'ingresso,
· presenza di contenzione,
· periodo di monitoraggio (in settimane, max 8),
· motivazione dell'uscita preventiva dallo studio,
· presenza di lesioni da pressione all'ingresso,
· formazione di nuove lesioni nel periodo di monitoraggio,
· evento caduta nel periodo di monitoraggio,
· valutazione conclusiva sull'andamento della lesione (Push Tool).
Questa tabella ci permette di visualizzare velocemente ed efficacemente, in un unico strumento, l'andamento di ogni singolo esito e di ogni singolo paziente.

Scala Push Tool
Per la valutazione dell'andamento di ogni lesione da pressione è stata utilizzata la scala Push Tool, la quale classifica l'ulcera relativamente ad area di estensione, essudato, e tipo di tessuto presente.
(ALLEGATO 4)
A ciascuna delle caratteristiche dell'ulcera è assegnato un punteggio parziale che andrà poi sommato per ottenere il totale. La comparazione dei punteggi totali rilevati nel corso del tempo fornirà un'indicazione del miglioramento o del peggioramento nella guarigione dell'ulcera da pressione(4*).
I parametri valutati sono:
Lunghezza x larghezza: Misurare la massima lunghezza (direzione dalla testa ai piedi) e la massima larghezza (direzione da fianco a fianco) mediante un righello. Moltiplicare i due valori (lunghezza x larghezza) per ottenere una stima dell'area di estensione in centimetri quadrati (cm^2). È molto importante non valutare per approssimazione, ma utilizzare sempre lo stesso righello e lo stesso metodo ogni volta che la lesione viene misurata .
Quantità di essudato: Stimare la quantità di essudato (drenaggio) presente dopo aver rimosso la medicazione e prima di applicare qualsiasi agente topico sulla lesione. Valutare l'essudato come: assente, scarso, moderato, e abbondante.
Tipo di tessuto: Si riferisce ai tipi di tessuto che sono presenti nel letto della lesione (ulcera). Assegnare un punteggio pari a "4" se è presente un qualsiasi tipo di tessuto necrotico. Assegnare un punteggio pari a "3" se è presente una qualsiasi quantità di slough e se è assente tessuto necroti-

co. Assegnare un punteggio pari a "2" se la lesione è detersa e contiene tessuto di granulazione. Ad una lesione superficiale che sta riepitelizzando, deve essere assegnato un punteggio pari a "1". Quando la lesione è chiusa, deve essere assegnato un punteggio pari a "0".

4. Tessuto Necrotico (Escara): tessuto di colore nero, marrone o marrone chiaro che aderisce saldamente al letto o ai margini dell'ulcera e potrebbe essere di consistenza più dura o più molle della cute perilesionale.
3. Slough: tessuto di colore giallo o biancastro che aderisce al letto della lesione in filamenti o in ammassi ispessiti o che è mucillaginoso.
2. Tessuto di Granulazione: tessuto di colore rosso intenso o rosa, dall'aspetto lucido, umido e a "bottoncini".
1. Tessuto Epiteliale: nelle lesioni superficiali, è il neo-tessuto di color rosa o smaltato che si sviluppa dai margini della lesione o sottoforma di isole all'interno della superficie della lesione.
0. Chiusa: una lesione che è completamente coperta di neo-epitelio (nuova pelle).

RISULTATI DELLA RICERCA

Lesioni da Pressione

Per trarre i risultati dell'indagine condotta, tutti i casi studiati sono stati raggruppati in fasce d'età, tenendo conto delle condizioni cliniche, stabilite indirettamente dagli indicatori della Scala di Braden, in modo da confrontare gli outcomes ottenuti tra insiemi sommariamente omogenei tra loro.

U.O. di Medicina Fisica e Riabilitativa
Nel'U.O. di M. F. R. sono stati arruolati in totale 37 (trentasette) casi, 18 (diciotto) maschi e 19 (diciannove) femmine.
Nella fascia d'età compresa fra i 65 (sessantacinque) e i 70 (settanta) anni, sono stati osservati 8 (otto) pazienti, di cui 2 (due) di sesso maschile e 6 (sei) di sesso femminile.
Di questi, tutti sono risultati positivi alla Scala di Braden: 2 (due) di loro sono stati definiti ad alto rischio e 6 (sei) a medio rischio.
I primi, quelli ad alto rischio, presentavano entrambi lesioni da pressione al momento dell'arruolamento. (Grafico 1)

Grafico 1 - Età 65-70 alto rischio

Dei 2 (due) pazienti presentanti lesioni da pressione al momento dell'arruolamento, entrambi continuavano a presentare lesioni da pressione all'uscita dallo studio, con esito "stabile" definito secondo la Scala Push Tool.
(Grafico 1.1; Tabella 1)

Grafico 1.1 - Età 65-70 alto rischio

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
0 NO lesioni	0 NO lesioni	--
2 SI lesioni	2 SI lesioni	Stabili

Tabella 1 - Esito età 65-70 alto rischio

Tra i 6 (sei) pazienti ritenuti a medio rischio di sviluppare lesioni da pressione, 1 (uno) presentava una lesione all'ingresso e 5 (cinque) avevano cute integra. (Grafico 2)

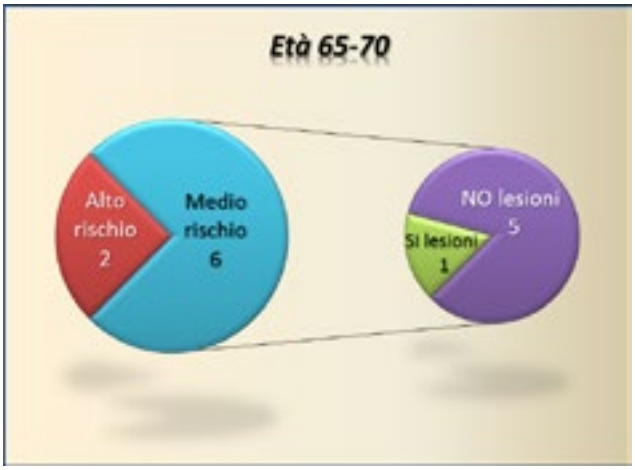
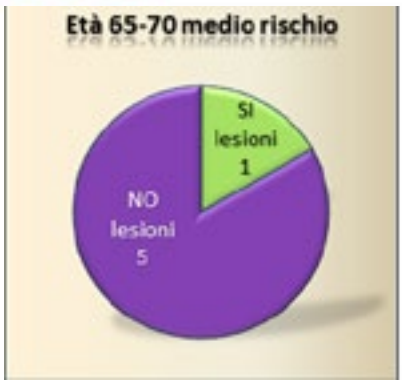


Grafico 2 - Età 65-70 medio rischio

I 5 (cinque) pazienti non aventi una lesione al momento dell'arruolamento, sono stati condotti fino alla fine dello studio con cute integra, mentre nell'unico paziente presentante una lesione all'ingresso, la stessa è giunta a completa guarigione. (Grafico 2.1; Tabella 2)



ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
5 NO lesioni	5 NO lesioni	--
1 SI lesioni	1 NO lesioni	Guarite

Grafico 2.1 - Età 65-70 medio rischio

Tabella 2 - Esito età 65-70 medio rischio

Nella fascia d'età compresa tra i 71 (settantuno) e gli 80 (ottanta) anni sono stati arruolati 19 (diciannove) pazienti, 11 (undici) maschi e 8 (otto) femmine, tutti positivi al rischio di sviluppare lesioni. Di questi, 7 (sette) ritenuti ad alto rischio e 12 (dodici) a medio rischio.
Tra i primi, quelli ad alto rischio, 4 (quattro) avevano lesioni al momento dell'arruolamento e 3 (tre) avevano cute integra. (Grafico 3)

Grafico 3 - Età 71-80 alto rischio

Dei 3 (tre) pazienti aventi cute integra, 2 (due) sono stati condotti tali alla fine dello studio, 1 (uno) invece ha sviluppato una lesione che nell'arco di tempo dello studio è rimasta stabile.
Mentre i 4 (quattro) pazienti presentanti lesioni all'ingresso, alla fine dello studio presentavano ancora lesioni, e di questi 3 (tre) sono migliorate e 1 (una) è peggiorata. (Grafico 3.1; Tabella 3)

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
3 NO lesioni	2 NO lesioni	--
	1 SI lesioni	--
4 SI lesioni	4 SI lesioni	3 Migliorate
		1 Peggiorata

Grafico 3.1 - Età 71-80 alto rischio

Tabella 3 - Esito età 71-80 alto rischio

Tra i 12 (dodici) pazienti ritenuti a medio rischio per la Scala di Braden, 5 (cinque) presentavano lesioni all'ingresso e 7 (sette) avevano cute integra. (Grafico 4)

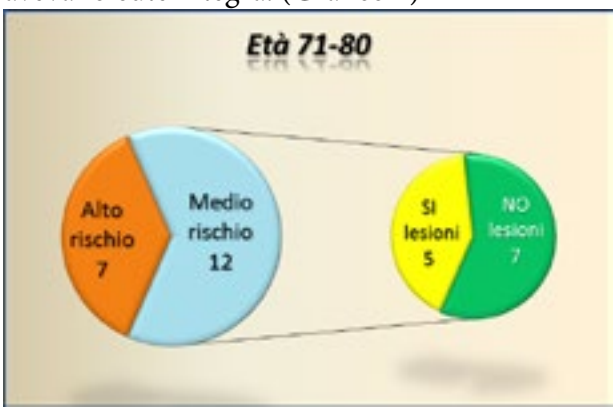


Grafico 4 - Età 71-80 medio rischio

Dei 7 (sette) pazienti aventi cute integra all'ingresso nello studio, 6 (sei) sono giunti tali al termine dell'osservazione, mentre 1 (uno) ha sviluppato una nuova lesione. Dei 5 (cinque) pazienti già presentanti lesioni all'ingresso, 3 (tre) avevano ancora lesioni al termine dello studio, tutte condotte a miglioramento, mentre 2 (due) sono giunte a completa guarigione. (Grafico 4.1; Tabella 4)

Grafico 4.1 - Età 71-80 medio rischio

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
7 NO lesioni	6 NO lesioni	--
	1 SI lesioni	--
5 SI lesioni	3 SI lesioni	Migliorate
	2 NO lesioni	Guarite

Tabella 4 - Esito età 71-80 medio rischio

Nella fascia d'età compresa tra gli 81 (ottantuno) e i 90 (novanta) anni sono stati arruolati 6 (sei) pazienti, 4 (quattro) maschi e 2 (due) femmine, tutti positivi alla Scala di Braden, di cui 4 (quattro) risultati ad alto rischio e 2 (due) a medio rischio. Tra i 4 (quattro) casi risultati ad alto rischio nessuno presentava lesioni all'ingresso nello studio, dunque tutti avevano cute integra. (Grafico 5)

Grafico 5 - Età 81-90 alto rischio

Tutti i 4 (quattro) pazienti non aventi alcuna lesione sono stati condotti al termine del periodo di osservazione con cute integra. (Grafico 5.1; Tabella 5)

Grafico 5.1 - Età 81-90 alto rischio

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
4 NO lesioni	4 NO lesioni	--

Tabella 5 - Esito età 81-90 alto rischio

Dei 2 (due) pazienti risultati a medio rischio nessuno presentava lesioni da pressione al momento dell'arruolamento. (Grafico 6)

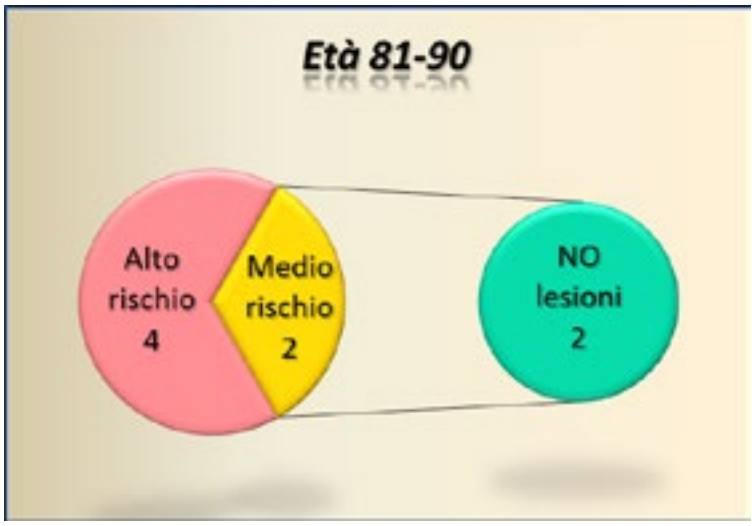


Grafico 6 - Età 81-90 medio rischio

Di questi 1 (uno) è giunto al termine del periodo osservazionale con cute integra, mentre l'altro ha sviluppato una nuova lesione. (Grafico 6.1; Tabella 6)

Grafico 6.1 - Età 81-90 medio rischio

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
2 NO lesioni	1 NO lesioni	--
	1 SI lesioni	--

Tabella 6 - Esito età 81-90 medio rischio

Nell'ultima fascia d'età, quella comprendente tutti i pazienti ultranovantenni, sono stati arruolati 4 (quattro) pazienti, 1 (uno) maschio e 3 (tre) femmine, di cui 3 (tre) risultati positivi alla Scala di Braden e 1 (uno) negativo.
Dei 3 (tre) pazienti positivi alla scala del rischio di lesioni da pressione, 2 (due) sono stati ritenuti ad alto rischio e 1 (uno) a medio rischio.

Entrambe i pazienti definiti ad alto rischio presentavano una lesione già al momento dell'arruolamento. (Grafico 7)

Grafico 7 - Età >90 alto rischio

I 2 (due) pazienti al termine dello studio sono giunti con le stesse lesioni che si sono mantenute stabili. (Grafico 7.1; Tabella 7)

Grafico 7.1 - Età >90 alto rischio

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
2 SI lesioni	2 SI lesioni	Stabili

Tabella 7 - Esito età >90 alto rischio

L'unico paziente ritenuto a medio rischio non presentava lesioni all'ingresso nello studio. (Grafico 8)

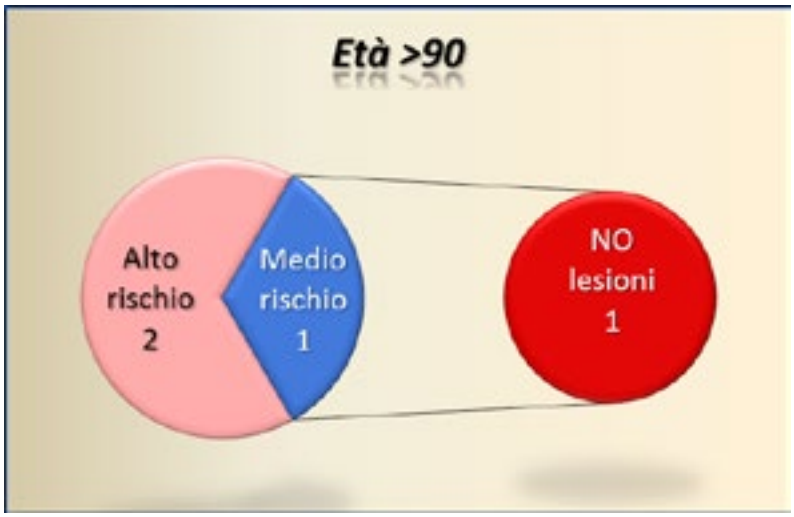


Grafico 8 - Età >90 medio rischio

Lo stesso è giunto con cute completamente integra al termine del periodo osservazionale. (Grafico 8.1; Tabella 8)

Grafico 8.1 - Età >90 medio rischio

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
1 NO lesioni	1 NO lesioni	--

Tabella 8 - Esito età >90 medio rischio

Il solo paziente con età superiore ai 90 (novanta) anni e negativo alla Scala di Braden, non presentava lesioni all'ingresso dello studio né al termine dello stesso.

R. S. S. A. "Madre Teresa di Calcutta"

Nella Residenza Socio-Sanitaria per Anziani "Madre Teresa di Calcutta", sono stati arruolati 31 (trentuno) casi, di cui 5 (cinque) maschi e 26 (ventisei) femmine.
Nella fascia d'età compresa tra i 65 (sessantacinque) e i 70 (settanta) anni è stato osservato 1(un) solo degente, di sesso femminile, positivo alla Scala di Braden, risultato ad alto rischio e presentante una lesione al momento dell'arruolamento. (Grafico 9)

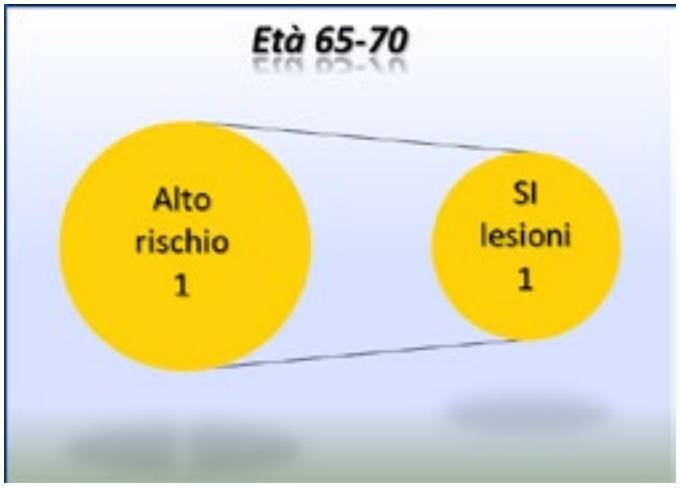


Grafico 9 - Età 65-70 alto rischio

Lo stesso caso è giunto al termine dello studio con la stessa lesione che però è andata incontro a peggioramento. (Grafico 9.1; Tabella 9)

Grafico 9.1 - Età 65-70 alto rischio

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
1 SI lesioni	1 SI lesioni	Peggiorata

Tabella 9 - Esito età 65-70 alto rischio

Nella fascia d'età compresa tra i 71 (settantuno) e gli 80 (ottanta) anni sono stati arruolati 7 (sette) degenti, tutti di sesso femminile, di cui 5 (cinque) risultati positivi alla Scala di Braden e 2 (due) negativi. Dei risultati positivi alla scala del rischio di LdP, 3 (tre) sono stati ritenuti ad alto rischio e 2 (due) a medio rischio.
I 3 (tre) casi risultati al alto rischio presentavano tutti una lesione da pressione al momento dell'arruolamento. (Grafico 10)
Di questi, 2 (due) degenti avevano sviluppato una lesione in un contesto esterno all'R. S. S. A.

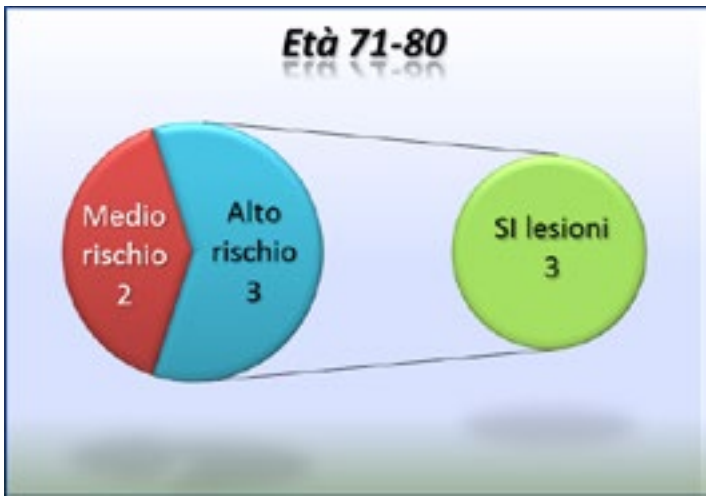


Grafico 10 - Età 71-80 alto rischio

Di questi, 2 (due) avevano ancora una lesione all'uscita dallo studio, con esito negativo poiché erano entrambe peggiorate, mentre in 1 (uno) le lesione è giunta a completa guarigione. (Grafico 10.1; Tabella 10)

Grafico 10.1 - Età 71-80 alto rischio

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
3 SI lesioni	2 SI lesioni	Peggiorate
	1 NO lesioni	Guarita

Tabella 10 - Esito età 71-80 alto rischio

Dei 2 (due) pazienti ritenuti a medio rischio, nessuno aveva lesioni all'ingresso. (Grafico 11)

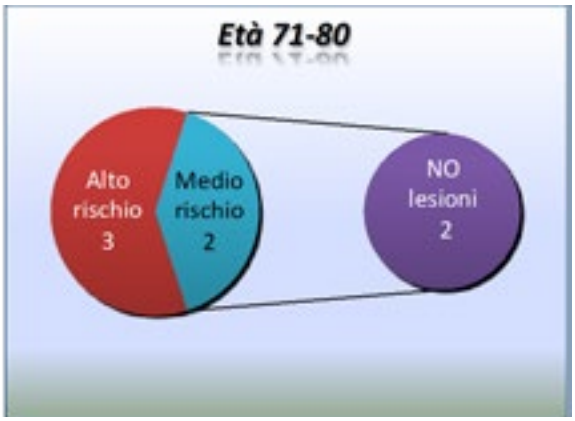


Grafico 11 - Età 71-80 medio rischio

Entrambi i pazienti sono stati condotti al termine del periodo di osservazione con cute integra. (Grafico 11.1; Tabella 11)

Grafico 11.1 - Età 71-80 medio rischio

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
2 NO lesioni	2 NO lesioni	--

Tabella 11 - Esito età 71-80 medio rischio

Dei 2 (due) pazienti risultati negativi alla scala di Braden nessuno aveva lesioni al momento dell'arruolamento ed entrambi sono stati condotti con cute integra.Nella fascia d'età compresa tra gli 81 (ottantuno) e i 90 (novanta) anni sono stati arruolati 14 (quattordici) casi, 11 (undici) femmine e 3(tre) maschi. Tra tutti questi, 13 (tredici) sono risultati positivi alla scala di Braden e 1 (uno) negativo.

Nei 13 (tredici) casi positivi alla scala del rischio, 4 (quattro) sono risultati ad alto rischio e 9 (nove) a medio rischio.

Dei 4 (quattro) casi risultati ad alto rischio 2 (due) presentavano lesioni al momento dell'arruolamento e 2 (due) avevano cute integra. (Grafico 12)

Grafico 12 - Età 81-90 alto rischio

I 2 (due) degenti presentanti lesioni sono giunti al termine dello studio con le stesse lesioni andate incontro a peggioramento, ma entrambi avevano sviluppato la lesione in un contesto esterno all'R. S. S. A.
Allo stesso tempo i 2 (due) casi aventi cute integra all'arruolamento, al termine del periodo di osservazione avevano sviluppato nuove lesioni, entrambe andate incontro a peggioramento. (Grafico 12.1; Tabella 12)

Grafico 12.1 - Età 81-90 alto rischio

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
2 SI lesioni	2 SI lesioni	Peggiorate
2 NO lesioni	2 SI lesioni	Peggiorate

Tabella 12 - Esito età 81-90 alto rischio

Dei 9 (nove) degenti risultati a medio rischio di sviluppare lesioni, 2 (due) avevano lesioni al momento dell'arruolamento, e 7 (sette) avevano cute integra. (Grafico 13)

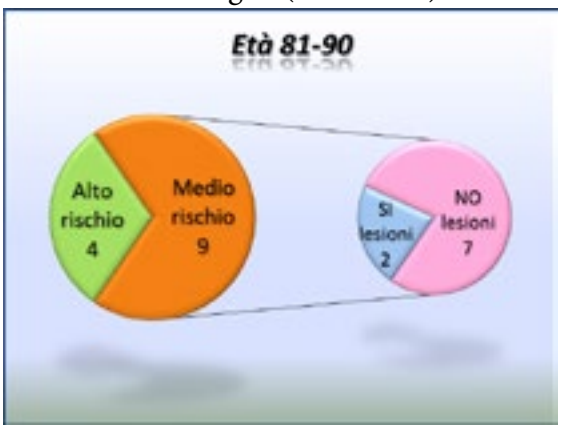


Grafico 13 - Età 81-90 medio rischio

Entrambi i degenti presentanti lesioni all'ingresso nello studio continuavano a presentare lesioni al termine dell'osservazione, e in entrambi le lesioni sono andate incontro a peggioramento.
Mentre dei 7 (sette) casi con cute integra all'arruolamento, 6 (sei) sono stati condotti tali al termine dello studio e 1 (uno) ha sviluppato una nuova lesione. (Grafico 13.1; Tabella 13)

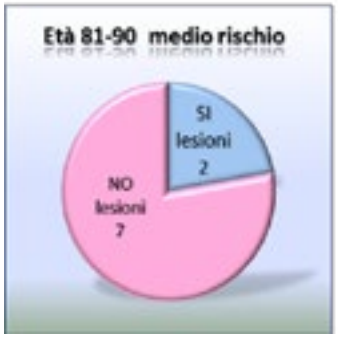


Grafico 13.1 - Età 81-90 medio rischio

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
2 SI lesioni	2 SI lesioni	Peggiorate
7 NO lesioni	6 NO lesioni	--
	1 SI lesioni	--

Tabella 13 - Esito età 81-90 medio rischio

L'unico caso risultato negativo al rischio di lesioni e presentante cute integra al momento dell'arruolamento, è stato condotto tale fino al termine del periodo di osservazione.

Nella fascia d'età comprendente i degenti ultranovantenni sono stati arruolati 9 (nove) casi, 7 (sette) femmine e 2 (due) maschi. Tutti sono risultati positivi alla scala di Braden, e di questi 1 (uno) è stato ritenuto ad alto rischio e 8 (otto) a medio rischio. L'unico caso ritenuto ad alto rischio presentava lesioni da pressione, sviluppate in un contesto esterno all'R. S. S. A., già al momento dell'arruolamento. (Grafico 14)

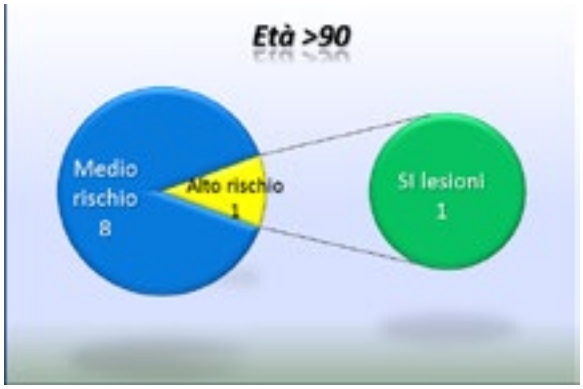


Grafico 14 - Età >90 alto rischio

Lo stesso è giunto al termine dello studio con una lesione che si è mantenuta stabile. (Grafico 14.1; Tabella 14)

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
1 SI lesioni	1 SI lesioni	Stabile

Grafico 14.1 - Età >90 alto rischio

Tabella 14 - Esito età >90 alto rischio

Degli 8 (otto) casi ritenuti a medio rischio tutti avevano cute integra al momento dell'arruolamento. (Grafico 15)

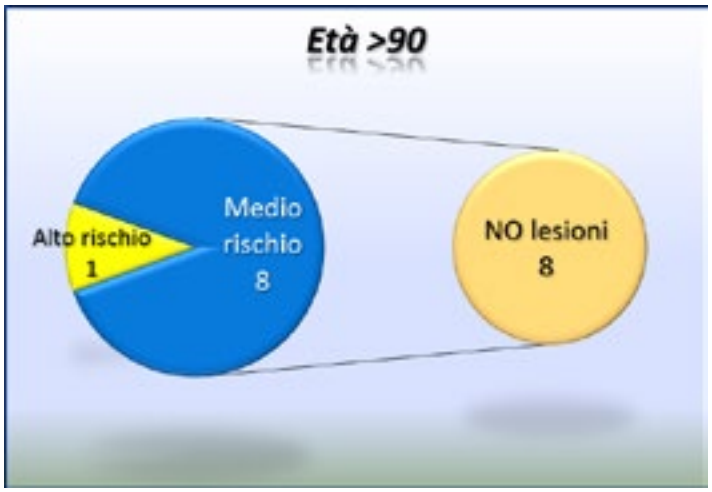


Grafico 15 - Età >90 medio rischio

Di questi, 5 (cinque) sono giunti al termine del periodo di osservazione con cute integra, mentre 3 (tre) hanno sviluppato nuove lesioni, di cui 1 (una) è migliorata nel periodo di osservazione, 1 (una) si è mantenuta stabile, e 1 (una) è andata incontro a peggioramento. (Grafico 15.1; Tabella 15)

ESITO

Pazienti	Outcome	Push Tool
8 NO lesioni	5 NO lesioni	--
	3 SI lesioni	1 migliorata
		1 stabile
		1 peggiorata

Grafico 15.1 - Età >90 medio rischio

Tabella 15 - Esito età >90 medio rischio

Cadute
Dei 68 (sessantotto) casi totali esaminati, 37 (trentasette) in U. O. di M. F. R. e 31 (trentuno) in R. S. S. A. "Madre Teresa di Calcutta", tutti, e in entrambi i settings, sono risultati positivi alla scala di Conley per il rischio di cadute.
Dall'analisi è emersa una netta differenza, in termini di esiti, tra i due contesti operativi: nell'arco dei 9 (nove) mesi di studio nell'R. S. S. A. si sono verificate n. 3 (tre) cadute, di cui 1 (una) nel turno mattutino e 2 (due) nel turno pomeridiano; mentre nell'U. O. di M. F. R. si è verificata 1 (una) sola caduta e nel turno notturno. (Grafico 16)

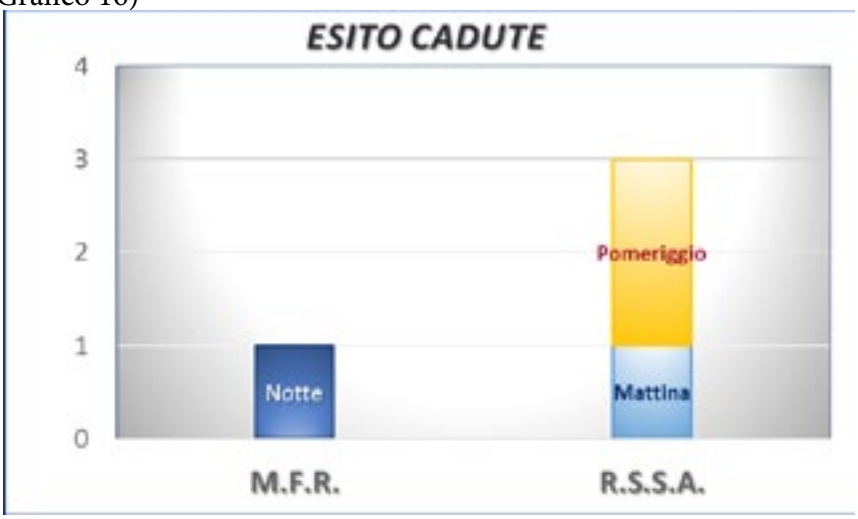


Grafico 16 - Esito cadute

Contenzione
L'indicatore contenzione ha dato tale esito: nell'U. O. di M. F. R. su 37 (trentasette) casi analizzati, solo a 33 (trentatre) è stata applicata contenzione fisica dall'inizio alla fine del periodo di monitoraggio; mentre in R. S. S. A. a tutti i 31 (trentuno) casi arruolati è stata applicata contenzione fisica con spondine e altri dispositivi per tutto il periodo di osservazione.

CONFIDENZIALITÀ DEI DATI

Il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto del D. Lgs. 30 giugno 2003 n.196 (Codice della privacy) e delle Autorizzazioni del Garante per la protezione dei dati personali, poiché:
· il trattamento è improntato ai principi di correttezza, liceità, lealtà e di tutela della riservatezza del titolare dei dati;
· i dati personali acquisiti, inseriti nel database dello studio, sono stati trattati in forma anonima esclusivamente per finalità di studi statistici.

DISCUSSIONE DEI RISULTATI
Lesioni da pressione
Dallo studio emerge una sostanziale differenza in termini di outcomes tra i due contesti assistenziali.
Nell'U. O. di M. F. R. sono stati rilevati i seguenti esiti:
· n. 3 (tre) lesioni da pressione sono guarite completamente,
· n. 4 (quattro) lesioni da pressione sono rimaste stabili,
· n. 6 (sei) lesioni da pressione sono migliorate,
· n.1 (una) lesione da pressione è peggiorata,
· n. 3 (tre) lesioni da pressione sono insorte durante il tempo di osservazione.

Nell'R. S. S. A. sono stati riscontrati i seguenti esiti:
· n. 1 (una) lesione da pressione è guarita completamente,
· n. 2 (due) lesioni da pressione sono rimaste stabili,
· n. 1 (una) lesione da pressione è migliorata,
· n. 8 (otto) lesioni da pressione sono peggiorate,
· n. 6 (sei) lesioni da pressione sono insorte nel periodo di monitoraggio.
(Grafico 17)
Tali risultati dimostrano chiaramente la sensibilità dell'outcome "lesioni da pressione" all'assistenza infermieristica.
Nell'U. O. di M. F. R. infatti la dotazione infermieristica complessiva e per ogni turno è maggiore rispetto all'R. S. S. A., inoltre nella prima struttura esiste un protocollo specifico per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione, non adottato invece nella seconda, ed infine il team assistenziale della M. F. R. è dotato anche di uno specialista vulnologo, non presente invece nella residenza per anziani.

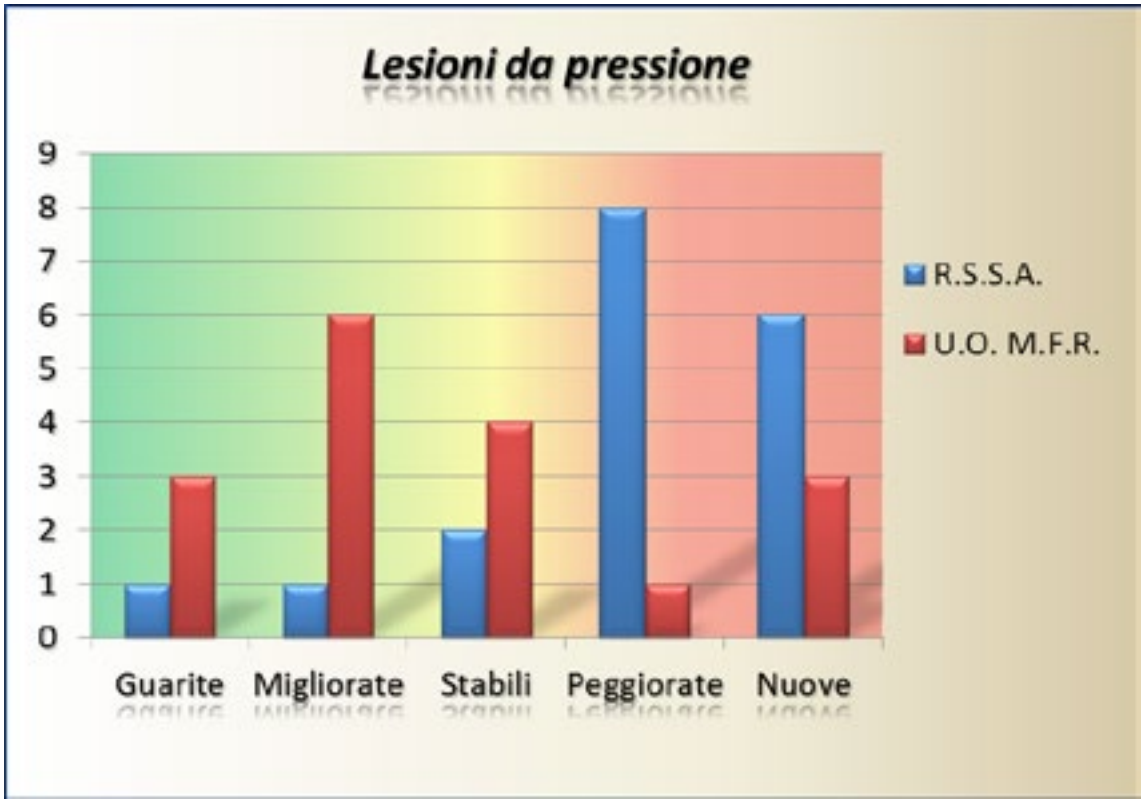


Grafico 17 - Risultati lesioni da pressione

Cadute
La differenza in termini di outcomes per l'evento caduta scaturisce fondamentalmente da alcuni importanti fattori:
· l'U. O. di M. F. R. prevede per ogni paziente, al momento del ricovero, una valutazione del rischio di cadute con la Scala di Conley, mentre in R. S. S. A. non c'è da protocollo una valutazione tanto specifica del rischio di cadute;
· il verificarsi dell'evento caduta è aumentato con il ridursi del numero di infermieri presenti, dimostrato anche dal fatto che in M. F. R. l'unica caduta è avvenuta nel turno notturno, in cui operano n. 3 (tre) infermieri.
(Grafico 18)

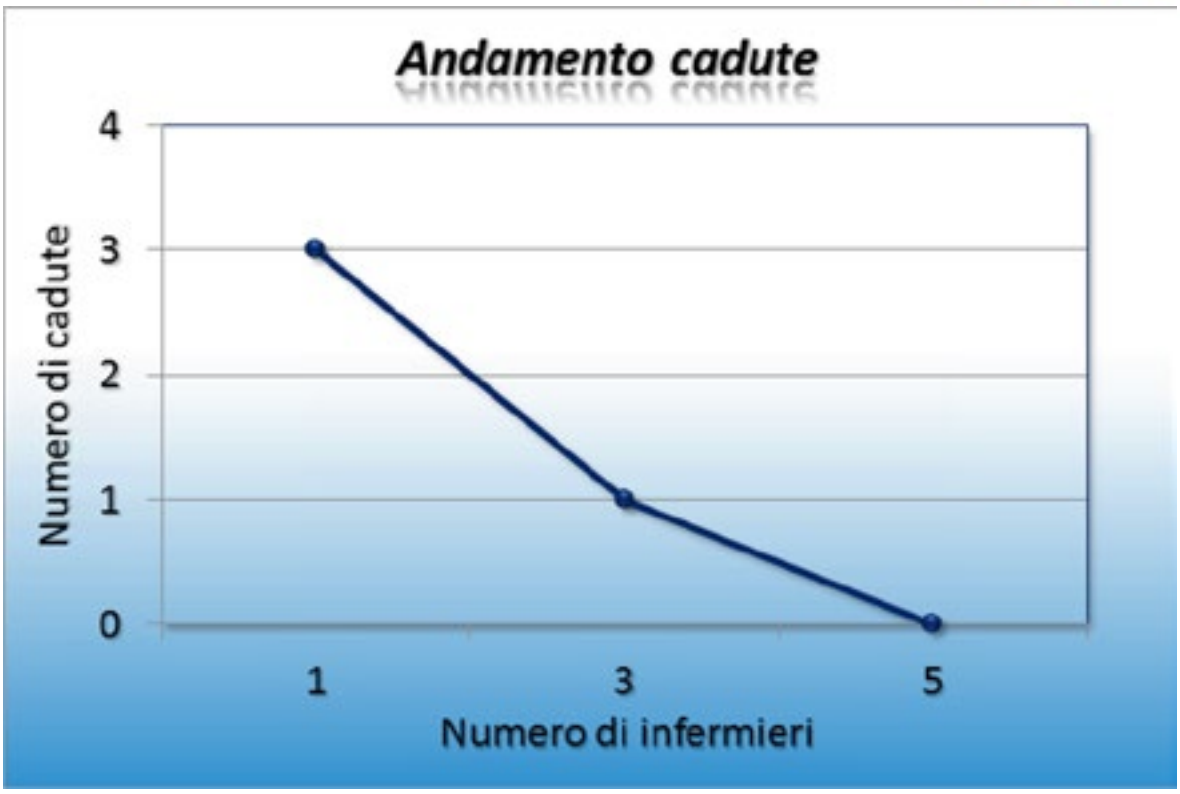


Grafico 18 - Andamento cadute

CONCLUSIONI

Le ipotesi avanzate all'inizio dello studio, riguardanti la sensibilità di determinati outcomes rispetto all'assistenza infermieristica, sono dunque state confermate dai risultati numerici emersi dall'indagine condotta.
A determinare una così marcata sensibilità degli outcomes agli interventi assistenziali ci sono alcuni elementi importanti che non vanno sottovalutati:
· la modalità di presa in carico, determinante per stabilire un piano assistenziale completo disegnato sulle condizioni cliniche e sulle necessità di ogni paziente;
· l'applicazione di scale per la valutazione del rischio;
· l'adozione di protocolli specifici per la prevenzione e il trattamento di lesioni da pressione, per la prevenzione di cadute e l'adozione di misure di contenzione fisica;
· il tipo di modello organizzativo applicato;
· il numero di infermieri presenti, la loro formazione e l'eventuale presenza di figure specialistiche.
La presa di coscienza dei risultati e dei loro determinanti diventerà, per la struttura residenziale "Madre Teresa di Calcutta", motivo di rilettura dei propri modelli organizzativi, opportunità di rivalutazione della modalità di presa in carico, e spunto di crescita prendendo in seria considerazione l'adozione di specifici protocolli per la prevenzione e il trattamento degli outcomes monitorati, processo riorganizzativo tra l'altro già in corso.
In conclusione, in un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, gli interventi infermieristici diventano determinanti nell'ambito assistenziale più di quanto possano esserlo nell'ambito diagnostico-terapeutico, poiché "l'infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica" (DM 739/94 - Profilo professionale dell'infermiere).

BIBLIOGRAFIA

(1)Doran DM. Nursing outcomes. Jones & Bartlett Publishers, 2010.

(2)Palese A, Beltrame E, Bin A, Borghi G, Bottacin M, Buchini S et al. Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2008.

(3)Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Quarterly, 1966.

(4)Doran D, Almost J. Nursing sensitive outcomes: The state of the science. Jones & Bartlett Learning, 2003.

(5)Stone PW. Nursing shortage and Nursing Sensitive Outcomes. Appl Nurs Res, 2002.

(6)Needleman J, Kutzman E, Kizer K. Performance measurement of nursing care. State of the care and current consensus. Med Care Res Rev, 2007.

(7)Aiken LH, Sochalski J, Eileen T. Studying Outcomes of Organizational Change in Health Services. Medical Care, 1997.

(8)Bonoldi A., Grugnetti A. M., Il miglioramento continuo della qualità assistenziale, "Nursing oggi", n.1, 1996.

(9)Doran D, Almost J. Nursing sensitive outcomes: The state of the science. Jones & Bartlett Learning, 2003.

(10)Griffiths P. State of the Art Metrics for Nursing: a rapid appraisal. National Nursing Research Unit at King's College London, 2008.

(11)Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J Qual Health Care, 2003.

(12)Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. Int J Qual Health Care 2001; 13: 469–474. Rubin HR, Provonost P, Diette GB. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. Int J Qual Health Care, 2001.

(13)Irvine D, Sidani S, Hall LM. Linking outcomes to nurses' roles in health care. Nursing economics, 1998.

(14)Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS, Kravitz RL. Nurse to Patient Ratios: A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes. Journal of Nursing Administration, 2004.

(15)Lake ET, Cheung RB. Are Patient Falls and Pressure Ulcers Sensitive to Nurse Staffing, Western Journal of Nursing Research, 2006.

(16)Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. Medical Care, 2007.

(17)Butler M, Collins R, Drennan J, Halligan P et al. Hospital nurse staffing models and patient and staffrelated outcomes. Cochrane Database Syst Rev, 2011.

(18)Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. N Engl J Med 2011; Xue Y, Aiken LH, Freund DA, Noyes K. Quality Outcomes of Hospital Supplemental Nurse Staffing Journal of Nursing Administration 2012.

(19)Doran D, Clarke SP, Mildon B. Toward a national report card in nursing: A knowledge synthesis. Nursing Health Services Research Unit, 2011.

(20)Doran DD, Sasso L, Aleo G. Nursing outcomes. Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche. McGraw-Hill Companies, 2013.

(21)Andrea Vettori ed al., Clinical governance: verso l'eccellenza dell'assistenza sanitaria, Milano – Firenze - Napoli, Mediserve, 2005.

(22)European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) & National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC, 2009.

(23)American Nurses' Association, Lewin-VHI (Firm). Nursing report card for acute care. American Nurses Publishing, 1995.

(24)Bernabei R, Manes-Gravina E, Mammarella F. Epidemiologia delle piaghe da decubito. G GERONtOL, 2011.

(25)Rapini RP, Jorizzo JL, Bolognia JL. Dermatology. Mosby, 2003.

(26)Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. J Eval Clin Pract, 2007.
(27)MacLeod FE, Harrison MB, Graham ID. The process of developing best practice guidelines for nurses in Ontario: risk assessment and prevention of pressure ulcers. Ostomy Wound Management, 2002.
(28)Shukla VK, Shukla D, Singh A, Tripathi AK, Jaiswal S, Basu S. Risk assessment for pressure ulcer: a hospital-based study. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 2008.
(29)Royal College of Nursing (UK). The Management of Pressure Ulcers in Primary and Secondary Care: A Clinical Practice Guideline. London, 2005.
(30)Kottner J, Halfens R, Dassen T. An interrater reliability study of the assessment of pressure ulcer risk using the Braden scale and the classification of pressure ulcers in a home care setting. International Journal of Nursing Studies, 2009.
(31)Todd C, Skelton D. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? World Health Organization, 2004.
(32)Chiari P, et al. Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale. Centro Studi EBN AO-UdB, editor, 2004.
(33)Ministero della salute - Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del SSN. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, 2011.
(34)Morse JM. Preventing patient falls. Sage, 1996.
(35)Morse JM. Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. American Journal of Infection Control, 2002.
(36)Currie LM. Fall and injury prevention. Annual review of nursing research, 2006.
(37)Brand CA, Sundararajan V. A 10-year cohort study of the burden and risk of in-hospital falls and fractures using routinely collected hospital data. Quality and Safety in Health Care, 2010.
(38)Wong CA, Recktenwald AJ, Jones ML, Waterman BM, Bollini ML, Dunagan W. The cost of serious fall-related injuries at three Midwestern hospitals. Joint commission journal on quality and patient safety, 2011.
(39)Swift CG. Care of older people: falls in late life and their consequences-implementing effective services. BMJ: British Medical Journal, 2001.
(40)Centers for Disease Control and Prevention. Falls Among Older Adults: An Overview, 2010.
(41)Warshawsky N, Rayens MK, Stefaniak K, Rahman R. The effect of nurse manager turnover on patient fall and pressure ulcer rates. J Nurs Manag, 2013.
(42)Udén G, Ehnfors M, Sj+Âstr+Âm K. Use of initial risk assessment and recording as the main nursing intervention in identifying risk of falls. Journal of Advanced Nursing, 1999.
(43)The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. Falls in Hospitals – Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals, 1998.
(44)Vanzetta M, Vallicella F. Qualitá dell'assistenza, indicatori, eventi sentinella: le cadute accidentali in ospedale. Management Infermieristico, 2001.
(45)Chiari P, Mosci D, Fontana S, Orsola-Malpighi BS. Valutazione degli strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2002.
(46)Brandi A. Gestione del rischio clinico - elaborazione, sperimentazione ed implementazione di linee guida per la prevenzione delle cadute dell'anziano in ospedale, 2005.
(47)CINEAS Consorzio Universitario per l'Ingegneria nelle Assicurazioni. Quando l'errore entra in ospedale, risk management: perché sbagliando s'impari, 2002.
(48)Bertani G, Macchi L, Cerlesi S, Carreri V. Un benchmarking regionale: indicatori di risk management nelle Aziende

Ospedaliere Lombarde. Atti del IV Convegno Nazionale di Organizzazione, Igiene e Tecnica Ospedaliera, 2006.
(49)Bellandi T, et al. La prevenzione delle cadute in ospedale. I quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente, 2011. Regione Toscana - Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale.
(50)NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Falls: assessment and prevention of falls in older people, 2013. NICE clinical guideline 161.
(51)Bendanti D., Nanni I. Prevenzione delle cadute nei pazienti. Attività di ricerca per il miglioramento assistenziale, con finalità di erogare in base alle prove di efficacia. Programma di formazione sul campo. AUSL Imola, Emilia Romagna, 2006.
(52)Centro Studi EBN Policlinico S.Orsola- Malpighi, Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute di pazienti in ospedale, Bologna, 2004.
(53)Degelau J, Belz M, Bungum L, Flavin PL, Harper C, Leys K et al. Prevention of Falls (Acute Care). Annotation, 2012.
(54)Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. International Journal of Nursing Studies, 1998.
(55) Evans D, Wood J, Lambert L, FitzGerald M. Physical restraint in acute and residential care. The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 2002.
(56)Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. Age and ageing, 1997.
(57)Irving K. Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals. Australian Journal of Advanced Nursing, 2004.
(58)Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, FinneSoveri H, Chi I, Du Pasquier J et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a crossnational study. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2009.
(59)De Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 2004.
(60)Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies, 2013.
(61)Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P. Superare la contenzione: si può fare. Quaderni de L'Infermiere, 2009.
(62)Healey F, et al. Bedrails - Reviewing The Evidence, 2007. The National Patient Safety Agency.
(63)Tang WS, Chow YL, Koh SSL. The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 2012.
(64)Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. Cochrane Database Syst Rev, 2011.
(65)Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and Mortality Associated with the Utilization of Restraints. Psychiatric Quarterly, 2013.
(66)Sullivan-Marx EM, Strumpf NE, Evans LK, Baumgarten M, Maislin G. Predictors of continued physical restraint use in nursing home residents following restraint reduction efforts. Journal of the American Geriatrics Society, 1999.
(67)Gulizia D, Lugo F, Cocchi A. La contenzione fisica in ospedale – evidence based guideline, 2008. Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda.
(68)American Psychiatric Association. Position statement on the use of seclusion and restraint, 2007.
(69)Ejaz FK, Folmar SJ, Kaufmann M, Rose MS, Goldman B. Restraint reduction: can it be achieved? The Gerontologist, 1994.

(70)Werner P, Koroknay V, Braun J, Cohen-Mansfield J. Individualized care alternatives used in the process of removing physical restraints in the nursing home. Journal of the American Geriatrics Society; Journal of the American Geriatrics Society, 1994.

(71)Swauger KC, Tomlin CC. Moving toward restraint-free patient care. Journal of Nursing Administration, 2000.

(72) Si M, Neufeld RR, Dunbar J. Removal of bedrails on a short-term nursing home rehabilitation unit. The Gerontologist, 1999.

(73)Registered Nurses Association of Ontario. Toronto (ON). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints, 2012.

(74)Art. 13, D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 174 del 29 luglio 2003 - Supplemento Ordinario n. 123.

SITOGRAFIA

(1*)http://www.infermieristicamente.it/articolo/2980/the-lancetstudio-rn4cast-su-infermieri-ed-esiti-assistenziali/

(2*)www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=2905&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto

(3*)http://www.regione.puglia.it/drag/web/files/generale/55_PRS_Piano_regionale_della_salute.pdf

(4*)http://www.evidencebasednursing.it/progetti/LDD/LG%20LDP%202010/LG_LDP_2010_sito.pdf

ALLEGATO 1 – Scheda paziente

ALLEGATO 2 – Scala di Braden

ALLEGATO 3 – Scala di Conley

ALLEGATO 4 – Push Tool

Approfondimento

Qualità di vita dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca sottoposti a terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT- D): studio osservazionale.

a cura di :
Cristina Centra, Dottore in Infermieristica Università degli Studi di Foggia
Immacolata Potenza, Dottore in infermieristica, Docente a contratto MED/45 Università degli Studi di Foggia, CdL Infermieristica Sede di San Giovanni Rotondo
(Articolo Estratto dalla Tesi di Laurea della Dottoressa Cristina Centra)

INTRODUZIONE

L'insufficienza cardiaca rappresenta, attualmente, una delle più importanti cause di morbilità e mortalità, essendo la causa di ospedalizzazione più frequente nei soggetti di età superiore ai 65 anni. Tale patologia risulta essere in continua crescita sia per l'aumento dell'età media della popolazione, sia per l'incremento della sopravvivenza alle patologie cardiovascolari conseguenti alla continua ricerca di cure efficaci. Nonostante i successi ottenuti con i trattamenti farmacologici, molti pazienti vanno incontro ad una persistenza di sintomi severi e ad una compromissione della propria qualità di vita (QoL) [1].
La terapia di resincronizzazione cardiaca (Cardiac Resynchronization Therapy, o più brevemente CRT) si è dimostrata un trattamento efficace dello scompenso cardiaco cronico con bassa frazione di eiezione e asincronismo ventricolare [2] nei pazienti in cui, nonostante terapia medica ottimale, persistono i sintomi di scompenso con numerose riacutizzazioni che talvolta necessitano di ospedalizzazione.
Una serie di studi clinici su larga scala ha evidenziato i benefici della CRT in termini di riduzione della mortalità, miglioramento della qualità della vita e della classe funzionale NYHA III-IV e aumento della tolleranza all'esercizio fisico. Tuttavia circa il 30% dei pazienti sottoposti ad impianto di CRT non trae vantaggio dal trattamento [3, 4]. La risposta alla CRT sembra essere influenzata dall'eziologia dello scompenso [5], dalla presenza di dissincronia meccanica di base e dalle comorbidità. Per quanto riguardo la correlazione tra la qualità di vita del paziente e la risposta alla CRT, le conoscenze attuali sono molto limitate. Alcuni studi indicano che la QoL potrebbe migliorare solo nei responders al pacing biventricolare [6]. Questionari specifici per la qualità di vita nell'insufficienza cardiaca, come il Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLWHF), individuano il grado in cui la patologia impatta sulle attività quotidiane del paziente, sia dal punto di vista fisico, sia per quanto concerne l'aspetto socio-emotivo ed economico, impedendogli di condurre la propria vita come vorrebbe. Per alcuni pazienti sono stati osservati netti miglioramenti nel punteggio del MLWHF (soprattutto per quanto riguarda la sfera fisica) da un mese fino a un anno successivi alla CRT [7].
Lo scopo principale di questo studio è stato quello di indagare sui fattori clinico- anamnestici che potessero influenzare o meno la risposta alla terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT) e sulla differente percezione della qualità di vita dei soggetti responder e non responder al trattamento.

METODI

È stato condotto uno studio osservazionale su un campione di 78 pazienti portatori di CRT-D (62 maschi e 16 femmine; età 74.7 ± 10.5) che afferivano nella nostra clinica per il regolare follow-up, da aprile 2015 a settembre 2015. Sono stati inclusi i pazienti di età compresa tra i 41 e i 90 anni affetti da insufficienza cardiaca avanzata, con frazione di eiezione <35% al momento dell'impianto, e tempo dall'impianto del dispositivo maggiore di 3 mesi. Sono stati esclusi i pazienti con anamnesi di deterioramento cognitivo. I responders sono stati considerati i pazienti che hanno riscontrato un aumento della frazione di eiezione >10 % al follow-up rispetto al momento dell'impianto.
Per ogni paziente sono stati raccolti:
- Dati clinico- anamnestici quali età, sesso, altezza, peso corporeo, BMI e pressione arteriosa sistemica. Attraverso indagine retrospettiva sono stati analizzati i dati contenuti nelle car-

telle cliniche dei ricoveri precedenti dei pazienti inclusi nello studio, al fine di identificare l'esistenza di comorbidità, quali diabete mellito tipo 2, dislipidemia, ipertensione arteriosa, fumo, ipotiroidismo, IMA, BPCO e insufficienza renale cronica. La classe NYHA è stata attribuita a ciascun soggetto mediante valutazione anamnestica dell'impatto della malattia sulla vita del paziente in termini di attività fisica e sintomatologia. La tolleranza all'esercizio fisico è stata valutata osservando quanta attività fisica, in termini di ore, il soggetto è stato in grado di svolgere quotidianamente negli ultimi 30 giorni rispetto al follow-up nella diagnostica esercizio-attività del defibrillatore. È stata eseguita un'accurata anamnesi farmacologica volta all'identificazione delle terapie in atto nei singoli pazienti. Si è posta l'attenzione sull'uso di digitale, diuretici, antialdosteronici, ACE-inibitori e/o sartani, beta bloccanti, amiodarone, antiaggreganti e anticoagulanti. Infine, sono stati raccolti dati in riferimento alle ospedalizzazioni per insufficienza cardiaca dopo l'impianto del dispositivo;
- Dati bioumorali: l'analisi dei dati di laboratorio si è focalizzata sulla valutazione dei principali indici di funzionalità renale, ovvero creatininemia e filtrato glomerulare (GFR) calcolato mediante l'equazione MDRD. Sono quindi stati individuati i pazienti affetti da insufficienza renale cronica in accordo con la classificazione riportata dalle linee guida NFK/DOQI 2002 [8]. In aggiunta, tra le variabili di laboratorio, sono state prese in considerazione il livello di emoglobina plasmatica (Hb), glicemia, uricemia, azotemia, sideremia, trigliceridi, colesterolo totale, sodio, potassio, calcio, globuli bianchi, piastrine, indici di infiammazione quali PCR e VES, i livelli di ormone tiroideo TSH ed infine gli indici di funzionalità epatica, quali GOT e GPT.

- Dati strumentali: in tutti i pazienti è stato registrato un elettrocardiogramma standard a 12 derivazioni al fine di valutare la presenza di fibrillazione atriale, di flutter atriale o di blocco di branca sinistra e la durata del complesso QRS. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad ecocardiogramma per valutare le dimensioni e i volumi della camera ventricolare sinistra in sistole e in diastole e la frazione di eiezione (FE). Inoltre è stata valutata la presenza e il grado di insufficienza mitralica, tricuspidale e aortica.
Infine tutti i pazienti sono stati sottoposti a lettura della memoria del defibrillatore biventricolare per valutare il tempo e la percentuale di stimolazione, il ritardo atrio-ventricolare (AV delay) e interventricolare (VV delay) impostati, il tipo di elettrocatetere impiantato e la presenza di episodi di fibrillazione o tachicardia ventricolare (FV/TV).
Le informazioni sulla qualità di vita sono state raccolte con la somministrazione del questionario Minnesota Living With Heart Failure (MLWHF), uno strumento composto da 21 domande, volte ad individuare gli effetti dello scompenso cardiaco sulle attività quotidiane del paziente, sia dal punto di vista fisico, sia per quanto concerne l'aspetto socio-emotivo ed economico.
In particolare il questionario chiede quanto l'insufficienza cardiaca abbia impattato sulla qualità di vita del paziente nell'ultimo mese, impedendogli di condurre la propria vita come avrebbe voluto. Ai pazienti è stato richiesto di indicare, su una scala Likert a 6 livelli (da 0 a 5), l'intensità o la frequenza con la quale hanno sperimentato le sensazioni, le difficoltà o i disturbi descritti dai singoli item. Il punteggio totale, dato dalla somma delle risposte alle singole domande, va da un minimo di 0 a un massimo di 105. Un punteggio più alto è indice di una peggiore qualità di vita. In particolare, un punteggio < 24 indica una buona qualità di vita, un punteggio tra 24 e 45 rappresenta un'accettabile qualità di vita e un punteggio > 45 indica una qualità di vita compromessa [9].
All'interno del questionario sono presenti 8 domande relative alla sfera fisica, 5 domande relative alla sfera psicologico- emozionale e 8 domande relative ad altri aspetti di vita quotidiana.

ANALISI STATISTICA
Nel confronto tra i gruppi di studio, eventuali differenze nelle variabili dicotomiche sono state analizzate usando il test del chi-quadrato di Pearson. Per le variabili continue, l'aderenza alla distribuzione normale è stata verificata con il test di normalità di Kolmogorov-Smirnov. Per quelle variabili che risultavano distribuite in maniera parametrica, le differenze tra i gruppi di studio sono state analizzate con l'analisi della varianza (ANOVA a due code). In tutte le analisi i valori di p inferiori al tasso di errore di tipo I di 0.05 sono stati dichiarati significativi.

RISULTATI

L'età media dei 78 pazienti dello studio è stata 74.7 ± 10.5 anni. La popolazione è stata suddivisa in responder e non responder (cut–off inteso come miglioramento della funzione contrattile maggiore del 10%). Le caratteristiche basali dei pazienti, le comorbidità e i trattamenti farmacologici sono riassunti nelle tabelle 1 e 2. Le differenze significative riscontrate sono rappresentate dalla maggiore prevalenza di insufficienza renale avanzata stadio IV e V K-DOQI (2 nel gruppo responder vs 5 nel gruppo non responder, p=0.046) e da una tendenza ad una minore durata del QRS (155 ± 21 nei responder vs 146 ± 18 nei non responder, p=0.080).

Tab. 1 Caratteristiche basali dei "responders" (aumento della FE >10%) e dei "non responders".

	Totale (n = 78)	Responder (n = 50)	Non responder (n = 28)	P value
Età (anni)	74,7 ± 10.5	74,5 ± 11,3	75,4 ± 7,9	ns
Maschi/femmine (n)	62/16	36/14	23/5	ns
BMI (kg/m2)	27,7 ± 4,6	28 ± 5	28 ± 4	ns
QRS	153 ± 20	155 ± 21	146 ± 18	0,080
Glicemia (mg/dl)	108,9 ± 31,1	111,6 ± 35,6	105,9 ± 24,6	ns
Trigliceridi (mg/dl)	132 (32-439)	136 (37-439)	128 (32-349)	ns
Colesterolo (mg/dl)	147 ± 33	150 ± 34	144 ± 33	ns
Acido urico (mg/dl)	6,1± 1,9	5,9 ± 1,5	6,4 ± 2,0	ns
Creatinina (mg/dl)	1,4 ± 0,8	1,3 ± 0,5	1,5 ± 1,0	ns
eGFR (mL/min/1.73 m2)	63 ± 26,8	63 ± 22	63 ±33	ns
Sodio (mmol/l)	140 ± 3	141 ± 3	140 ± 3	ns
Potassio (mmol/l)	3,2 ± 0,5	4,1 ± 0,4	4,4 ± 0,6	0,05
Calcio (mmol/l)	9,1 ± 0,6	9,0 ± 0,5	9,0 ± 0,4	ns
GOT (UI/l)	25 ± 12	25 ± 9	26 ± 15	Ns
GPT (UI/l)	22 ± 15	22 ± 15	22 ± 17	Ns
Azotemia (mg/dl)	60 ± 31	57 ± 25	67 ± 42	Ns
GB (mille/mcl)	6,98 ± 1,98	7,07 ± 2,01	6,79 ± 1,91	Ns

BMI: Body Mass Index; eGFR: indice di filtrazione glomerulare; GB: globuli bianchi.

Tab. 2 Comorbidità e terapia

	Totale	Responder	Non responder	P value
Comorbidità				
Ipertensione n (%)	65 (83)	41 (82)	24 (86)	Ns
Dislipidemia n (%)	45 (58)	31 (62)	14 (50)	Ns
Diabete mellito tipo 2 n (%)	37 (47)	24 (48)	26 (52)	Ns
Fumo n (%)	13 (17)	8 (16)	5 (18)	Ns
Tiroide n (%)	19 (24)	12 (24)	7 (25)	Ns
BPCO n (%)	19 (25)	10 (20)	9 (32)	Ns
Cardiopatia ischemica n (%)	29 (37)	16 (32)	13 (46)	Ns
IRC severa (IV-V) n (%)	7 (92)	2 (4)	5 (18)	0,046
FA n (%)	20 (26)	11 (22)	9 (32)	Ns
Terapia				
Sartanico n (%)	24 (31)	18 (36)	6 (21)	Ns
ACE inibitore n (%)	40 (51)	23 (46)	17 (61)	Ns
Calcio antagonista n (%)	3 (4)	2 (4)	1 (4)	Ns
Betabloccante n (%)	61 (78)	41 (82)	20 (71)	Ns
Diuretico n (%)	60 (77)	37 (74)	23 (82)	Ns
Antiaggregante n (%)	52 (67)	36 (72)	16 (57)	Ns
Statina n (%)	39 (51)	26 (53)	13 (48)	Ns
Amiodarone n (%)	12 (15)	5 (10)	7 (25)	Ns
Anticoagulante n (%)	15 (19)	6 (12)	9 (32)	0,030
Antialdosteronico n (%)	28 (36)	16 (32)	12 (43)	Ns
Digitale n (%)	10 (13)	6 (12)	4 (15)	Ns
Nitrato n (%)	9 (12)	4 (8)	5 (19)	Ns
Ipoglicemizzante				
Ipoglicemizzante orale n (%)	16 (25)	13 (27)	6 (22)	Ns
Ipo orale + insulina n (%)	13 (17)	7 (14)	6 (22)	

ACE inibitore: inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina; IRC: insufficienza renale cronica; FA: fibrillazione atriale.

Successivamente, sono state analizzate le caratteristiche nei due gruppi al momento dell'impianto ed il dato significativo che emergeva nel predire i pazienti che avrebbero avuto una migliore risposta alla CRT sono stati l'utilizzo di un catetere quadripolare rispetto al bipolare (responder con bipolare 44%, responder con quadripolare 56%), e la riduzione del QRS durante stimolazione biventricolare (delta-QRS 40 ± 26 nei responder vs 18 ± 15 nei non responder, p <0,001) [tabella 3].
I dati raccolti al momento del follow up ambulatoriale hanno mostrato come i pazienti che avessero ricevuto una stimolazione biventricolare maggiore del 95% dal momento dell'impianto erano maggiormente responder. Come mostra la tabella 3, i pazienti responder avevano una migliore performance clinica, caratterizzata da uno stato funzionale determinato dalla classe NYHA nettamente migliore (i

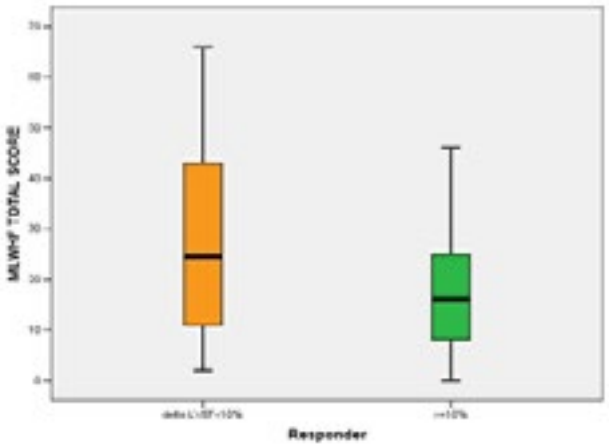
pazienti responder erano prevalentemente in classe NYHA I e II, mentre i non responder in classe NYHA III e IV). Allo stesso tempo, si evidenziava come i pazienti non responder avessero una maggiore incidenza di eventi avversi come aritmie maligne (TV/FV trattate efficacemente dal dispositivo con DC shock), ospedalizzazioni e morte (eventi 12% vs 57%, nei responder e non responder , rispettivamente, p<0.001).

Tab. 3 Valutazione elettrocardiografica ed ecocardiografica

Post impianto				
	Totale	Responder	Non responder	P value
Delta QRS	32 ± 25	40 ± 26	18 ± 15	<0,001
FE (%)	45 ± 13	52 ± 8	32 ± 10	<0,001
Classe NYHA n (%) I II III IV	 7 (9) 35 (47) 22 (30) 10 (14)	 6 (13) 26 (55) 12 (26) 3 (6)	 1 (4) 9 (33) 10 (37) 7 (26)	0,031
Parametri defibrillatore				
% stimolazione	90 ± 25	94 ± 20	88 ± 27	Ns
Elettrocatetere Bipolare Quadripolare	 40 (51) 38 (49)	 22 (44) 28 (56)	 18 (64) 10 (36)	0,086
Attività giornaliera (ore)	3,3 ± 1,9	3,4 ± 1,8	2,9 ± 2,1	Ns
Eventi Aritmie maligne e/o ricoveri per scompenso	22 (28)	6 (12)	16 (57)	< 0,001

L'analisi della qualità della vita nei due gruppi, valutata al solo follow up mediante il Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLWHF), ha mostrato come i pazienti responder avessero una migliore qualità della vita rispetto ai non responder (21 ± 19 vs 26 ± 18 nei responder e non responder rispettivamente, p=0,028) [grafico 1]. In particolare, alla ulteriore sottoanalisi del questionario MLWHF per sfera fisica, emozionale e sociale, si rivela come la sfera fisica sia determinante nel generare qualità di vita nella popolazione da noi studiata (tabella 4). Infine, l'analisi della QoL ha evidenziato una stretta correlazione tra lo stato funzionale identificato dalla classe NYHA e la qualità della vita del paziente, mostrando come al crescere della classe NYHA aumentasse il punteggio totale del MLWHF (grafico 2).

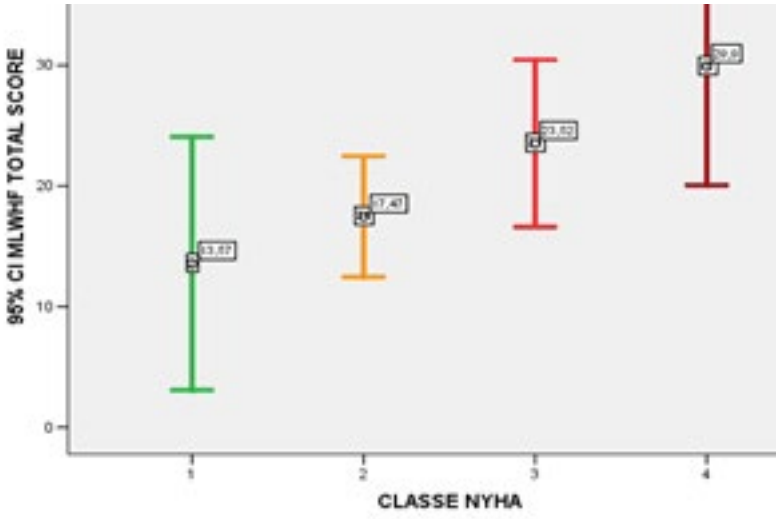
Grafico 1



Tab. 4 MLWHF questionario

	Totale	Responder	Non responder	P value
MLWHF punteggio totale	23 ± 19	21 ± 19	26 ± 18	0,028
Sfera fisica	10 ± 9	9 ± 9	12 ± 9	ns
Sfera emozionale	6 ± 6	6 ± 6	7 ± 5	ns
Sfera sociale	5 ± 5	5 ± 5	5 ± 4	ns

Grafico 2



DISCUSSIONE

Alla luce dei risultati del nostro studio, si evince come la terapia di resincronizzazione cardiaca sia un efficace trattamento nei pazienti affetti da insufficienza cardiaca con severa depressione contrattile e ritardo della conduzione ventricolare. In accordo ai dati presenti in letteratura [10], la presenza di comorbidità come l'insufficienza renale avanzata, rappresenta un dato prognosticamente infausto, sia per la mancata risposta alla CRT sia come indice di compromissione avanzata del paziente affetto. Attualmente diversi studi hanno mostrato dati discordanti sulla relazione tra riduzione del QRS al momento dell'impianto e risposta alla CRT; i nostri dati pongono chiaramente in risalto l'incremento dei responder nella fascia di pazienti con deltaQRS maggiore, ad indicare l'efficace posizionamento del catetere sinistro in una zona elettricamente ritardata rispetto al catetere posto in ventricolo destro. Recentemente sono stati introdotti in commercio nuove possibilità di stimolazione ventricolare sinistra, che si avvalgono di cateteri quadripolari; la presenza di multiple possibilità di stimolazione permette di ovviare alla presenza di stimolazione frenica, di cicatrice post-infartuale e di raggiungere zone remote con maggiore ritardo elettrico. I nostri dati evidenziano come l'utilizzo di questo dispositivo permetta di incrementare la quota di responder con miglioramento della performance cardiaca.

In presenza di una patologia complessa come l'insufficienza cardiaca, che comporta ripercussioni sistemiche su altri apparati, come quello respiratorio, renale, epatico, neurologico, difficoltà nello svolgere il proprio lavoro o le attività di vita quotidiane, perdita progressiva dell'autonomia, effetti collaterali dei farmaci diviene fondamentale la valutazione della qualità della vita. Il questionario MLWHF ha evidenziato come i pazienti affetti da una ridotta funzione contrattile abbiano una peggiore qualità della vita, secondaria in particolare alla compromissione della sfera fisica, correlata alla classe funzionale NYHA.

In ultima analisi, la valutazione degli eventi maggiori, identificati come morte, ospedalizzazione e aritmie maligne, ha mostrato come questi siano significativamente maggiori nei pazienti non responder, con peggiore performance cardiaca, rispetto ai responder (come mostrato precedentemente nella tabella 3).

La popolazione in studio è rappresentata da pazienti in terapia medica massimale; in accordo alle linee guida internazionali, l'impianto di CRT è un trattamento da eseguire solo dopo aver ottimizzato l'approccio farmacologico, in particolare l'Ambulatorio Heart Failure CRT si pone come ambulatorio multidisciplinare dove, aldilà della valutazione cardiologica per terapia e programmazione ottimale del device, l'infermiere ha il ruolo cardine di porre l'accento su aspetti educativi imprescindibili per il paziente affetto da insufficienza cardiaca, come l'adottare uno stile di vita sano con esecuzione di moderata attività fisica, l'assunzione di una dieta adeguata ed una ottimale compliance alla terapia farmacologica prescritta.

CONCLUSIONI

L'applicazione della CRT- D nell'insufficienza cardiaca avanzata si è dimostrata un trattamento efficace ed innovativo nel migliorare i sintomi di malattia e conseguentemente la qualità di vita dei pazienti che rispondono alla terapia. Come suddetto, l'approccio e la presa in carico del paziente affetto da insufficienza cardiaca devono essere multidisciplinari ed olistici. Si tratta di soggetti che, a causa della malattia, vanno incontro a cambiamenti importanti nella loro vita quotidiana ed è per questo che necessitano di un'opportuna educazione, informazione, sorveglianza e sostegno psicologico. Gli infermieri che lavorano in ambito aritmologico, nella gestione di tali pazienti, occupano un ruolo di primo piano con la necessità di approfondire le proprie competenze specifiche, stimolando lo sviluppo professionale attraverso la formazione continua specialistica; trasmettere informazioni errate o fuorvianti è assolutamente destabilizzante per la serenità e la qualità di vita di questi pazienti.

Alla luce di quanto esposto, il sistema sanitario ha l'onere di raccogliere globalmente la sfida epidemiologica lanciata dall'insufficienza cardiaca; in tale partita il ruolo del personale infermieristico rappresenta la pietra angolare su cui poggiare le valide premesse assistenziali, in grado, in accordo alle altre figure professionali coinvolte ed in presenza di paziente complesso, di passare da una gestione per disease management ad un approccio per case management, ribadendo in questa traslazione, la centralità del paziente affetto da insufficienza cardiaca.

Bibliografia

1. Czarnecka D, Klocek M. Jakość życia chorych z przewlekłą niewydolnością serca. In: Kawecka-Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz- -Adamczyk B eds. Jakość życia w chorobach układu sercowo- -naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne. Termedia, Poznań 2006: 181–192. 3
2. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American college of cardiology foundation/ American Heart Association task force on practice guidelines. Circulation. 201; 128 (16): 1810-52.
3. Jeevanantham V, Daubert JP, Zaręba W. Cardiac resynchronization therapy in heart failure patients: an update. Cardiol J, 2009; 16: 197–209.
4. Bommel van RJ, Borleffs CJW, Ypenburg C et al. Morbidity and mortality in heart failure patients treated with cardiac resynchronization therapy: influence of pre-implantation characteristics on long-term outcome. Eur Heart Fail, 2010; 31: 2783–2790.
5. Bommel van RJ, Borleffs CJW, Ypenburg C et al. Morbidity and mortality in heart failure patients treated with cardiac resynchronization therapy: influence of pre-implantation characteristics on long-term outcome. Eur Heart Fail, 2010; 31: 2783–2790.
6. Kloch Badełek M, Klocek M, Czarnecka D, Wojciechowska W, Wiliński J, Kawecka Jaszcz K. Impact of cardiac resynchronisation therapy on physical ability and quality of life in patients with chronic heart failure. Kardiol Pol 2012; 70:581–588.
7. Abraham WT. Cardiac resynchronization therapy: a review of clinical trials and criteria for identifying the appropriate patient. Rev Cardiovasc Med, 2003; 4: 30–37.

8. K/DOQI Clinical Pratice Guidelines for Chronic Kidney Diseases: Evaluation, Classification and stratification. American Journal of Kidney diseases 2002; 39.

9. Behlouli H 1, Feldman DE, Ducharme A, Frenette M, Giannetti N, Grondin F, Michel C, Sheppard R, Pilote L. Identifying relative cut-off scores with neural networks for interpretation of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc. 2009; 2009:6242.

10. EVAN C. ADELSTEIN M.D, ALAA SHALABY M.D, SAMIR SABA M.D. Response to Cardiac Resynchronization Therapy in Patients with Heart Failure and Renal Insufficiency. Pacing and Clinical Electrophysiology Volume 33, Issue 7, pages 850–859, July 2010.

News

Terremoto: la Protezione civile mette in campo gli infermieri del Cives

Il Dipartimento della Protezione civile ha allertato gli infermieri specializzati e formati di Cives Onlus, gli infermieri volontari di Protezione civile, per un intervento programmato nelle aree del sisma del Centro Italia.

30 OTT - Il Dipartimento della Protezione Civile ha chiesto di inviare immediatamente, già nelle prossime ore, 20 infermieri sulla costa marchigiana – altri saranno

coinvolti successivamente - per assistere, supportare e coordinare continuativamente, 24 ore su 24, l'evacuazione dei soggetti più fragili e bisognosi dal punto di vista di salute e da quello psicologico dalle zone terremotate verso le aree scelte per la messa in sicurezza.

Il Coordinamento infermieri volontari specializzati nell'emergenza sanitaria, nato nel 1998 come espressione operativa e qualificata della Federazione dei Collegi Ipasvi è composto infatti da infermieri volontari di Protezione civile che mettono a disposizione conoscenze e competenze nel soccorso sanitario, in grado di schierare équipe di professionisti modulandone la quantità e la specializzazione a seconda delle situazioni umanitarie e/o sanitarie da affrontare nelle fasi successive a quelle del soccorso, quando cioè i terremotati devono gestire la loro vita di tutti i giorni.

"La macchina del Sistema Nazionale di Protezione Civile è ancora una volta immediatamente partita. Anche Cives è stata allertata – ha commentato il presidente nazionale dell'associazione, Michele Fortuna - e ci siamo subito mossi attivando i meccanismi interni dell'Associazione per reperire le disponibilità di personale infermieristico qualificato da tutti i nuclei dell'associazione, prime quelle più vicine del Centro Italia, che stanno partendo per le zone più colpite. La macchina dei soccorsi è molto complessa e per essere più efficace (e più efficiente) deve essere ben organizzata, con regole di funzionamento (che devono essere conosciute e rispettate) e gli interventi ordinati e coordinati".

"Gli infermieri del Cives – ha commentato la presidente Ipasvi Barbara Mangiacavalli – hanno in questo modo l'opportunità e sono pronti a farlo, di dimostrare con questa ulteriore chiamata, una volta di più l'importanza della loro Associazione e la loro volontà di guardare positivamente al futuro secondo i valori del Cives, ampiamente consolidati e soprattutto secondo quelli della nostra professione".

News

Tar, sì ai codici bianchi agli infermieri. Medici contro la sentenza

Redazione DottNet | 30/10/2016 21:15
Omceo Roma promette battaglia contro la sentenza del Tar che affida agli infermieri i casi meno gravi

Ancora una volta medici contro infermieri. Nel mirino è finito il cosiddetto See and treat mutuato dal sistema inglese, che prevede l'attivazione di ambulatori gestiti da infermieri che si occupano dei codici bianchi e dei casi che non richiedono un immediato intervento medico.

Si **discute se si tratti di un'attività legittima**: non c'è il rischio che l'infermiere vada a compiere atti riservati ai medici e per il cui svolgimento è richiesta l'iscrizione all'albo dei medici e la relativa abilitazione professionale?

Secondo il Tar, il servizio attivato dal 23 marzo del 2015 presso il presidio Sanitario Integrato Santa Caterina della Rosa nel distretto sanitario 6 dell'ASL –RMC è legittimo (tanto che potrebbe diventare un precedente rilevante anche per altri territori), **come recita appunto la sentenza 10411/2016: "Gli infermieri sono formati adeguatamente, hanno esperienza, capacità e un livello tale di responsabilità**, anche penale nel caso, che il modello di assistenza negli ambulatori infermieristici See and treat previsto nel Lazio non solo è lecito, ma serve a migliorare il servizio, accorciare le liste di attesa e soddisfare con più efficienza i bisogni dei cittadini".

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

Ma torniamo indietro di un anno, quando cioè l'Ordine dei medici-chirurghi e odontoiatri di Roma esprimevano "una forte preoccupazione per il servizio "SEE AND TREAT infermieristico".

I Sindacati dei medici si schierano a sostegno delle tesi dell'OMCeO e compatti chiedono alla Regione Lazio il ritiro della determina. Preclusa la via politica, si rivolgono al TAR del Lazio, e depositano il 26 giugno 2015 l'istanza di annullamento della determina che autorizza gli infermieri al SEE and TREAT . Il ricorso di annullamento è proposto dall'OMCeO della provincia di Roma, contro la Regione Lazio e l'ASL 103 RMC.

Si costituisce in opposizione con controricorso, la Federazione Nazionale Collegi Infermieristici professionali. Il 19 ottobre 2016 arriva la sentenza del TAR Lazio che respinge il ricorso di annullamento proposto dall'OMCeO della provincia di Roma, poiché infondato.

"L' ASL – si legge nella sentenza - mostra di essere ben consapevole che il modello di See and Treat, mutuato dal servizio sanitario inglese, presenti come innovazione, rispetto ai modelli di pronto soccorso vigenti in Italia, proprio che "chi accede al See and Treat è accolto direttamente dal primo operatore disponibile, Medico o Infermiere, il quale conduce aut**onomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine"**; e tale consapevolezza è mostrata dalla osservazione che questa è indubbiamente

l'innovazione più significativa, ossia che sin dalla individuazione dei casi più urgenti rispetto a quelli minori vi provveda personale "indifferentemente rispetto alla professionalità medica ed infermieristica" che può essere compensata **dalla notazione che il sistema inglese prevede che il personale dell'area See and Treat sia costituito "dagli operatori più esperti** e che comunque abbiano ricevuto una formazione specifica per la patologia di competenza".

La Corte evidenzia inoltre che la valutazione iniziale "il Triage" è assegnato agli infermieri "E quindi se sin dal triage del paziente è impegnato personale infermieristico che lo classifica secondo un codice di priorità assistenziale, l'obiezione che viene effettuata dall'Ordine Provinciale dei Medici di Roma appare appunto contraddittoria nella contestazione della capacità e della competenza con il correlato livello di responsabilità che incombono agli infermieri assegnati al servizio See and Treat."

La scelta di assegnare determinate **attività sanitarie alla categoria degli infermieri "non è irragionevole" come sostenuto dall'OMCeO, in quanto il percorso formativo progettato dall'ASL RMN**, ha l'obiettivo "di implementare l'appropriatezza clinica /assistenziale / organizzativa e di creare un modello omogeneo per migliorare le prestazioni erogate nell'area Emergenza/Urgenza attraverso lo sviluppo e la certificazione di competenze del personale infermieristico per la valutazione e il trattamento della casistica con problemi di salute minori". La determina chiarisce in modo inequivocabile gli ambiti di **competenza medica e infermieristica, elenca le patologie minori da attribuire al SEE & TREAT** ed i casi di esclusione, la supervisione è sempre assicurata del medico del Pronto Soccorso in contatto per via telematica con l'ambulatorio del SEE & TREAT.

Pronta la replica dell'Ordine provinciale di Roma dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri: "pur esprimendo doveroso rispetto per la sentenza della Sezione terza/quater del Tar Lazio circa la questione dell'ambulatorio "See and Treat" pubblicata il 19/10/16, ritiene tuttavia che, trattandosi di materia di rilevante interesse deontologico, abbia **la competenza di approfondirne il merito"**, si legge in una nota.

"Le motivazioni addotte non sono convincenti e sembrano meritevoli di attente osservazioni", commenta il presidente dei camici bianchi della Capitale, Giuseppe Lavra. "Nello specifico rimangono, infatti forti, perplessità sulla legittimità della "controfirma" del medico, sulla identificazione delle "urgenze minori" o codici bianchi, **sulla congruità del richiamo alla sentenza di Cassazione Sez. IV 1° ottobre 2014 n° 11601, sul richiamo alle modalità di redazione della certificazione medica".**

Inoltre – sottolinea Lavra - il danno che paventa l'Ordine di Roma non attiene affatto alla categoria medica bensì alla professione medica che viene esercitata a tutela della collettività, come da previsione di legge".

Pertanto, l'Ordine capitolino" procederà a un approfondimento della sentenza citata insieme ai propri esperti e consulenti". "Appare molto probabile che la vicenda avrà un seguito - annuncia il presidente Lavra - in quanto siamo convinti che sia in gioco l'interesse dei cittadini ad avere garantite nella fase clinica prestazioni mediche appropriate"

Infermieri&Social

24/09/2016 - Con l'avvento di Facebook si ripropone un'immagine dell'infermiere non consona alla sua professionalità. L'opinione degli assistiti. La Federazione nazionale interverrà sul Codice deontologico

Il 23% degli infermieri attivi sui social, si presenta con una foto ammiccante del profilo o che richiama abuso di alcol. Tra le infermiere la percentuale sale al 95 per cento. Così, mentre negli ultimi sei anni l'immagine della professione ha fatto passi da gigante sul web, passando da una identificazione spesso legata a immagini sexy a una presentazione del tutto consona alla professionalità della categoria, l'utilizzo inappropriato dei social (non privato, ma legato in qualche modo e/o con qualche riferimento alla professione), rischia di provocare danni di immagine oltre che personali, anche per le strutture di cura e per gli assistiti.
Per questo la Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi interverrà nella revisione del Codice deontologico in atto in questi mesi, inserendo misure più rigide a tutela della professione . L'indagine, curata da Angelo Ricky Del Vecchio, infermiere e giornalista, è stata svolta attraverso il controllo costante 14-15 accessi in media al giorno per 90 giorni) ai profili di 400 infermieri/e, accompagnata da altrettante interviste, sempre via Facebook, a utenti (non sanitari) del Servizio sanitario nazionale ed è stata presentata nei giorni scorsi nel corso di un convegno specifico organizzato a Vieste dal Collegio Ipasvi di Foggia in collaborazione con la Federazione nazionale Ipasvi su "La professione infermieristica allo specchio. Tra nuove aspettative e vecchie incognite".
I dati dell'indagine illustrati e commentati da Del Vecchio, dimostrano che spesso gli infermieri mettono nei guai se stessi semplicemente postando sui social-network contenuti che vanno oltre i dettami del loro Codice deontologico.
"I professionisti della Salute anche sul web hanno precise responsabilità professionali – ha detto -. I social-network rappresentano lo strumento più immediato per condividere informazioni (sia personali, sia professionali) e per comunicare in tempo reale e gli infermieri (in questo caso, ma non solo: tutti gli operatori sanitari secondo Del Vecchio) che li utilizzano sono soggetti a specifiche responsabilità, perché potrebbero ledere il decoro della professione o violare la privacy dell'assistito".
Richiamando le "Raccomandazioni sul corretto utilizzo dei social media da parte degli infermieri" pubblicate nel 2013 dalla Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, Del Vecchio ha ricordato i pro e i contro messi in evidenza nell'utilizzo di questo mezzo di comunicazione sociale:

I pro
1. favoriscono le relazioni sociali e professionali;
2. migliorano la comunicazione con il cittadino e in tempo reale;
3. possono fungere da strumento didattico per studenti infermieri e docenti;
4. permettono la diffusione rapida di messaggi o campagne di sensibilizzazione (per esempio la campagna per il lavaggio delle mani);
5. favoriscono la diffusione e la discussione di buone pratiche di assistenza, di educazione sanitaria e della ricerca;
6. permettono di costruire una rete di riferimento affidabile sui temi della salute;
7. permettono la condivisione di esperienze;
8. aumentano l'aggregazione professionale;
9. consentono di rappresentare e tutelare la professione infermieristica.

I contro
1. violazione della privacy di pazienti o colleghi;
2. inappropriata condivisione e diffusione di informazioni sensibili;
3. violazione dei confini professionali;
4. violazione della riservatezza di informazioni sanitarie;
5. compromissione dell'immagine professionale dell'infermiere, dell'organizzazione a cui appartiene o del sistema sanitario.

La salvaguardia e il rilancio dell'immagine dell'infermiere, spiega ancora Del Vecchio, non è stata

facile negli anni e "l'intervento costante della Federazione nazionale Ipasvi, dei Collegi provinciali più attivi e delle principali associazioni infermieristiche nazionali – ha detto - ha permesso di giungere a quel riscatto professionale tanto agognato (attraverso un attento recupero d'immagine). Su Google molto è cambiato. Si può dire la stessa cosa però dei social-network?"

Del Vecchio ha risposto ripercorrendo le ultime tappe dell'"immagine" della categoria infermieristica nel settore: nel 2010 – ha detto - digitando su Google la parola infermiere o infermiera venivano soprattutto immagini di infermiere sexy; nel 2012 le immagini erano alternate tra quelle di professionisti infermieri e ancora infermiere sexy; nel 2014 i risultati della ricerca su Google davano immagini di professionisti, anche grazie all'avvento di giornali di categoria. Ma nel 2016 – rimarca Del Vecchio – spostando la ricerca sui social-media i risultati sono troppo spesso immagini ammiccanti provenienti soprattutto da Facebook.
"Si torna al vecchio stereotipo dell'infermiera sexy (nella sua veste privata) – spiega Del Vecchio - e alla comparsa di post indecorosi sui social-network. E non si tratta più di immagini di attrici e modelle, ma di foto vere di infermiere".
Nella ricerca poi si sottolinea come l'International Council of Nurses (ICN) nel 2012 ricordasse che: "L'Infermiere deve esprimere sempre una condotta personale che onori la professione e migliori l'immagine e la fiducia della collettività nel personale infermieristico; l'Infermiere deve essere sicuro che l'uso della tecnologia e delle scoperte scientifiche siano compatibili con la sicurezza, la dignità e i diritti delle persone" e richiama l'articolo 44 del Codice deontologico degli infermieri in vigore: "L'infermiere tutela il decoro personale e il proprio nome. Salvaguarda il prestigio della professione ed esercita con onestà l'attività professionale".
Barbara Mangiacavalli (presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi) ha accettato a Vieste la proposta e ha parlato apertamente di interventi più rigidi in difesa dell'immagina della professione infermieristica. Se la Federazione Ipasvi da una parte difende i colleghi nel tentativo di andare oltre il demansionamento, pretendendo il riconoscimento delle nuove competenze, dall'altra parte, ha spiegato, è costretta a difendersi da simili iniziative private e da profili Facebook che nei fatti ledono l'immagine di professionisti seri e preparati. I risultati dell'indagini sono rappresentativi della realtà dei fatti e creano i presupposti per inserire nel nuovo Codice deontologico dell'infermiere misure più rigide.

Inoltre, l'immagine dell'infermiere non è fine a se stessa, ma coinvolge, ha spiegato l'indagine, la sensibilità dei cittadini. Gli utenti del Ssn, frequentatori abituali di Facebook, intervistati nella ricerca, hanno dichiarato nell'88% dei casi di avere infermieri/e tra i propri amici sul social, nel 76% di essersi imbattuti in foto ammiccanti e nel 54% in foto relative ad abuso di alcol.
E l'85% degli intervistati ritiene che tutto questo possa ledere l'immagine dell'infermiere e della categoria, con il 70% che non si affiderebbe o non affiderebbe un suo parente a chi ha postato foto simili su Facebook. Infine, il 78% degli intervistati non ha dubbi: gli organi preposti al controllo professionale devono intervenire su queste persone.

"Come ricordava ancora l'International Council of Nurses - ha cocluso Del Vecchio – 'in qualità di Infermieri abbiamo la responsabilità di promuovere standard di comportamento etico, dando concretezza ai principi deontologici che sono alla base della professione infermieristica'. Per cui – ha detto rivolto agli infermieri - postate si, ma state attenti a non ledere voi stessi e soprattutto i vostri assistiti"

IPASVI
Collegio Provinciale di Foggia

E.C.M.

LA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA. UN'OPPORTUNITÀ PER GLI INFERMIERI. ASPETTI NORMATIVI, FISCALI E PREVIDENZIALI

FOGGIA 13 DICEMBRE 2016 ORE 08.30 - 14.00

SALA CONGRESSI - CONGREGAZIONE ANCELLE DELLA DIVINA PROVVIDENZA

VIA LUCERA 110 - FOGGIA

MODALITÀ DI ISCRIZIONE:

Le iscrizioni si effettuano esclusivamente on-line collegandosi al sito www.ipasviFoggia.com selezionando "ACCEDI ALL'AREA RISERVATA"

AVVISO IMPORTANTE

Si ricorda, che l'iscritto impossibilitato a partecipare all'evento è tenuto a cancellare l'iscrizione al corso, attraverso la stessa procedura, **ENTRO E NON OLTRE le 24 ore** precedente l'inizio del corso.
La mancata cancellazione determinerà l'impossibilità di iscrizione ai corsi per tutto l'anno 2016.

QUOTE ISCRIZIONI - ANNO 2017

Quota ridotta **Euro 45/00**
Quota ordinaria **Euro 50/00**

CONTRIBUTO D'ISCRIZIONE ALBO COLLEGIO INFERMIERI - IPASVI ANNO 2017

1. quota ridotta Euro 45,00 da pagarsi entro il 31/12/2016
2. quota ordinaria Euro 50,00 da pagarsi entro il 30/04/2017

Anche per quest' anno il Consiglio Direttivo ha confermato la riscossione delle quote di iscrizione agli Albi IPASVI, come avvenuto per gli anni scorsi. La modalità di pagamento della quota di iscrizione è la seguente:

La quota ridotta, di Euro 45,00 (quarantacinque/00 Euro) deve essere pagata presso gli uffici del Collegio IPASVI di Foggia, viale Giotto 200, o ci si può rivolgere ad uno dei Consiglieri, entro il 31 del mese di dicembre 2016.

Oltre tale data non sarà possibile usufruire del pagamento diretto, né della riduzione della quota, il pagamento dovrà effettuarsi "necessariamente" a mezzo dell' apposito bollettino postale, notificato attraverso Postel s.p.a., entro i termini che saranno indicati nella nota di accompagnamento, comunque non oltre il 30 di Aprile 2017, la quota in quest' ultimo caso sarà di Euro 50,00 (cinquanta). Per ogni ulteriore chiarimento sulle modalità di pagamento della quota contattare la Segreteria IPASVI.

IMPORTANTE, aiutateci ad offrirvi un miglior servizio, comunicateci gli eventuali cambi di domicilio o residenza, prima possibile, attraverso: fax, direttamente allo sportello o utilizzando l'indirizzo di posta elettronica: info@ipasvifoggia.it