

# Strumenti di misura, validità e affidabilità: guida minima alla valutazione critica delle scale

*Measuring tools, validity and reliability: guide to the minimum critical evaluation of the measurement instrument*

Alvisa Palese, Professore Associato di scienze Infermieristiche, Università degli studi di Udine

## Riassunto

*Negli ultimi anni si è sviluppato in Italia, sia nella clinica sia nella ricerca e nella didattica, un crescente interesse verso le scale di misurazione. Le scale sono utili ed efficaci quando effettivamente misurano ciò per cui sono state sviluppate e rispondono a requisiti di affidabilità e accuratezza. Per i paesi come l'Italia, il processo di validazione, quando vengano utilizzate scale sviluppate in altri paesi, richiede anche la valutazione linguistica e culturale. Nell'articolo si descrive una guida minima alla valutazione critica delle scale al fine di aiutare gli infermieri ad una scelta attenta della scala da utilizzare nella pratica clinica.*

**Parole chiave:** Scale di Misura, Strumenti, Validazione, Guida Minima

## Abstract

*In recent years, a growing interest in the measurement tools is developed within Italian nursing profession both at clinic and research/teaching level. Measurement tools are useful and effective when they meet the requirements of reliability and accuracy. In countries such as Italy, when nurses adopt scales developed in other countries, the validation process requires also a process aiming to validate the scale under the language and culture perspective. A guide to critical appraisal of the tools is described in the article in order to assist nurses in the decision making on the best scale.*

**Key word:** Instruments, Tools, Scales, Measurement, Validity, Accuracy, Critical Appraisal

**L**a misurazione è parte essenziale della pratica e della ricerca infermieristica: possono essere misurati i problemi attivi (ad esempio la dipendenza nelle attività di vita quotidiane) o di rischio (ad esempio di lesioni da decubito o cadute) dei pazienti; può essere valutata la loro evoluzione nel tempo per sorvegliarne il miglioramento e/o il peggioramento e per verificare l'efficacia degli interventi infermieristici messi in atto. Oltre alle misure utilizzate dagli infermieri clinici, può essere misurata la percezione dei pazienti, degli studenti e degli stessi infermieri. Anche nell'infermieristica, come in altre discipline, tutto può potenzialmente essere misurato ma a volte mancano gli strumenti.

Nella pratica clinica, la misurazione ha la principale finalità di sostenere l'assunzione delle migliori decisioni; inoltre, rende più oggettiva la descrizione di un fenomeno e consente la valutazione dei cambiamenti e l'efficacia/inefficacia di un intervento. Nella ricerca, la misurazione consente ad esempio la valutazione della confrontabilità di due cam-

pioni (casi e controlli) rispetto a un fattore di rischio, ma consente anche la valutazione degli effetti di una variabile. Per misurare sono utilizzati numerosi strumenti (griglie di valutazione, scale, questionari) citati in letteratura come *instrument, tool, scale, questionnaire*, la cui scelta è cruciale perché, la loro capacità di misurare effettivamente ciò che si vorrebbe (validità) restituendo un valore accurato e preciso (affidabilità) assicura che l'informazione raccolta sia di buona qualità. Una scarsa qualità delle informazioni può generare pessime decisioni (ad esempio, posticipare il posizionamento di un materasso da decubito ad un paziente sottostimato nel suo rischio di lesioni); costi eccessivi o livelli disomogenei di assistenza (ad esempio un paziente che riceve immediatamente un materasso antidecubito senza che questo sia effettivamente necessario); la raccolta di dati inaccurati e pertanto inutilizzabili sia per la pratica sia per la ricerca; una scarsa qualità delle informazioni può anche generare effetti sugli infermieri che, accorgendosi della inutilità delle proprie rilevazioni e impegnati in molte (troppe) raccolte

## REVISIONE

PERVENUTO IL 21/05/2011

ACCETTATO IL 06/06/2011

L' AUTORE DICHIARA DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE  
ALVISA PALESE - [alvisa.palese@uniud.it](mailto:alvisa.palese@uniud.it)

dati, possono sviluppare una progressiva diffidenza verso la compilazione degli strumenti.<sup>1</sup>

Negli ultimi trent'anni, il dibattito scientifico e professionale italiano ha sviluppato crescente attenzione sugli strumenti di misura. Dal 1985, quando è stato pubblicato uno dei primi articoli indicizzati sulla prevalenza delle lesioni da decubito utilizzando la scala di Norton,<sup>2</sup> il dibattito si è progressivamente focalizzato sulla validazione delle scale prodotte in altri paesi al fine di renderle disponibili agli infermieri italiani.<sup>3</sup> Più recentemente, si è iniziato a validare strumenti originali italiani<sup>4,5</sup> e i progetti di ricerca hanno iniziato a includere, tra i propri strumenti, scale validate.<sup>6</sup> Parallelamente, i corsi di laurea in infermieristica stanno attribuendo maggiore enfasi all'uso delle scale sia nei corsi teorici sia nei tirocini: docenti e studenti sono supportati da libri che documentano numerose scale di interesse infermieristico.<sup>7,8</sup> Anche la Federazione Nazionale Collegi Ispasvi ha promosso e sostenuto il dibattito<sup>9</sup> attivando un progetto di ricerca specifico per la validazione dello strumento<sup>10</sup> che misura la complessità assistenziale dei pazienti. Molti programmi di rilievo nazionale (ad esempio l'ospedale senza dolore<sup>11</sup>) stanno inoltre sostenendo l'esigenza di adottare strumenti di misurazione dei problemi dei pazienti.

Nonostante il crescente dibattito, pochi sono gli articoli che riportano la validazione degli strumenti in uso e sono poco diffuse (anche perché considerate molto avanzate), le conoscenze che aiutano a comprendere il grado di validità e affidabilità di uno strumento di misurazione. Inoltre, non esiste una banca dati italiana sugli strumenti già validati e per gli infermieri che hanno bisogno di misurare, il reperimento di validi strumenti non è facile. Il rischio è che si utilizzino strumenti poveri nella qualità che restituiscono misure inaffidabili e imprecise; oppure che si proceda nella produzione di scale "in proprio" senza verificarne la validità; oppure, ancora, che si adottino nella pratica scala dal nome importante e noto in letteratura ma di cui non è dato a conoscere se sono state validate nel nostro contesto (con il rischio che siano traduzioni non verificate).

Commentare le proprietà di uno strumento valido - a un primo livello - per supportare gli infermieri nella scelta del

migliore strumento da utilizzare nella pratica e nella ricerca è la finalità del presente articolo.

### Le ragioni

Una disciplina scientifica che desidera accrescere la conoscenza deve quantificare le sue osservazioni<sup>1</sup> dimostrando di avere la capacità di misurare ciò che teoricamente si propone di misurare (ad esempio il *caring*, l'*assistenza*, il *coping*, l'*empowerment*) e per cui come professione esiste. Gli infermieri, ad esempio, sulla base del loro profilo, attivano strategie relazionali per aumentare il confort, facilitare il coping, sostenere o motivare un paziente ad aderire alla terapia prescritta. Per misurare l'efficacia, devono poter "catturare" le modificazioni nel confort, nelle abilità di coping, e nella motivazione nei pazienti che gestiscono misurando prima e dopo il proprio intervento. Per l'infermieristica, diversamente dalla medicina che ha numerose misure strumentali (ad esempio i mg/dl di emoglobina, la sodiemia) la misurabilità di un fenomeno è più complessa e come tale richiede chiarezza nei concetti (che cosa è il *coping*? che cosa è l'*empowerment*?). Anche per altre discipline (ad esempio la psichiatria) o per specifici problemi (ad esempio nella fase terminale dei pazienti), la misurazione è difficile perché richiede la traduzione operativa di ciò che si vuole misurare: solo dopo aver tradotto operativamente ciò che si vuole misurare è possibile costruire uno strumento.

Esistono tuttavia altre ragioni specifiche che sostengono l'esigenza di introdurre nella pratica strumenti di misurazione validati:

a. *nella clinica, la misurazione ha (o dovrebbe avere)<sup>12</sup> un effetto sulle decisioni del singolo infermiere, del gruppo e di quelle collaborative con la professione medica o altre professioni: ad esempio, l'utilizzo della scala Braden per misurare il rischio di lesioni da decubito, consente la presa di decisione rispetto al materasso da posizionare. Oppure, la misura del rischio di malnutrizione di un paziente appena ricoverato utilizzando la Mini Nutritional Scale, indica l'esigenza di personalizzare la nutrizione e potenziare la sorveglianza nutrizionale.*

b. *a livello di sistema, invece, il raggruppamento di singole misure raccolte sul paziente (ovvero di tutte le schede Braden e Mini Nutritional Assessment compilate) consente (o dovrebbe consentire) una fotografia dei fenomeni nel loro insieme, la costruzione di indicatori e il loro monitoraggio nel tempo per assumere decisioni di sistema. Confrontare annualmente quanti pazienti hanno sviluppato lesioni da decubito tra quelli a rischio è una strategia di sorveglianza importante per un ospedale; oppure contare quanti pazienti hanno effettivamente sviluppato la malnutrizione alla dimissione tra coloro individuati a rischio al ricovero, consente di riflettere sul sistema dietetico, della distribuzione dei pasti, sul tempo dedicato all'aiuto dei pazienti dipendenti ma anche comprendere l'eccedenza di complicità o della degenza. È noto, infatti, l'effetto della malnutrizione sulla durata della degenza e sulla quantità di complicità dei pazienti ospedalizzati.<sup>13</sup> L'aggregazione dei singoli dati e la costruzione di report da inviare alle strutture che hanno partecipato alla raccolta dati, consente l'attivazione di programmi di miglioramento, lo sviluppo di una diffusa consapevolezza sull'importanza dei dati raccolti e una revisione sistematica della loro qualità.*

c. *a livello di macro sistema, invece, disporre di misure sintetiche consente la messa a fuoco di politiche e/o di raccomandazioni di indirizzo regionale e/o nazionale.<sup>14</sup> Ad esempio, se potessimo disporre in Italia di un set essenziale di strumenti di valutazione applicati a tutti quelli che sono ricoverati (ad esempio lesioni da decubito, stato nutrizionale, cadute, infezioni, dipendenza nelle ADL) potremmo valutare l'impatto della quantità di risorse umane su larga scala e definire, come peraltro hanno fatto in altri paesi da molto tempo,<sup>15</sup> gli standard minimi di assistenza al di sotto dei quali non è prudente scendere.*

### Gli strumenti

Si definisce "strumento di misura" la raccolta di item combinati in un punteggio che rilevano operativamente le variabili teoriche che non

possono essere direttamente osservate.<sup>1</sup> Uno strumento può essere in forma di:

- a. *questionario come ad esempio la Mini Mental State Examination da somministrare oppure l'Anxiety and Depression Hospital Scale da utilizzare come self-report,*
- b. *griglia di osservazione e/o di rilevazione guidata dei dati prevalentemente tramite l'osservazione diretta come ad esempio la Braden e la Norton Scale,*
- c. *questionario misto a griglia di raccolta dati in cui sono richieste altre strategie di misurazione: ad esempio la Mini Nutritional Assessment prevede domande dirette e la raccolta dati attraverso strumenti (peso, altezza).*

Ciascuno strumento può utilizzare una scala nominale, ordinale, intervallare e rapporto. La misurazione può essere in un punteggio complessivo (ad esempio l'intensità del dolore), oppure in una valutazione sull'intensità del problema o del rischio del paziente (ad esempio nullo, medio, elevato rischio) o, ancora, in un cut-off che distingue i pazienti che hanno un problema da quelli che non ce l'hanno (ad esempio, l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* individua i pazienti in ansia e depressione rispetto a quelli non affetti). Esistono numerose pubblicazioni che descrivono nel dettaglio gli strumenti e che possono essere consultate per approfondirne le caratteristiche.<sup>1-16-17-18-19</sup> La questione cruciale, tuttavia, non è tanto la quantità di strumenti da adottare quanto la loro relazione con gli esiti sensibili alle cure infermieristiche (dovremmo prioritariamente misurare ciò che è associato e/o attribuito alle cure infermieristiche) e la validità/affidabilità delle misure che producono.

### Il problema italiano

Molti strumenti sono originati e validati in un paese diverso da quello italiano. Per gli infermieri italiani (ma anche di altri Paesi non madrelingua inglese) che rintracciano una scala sviluppata in un contesto ed in una lingua diversa, è necessario attivare un percorso di validazione. Ad esempio, se un gruppo di infermieri di struttura residenziale rintraccia l'Abbey scale per la misurazione del dolore nel paziente con declino cognitivo (che rileva i comportamenti

associati a dolore),<sup>20</sup> dovrebbero chiedere preliminarmente l'autorizzazione all'autore e quindi tradurre lo strumento nella lingua italiana coinvolgendo esperti sul contenuto (ad esempio nelle manifestazioni del dolore nei pazienti con demenza) e nella lingua (italiano e inglese). Questo processo (denominato *forward translation*) può introdurre prime distorsioni nella scala e pur assicurando l'appropriatezza linguistica della traduzione, il suo risultato non necessariamente è valido dal punto di vista culturale. Un altro problema riguarda il rapporto con gli autori che hanno sviluppato la scala originale: più gruppi di ricerca italiani potrebbero essere contestualmente interessati a una stessa scala e inoltrare multiple richieste di autorizzazione allo stesso autore: forse avrebbe più senso conoscere quali sono in fase di validazione attraverso un registro "pubblico" affinché sia possibile partecipare alla validazione o procedere nella validazione di altre scale. Le risorse a disposizione per la ricerca, infatti, non sono molte.

Il passaggio successivo alla validazione culturale e linguistica delle scale è la *backward translation* dove un'altra persona competente nella lingua italiana e inglese, adeguatamente preparata, traduce la nuova versione dall'italiano all'inglese che può essere sottoposta alla valutazione finale dell'autore della scala originale. A questo punto, è necessario ri-validare la scala come fosse di nuova produzione, anche se esistono già articoli sulla sua validazione.<sup>16</sup>

### Il problema di tutti i paesi

Superato il problema della lingua e della cultura, gli infermieri di tutti i paesi dovrebbero essere certi di utilizzare strumenti di misurazione validati: ovvero sottoposti a un procedimento rigoroso che al suo termine assicura che gli stessi sono in grado di misurare effettivamente ciò che ci si aspetta di misurare in modo accurato e preciso. Gli studi di validazione delle scale sono numerosi: le pubblicazioni spesso riportano tutti i dati di validazione (o proprietà psicometriche) che sono difficili da comprendere per chi deve decidere se adottare la scala oppure no. Inoltre, spesso le pubblicazioni si soffermano sui risultati della validazione ma non riportano le scale a causa di problemi di

copyright rendendo di fatto difficile il reperimento. Per il faticoso percorso di validazione, ma anche per ridurre lo sviluppo di molte scale che valutano senza sostanziali differenze, lo stesso problema, numerosi autori suggeriscono l'uso di scale già validate.

### Guida minima

Se la scelta è di avvalersi di scale già validate, per decidere quale strumento di misura adottare è necessario recuperare articoli o materiali che documentino le proprietà psicometriche della scala e la sua accettabilità per gli infermieri che la utilizzeranno e per i pazienti cui verrà somministrata.<sup>16</sup> Questi aspetti possono essere valutati ponendosi alcune domande guida (Tabella 1).

### Conclusioni

Ovviamente questa guida minima è orientativa: potrebbero essere offerti numerosi esempi (ad esempio, sulla qualità della vita) che richiedono altre valutazioni. Inoltre, tutte le scale hanno una propria validità esterna: ovvero deve essere verificata la popolazione su cui sono state validate e che potrebbe avere caratteristiche diverse da quella di nostro interesse (ad esempio, il valore di cut off della Braden potrebbe essere poco specifico per i pazienti ricoverati in terapia intensiva). Infine, l'analisi dovrebbe essere completata con la validità di costruito (composta dall'analisi fattoriale, dalla validità convergente, discriminante e multimetodo) ovvero sul grado con cui la scala misura effettivamente il costruito o la teoria di riferimento. Tuttavia, valutare i criteri di base offerti, aiuta a scegliere strumenti di misura che hanno maggiore probabilità di offrire misure valide ed affidabili.

### Bibliografia

1. DE VELLIS R. *Scale Development. Theory and Applications*. London: Sage Publications, 2003.
2. AAVV. *Indagine di prevalenza sulle lesioni da decubito nei pazienti ospedalizzati*. Riv Inferm 1984; 4: 68-75.
3. STRATTA P, BUSTINI M, RESTA C, CASACCHIA M, ROSSI A. *Usefulness of psychometric evaluation in the care of psychiatric patients: evaluation of the Italian version of 'Nurses*

Tabella 1. Guida minima alla valutazione di uno strumento di misura<sup>1,16,17,18,19</sup>**Validità**

- a) *Validità di contenuto (content validity):* dimostra che gli item della scala rappresentano completamente il problema. Leggendo l'articolo che riporta la validazione della scala che vuoi adottare, verifica se i ricercatori hanno verificato se la scala include tutte le caratteristiche, le dimensioni e/o gli attributi del fenomeno che si propone di misurare. Oppure, se hanno valutato il contenuto di ciascuna variabile che deve corrispondere esattamente al nome attribuito alla variabile: ad esempio, se un item intende misurare la fatica al risveglio dei pazienti con scompenso cardiaco, il contenuto degli item dovrebbe esprimere davvero tutte le dimensioni della fatica percepita dal paziente al risveglio. Valuta, anche se i ricercatori hanno riportato come hanno scelto il numero degli item della scala rispetto all'importanza di ciascuna dimensione del fenomeno che intendono misurare, ovvero se la scala ha una sua distribuzione interna tra le sottoscale ragionevole. Per ottenere questo tipo di validità, i ricercatori dovrebbero aver coinvolto esperti del settore, chiedendo l'espressione di un proprio parere.
- b) *Validità di facciata (face validity):* è, secondo alcuni,<sup>16</sup> una dimensione della validità di contenuto mentre secondo altri<sup>1</sup> un aspetto non necessariamente da valutare. Esprime se i ricercatori si sono preoccupati di valutare, con l'aiuto di esperti, se è immediatamente evidente ciò che la scala intende valutare. Non esprime la validità della scala<sup>17</sup> e pertanto non è sempre documentata. Se non la rintracci tra i materiali che disponi, non costituisce di per sé un errore.
- c) *Validità di criterio (criterion validity):* ve ne sono almeno due, una concorrente e una predittiva che esprimono l'accuratezza della scala. Verifica tra gli articoli o i materiali che disponi se i ricercatori hanno valutato l'una o l'altra: la prima può essere stata testata verificando se lo strumento che hanno creato (ad esempio una nuova scala di valutazione del rischio di lesioni da decubito) correla con una scala considerata 'gold standard' (ad esempio la Braden). In questo caso, il punteggio totale ottenuto dalla nuova scala dovrebbe correlare con quello ottenuto dalla migliore scala sino a quel momento conosciuta e somministrata a un gruppo di pazienti nello stesso momento. Il livello di accettabilità della correlazione dovrebbe essere  $\geq 0.70$ . Quando tali valori sono elevati, si può dire che la nuova scala 'funziona' e magari può sostituire la precedente, se particolarmente impegnativa nella somministrazione e/o richiedeva molto tempo. La validità predittiva, invece, riporta alla specificità e sensibilità dello strumento: ovvero a quanti falsi negativi e positivi individua, valori che devono attestarsi  $\geq 80\%$ . La lettura dei dati sulla validità di criterio ti aiuta a capire: 1) se la scala che stai proponendo è effettivamente migliore della scala che stavi utilizzando o che la letteratura considerava come gold standard; 2) se la scala che stai proponendo nel tuo contesto (ad esempio per selezionare gli utenti da ammettere in un nucleo Alzheimer di una casa di riposo) riuscirà a individuare le persone che hanno effettivamente il problema (sensibilità) e coloro che invece non lo hanno (specificità).

**Affidabilità**

- d) *Consistenza interna (internal consistency):* misura il grado con cui ogni item è un buon indicatore di un altro item della stessa scala, ovvero quanto la scala è omogenea. Tale valutazione è effettuata indagando le correlazioni tra tutti gli item della scala, o di una parte della scala oppure nella metà della scala quando può essere articolata in due parti. Puoi facilmente rintracciare se i ricercatori hanno valutato la consistenza interna della scala leggendo se hanno riportato l'alpha di Crombach che può restituire valori da 0 a 1: quando la consistenza è molto bassa (ad esempio 0.40) significa che gli item non derivano dallo stesso dominio concettuale (ovvero misurano cose diverse), quando è alta (ad esempio 0.98) significa che misurano sempre lo stesso ambito. Il livello di accettabilità per considerare consistente la scala è da 0.70 a 0.90. Tuttavia non ha molto senso ricercare questo valore se non si è preliminarmente valutata la validità.
- e) *Stabilità (stability),* in altre parole la capacità dello strumento di riprodurre gli stessi risultati nel tempo, osservando ad esempio il paziente in due occasioni. Ricerca nell'articolo o nei materiali se alla scala è stato applicato il test-retest. Per le variabili continue è possibile valutare la stabilità esplorando le correlazioni dei punteggi prodotti alla prima ed alla seconda somministrazione (Test di Pearson). Nel caso di dati ordinali (ad esempio questionari che richiedono una risposta articolata in "molto, abbastanza, per niente") sarà stato adottato il Test di Spearman. I risultati accettabili vanno da  $\geq 0,70$  a  $\geq 0,80$ . I ricercatori devono aver riportato il tempo trascorso da una somministrazione all'altra e devono essersi assicurati che i partecipanti non abbiano risposto allo stesso modo perché hanno memorizzato le risposte; devi accertarti inoltre che durante il tempo intercorso non siano intervenuti altri fattori come il cambiamento della situazione del paziente: ad esempio, nella prima somministrazione una scala può restituire una complessità assistenziale di 20 e nella seconda di 10. Non necessariamente vi è una bassa stabilità della scala perché possono essersi modificate effettivamente le condizioni dei pazienti valutati.
- f) *Concordanza intervaltatore (inter-rater reliability):* esprime il grado di accordo tra due valutatori che in modo indipendente somministrano la scala allo stesso paziente. Ricerca nell'articolo se la scala è stata sottoposta al test K di Cohen che può andare da 0 a 1: se è 0 non è accettabile, significa che i due valutatori hanno risposto in modo completamente diverso quando esposti ad osservare in cieco lo stesso fenomeno; se è  $\leq 0.40$  il livello di accordo è considerato debole, da 0.41 a 0.50 moderato, da 0.61 a 0.80 buono e da 0.81 a 1 molto elevato. Se la concordanza intervaltatore non è buona, verifica se i ricercatori hanno condotto una valutazione della concordanza intravalutatore (intra-rater reliability), chiedendo a un singolo valutatore di misurare la stessa situazione ma in tempi diversi: potrebbe essere, infatti, che il basso accordo non dipenda dai due valutatori ma da uno dei due che non ha compreso il metodo di valutazione, compie degli errori, o altro.

*Observation Scale for Inpatients Observation (NOSIS)*. Prof Inferm 1997; 50(2): 49-53.

4. CATANIA G, COSTANTINI M, LAMBERT M, LUZZANI F, MARCEA F, TRIDELLO G, BONI L, BERNARDI M. *Validazione di uno strumento che misura le conoscenze e gli atteggiamenti degli infermieri italiani sulla gestione del dolore*. AIR 2006; 25(3): 149-156.
5. VELLONE E, BELLINI G, FABRIANI L, FELLONE C, PASSERETTI F. *Sviluppo di uno strumento per misurare la qualità del corso di laurea in infermieristica*. AIR 2007; 2(1): 14-23.
6. SAIANI L, ZANOLIN ME, DAL PONTE A, PALESE A, VIVIANI D. *Valutazione della sensibilità e specificità di uno strumento di screening dei pazienti a rischio di dimissione difficile*. AIR 2008, 27(4): 184-193.
7. COPPELLI P, ARTIOLI G. *Assesment infermieristico: Approccio orientato alla persona*. Milano: Poletto Editore, 2005.
8. SANTULLO A. *Le scale di valutazione in sanità*. Milano: McGraw-Hill, 2008.
9. AA.VV. *Le scale di valutazione: strumenti per la rilevazione dei dati clinici nell'assistenza infermieristica*. L'infermiere 2003; 6 (3): 3- 29.
10. SILVESTRO A, MARICCHIO R, MONATANARO A, MOLINARI MIN M, ROSSETTO P. *La complessità assistenziale*. Milano, McGraw Hill, 2009.
11. Linee Guida "Ospedale senza dolore". Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Provvedimento 24 Maggio 2001, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 149/2001.
12. SULLIVAN DH, SUN S, WALLS RC. *Protein-Energy Among Elderly Hospitalized Patients*. A prospective study. JAMA

## Stop al Senato per il disegno di legge sulle professioni sanitarie

*Il ministro della Salute, On. Fazio, si pronuncia a favore degli Ordini professionali e auspica che il Ddl che istituisce nuovi Ordini e Albi per le professioni sanitarie possa presto riprendere il suo iter per l'approvazione. Le professioni sanitarie, secondo il Ministro, "hanno funzioni fondamentali che richiedono grande attenzione e vigilanza per contrastare l'abusivismo e i comportamenti poco corretti. Credo quindi che sia molto importante andare avanti con il ddl sulle professioni sanitarie la cui discussione non è stata sospesa per ragioni ideologiche ma per un problema tecnico che mi auguro possa risolversi già la prossima settimana".*

*Il Ministro ha affermato l'importanza di questo ddl e la diversità delle professioni sanitarie rispetto alle altre professioni.*

*Annalisa Silvestro, presidente della Federazione dei Collegi Iplasvi "Siamo molto colpiti e sconcertati. Gli onorevoli e i senatori forse non sono a conoscenza del fatto che abbiamo già il Collegio provinciale aggregato in una federazione nazionale. Per quanto ci riguarda, si tratterebbe solo di una mera trasformazione di questi Collegi in Ordini, visto che, tra l'altro, la nostra legge ordinistica è esattamente uguale a quella dei medici". Questo il commento di Annalisa Silvestro alla notizia dell'arresto del Ddl benché fosse stato approvato in commissione Salute del Senato con voto bipartisan.*

*Il problema, secondo la Presidente Silvestro, è con ogni probabilità legato all'attuale dibattito sull'ordinistica, "anche se, il relazione agli infermieri, non è possibile di certo parlare di tentativi per non liberalizzare la professione visto non c'è alcuna preclusione all'inserimento nella professione, né nella formazione.*

*A far aumentare il livello di irritazione è anche il sospetto che, se da una parte viene rimandato il percorso degli infermieri, dall'altro potrebbe esser mandato avanti senza troppi problemi quello relativo all'innovazione delle norme ordinistiche riguardanti medici, farmacisti e veterinari. "La cosa potrebbe infastidirci molto - ha ammonito Silvestro - poiché sarebbe il palesarsi di una vera discriminazione".*

*Le stesse parole di contrarietà al provvedimento pronunciate ieri dal sen. Francesco Rutelli hanno palesato per Silvestro "una scarsa conoscenza delle situazioni e una diffusa tendenza a generalizzare, visto che non si parla di categorie sulle quali poter fare valutazioni di tipo corporativo e che non andrebbero ad inficiare nulla sul mercato del lavoro". Anche dal punto di vista economico, "non sarebbe di certo un ulteriore onere a carico dello Stato - ha concluso - i Collegi sono totalmente autofinanziati, non chiediamo allo Stato neanche un euro, e quindi non capiamo quanto sta accadendo, se non per una presa di posizione totalmente ideologica".*