

Direttore Responsabile
Maria Benetton

Comitato Editoriale

Gianfranco Cecinati
Elio Drigo
Gian Domenico Giusti
Paola Marchino
Nora Marinelli
Marco Marseglia
Fabrizio Moggia
Silvia Scelsi
Stefano Sebastiani

Comitato di Redazione

Gianfranco Cecinati
Elio Drigo
Gian Domenico Giusti
Silvia Scelsi
Stefano Sebastiani

Segreteria di Redazione

Paola D'Amore
Donatella Pirozzo

Tariffe

Iscrizione Aniarti 2009 € 30,00
(comprensiva dell'abbonamento
annuale alla rivista Scenario)

Abbonamento a Scenario
Istituzionale € 65,00
(Enti, Istituzioni, Associazioni, Biblioteche,
Unità Operative, Sedi formative)

Le quote vanno versate sul c/c postale
n. 11064508 intestato a:

ANIARTI

Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.
Lavori, lettere, suggerimenti, commenti,
proposte, interventi in genere e fotogra-
fie vanno inviati a Donatella Pirozzo,
segretaria di redazione
c/o Ufficio soci ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
Tel. 055/434677 - Fax 055/435700
Cell. 340/4045367-5

www.aniarti.it

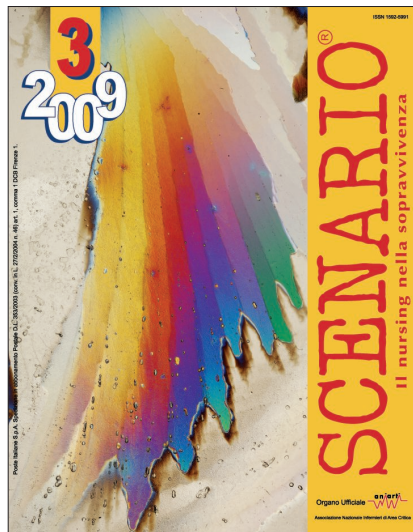
e-mail: aniarti@aniarti.it

Progetto Grafico: Vittorio Casebasse

Stampa: Tipografia San Marco
Via Della Treccia, 14 - 50145 Firenze

Numero chiuso il giorno
30 Ottobre 2009

(1 copia € 3,50 per soli Soci)



INDICIZZATI
SCENARIO® è indicizzato su CINAHL
(Cumulative Index to Nursing and Allied
Health Literature)
in EBSCO HOST.
**Un nuovo traguardo per la diffusione
della cultura infermieristica**



Questo periodico è associato
alla Unione Stampa
Periodica Italiana

**3 GLI INFERMIERI E LA
QUESTIONE DEL LIMITE**
Riflessioni per il
28° Congresso Aniarti
di Elio Drigo

**5 IL TRATTAMENTO DEL DOLORE
NELL'EMERGENZA SANITA-
RIA PREOSPEDALIERA**
*Pain management in pre-hospital
emergencies*
di Guglielmo Imbricco,
Giovanni Gamberini,
Marco Mostardini,
Matteo Erbacci,
Luca Dal Bosco

**10 LA GESTIONE DEL DOLORE
FISICO: COMPETENZA PERCE-
PITA DAGLI STUDENTI
INFERMIERI**
*The management of physical
pain: competence perceived by
nursing students.*
di Paola Bernardi

**15 ESPLORAZIONE FATTORIALE
CON L'ANALISI DELLE COM-
PONENTI PRINCIPALI DEL
QUESTIONARIO SPIRITUAL
COPING STRATEGIES**
*Exploration analysis with the
principal components analysis of
the Spiritual Coping Strategies
questionnaire*
di Francesco Burrai,
Sandra Scalorbi, Danilo Cenerelli,
Stefano Sebastiani,
Eleonora Cocchi,

**21 L'IGIENE DEL CAVO ORALE
COME PREVENZIONE DELLE
INFEZIONI RESPIRATORIE
ASSOCIATE A VENTILATORE IN
TERAPIA INTENSIVA**
*Oral care practices to prevent
ventilator associated pneumonia
in ICU patient's*
di Daniele Fagioli,
Maria Luisa Rega

**27 UN DIRITTO PER L'ETICA
DELLA CURA**
A law for care
di Alessandra Grompi

**30 CONSIGLIO DIRETTIVO
E NAZIONALE ANIARTI**

Istruzioni per le proposte di Pubblicazioni

SCENARIO è la rivista ufficiale di Aniarti (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica); il suo scopo è quello di dare impulso alla crescita del sapere infermieristico, in modo particolare alle tematiche inerenti l'Area Critica.

La rivista pubblica contributi inediti che riguardano le seguenti tipologie di articoli:

- **Articolo originale** (frutto di ricerca e/o metanalisi)
- **Revisione** (revisione della letteratura)
- **Comunicazione** (relazione a congressi e/o poster)
- **Editoriale** (parere su una tematica e riflessione o analisi)
- **Lettera** (intervento su una tematica trattata dalla rivista).

Gli articoli dovranno pervenire, esclusivamente via e-mail (utilizzando l'indirizzo scenario@aniarti.it), su file RTF o leggibile dai comuni word processor e devono essere redatti seguendo le indicazioni del documento preparato dall'International Committee of Medical Journal Editors "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (www.icmje.org).

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

- Titolo dell'articolo (in italiano ed inglese)
- Autori con nomi completi e qualifiche professionali
- Istituzioni d'appartenenza
- Recapito (posta elettronica o indirizzo o telefono) che, l'autore responsabile della corrispondenza, desidera sia pubblicato nella rivista
- Dichiarazione che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza e non è stato inoltrato presso altra rivista;
- Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse
- Breve ringraziamento per eventuali finanziamenti pubblici o privati ricevuti come contributo per lo svolgimento dello studio.

La seconda pagina deve contenere un abstract non superiore alle 300 parole in italiano ed in inglese strutturato con introduzione, materiali e metodi/problema, risultati, discussione, conclusioni. Devono essere indicate da 3 a 5 parole chiave in italiano ed inglese.

Per gli articoli di ricerca il testo deve essere suddiviso in:

- Introduzione
- Materiali e metodi
- Risultati

- Discussione
 - Conclusioni
 - Bibliografia
- Per gli **altri articoli** il testo deve essere suddiviso in:
- Introduzione
 - Problema
 - Discussione
 - Conclusioni
 - Bibliografia

Le tabelle o i diagrammi debbono essere citati sequenzialmente nel testo, dotate di didascalie con titolo e numero progressivo in cifra araba.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti e solo gli autori citati nel testo; andranno numerate consecutivamente secondo l'ordine di citazione nel testo.

Le citazioni a fine del testo devono seguire le norme del Vancouver Style (www.icmje.org).

Gli autori sono responsabili dell'accuratezza della bibliografia e devono controllare l'esattezza di ogni voce bibliografica prima dell'invio.

Ogni articolo è sotto la responsabilità diretta dell/degli autori. Quando il contenuto può coinvolgere responsabilità dell'Ente di appartenenza, o quando gli autori esprimono una posizione politico-strategica della medesima, occorre una liberatoria scritta dei relativi responsabili. Andrà dichiarata anche l'autorizzazione alla pubblicazione di dati o documenti riferibili all'attività istituzionale dell'Ente.

Gli articoli inviati alla rivista saranno sottoposti all'esame della redazione e degli esperti di riferimento per i vari settori.

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del Comitato di Redazione. L'accettazione, la richiesta di revisione o la non-accettazione saranno notificati e motivati per iscritto nel più breve tempo possibile.

Gli articoli pubblicati possono essere riprodotti in parte o totalmente soltanto con il permesso scritto del Direttore della Rivista.

In caso di pubblicazione, gli autori riceveranno una copia del numero della Rivista che contiene il proprio lavoro.

INFORMATIVA PER I SOCI

Legge 675/96 e seguenti - Tutela dei dati personali

L' ANIARTI è in possesso dei dati personali anagrafici di ogni associato in quanto da lui stesso forniti al momento della presentazione della domanda di socio.

Tali dati sono conservati presso l'archivio della stessa Associazione e trattati esclusivamente da personale incaricato ed unicamente per adempiere agli scopi istituzionali.

**Tutto il materiale va inviato unicamente
all'indirizzo di posta elettronica scenario@aniarti.it**

Gli infermieri e la questione del limite.

Riflessioni per il 28° Congresso Aniarti

Da infermieri di area critica viviamo in contesti nei quali la cifra con cui misurarsi è costantemente il riuscire a vivere, la ricerca di uno stato di relativo benessere, ma anche la morte e la qualità della morte delle persone.

Ben prima che l'evidente necessità di qualche limite venisse posta dalla catastrofica crisi economica in atto (che è solo il più appariscente degli effetti dell'insipienza e delle spregiudicatezza del non darsi dei limiti) abbiamo percepito segnali di insensatezze ed a viverne le conseguenze. Da quell'epoca, abbiamo concentrato l'attenzione sulla questione del limite.

Non si tratta di un semplice problema: si tratta proprio di una questione; un argomento complesso di natura sociale ed anche eminentemente politico, su cui dobbiamo interrogarci e rispetto al quale richiamare la responsabilità collettiva per individuare percorsi nuovi comportamenti che siano realistici.

Osservando la situazione a partire dalla salute delle persone e delle collettività, non possiamo non vedere marcati disequilibri in molti ambiti. La distribuzione non equa delle opportunità di servizi, l'eccesso di enfasi sulla medicina e il disinteresse per un'assistenza di qualità alle persone, la disponibilità a sostenere iniziative spettacolari – anche se con effetti minuscoli sul totale dei problemi – e il sostanziale taglio delle risorse per garantire risposte alle esigenze evolute delle persone e non solo dei corpi. Si dovrebbe continuare sottolineando anche il campo del fenomeno implica

un'ottica planetaria non più circoscrittibile al nostro piccolo orizzonte e si dovrebbero declinare le relative responsabilità da condividere come comunità internazionale.

Gli infermieri possono avere prima e con maggiore coinvolgimento di altri l'evidenza di questi problemi. Una riflessione sistematica degli infermieri su questi temi dunque, contribuisce a definire la loro reale portata e le implicanze in termini di scelte politiche più generali.

L'apporto di varie competenze, non solo sanitarie, è indispensabile per una migliore analisi d'insieme e per far convergere obiettivi e progetti di più sicura efficacia. Infine, l'utopia in questi casi aiuta; utopia non nell'accezione di puro sogno, ma come definizione di un luogo ideale verso il quale dirigersi insieme con determinazione e speranza concreta.

Vogliamo esaminare il limite come opportunità di maturazione per l'uscita da un modello di progresso solo quantitativo. Un progresso misurato con il PIL (prodotto interno lordo) e che pare sposare a qualsiasi livello il principio di libertà senza responsabilità. Il progresso deve essere qualcos'altro.

Riguardo alla salute dobbiamo riportare all'attenzione del dibattito e degli orientamenti culturali e sociali, le esigenze diventate priorità per le persone. Non più solo la liberazione possibile dalla malattia, ma esigenze di dignità, di vicinanza, di rispetto - non solo formale - di decisione vera sulla propria sofferenza. Queste esigenze si vedono molto bene quando si assiste. Priorità relativamente recenti e segno di un uomo che si per-

cepisce non più succube ma anche attore del processo della vita. L'evoluzione culturale deve diventare fatti della quotidianità oppure non esiste.

Parlare del limite significa certo ridimensionare eccessi ma anche andare oltre i limiti esistenti e cercare soluzioni nuove; oppure significa magari solo colmare inadempienze e adottare soluzioni a problemi finora disattesi ma che rendono spesso invivibili molte vite condotte all'estremo da una sanità che, qualche volta, persegue con colpevole superficialità obiettivi solo suoi. Le vite, uniche, delle persone sono una questione troppo importante. Limiti da affermare ed accettare con realistica intelligenza e limiti da superare, dunque.

Anche questo deve diventare una nuova visuale, attenta e maggiormente responsabile sui temi venuti alla ribalta delle nuove idee di vita e di morte, come del dolore e della sofferenza.

Idee che reclamano un rinnovamento e che sono fortemente condizionate dalla percezione diffusa dell'accoglienza o del rifiuto, del prendersi cura o dell'abbandono.

È chiaro che si tratta di un'operazione radicalmente culturale. Accoglienza e rifiuto sono modalità di concepire ed agire il nostro essere società che ricorrono tutti i giorni in maniera conflittuale nelle nostre città e si amplificano nei media costruendo la nostra sicurezza o insicurezza per il futuro. Non saranno le telecamere di sorveglianza a garantirci protezione: sarà la nostra capacità di fondare la convivenza su utopie concrete e non su illusioni come l'accumulo di inutili quanto immaginari beni, l'apparire più che l'essere, il vincere sugli altri, chiunque essi siano.

Ma, dopo aver riflettuto ed essersi confrontati sul limite, quello che serve soprattutto, sarà fare.

Abbiamo detto e scritto che il Congresso Aniarti di quest'anno non intende essere il solito congresso. Vuole essere appunto un Congresso che riflette con il più ampio contributo e poi induce a fare. Ciascuno il suo e per tutto quello

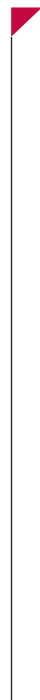
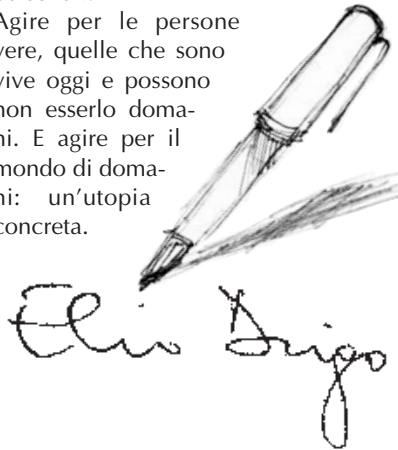
che può. Questo è l'obiettivo.

La paura della dimensione dei problemi che ci stanno di fronte non deve bloccarci o giustificare la nostra inerzia personale e collettiva o peggio, farci perdere la speranza.

Fare è essenziale. Comunque altri faranno: abbiamo già visto con quali fini e risultati.

Dobbiamo affermare l'irrazionalità dell'isolamento, la cultura come identità che si rimodella in quanto "struttura di accoglienza" – come viene definita oggi da molti antropologi - e la libertà come interdipendenza, che garantisce anche il massimo di evoluzione e possibilità personali.

Agire per le persone vere, quelle che sono vive oggi e possono non esserlo domani. E agire per il mondo di domani: un'utopia concreta.



Guglielmo Imbriaco, Rianimazione-118, Ospedale Maggiore, AUSL Città di Bologna,
Giovanni Gamberini, Croce Rossa Italiana, Bologna,
Marco Mostardini, Terapia Intensiva di Emergenza, AOU Careggi, Firenze,
Matteo Erbacci, 118 Modena Soccorso, AUSL Modena,
Luca Dal Bosco, Croce Verde, Verona, Master in Infermieristica nell'emergenza e urgenza sanitaria,
 A.A. 2007/2008 Università degli Studi di Firenze

Il trattamento del dolore nell'emergenza sanitaria preospedaliera

Riassunto

Introduzione: la gestione del dolore è un argomento importante e attuale per tutti i contesti della sanità, compreso il soccorso sanitario preospedaliero dove il trattamento analgesico è spesso somministrato solamente ai pazienti con dolore intenso.

Scopo: redigere un protocollo per la gestione del dolore moderato

Metodi: dopo un'analisi della letteratura abbiamo elaborato un protocollo per il trattamento del dolore moderato da parte del personale infermieristico dei servizi di emergenza urgenza territoriale che prevede la somministrazione di un oppioide a emivita breve (Fentanyl) nella mucosa nasale e orofaringea attraverso un device atomizzatore.

Risultati: numerosi studi hanno confermato l'efficacia e i vantaggi di questa via di somministrazione alternativa, anche nell'emergenza preospedaliera.

I principali vantaggi della via di somministrazione intranasale (IN) sono:

- Riduzione del rischio di puntura accidentale
- Possibilità di iniziare rapidamente il trattamento analgesico (ad esempio prima della mobilizzazione di fratture)
- Miglior comfort per i pazienti

Conclusioni: la sedazione anche del dolore moderato è un aspetto importante del percorso assistenziale del paziente sia in ospedale che sul territorio. Il fentanyl risulta essere il farmaco più indicato nell'analgesia intranasale e l'utilizzo di atomizzatori potrebbe essere applicata anche per la somministrazione di altri farmaci.

Parole chiave: Gestione del dolore, Dolore moderato, Intranasale, Atomizzatore, Preospedaliero, Fentanyl

Introduzione

Nella valutazione del paziente, l'American Pain Society considera il dolore come il quinto parametro vitale, al pari di frequenza cardiaca, pressione arteriosa, frequenza respiratoria e temperatura corporea.

Il sintomo "dolore" diventa quindi protagonista nella valutazione del paziente a trecentosessanta gradi, permettendo un trattamento più completo teso a migliorare considerevolmente le condizioni cliniche e il comfort percepito nella prima fase del soccorso sanitario preospedaliero e ancora di più durante il trasporto in ambulanza, spesso lungo, scomodo e doloroso.

Il dolore, argomento di estrema attualità all'interno dell'ospedale, risulta essere un aspetto decisamente sottovalutato

nell'assistenza sanitaria preospedaliera: numerosi articoli e revisioni analizzano il dolore che risulta presente in forma moderata o grave in percentuali variabili tra il 20%¹ e l'82% dei pazienti con fratture degli arti^{2,3}. Nonostante questi dati significativi, i trattamenti analgesici somministrati dagli operatori dell'emergenza sanitaria sono riservati a una quantità esigua di pazienti, compresa tra il 23,4% di pazienti con traumi degli arti³ e meno di metà dei pazienti con frattura del collo del femore⁴. Il risultato di questa oligoanalgesia, termine coniato nel 1989 da Wilson e Pendleton per descrivere una inadeguata o mancata analgesia⁵, oltre alla riduzione del comfort dei trasportati, è un notevole ritardo nel trattamento del dolore, demandato ai sanitari dei dipartimenti di emergenza e accettazione, con tempi riportati anche superiori alle 3 ore⁶ assolutamente non giustificabili se paragonati ai 23 minuti necessari per la som-



REVISIONE

pervenuto il 12/04/09
 approvato il 29/06/09

ministrato da parte delle équipes di soccorso rilevati in un altro studio⁶.

L'obiettivo di questo articolo è sensibilizzare gli operatori del soccorso sanitario preospedaliero a una corretta valutazione e trattamento del dolore; proporre, inoltre, in seguito all'analisi delle prove di efficacia disponibili in letteratura, una modalità di somministrazione alternativa alla ricerca di maggior comfort e beneficio per il paziente e di un ridotto rischio per i soccorritori.

Metodo

La nostra ricerca iniziale si è svolta sui database scientifici Medline e Cochrane con l'obiettivo di acquisire informazioni sul trattamento del dolore nell'emergenza preospedaliera e in particolare su quali siano i fattori responsabili della scarsa o mancata analgesia: sono state utilizzate le parole chiave *pain, prehospital, management, analgesia* ("Pain" [Mesh] AND prehospital AND (management OR analgesia)). Sono stati selezionati 8 articoli e 2 revisioni.

Successivamente abbiamo eseguito una ricerca sull'impiego del Fentanyl® (parole chiave *prehospital AND fentan**) e sulla sua somministrazione per via intranasale (parole chiave *fentan* AND (intranasal OR IN)*): sono stati selezionati 5 articoli per la prima query e 10 articoli e 3 revisioni per la seconda. Tutte le ricerche sono state limitate a pubblicazioni risalenti a non più di 10 anni fa. Attraverso il database del sito www.guidelines.gov abbiamo consultato 2 linee guida sulla gestione del dolore, selezionandole tra le più recenti:

- Nursing Best Practice Guideline: Assessment and Management of Pain, Registered Nurses Association of Ontario, 2002 e supplemento 2007;
- Assessment and Management of Acute Pain, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2008.

Risultati

Come descritto in precedenza, solamente una modesta percentuale dei pazienti assistiti dai servizi di emergenza sanitaria riceve un adeguato trattamento antalgico. Tra i fattori che contribuiscono a tale atteggiamento da parte degli operatori vi sono alcuni "falsi

miti", primo fra tutti, l'errata convinzione che la somministrazione di un analgesico nella fase preospedaliera possa mascherare o alterare segni e sintomi rendendo difficoltosa la valutazione successiva; al contrario un'adeguata analgesia allevia l'ansia e la sofferenza del paziente consentendo una valutazione più accurata. Inoltre tale atteggiamento è legato all'impiego degli oppioidi: l'effetto collaterale più temuto, la depressione respiratoria, spesso trattiene gli operatori dall'attuare un idoneo trattamento farmacologico quando in realtà questo evento si verifica solo a dosaggi decisamente superiori a quelli necessari ad una corretta analgesia. Oltre a questo vi è l'errata convinzione che la somministrazione di farmaci stupefacenti possa portare il paziente a dipendenza cronica: episodi del genere sono solitamente legati a pazienti con pregresse storie di abuso e dipendenza e uno studio della Boston University ha riportato che solamente 4 pazienti su 11882 hanno sviluppato probabili episodi di dipendenza da stupefacenti^{7,8,9}.

Un altro fattore critico è rappresentato dalla valutazione del dolore che dovrebbe essere effettuata unitamente a quella degli altri parametri vitali ed essere inclusa nella scheda di intervento; l'approccio più indicato è quello di interrogare attivamente il paziente sul dolore percepito preferibilmente con l'impiego di scale di valutazione non influenzabili da limiti quali l'età, razza, cultura e stato emotivo^{2,8,10}.

L'intensità del dolore deve essere valutata con uno strumento standardizzato e validato¹¹: le scale monodimensionali visuali (VAS, Visual Analogue Scale) e numeriche (NRS, Numeric Rating Scale o VRNS, Verbal Numeric Rating Scale) ben si adattano all'utilizzo negli interventi di emergenza preospedaliera poiché sono semplici, intuitive e rapide. Nella VAS viene richiesto al paziente di indicare l'intensità del proprio dolore su una linea ai cui estremi sono indicati "nessun dolore" e "massimo dolore", nella NRS il paziente attribuisce al proprio dolore un punteggio all'interno di una scala numerica (solitamente 0-10 oppure 0-100)¹². L'utilizzo di una scala per il dolore da parte degli operatori del soccorso sanitario deve consentire, oltre alla valutazione iniziale, anche l'efficacia del trattamento analgesico e deve poter essere utilizzata all'interno dell'ospedale per garantire la continuità dell'assistenza.

Quale farmaco per il trattamento del dolore nell'emergenza preospedaliera?

Dall'analisi della letteratura il fentanyl è risultato essere probabilmente l'oppioido più indicato per il trattamento del dolore nel contesto preospedaliero, grazie alla combinazione di efficacia e sicurezza nell'utilizzo¹³: in un ampio studio retrospettivo Kanowitz e altri riportano una percentuale di alterazione dei parametri vitali riconducibile al fentanyl dello 0,6% su un totale di 2129 pazienti trattati e un solo paziente che ha manifestato depressione respiratoria¹⁴. Tra gli ulteriori vantaggi del fentanyl vi è la possibilità di somministrarlo per via intranasale, una via già utilizzata con successo per il trattamento del dolore postoperatorio, del dolore oncologico e del dolore acuto nei Dipartimenti di Emergenza, sia su pazienti adulti che pediatrici^{15,20}.

La somministrazione intranasale (IN) di fentanyl

La via intranasale è una via di somministrazione non invasiva, semplice e ben tollerata; la mucosa nasale offre una superficie ampia (150-180cm²) e riccamente vascolarizzata di epitelio ciliato pseudo stratificato e il primo passaggio del farmaco non è soggetto al metabolismo epatico, offrendo una maggiore biodisponibilità¹⁶.

L'elevata concentrazione del principio attivo e un ridotto volume del farmaco che verrà somministrato sulla mucosa nasale sono le caratteristiche che consentono un assorbimento ottimale^{17,18}. Per ottenere una migliore distribuzione del farmaco sulla mucosa nasale è consigliabile somministrare metà della dose totale prevista in ciascuna narice.

Particelle di dimensioni comprese tra 10 e 50 micron, somministrate attraverso dispositivi definiti atomizzatori, hanno dimostrato una maggiore biodisponibilità del principio attivo rispetto a particelle di dimensioni maggiori o minori: in particolare particelle molto piccole (<5 micron) prodotte da nebulizzatori rimangono in sospensione nel flusso d'aria e vengono trasportate lungo l'albero tracheobronchiale fino ai polmoni e gocce di dimensioni maggiori scivolano nella gola riducendo l'assorbimento^{18,19,20}.

zione viene effettuata 10 minuti dalla somministrazione.

In caso di mancata risposta alla terapia analgesica si procede a una seconda somministrazione di fentanyl del medesimo dosaggio della precedente.

Qualora anche la seconda dose di fentanyl IN sia inefficace l'operatore, a seconda dei protocolli previsti dal servizio, può predisporre un accesso vascolare periferico e somministrare una dose di analgesico oppure richiedere l'intervento di un mezzo di soccorso avanzato (ALS) prima di procedere alle manovre di mobilitazione, immobilizzazione e trasporto verso l'ospedale.

Anche se la letteratura analizzata riporta una percentuale di effetti avversi del farmaco decisamente ridotta, è necessario che gli operatori effettuino un accurato monitoraggio dei parametri vitali e in particolare del livello di coscienza, della frequenza respiratoria e della saturazione periferica di ossigeno, della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa. Ogni alterazione dei parametri vitali riconducibile alla somministrazione del farmaco deve essere riportata sulla scheda di intervento e in caso di importante alterazione della coscienza o dell'attività respiratoria è necessario attuare un trattamento con un farmaco antagonista (naloxone).

Gli indicatori di efficacia del trattamento sono legati alla riduzione della sintomatologia dolorosa di almeno due punti sulla scala VNRS utilizzata in una percentuale rilevante dei pazienti trattati (>80%); è inoltre necessario valutare e riportare l'eventuale comparsa di segni e sintomi avversi.

Conclusioni

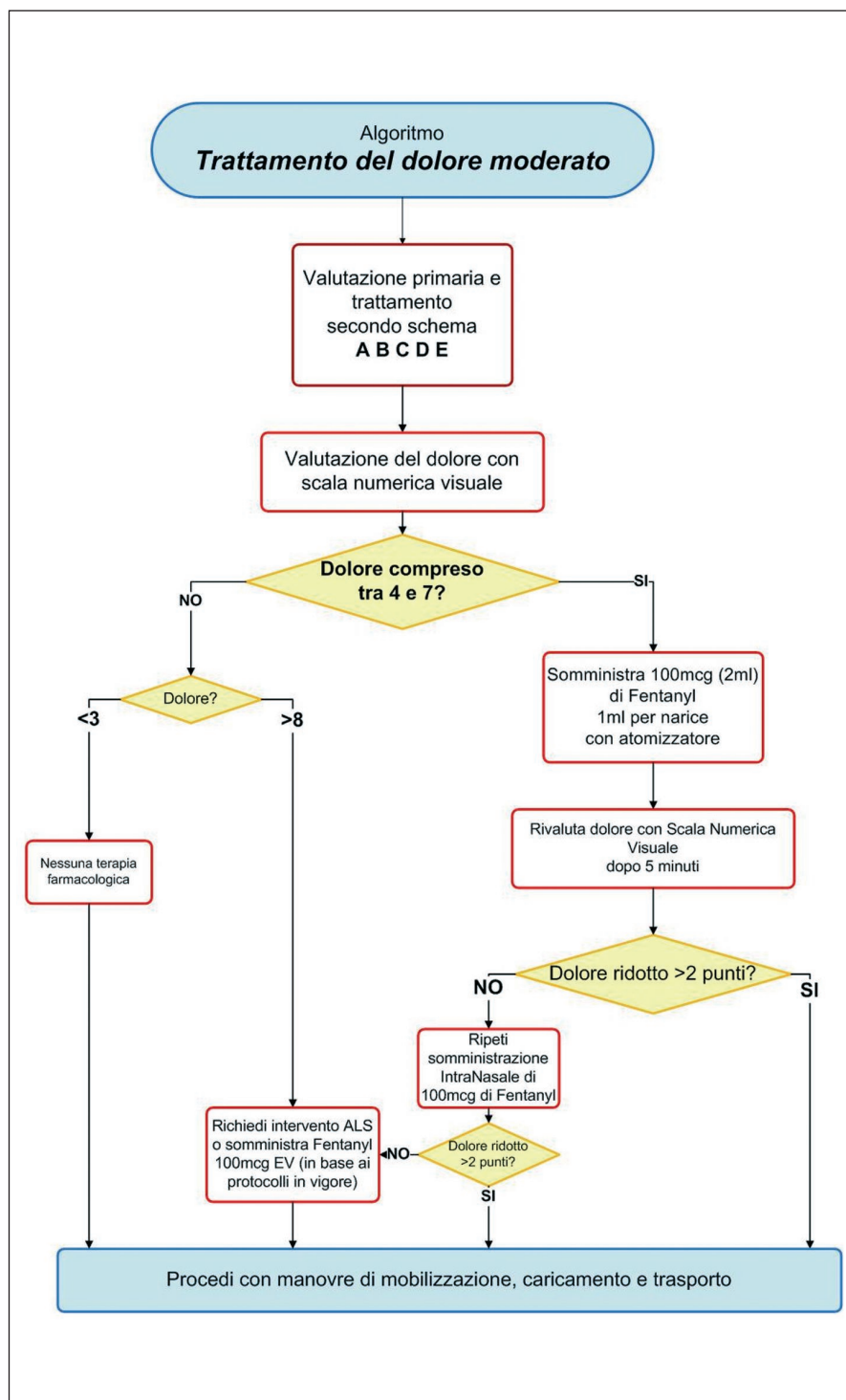
Il dolore, al pari di altri parametri vitali, riveste un ruolo di primaria importanza nel percorso clinico assistenziale del paziente; risulta pertanto necessario sensibilizzare tutti gli operatori sanitari, sia in ambito intra-ospedaliero che extra-territoriale, alla corretta valutazione e trattamento di tale parametro. È ormai ampiamente dimostrato inoltre, che una efficace analgesia consente di migliorare il comfort del paziente e quindi di facilitarne le manovre di mobilitazione e di trasporto.

Gli operatori dei servizi di emergenza sanitaria preospedaliera ricoprono un ruolo fondamentale nella continuità terapeutica territorio-ospedale e ritenia-

mo che l'adozione di strumenti semplici e innovativi possa contribuire al miglioramento della qualità dell'assistenza percepita.

La scelta di scale appropriate di valuta-

zione del dolore, quali la VRNS per i pazienti adulti, che siano di facile utilizzo, intuitive e ripetibili, permette di monitorare tale parametro durante tutte le fasi del percorso assistenziale.



Il fentanyl somministrato per via intranasale si è dimostrato essere un principio attivo fortemente indicato per il trattamento del dolore moderato, grazie alla sua efficacia e al ridotto numero di effetti collaterali.

In un'ottica di miglioramento futuro, i devices di atomizzazione nella mucosa nasale risultano idonei anche per la somministrazione di altri principi attivi, come già ampiamente sperimentato e applicato dai servizi di emergenza in altri paesi.

Bibliografia

1. MCLEAN SA, MAIO RF, DOMEIER RM, *The epidemiology of pain in the prehospital setting*, Prehospital Emergency Care 2002;6(4):402-5
2. THOMAS SH, SHEWAKRAMANI S, *Prehospital trauma analgesia*, The journal of emergency medicine, 2008 Jul;35(1):47-57
3. MCEACHIN CM, SWOR RA, SEGUIN D, PASCUAL RG, *EMS analgesia: the patient's perspective*, Prehospital Emergency Care, Volume 8, Issue 1, January-March 2004
4. VASSILIADIS J, HITOS K, HILL C, *Factors influencing prehospital and emergency department analgesia administration to patients with femoral neck fractures*, Emergency Medicine (Freemantle) 2002;14:261-6
5. WILSON JE, PENDLETON JM, *Oligoanalgesia in the emergency department*, American Journal of Emergency Medicine, 1989;7:620-3.
6. ABBUHL F, REED D, *Time to analgesia for patients with painful extremity injuries transported to the Emergency Department by ambulance*, Prehospital Emergency Care 2003;7:445-7.
7. RODENBERG H, *Myths of prehospital analgesia*, JEMS 2003;28(6):72-3
8. MCMANUS JG JR, SALLEE DR JR; *Pain management in the prehospital environment*, Emergency medicine clinics of North America, 2005 May;23(2):415-31
8. DACHS R, *Eleven common myths about pain control*, <http://www.emedmag.com/html/pre/fea/features/121501.asp>, ultimo accesso 29 aprile 2009
9. ALONSO-SERRA H, WESLEY K, *Prehospital pain management*, Prehospital Emergency Care, 2003;7:482-8.
10. REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO, *Assessment and Management of Pain*, Nursing Best Practice Guideline, novembre 2002 e supplemento febbraio 2007 (traduzione a cura del centro studi EBN S.Orsola-Malpighi scaricata dal sito www.evidencebasednursing.it, ultimo accesso 3 maggio 2009)
12. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, *Acute Pain Management: scientific evidence*, second edition 2006;
13. THOMAS SH, *Fentanyl in the prehospital setting*, The American journal of emergency medicine, (2007) 25, 842-843
14. KANOWITZ A, DUNN TM, KANOWITZ EM, DUNN WW, VANBUSKIRK K, *Safety and effectiveness of fentanyl administration for prehospital pain management*, Prehospital Emergency Care, 2006 Jan-Mar;10(1):1-7
15. BORLAND ML, JACOBS I, ROGERS IR, *Options in prehospital analgesia*, Emergency Medicine (Freemantle), 2002 Mar; 14(1): 77-84
16. AÑEZ SC, RULL BM, RODRÍGUEZ PA, FUENTES BA, *Intranasal opioids for acute pain*, Revista española de anestesiología y reanimación, 2006 Dec;53(10): 643-52
17. ASENJO JF, BRECHT KM, *Opioids: other routes for use in recovery room*, Current Drug Targets, 2005 Nov;6(7):773-9
18. WOLFE T, BARTON E, *Nasal drug delivery in EMS: reducing needlestick risk*, Journal of Emergency Medical Systems, 2003 Dec;28(12):52-63
19. WOLFE T, *Intranasal Fentanyl for Acute Pain: Techniques to Enhance Efficacy*, Annals of Emergency Medicine, 2007 May;49(5):721-2
20. MOKSNES K, FREDHEIM OM, KLEPSTAD P, KAASA S, ANGELSEN A, NILSEN T ET AL, *Early pharmacokinetics of nasal fentanyl: is there a significant arterio-venous difference?*, European journal of clinical pharmacology, 2008 May;64(5): 497-502
21. WOLFE TR, BERNSTONE T, *Intranasal drug delivery: an alternative to intravenous administration in selected emergency cases*, Journal of Emergency Nursing, 2004 Apr;30(2):141-7
22. BORLAND M, JACOBS I, KING B, O'BRIEN D, *A randomized controlled trial comparing intranasal fentanyl to intravenous morphine for managing acute pain in children in the emergency department*, Annals of Emergency Medicine, 2007 Mar;49(3):335-40
23. RICKARD C, O'MEARA P, MCGRAIL M, GARNER D, MCLEAN A, LE LIEVRE P, *A randomized controlled trial of intranasal fentanyl vs intravenous morphine for analgesia in the prehospital setting*, The American journal of emergency medicine, 2007 Oct;25(8):911-7
24. BORLAND ML, CLARK LJ, ESSION A, *Comparative review of the clinical use of intranasal fentanyl versus morphine in a paediatric emergency department*, Emergency Medicine Australasia (EMA). 2008 Dec; 20 (6):515-20

ABSTRACT

Introduction: Pain management represents an important and current issue in all the Health Systems' settings including the pre-hospital one where the analgesic treatment is often administered only in case of severe pain.

Goal: drawing up a protocol for pre-hospital moderate pain management

Methods: after an accurate analysis of the current literature it has been worked out a protocol for moderate pain management to be used by ambulance nurses. That protocol foresees the administration of a short acting opiate such as Fentanyl through the nasal and oropharyngeal mucosae using an atomizator device.

Results: several studies have supported the efficacy and advantages of this alternative route, as well as in pre-hospital emergencies.

The main advantages of intranasal route (IN) are the following ones:

- Reduction of accidental needlestick injuries
- Quick treatment of moderate pain (for example before immobilization of fractures)
- Better comfort for patients
- Administration of analgesia (or other drugs) although a traditional peripheral vascular access seems to be difficult, or impossible to find.

Conclusions: moderate pain sedation is an important aspect for inpatients and outpatients. Fentanyl results to be the most indicated drug for intranasal analgesia and the use of atomizator device may be also indicated for other several drugs useful in pre-hospital emergencies.

Key words: Pain management, Moderate pain, Intranasal, Atomizator, Prehospital, Fentanyl.

Paola Bernardi, Dot.ssa, Coordinatore Corso di Laurea in Infermieristica, Università di Padova, sede di Treviso. e-mail pabernardi@ulss.tv.it

La gestione del dolore fisico: competenza percepita dagli studenti infermieri



Riassunto

Il dolore è una condizione che inevitabilmente accompagna l'esistenza umana ed il suo trattamento è una delle richieste più pressanti poste dai pazienti alle strutture sanitarie.

Al giorno d'oggi permane ancora, purtroppo, troppo dolore "inutile" che potrebbe trovare sollievo in una maggiore attenzione all'uso di trattamenti disponibili di comprovata efficacia.

Il nursing da sempre si interessa del dolore ed è un nucleo qualificante del rapporto tra infermiere e paziente. La competenza nell'assistenza alla persona con dolore deve, pertanto, essere solidamente sviluppata sin dalla formazione di base del professionista.

È stata condotta un'indagine per verificare quale percezione di competenza esprimono gli studenti di un Corso di Laurea in Infermieristica, al termine del proprio percorso formativo.

In parallelo, è stata confrontata l'offerta formativa dichiarata e perseguita dal Corso di Studi, attinente sia agli insegnamenti teorici che alla formazione clinica del tirocinio. Dallo studio emerge che gli studenti ritengono di non avere una preparazione ottimale (scarsa/insufficiente per il 32,4%, appena sufficiente per il 20,3%).

Essa si esprime prevalentemente nella collaborazione alla somministrazione dei trattamenti farmacologici e nell'utilizzo di scale di valutazione per il dolore. Molto limitata è la conoscenza e l'applicazione di approcci non farmacologici a complemento dei farmaci. In accordo con questi risultati, anche l'offerta formativa risulta limitarsi a questi ambiti e offre limitate opportunità di sperimentare altri approcci tra quelli diffusamente ritenuti proponibili per il nursing del dolore.

I risultati ottenuti hanno rappresentato un punto di partenza per la strutturazione di una proposta formativa orientata a rafforzare la competenza raggiunta dagli studenti infermieri al termine del triennio di studi.

Parole chiave: Dolore fisico, Studente infermiere, Competenza studente

Introduzione

Il dolore è una esperienza che inevitabilmente accompagna l'esistenza umana, capace di incidere profondamente sulla qualità di vita della persona¹.

La rilevanza epidemiologica del problema è ampiamente documentata².

Il suo controllo e trattamento è una delle richieste più pressanti poste alle Strutture Sanitarie dai pazienti.

Al giorno d'oggi esistono diverse modalità efficaci di trattare il dolore, tra le quali l'approccio farmacologico è sicuramente uno dei capisaldi del trattamento. La loro proponibilità è garantita da evidenze scientifiche ampiamente disponibili³. Possono essere proposti anche trattamenti non farmacologici, che si collocano nell'ambito delle cure complementari. Rispetto a questi ultimi, è molto vivace il dibattito, relativamente alla loro efficacia, ai rischi di un utilizzo non controllato ed incompetente,

alle evidenze oggi disponibili^{4,5}. Alcune tecniche non farmacologiche sono state studiate ed applicate da infermieri, permettendo di evidenziare interessanti suggestioni. La disomogenea qualità degli studi rilevata da alcune metanalisi sul tema, però, impone di non considerare conclusivi i dati a disposizione e sollecita ad impegnarsi in ulteriore ricerca.

Deve comunque essere oggetto di riflessione la considerazione che anche nel nostro Paese, così come in diversi altri Paesi, circa il 40% delle persone utilizzano trattamenti appartenenti alle Cure Complementari e il sollievo dal dolore ne rappresenta una delle motivazioni principali^{6,7}. Si tratta quindi di un fenomeno che non può essere ignorato e trascurato, anche da parte degli infermieri.

Nursing e dolore

Il nursing da sempre si occupa della persona e della sofferenza. Il dolore fisi-

REVISIONE

pervenuto il 28/06/2009
approvato il 13/09/2009

co che accompagna molte malattie realizza un "contatto" quotidiano, nella maggioranza delle situazioni in cui infermiere e paziente entrano professionalmente in rapporto.

Dall'analisi di quanto disponibile in letteratura, in termini di conoscenze e riflessioni che l'infermieristica ha prodotto sul tema, emerge come le attività a tutt'oggi prevalenti per le cure infermieristiche al paziente con dolore (o *nursing del dolore*, come qualche autore propone⁸) siano relative all'accertamento e valutazione del dolore e alla gestione della terapia farmacologica prescritta⁹.

Tra gli approcci che potrebbero rappresentare una opportunità di complemento al trattamento farmacologico del dolore, possono essere presi in considerazione il massaggio superficiale e l'immaginazione guidata (*imagery*). Il **massaggio** è classificabile nel gruppo degli approcci *fisici*, la seconda delle tecniche *cognitive*; rispetto ad entrambe in letteratura sono reperibili contributi che depongono per un loro potenziale beneficio.

Il massaggio, tecnica fisica strettamente collegata al *toccare* e al *contatto*, è stato utilizzato per il trattamento e dolore in collegamento ad alcuni modelli concettuali infermieristici (come M. Rogers, Watson, Roy)¹⁰, per collocare in una specifica cornice interpretativa queste cure infermieristiche.

Al momento attuale, dai risultati di ricerca disponibili, emerge il gradimento dei pazienti per una tecnica e la presenza ed attenzione del professionista (da considerare effetto placebo) più che la certezza di una documentata efficacia nel produrre sollievo dal dolore.

In Italia, la pratica infermieristica del massaggio non è molto diffusa e non è solitamente compresa nei programmi di formazione infermieristica. Si stanno comunque ampliando le offerte di corsi, rivolti all'acquisizione di tecniche di massaggio (generalmente applicato alle spalle e al dorso) ritenendo che siano spendibili nella pratica assistenziale in molti contesti e per molti pazienti.

L'*imagery* rientra invece nelle tecniche cognitive, produce sollievo dal dolore mediante un'azione distraente, creando uno stimolo competitivo e rendendo selettiva l'attenzione. Può essere guidata da un conduttore esterno o auto-condotta.

Anche per questa tecnica, la estrema varietà delle condizioni in cui sono state

realizzate le indagini di efficacia reperibili in letteratura, (tempi, modalità, tipologie di immagini utilizzate, capacità immaginative del soggetto..) rivela risultati spesso contrastanti tra loro in termini di beneficio ottenuto ed induce alla necessaria cautela e all'impegno in ulteriore ricerca di buona qualità.

La formazione infermieristica per il nursing del dolore

Per assumere a pieno titolo il proprio ruolo nell'assistenza al paziente con dolore, il professionista infermiere deve possedere una competenza solida e specifica nell'ambito, sviluppata sin dalla formazione di base¹¹, cui si deve collegare lo sviluppo nella pratica clinica e la ricerca per dimostrare i risultati raggiunti¹². Tale competenza si esprime nell'utilizzo adeguato degli strumenti e tecnologie che la medicina oggi mette a disposizione per il trattamento del dolore, ma deve essere aperta alla considerazione anche di approcci non esclusivamente farmacologici.

La necessità di una formazione infermieristica nel nursing del dolore, compreso l'uso di tecniche di sollievo non farmacologiche – in linea anche con una sensibilità sempre maggiore su queste tematiche espressa dai pazienti – trova condivisione ampia a livello mondiale. Non solo per l'infermieristica, ma per tutti gli operatori sanitari, la formazione è ritenuta una leva strategica, in primo luogo per creare la necessaria sensibilità ed attenzione al problema^{13, 14, 15}. L'approfondimento sulle caratteristiche di competenza necessarie diventa poi indispensabile per guidare i percorsi formativi dedicati¹⁶.

Per tale sviluppo di competenza, è ritenuto fondamentale il contributo che il percorso formativo offre allo studente, sebbene alcuni autori propendano a considerare il patrimonio personale dello studente come elemento di influenza¹⁷. Non sono però, ad oggi, reperibili in letteratura studi che approfondiscano come questa componente individuale si esprima nel connotare la competenza complessivamente raggiunta dallo studente.

Molti corsi di laurea in ambito infermieristico, in diversi Paesi, propongono, sia a livello di formazione di base che di formazione avanzata, una preparazione specifica, sia attingendo alla

medicina tradizionale, che proponendo la considerazione di tecniche complementari ai farmaci¹⁸. Negli USA, quasi l'80% delle Istituzioni formative infermieristiche offre corsi su approcci complementari nei propri programmi di baccalaureato^{19, 20}.

Pure l'aggiornamento professionale successivo alla formazione di base è considerato un investimento importante, anche se si evidenzia come la sola conoscenza non equivale automaticamente al suo utilizzo nell'assistenza quotidiana^{21, 22}. Presupposto di base, in ogni caso, è il possesso delle conoscenze, la loro adozione consapevole e l'attenzione rivolta alle convinzioni e desideri del paziente rispetto al tema del trattamento del *suo* dolore²³.

Lo studio

Il quesito se la formazione infermieristica, nella nostra realtà italiana, sia da ritenersi adeguata alle richieste attuali e la mancanza di informazioni reperibili in merito, ha stimolato un'indagine conoscitiva, per ricavare elementi di risposta dai quali eventualmente partire per successivi sviluppi di miglioramento possibili nell'attuale offerta formativa. La realtà specifica in cui tale indagine è stata condotta è il corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Padova. Punto di partenza dello studio è stata la considerazione, come proposto anche in letteratura, che lo sviluppo di competenza nel management del dolore è influenzato da 3 fattori:

- caratteristiche personali dello studente, convinzioni ed atteggiamenti individuali rispetto al tema;*
- contributo offerto dalla formazione d'aula;*
- contributo offerto dall'esperienza clinica del tirocinio.*

L'indagine è stata centrata sull'impatto della formazione rispetto allo sviluppo di competenza, ritenendo, così come suggerito anche in letteratura, che la formazione teorica e clinica siano fondamentali per lo sviluppo di competenza nel futuro professionista. Non è stato preso in considerazione il fattore relativo alle caratteristiche individuali, per il quale anche in letteratura non sono stati reperiti contributi di studio per chiarirne rilevanza ed impatto.

Quesiti di indagine

Gli specifici quesiti di indagine hanno riguardato:

- *La percezione di competenza nel nursing del dolore dichiarata dagli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica (CLI) al termine del triennio di studi e le abilità applicative sviluppate.*
- *La percezione dell'impegno formativo profuso dal CLI per sostenerne lo sviluppo di competenza.*
- *La percezione sulle opportunità di esercizio ed addestramento in interventi di gestione non farmacologica offerte dal percorso di tirocinio clinico. (con particolare attenzione a due tecniche: massaggio superficiale ed imagery).*

A completamento dell'indagine è stata condotta una analisi strutturata di contenuto della documentazione relativa ad obiettivi formativi e programmi ed interviste ad interlocutori privilegiati relativamente a:

- *i contributi formativi teorici dichiarati dal CLI, attraverso l'analisi dei programmi degli Insegnamenti e così come risultanti dai Registri delle Lezioni svolte,*
- *i contributi formativi dichiarati dal Piano degli obiettivi di tirocinio clinico previsto dal Corso e la testimonianza delle occasioni di formazione clinica espressa dai Coordinatori delle diverse sedi in cui si articola il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Padova,*
- *l'analisi delle tematiche sviluppate nelle tesi di Laurea prodotte sin dall'attivazione del Corso nell'Università di Padova, utilizzando, come parole chiave, dolore, trattamenti farmacologici e non farmacologici per il dolore, analgesia, sollievo dal dolore.*

Tipo di indagine

L'indagine ha adottato un disegno correlazionale, con campione trasversale non probabilistico. L'approccio è di tipo descrittivo. Il piano di indagine ha dettagliato gli aspetti operativi, che sono stati rispettati nell'effettuazione dell'indagine (campionamento, operazione di raccolta dati, affidabilità delle rilevazioni).

Campione

L'indagine, tramite questionario, sulla

percezione di competenza espressa dagli studenti ha coinvolto un campione di convenienza di studenti laureandi, appartenenti a 6 sedi del Corso di laurea.

Sono stati coinvolti 259 studenti, a cui è stato proposto di compilare il questionario in concomitanza alla consegna delle tesi, prevista presso la segreteria della sede di Padova: 2 persone non hanno aderito alla richiesta, 15 studenti avevano inviato le tesi per via postale e non erano quindi raggiungibili, 11 studenti non hanno compilato e restituito il questionario per problemi organizzativi. I questionari riconsegnati compilati sono stati 231, tutti utilizzabili. (pari al 89,2% rispetto al campione individuato).

Materiali e metodi

Il questionario destinato agli studenti laureandi, anonimo ed autocompilato, è stato costruito ad hoc, non avendo reperito, in letteratura, strumenti utilizzabili per l'indagine in oggetto.

Risulta costituito di 10 item, dei quali 4 con risposta aperta e 6 con risposta multipla (di cui 2 con scelta realizzata su modalità unica e 4 con scelta multimodale).

Le aree indagate con il questionario erano relative a:

- *conoscenze acquisite dagli studenti, relative a classificazioni, meccanismi fisiopatologici del dolore e tipologie di trattamenti proponibili per il suo controllo, in funzione dell'intensità del quadro e della tipologia di dolore presentato.*
- *Opportunità, dichiarata dallo studente, di approfondire/sperimentare (in teoria e in tirocinio) approcci non farmacologici, in modo particolare per le tecniche dell'imagery (immaginazione guidata) e massaggio superficiale, per le quali la letteratura suggerisce ipotesi di possibile beneficio per il paziente.*
- *Valutazione dell'investimento formativo attivato dal corso sul tema specifico, secondo la percezione di offerta percepita dallo studente (in una scala da 0 a 100 con 0= nessun investimento).*
- *Percezione del livello di capacità sviluppata e confronto con la competenza ritenuta necessaria per il management del dolore nei pazienti.*

In parallelo all'indagine mediante questionario, sono stati raccolti dati relativamente all'offerta formativa dichiarata e realizzata dal Corso di Studi.

L'analisi comparata della qualità dell'offerta e delle condizioni formative delle varie sedi ha permesso di considerarle omogenee, pertanto non sono state fatte valutazioni distinte per sede, dei risultati ottenuti dai questionari.

Per quanto attinente la formazione teorica, il piano di studi è comune per l'intero Corso di Laurea e quindi nelle varie Sedi sono realizzati gli stessi insegnamenti, in molte occasioni anche da un medesimo docente in più sedi.

L'analisi dei programmi di insegnamento è stata fatta utilizzando il Bollettino di Ateneo.

I Registri delle lezioni sono stati analizzati in riferimento a tutti gli insegnamenti condotti in una sede campione del Corso di Laurea. Da queste analisi, è stato possibile identificare la natura e l'impegno dedicato ai temi specifici del dolore dai vari docenti delle diverse discipline teoriche.

Le opportunità formative cliniche sono state esplorate mediante intervista ai coordinatori delle 6 sedi CLI: le esperienze di tirocinio vengono realizzate in aree sovrapponibili per caratteristiche, in adesione agli obiettivi previsti dal Piano degli obiettivi di Tirocinio, che è comune per tutte le sedi. Nessuna delle sedi ha la possibilità di utilizzare strutture specifiche dedicate alla gestione dei pazienti con dolore, esistendo solo strutture ambulatoriali o servizi di recente istituzione, più o meno strutturati. L'esperienza in tali strutture non rientra nella programmazione standard dei percorsi formativi clinici, ma nell'area dei tirocini opzionali su richiesta dello studente.

Nell'ambito delle iniziative di approfondimento e rielaborazione delle attività cliniche, alcune sedi realizzano occasioni di discussione su tematiche generali (malattia-dolore-morte-sofferenza); nessuna, specificatamente approfondisce le tematiche degli approcci non convenzionali di cura e gestione del dolore.

Sono state analizzate anche le tesi di laurea prodotte nel CLI dal 1996 al 2005 identificando gli elaborati pertinenti al tema del dolore. Questo riscontro è stato ritenuto collegato alla tematica in oggetto, intendendo la tesi

come ulteriore occasione formativa per lo studente.

Risultati

Tra i risultati più significativi dell'indagine, relativamente agli studenti, emerge come la valutazione del proprio livello di competenza ed abilità operative possedute per il controllo e trattamento del dolore sia ritenuta mediamente modesta.

Tra le abilità operative sviluppate, il 29% dei laureandi dichiara che sono relative alla collaborazione per il trattamento farmacologico e per il 6% sono l'acquisizione di capacità d'uso di scale di valutazione del dolore. Il 7,4% riferisce di aver acquisito solo conoscenze teoriche e pertanto non ritiene di avere sviluppato abilità operative direttamente spendibili nella futura attività professionale (Tabella 1).

Tabella 1

Valutazione delle competenze ed abilità possedute per il controllo e trattamento del dolore	
scarsa\insufficiente	32,4%
appena sufficiente	20,3%
media\discreta	22,9%
buona	16,9%
solo trattamento farmacologico	3 %
non risponde	4,5%
totale	100

Alla domanda di quale sia stato l'apporto formativo offerto dal corso di studi, in una scala da **0 a 100** (=0 corrispondente a "nessuna offerta"), i risultati si distribuiscono come evidenziato dalla tabella 2.

È facilmente rilevabile come il 79,2 della popolazione indagata si colloca su valori al di sotto di "50".

Tabella 2

Valutazione dello studente sull'investimento formativo del Corso di Laurea per la competenza di gestione del dolore	
da 0-25	33,3%
da 26-50	45,9%
da 51-75	14,7%
da 76- 100	4,8%
missing	1,3%
totale	100

L'analisi delle conoscenze possedute, attraverso items che indagavano situazioni applicative (ad esempio, quali trattamenti fossero da ritenersi efficaci in caso di dolore oncologico medio-alto o dolore cronico di bassa-media intensità), hanno evidenziato una forte attenzione, ancora una volta, all'approccio farmacologico, mentre molto modesta è la conoscenza e l'esperienza di applicazione di modalità non farmacologiche di trattamento.

Gli studenti dichiarano di aver avuto scarse possibilità di approfondire con le discipline teoriche, le conoscenze su trattamenti non farmacologici per il dolore specificatamente, per l'immaginazione guidata, il 71,4% degli studenti non ne ha "mai sentito parlare", ed analogamente il 58% degli studenti non ha avuto occasione di approfondire l'uso del massaggio superficiale come complemento per il trattamento del dolore. Nelle note a disposizioni degli studenti, anche quando segnalato di aver avuto occasione di trattare gli argomenti durante i corsi teorici, in più occasioni le conoscenze sono state definite come "superficiali", "solo nominate".

Un numero molto limitato di studenti (12 studenti, pari al 5,2% per massaggio superficiale e 4 studenti, pari al 2,1% per immaginazione guidata) ha dichiarato di aver avuto l'opportunità di sperimentare direttamente l'applicazione delle tecniche, in occasione di corsi specifici seguiti per interesse personale ed esterni al percorso di studi, e per 2 studenti, legati all'opportunità di effettuare un tirocinio in una Unità operativa nota per la presenza di un infermiere esperto nell'ambito dell'applicazione del massaggio superficiale ed immaginazione guidata.

Altri risultati di interesse

Parallelamente all'indagine sugli studenti, è stata realizzata un'indagine sui **programmi di insegnamento**, che ha evidenziato una scarsità di contenuti attinenti, sempre relativi ad aspetti farmacologici (utilizzo di oppioidi-analgesici) e al trattamento del dolore chirurgico. Gli **obiettivi di tirocinio clinico**, così come dichiarati dal Piano del Tirocinio, sono ancora una volta rivolti alle capacità di accertamento ed uso di scale, al dolore in ambito chirurgico e - più ampiamente - alla gestione dei trattamenti farmacologici e comfort generale

del paziente. L'analisi dei Registri delle lezioni ha mostrato sostanziale corrispondenza con i Programmi come da Bollettino dell'Ateneo.

L'intervista ai Coordinatori, per indagare quali **opportunità formative** fossero offerte dalle sedi per il tema di interesse, ha mostrato come siano scarsamente garantite esperienze specifiche a tutti gli studenti, rientrando, per lo più, in aree di opzionalità, su richiesta dello studente.

Infine, l'analisi delle tematiche sviluppate con le tesi di Laurea (dal 1996 al 2005), ha riconosciuto 99 tesi sulla tematica del dolore. Di queste, il 19% erano relative all'ambito dell'accertamento ed uso di scale di valutazione, il 17% sul dolore di varia natura nel bambino, il 15% sul dolore post operatorio dell'adulto, solo il 4% prendevano in considerazione gli aspetti di interventi non farmacologici per il dolore.

Tra tutte le 99 tesi selezionate, 3 erano relative all'uso della musicoterapia per trattare il dolore ed una relativa all'uso del massaggio superficiale.

Discussione

Lo scopo dell'indagine era di produrre informazioni sul livello di competenza degli studenti laureandi nella gestione del dolore.

Dall'indagine emerge che:

- *la valutazione di competenza, espressa dagli studenti, indica come essi si percepiscono mediamente poco preparati ad erogare una assistenza competente alla persona con dolore.*
- *La gestione del dolore è poco approfondita nella formazione di base del Corso CLI e focalizza aspetti di gestione medico-farmacologica e, in misura molto modesta, quella infermieristica e delle cure complementari.*
- *Esistono aree in parte o del tutto trascurate dal percorso di studi attualmente offerto, quali quelle dei trattamenti non farmacologici di possibile efficacia e fattibili per l'infermiere ed ancora, di sviluppo dell'auto-cura come dimensione specifica del contributo infermieristico nel management del dolore. Questo è in linea con quanto riscontrabile anche in letteratura, e cioè un investimento formativo preminente sugli approcci farmacologici al problema²⁴. Per contro, i riscontri di limitazioni e criticità*

ancora presenti anche nella conoscenza ed applicazione dei trattamenti farmacologici oggi utilizzabili, corrisponde ai dati epidemiologici disponibili di un frequente insufficiente trattamento del dolore, come drammaticamente rimarcato da fonti autorevoli²⁵.

- A fronte di evidenze di un ampio diffondersi dell'interesse all'uso di approcci di trattamento non appartenenti alla medicina ufficiale occidentale, ancora oggi il fenomeno è scarsamente considerato dalla professione infermieristica, impedendo la riflessione sui potenziali benefici, ma anche sui rischi o sulle aree grigie di conoscenza, non ancora sufficientemente chiarite con ricerche di buona qualità, che richiedono perciò impegno in tal senso.

Conclusioni

Lo studio presenta alcuni limiti, tra i quali, in primo luogo, il campionamento di convenienza e l'uso di un questionario non validato.

I risultati ottenuti, hanno comunque costituito uno spunto di partenza per la costruzione di una proposta formativa, che si è imperniata su:

- la definizione di un profilo di competenza specifica, attesa nel laureando infermiere sul management del dolore,
- la definizione di una mappa dei contributi formativi nel percorso triennale (insegnamenti teorici ed esperienze cliniche) coerenti con gli obiettivi formativi,
- la costruzione e l'attivazione di iniziative specifiche (a carattere di approfondimento seminariale - laboratori-esperienze sul campo) focalizzate alle diverse modalità proponibili di gestione del dolore.

Bibliografia

1. MELZACK, R *Pain and the neuromatrix in the brain*. J Dental Educ 2001; 65:1378-82.
2. WHO *Export Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care*. Cancer control. Barriers to the use of available information. Cancer. 1992;1,70 (5 Suppl),1438-49.
3. AHCPR *Agency for HealthCare Research and Quality*. 1994. Publication number 94-0592 Management of cancer pain. Clinical guideline n.9.
4. MANHEIMER E, BARMAN B, DUBNICK H,

- BECKNER W. *Cochrane review of Complementary and Alternative Therapies: evaluating the strength of the evidence*. Ottawa 2004,P-094.
5. SEXTON SM, *Complementary and alternative medicine: examining the evidence*. Am Family Physician. 2003; 67: 77-80.
6. ERNST E. *Prevalence of use of complementary\alternative medicine: a systematic review*. Bull World Health Organization. 2000; 78:252-57.
7. ISTITUTO NAZIONALE PER LA CURA DEI TUMORI. MILANO. 2000 I manuali di Ulisse. 01 Dolore. Prima Ed.
8. ZANOTTI R, IN MINUZZO S. *Nursing del dolore*. 2004 Carocci Ed. Roma
9. PELLINO TA, WILLENS JS, POLOMANO RC, HEYE ML. *The American Society of Pain Management Nurses Practice analysis: role delineation study*. Pain Manag Nurs. 2002;3:116-30 review.
10. HERDTNER S. *Using therapeutic touch in nursing practice* J Ort Nurs , 2000; 19: 7-82.
11. MC MILLAN SC, TITTLE M, HAGN SJ, SMALL BJ. *Training pain resource nursing: changes in their knowledge and attitudes*. Oncology Nurs Forum 2005; 32: 835-42.
12. MC MILLAN SC, TITTLE M, HAGN SJ, SMALL BJ. *Train pain resource nursing: changes in their knowledge and attitudes*. Oncol Nursing Forum 2005; 32: 835-42.
13. WHO Expert Committee of Cancer pain relief and active supportive care. *Cancer control. Barriers to the use of available information*. Cancer, 1992; 1;70:1438-49
14. AMERICAN SOCIETY FOR PAIN ASP. *No authors listed. quality improvement guidelines for the treatment of acute pain in cancer pain*. Jour Am Med Association 1995; 274 (23) : 1874-80.
15. AHCPR AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, *Publication n.94-0592 Management of cancer pain*. Clinical guideline n. 9. 1994.
16. CLARCK MG, OWEN SV, THOLKEN MA *Measuring students perceptions of clinical competence*. J Nurs Ed 2004;43:548-55.
17. HALCON LL, CHLAN LL ,KREITZER MI, LEONARD BJ. *Complementary therapies and healing practices: faculty\student beliefs and attitudes and the implications for nursing education*. J Prof Nurs. 2003; 19: 387-97.
18. REED FC, PETTIGREW AK, KING MO. *Alternative and complementary therapies in nursing curricula*. J Nurs Ed 2000; 39:133-39 Cincinnati University.
19. RICHARDSON SF, *Complementary health and healing in nursing education*. J Holistic Nurs. 2003;21:20-35.
20. SOK SR, ERLIN JA, KIM KB. *Complementary and alternative therapies in nursing curricula: a new direction for nursing educators* J Nurs Ed 2004; 43:401-05. Pittsburg University.
21. MCCAFFERY M, FERREL BR. *Nurse's knowledge of pain management and assessment: how much progress have we made?* J Pain Sympt Manag. 1997;14:175-88.
22. WETZEL MS, KAPTCUK TJ, HARAMATI A,

EISEMBERG DM. *Complementary and alternative medical therapies: implicato for medical education*. Ann Int Med. 2003; 138:191-96.

23. SILVA MC, LUDWICK R. *Ethical issues in complementary\alternative therapies*. On-line Journal of Issues in Nursing. 2002; 7:7.
24. PELLINO, TA, WILLENS JS, POLOMANO RC, HEYE ML, *The American Society of Pain Management Nurses Practice Analysis: Role delineation study*. Association of Orthopaedic Nurses Respondents. Orthopaedic Nursing 2003; 22: 289-297.
25. WHO EXPORT COMMITTEE ON CANCER PAIN RELIEF AND ACTIVE SUPPORTIVE CARE. *Cancer control. Barriers to the use of available information*. Cancer.1992;1,70 (5 Suppl), 1438-49.

Abstract

Physical pain is a status that inevitably goes with the human existence and its treatment is one of the rising requests made by patients to medical structures. Nowadays, alas, we still have a persisting "useless" pain that could be relieved by a better care to the use of available efficient remedies. Nursing has always been interested in pain and it represents a qualifying basis for the relationship between patient and nurse.

Therefore the ability in taking care of an aching person must be firmly developed from the beginning of training at University. A research has been carried out to verify newly qualified nurses' perception on their own competence in terms of pain at the end of their university degree. The results have been compared to the offer declared and pursued by the Nursing degree, in relation with the theoretical programme and the practical training, as well. The results show that students don't consider themselves having achieved an optimal training (scarce/insufficient for the 32.4%, barely sufficient for the 20.3%).

It is expressed mostly on the cooperation in the medication and on the use of pain's scales.

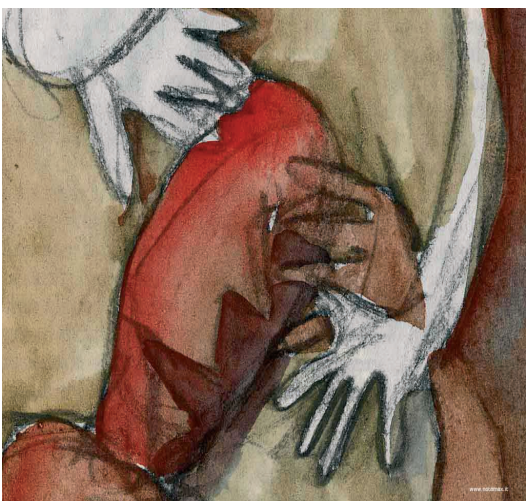
The knowledge and the application of non-pharmacological treatments, complementary to medications, is inadequately known.

Accordingly to these results, the degree offer is reduced to the pharmaceutical ambit and gives limited opportunities to experiment with other approaches wide accepted as proposal in the pain nursing. The results represent a starting point for the structuring of a formation offer oriented to reinforce the ability achieved by the nursing students at the completion of the Nursing degree.

Key words: Physical pain, Student nurse, Student competence.

Francesco Burrai, PRD, Dott. Magistrale, Professore a contratto di Infermieristica Olistica.
Sandra Scalorbi, Dott. Magistrale, Professore a contratto di Infermieristica preventiva e di comunità.
Danilo Cenerelli, Dott. Magistrale, Professore a contratto di Infermieristica del Dolore.
 Università degli Studi di Bologna. Sezione formativa BO1, Scuola Infermieri C.R.I.
Stefano Sebastiani, Dott. Magistrale, Ufficio di Staff Ricerca - Innovazione - Governo Clinico e
 Valutazione della Performance Settore Formazione e Aggiornamento Professionale.
Eleonora Cocchi, Dott.ssa Infermiere,
 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico Sant'Orsola Malpighi.

Esplorazione fattoriale con l'analisi delle componenti principali del questionario Spiritual Coping Strategies



Riassunto

Introduzione: L'analisi fattoriale è una metodologia statistica multivariata che individua pochi fattori, capaci di dare ragione delle informazioni contenute in un insieme più ampio di variabili, come nel caso di un questionario. Tra le diverse metodologie di analisi fattoriale, l'analisi delle componenti principali è tra le più usate nella ricerca infermieristica. Scopo di questo studio è l'applicazione dell'analisi delle componenti principali ad uno strumento olistico di misurazione delle strategie di coping religioso e non religioso denominato Spiritual Coping Strategies (SCS). Questo strumento è stato scelto dagli autori poiché presenta buoni indici di validazione, una buona capacità di identificare due fattori di coping ben distinti e per l'orientamento culturale affine a quello della società italiana. Il lavoro rappresenta il primo di tre studi, che hanno lo scopo di effettuare un'analisi fattoriale su tre campioni costituiti da: studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, Infermieri di Area Critica, Persone in Condizioni di Criticità Vitale. Se i dati degli studi evidenzieranno buone capacità psicometriche, il campo di applicazione dello strumento potrà essere sia clinico che formativo e gestionale.

Materiali e metodi: lo Spiritual Coping Strategies è un questionario di 20 items, a due fattori, con scala Likert a 4 passi. Il campione è formato da 102 studenti del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica. L'esplorazione fattoriale è stata eseguita con l'analisi delle componenti principali. La coerenza interna è stata misurata con α di Cronbach e l' r di Pearson per le correlazioni tra i fattori individuati. Risultati L'analisi delle componenti principali ha evidenziato una struttura a due fattori. Un primo fattore formato da 9 items, rifletteva un coping religioso, mentre il secondo fattore formato da 10 items rifletteva un coping non religioso. La coerenza interna totale mostrava un $\alpha = 0,88$.

Discussione: lo SCS a due fattori è uno strumento che ha mostrato buone proprietà nell'individuare le due dimensioni delle strategie di coping religioso e non religioso, di spiegare la varianza complessiva delle variabili, della consistenza interna e le correlazione tra i fattori.

Conclusioni: lo SCS può essere utilizzato per la valutazione delle strategie di coping spirituali negli studenti dei Corsi di laurea in Infermieristica.

Parole Chiave: Spiritual Coping Strategies, Analisi fattoriale, Analisi delle componenti principali, Olistico, Persona critica

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 27/08/2009
 approvato il 30/09/2009

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano Donia R. Baldacchino, Ph.D, Nursing/Midwifery Studies, Institute of Health Care, della University of Malta, per l'autorizzazione alla traduzione ed all'utilizzo dello Spiritual Coping Strategies (SCS) scale.

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera l'uomo come costituito da quattro dimensioni antropologiche: biologica, psicologica, sociale e spirituale¹. Questa affermazione sostiene come strategica per la salute

degli esseri umani l'attuazione di un'assistenza olistica, che per sua natura ingloba anche gli aspetti spirituali.

Nel modello olistico, la persona è considerata come un'insieme di tre componenti non separabili: corpo, mente e spirito. In tale visione le proprietà espresse da un essere umano non possono essere derivate solo attraverso la conoscenza prodotta dalla misurazione delle singole

componenti. Il tutto, cioè la persona, possiede un significato maggiore e diverso dalla semplice somma delle proprie componenti. Tali componenti sono in uno stato di integrazione e intercorrelazione non frammentabile, non separabile. Le basi scientifiche di un'assistenza infermieristica che si occupi anche dei bisogni spirituali dell'uomo sono introdotte dalla più grande e importante associazione infermieristica mondiale, l'*American Nurses Association* (ANA), la quale giustifica questo tipo di assistenza all'interno della specialità dell'infermieristica olistica²; inoltre, tali basi sono sostenute anche dalla maggiore associazione di infermieri olistici, l'*American Holistic Nurses Association* (AHNA), per la quale la persona è intesa, percepita e assistita come un tutto³. Gli aspetti spirituali sono da anni oggetto dello studio dei ricercatori infermieristici che si occupano della standardizzazione e delle tassonomie infermieristiche. La classificazione delle diagnosi infermieristiche del NANDA, include le tre diagnosi di "sofferenza spirituale", "rischio di sofferenza spirituale" e "disponibilità a migliorare il benessere spirituale"⁴. Nella classificazione NIC degli interventi infermieristici sono presenti gli interventi specifici "sostegno spirituale" e "facilitazione della crescita spirituale"⁵. Nella classificazione NOC dei risultati infermieristici esiste il risultato specifico "salute spirituale"⁶. Da svariati anni la componente spirituale è considerata ed integrata nel campo dell'assistenza infermieristica in area critica nei paesi in cui si pratica il nursing olistico. Secondo Carpenter et al.⁷, in area critica sia i pazienti che gli infermieri possono trarre notevoli vantaggi psicosomatici dall'utilizzo e dallo sviluppo della componente spirituale. Smith⁸ introduce sistematicamente l'assistenza di tipo spirituale nel *critical care nursing setting*, attraverso lo sviluppo di tale elemento esistenziale già presente nel modello denominato *Synergy Model for Patient Care* della *American Association of Critical-Care Nurses* (AACN). Secondo lo studio di Cullen et al.⁹, la componente spirituale può avere effetti terapeutici nella gestione del dolore.

Negli studi fenomenologici di Kociszewski^{10,11}, viene evidenziato come le risorse spirituali siano frequentemente utilizzate dagli infermieri di area critica, sia nei confronti di sé stessi, sia dei

pazienti che dei familiari, come intervento terapeutico. Elpern et al.¹², evidenziano come la componente spirituale possa essere di valido aiuto nelle situazioni di stress per gli infermieri che lavorano nelle terapie intensive. Lane et al.¹³ propongono una formazione specialistica universitaria di tipo olistica per gli infermieri di area critica, con insegnamenti legati anche alla componente spirituale.

La valutazione spirituale

Una buona definizione di valutazione spirituale in campo assistenziale è data da Anandarajah e Hight¹⁴, i quali la definiscono come un processo attraverso il quale il sanitario può identificare i bisogni spirituali del paziente utili all'assistenza.

Sviluppare uno strumento capace di misurare la componente spirituale nell'assistenza infermieristica in area critica consente di acquisire informazioni e valutare i dati riguardanti il mondo spirituale della persona e della famiglia, allo scopo di stendere un piano assistenziale infermieristico completo¹⁵. Sono stati sviluppati diversi strumenti di misurazione della componente spirituale, o, per meglio dire, dei bisogni espressi dalla persona legati al proprio mondo spirituale. Generalmente in area critica i parametri fisiologici sono considerati i maggiori indicatori dello stato di salute della persona, mentre gli aspetti spirituali vengono generalmente considerati nettamente meno importanti¹⁶. Resta da evidenziare anche la difficoltà pratica di effettuare la valutazione di tali bisogni in area critica, dovuta alla carenza di tempo e alla difficoltà da parte degli infermieri nell'affrontare tale componente assistenziale¹⁷.

Nel 1979, Stoll¹⁸ ha prodotto una linea guida per la valutazione dei bisogni spirituali, nell'ambito della quale sono indicate le raccomandazioni per un giusto approccio alla valutazione dei bisogni spirituali.

Una guida più precisa ed aggiornata è stata prodotta da Narayanasamy¹⁹, la quale fornisce raccomandazioni sulle variabili spirituali di significato esistenziale e lo scopo della propria vita, le risorse legate alla speranza e alla forza nel vivere, la presenza della pace nei rapporti relazionali, l'autostima, la paura e l'ansia, la rabbia, il tipo di rela-

zione tra la parte spirituale e la propria salute. Nel 1996, Maugans²⁰ ha introdotto uno strumento di valutazione denominato S.P.I.R.T., con il quale si valutano il sistema di credenze spirituali, la personale spiritualità, l'integrazione all'interno di una comunità spirituale, ritualistica, le implicazioni per l'assistenza. Nel 2000, Puchalski e Romer²¹ hanno introdotto lo *Faith-Importance-Community-Address*, strumento che valuta la fede o il credere spirituale, l'importanza della spiritualità nella vita personale, l'appartenenza o meno ad una comunità spirituale e come la spiritualità può essere utilizzata nella vita personale. Il Department of Psychiatry and Behavioural Sciences della Royal Free e University College Medical School nel Regno Unito, nel 2001 ha introdotto uno strumento denominato The Royal Free Questionnaire for Spiritual and Religious Beliefs, che valuta sia gli aspetti delle credenze spirituali che religiose²². Kobylarz, Heath e Like²³ hanno prodotto nel 2002 lo E.T.H.N.I.C.S., strumento di valutazione interculturale in cui è presente anche la valutazione dei bisogni spirituali e della loro funzione rispetto alla salute. Nel 2003 Baldacchino e Buhagiar hanno sviluppato uno strumento di misura delle strategie di coping spirituale, lo *Spiritual Coping Strategies* (SCS), il quale, a partire da definiti modelli filosofici, è strutturato sia in coping di tipo prettamente religioso, sia in coping di tipo non religioso ma di carattere esistenziale²⁴. Questo strumento è stato scelto dagli autori perché presenta buoni indici di validazione, una buona capacità di identificare due fattori di coping ben distinti e perché ha un orientamento culturale affine a quello della società italiana. Il lavoro rappresenta il primo di tre studi, che hanno lo scopo di effettuare un'analisi fattoriale su tre campioni costituiti da: studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, Infermieri di Area Critica, Persone in Condizioni di Criticità Vitale. Se i risultati degli studi evidenzieranno buone capacità psicometriche, il campo di applicazione dello strumento potrà essere sia clinico che formativo e gestionale.

L'analisi fattoriale dello SCS

L'analisi fattoriale è parte integrante nel

processo di validazione dei nuovi strumenti ed il suo scopo è quello di riassumere e semplificare le relazioni in un insieme di variabili, come quelle presenti in un questionario^{25,26,27}. L'analisi delle componenti principali (ACP) consente di individuare uno o più fattori latenti che spiegano le similarità presenti in una serie di variabili. Dunque i fattori hanno la capacità di riflettere strutture latenti prodotte dalle similarità tra le variabili. L'analisi fattoriale si attua valutando inizialmente se il questionario può essere sottoposto ad analisi fattoriale (fattorializzabilità), prosegue con la scelta del metodo di estrazione dei fattori, in questo caso l'ACP essendo la più applicata nella ricerca infermieristica, continua con la scelta del numero dei fattori da estrarre e ottenendo una soluzione fattoriale, la quale è successivamente sottoposta a processi definiti di rotazione, i quali permettono di ottenere una soluzione fattoriale più semplice e maggiormente interpretabile nei suoi risultati^{28,29}. Nel 2003 Baldacchino e Buhagiar hanno sviluppato uno strumento di misura delle strategie di coping spirituale il quale, presenta una soluzione a due fattori: uno che riflette un coping di tipo religioso e un secondo che riflette un coping di tipo non religioso. In questo studio si mira a confermare e validare la soluzione a due fattori dello SCS, analizzando i passi e i parametri principali presenti nell'ACP.

Materiali e metodi

Scopo

L'obiettivo di questo studio è quello di effettuare un'esplorazione della struttura fattoriale dello SCS attraverso l'ACP, per validare uno strumento di misurazione di tipo olistico negli aspetti di coping religioso e non religioso in un campione di studenti frequentanti un Corso di Laurea in Infermieristica.

Campione

Per lo studio è stato utilizzato un campione di convenienza di 102 studenti del III anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Bologna. A tutti gli studenti è stato chiesto di rispondere in maniera volontaria ed anonima agli items del questionario. Il questionario è stato approvato e autorizzato.

Questionario

Il questionario utilizzato si basa sul modello concettuale della teoria cognitiva dello stress e del coping³⁰ e sul lavoro filosofico nell'Idea di Holy di Otto³¹. Lo SCS è composto da 20 items, con scala Likert a 4 passi, da "mai usato" a "usato spesso", ed individua due dimensioni, due fattori. Il primo fattore, formato da 9 items, riflette un coping di tipo religioso e presenta un orientamento giudaico - cristiano, essendo tale orientamento il più diffuso in Europa; il secondo fattore, formato da 11 items, riflette un coping di tipo non religioso. Per la valutazione fattoriale del SCS, Baldacchino e Buhagiar hanno utilizzato un campione di convenienza di 55 studenti del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'University of Malta. Il primo autore di questo lavoro ha ricevuto l'autorizzazione da Baldacchino e Buhagiar ad utilizzare lo SCS per questo studio.

Analisi statistica

Per analizzare, riassumere e semplificare le relazioni dell'insieme delle variabili dello SCS è stata eseguita un'analisi fattoriale. Prima di procedere correttamente all'analisi fattoriale, sono stati misurati alcuni parametri statistici per stabilire se il questionario poteva essere sottoposto ad analisi fattoriale (fattorializzabilità). Il primo parametro utilizzato, denominato determinante R, esamina la matrice delle correlazioni tra le variabili del questionario; se presenta un valore = 0 significa che la matrice non è fattorializzabile. Il secondo parametro, il test di sfericità di Bartlett, esamina l'ipotesi nulla che la nostra matrice sia uguale ad una matrice d'identità I, ovvero che le variabili del questionario siano indipendenti, ed è quello da escludere: se il test è significativo si può effettuare l'analisi. Il terzo parametro, il test di Kaiser-Meyer-Olkin (KMO test) stima le correlazioni tra le variabili osservate con quelle parziali relative alla matrice nel suo complesso, mentre la Misura dell'Adeguatezza Campionaria (MSA test) stima tali correlazioni per singola variabile. Con valori di KMO < .60 e di MSA < 0.50 non si può procedere con l'analisi fattoriale.

Successivamente si è proceduto ad usare il metodo di estrazione dei fattori attraverso l'ACP. Nell'ACP sono presenti almeno tre parametri fondamentali da

definire: il numero dei fattori da estrarre, l'autovalore ed il valore del caricamento degli items per fattore. Per la scelta del numero dei fattori da estrarre, in base all'evidenza posta dal lavoro di Baldacchino e Buhagiar in cui lo SCS mostrava una soluzione a due fattori, anche in questo studio si è deciso di scegliere di estrarre due fattori, cercando di confermare la soluzione ottenuta da Baldacchino e Buhagiar.

L'autovalore è un parametro che specifica quanti sono i fattori utili estratti dall'analisi fattoriale. Fattori che hanno un autovalore > 1 sono considerati significativi, capaci di descrivere in maniera importante dimensioni latenti presenti nel questionario, le quali sono successivamente denominate in base alla dimensione latente, alla componente principale che riflettono. Maggiore è il valore del autovalore di un fattore, maggiore è la sua importanza e la capacità di riflettere una dimensione latente. Il caricamento di un item in un fattore è la correlazione di quell'item con quel fattore. Il livello, la profondità, il grado di legame, di correlazione espresso come saturazione di ogni items per un dato fattore, deve superare un valore soglia minimo di caricamento, sotto il quale gli items non vengono inseriti, caricati per quel fattore, valore posto generalmente a 0.40. Più il valore si allontana da 0.40, maggiore è il legame, la correlazione dell'items con un dato fattore. Una volta individuati i fattori e gli items specifici caricati per ogni fattore e la successiva loro corretta denominazione, si procede alla lettura dei valori della varianza spiegata dal singolo fattore e della varianza totale spiegata da tutti i fattori. Maggiore è il valore in percentuale della varianza spiegata dai fattori, maggiore è la potenza della struttura fattoriale trovata, in termini soprattutto di capacità nello spiegare le dimensioni latenti presenti nel questionario. Successivamente, per migliorare l'interpretazione della soluzione fattoriale, per renderla più semplice e più chiara alla lettura, sono stati usati diversi processi (processo di rotazione: Varimax, Oblimin diretto e Promax), scegliendo poi quello che evidenziava meglio la soluzione statisticamente più corretta e maggiormente interpretabile. Per la stima della coerenza interna totale e dei due fattori dello SCS è stato usato l' α di Cronbach. Il coefficiente di correlazione r di Pearson è stato usato per

analizzare le correlazioni tra i fattori. L'elaborazione statistica è stata eseguita con SPSS® 13.0.

Risultati

Tutti i valori dei parametri per la fattorializzabilità hanno confermato la possibilità di procedere con l'analisi fattoriale. Infatti il valore della determinante R ha mostrato un valore di 8,51 (valore $\neq 0$), il KMO test ha presentato un valore di 0,854 (soglia $< 0,60$), l'MSA era superiore a 0,50, e il test di Bartlett era significativo ($\alpha^2 = 876,214$, $p < 0,001$). I risultati ottenuti dall'ACP hanno individuato due fattori principali: un primo fattore che spiega il 33,2% della varianza con un autovalore di 6,65, mentre un secondo fattore che spiega l'11,2% della varianza con un autovalore di 2,56. La varianza complessiva spiegata dai due fattori era del 44,5%. Per migliorare l'interpretazione di questa soluzione a due fattori, le rotazioni Promax, Oblimin diretto e Varimax, mostrano un modello molto simile a quello presentato nello studio della Baldacchino (Tabella 1).

Non hanno superato il cut off di caricamento l'items 14 per il fattore 2 nella rotazione Varimax, e l'items 9 sempre per il fattore 2 nelle rotazioni Promax e Oblimin diretto.

Il modello ottenuto dall'ACP con rotazione di tipo Promax rappresenta la soluzione con maggior facilità interpretativa poiché presenta saturazioni più elevate, dunque più distanti dal valore soglia di 0,40 rispetto agli altri due modelli con rotazione Varimax e Oblimin diretto. Questa soluzione è composta da 19 items, 9 items (15,2,18,19,8,10,4,1,6) caricati nel primo fattore, che riflette la dimensione delle strategie di coping spirituale, e 10 items (20,7,11,13,12,3,17,16,5,14) caricati nel secondo fattore, che riflette la dimensione delle strategie di coping non spirituale. La coerenza interna totale ha mostrato un valore di $\alpha = 0,88$, con $\alpha = 0,90$ nel primo fattore e $\alpha = 0,75$ per il secondo fattore. Il coefficiente di correlazione r tra i fattori era pari a .468 ($p = 0,01$).

Discussione

I risultati ottenuti attraverso l'ACP con

rotazione di tipo Promax confermano il modello a due fattori dello SCS ottenuto da Baldacchino e Buhagiar: un primo fattore dominante (9 items) che riflette la dimensione delle strategie di coping di tipo religioso ed un secondo fattore (10 items) che riflette le strategie di coping non religioso. Il primo fattore ha mostrato un valore ottimo nella coerenza interna ed un valore buono per il secondo fattore. Infine l' α totale attesta un'ottima coerenza interna dello SCS. Le correlazioni tra i fattori sono più che sufficienti, positive e significative.

Conclusioni

Scopo di questo studio, primo di una serie di tre lavori, è l'applicazione dell'analisi delle componenti principali ad uno strumento olistico di misurazione delle strategie di coping religioso e non religioso denominato *Spiritual Coping Strategies* (SCS). L'esplorazione fattoriale tramite l'analisi delle componenti principali, è stata effettuata su un campione di studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, producendo un modello dello SCS a due fattori ottenuto con rotazione Promax. Questo modello ha evidenziato buone proprietà in riferimento alla sua capacità di individuare le due dimensioni delle strategie di coping religioso e non religioso, di spiegare la varianza complessiva delle variabili, della consistenza interna e di correlazione tra i fattori. Questi dati confermano la possibilità di utilizzare questo strumento per la misurazione delle strategie di coping spirituale negli studenti dei Corsi di laurea in Infermieristica. Nei prossimi due studi, intendiamo effettuare l'analisi fattoriale dello SCS su un campione di infermieri di area critica e su un campione di pazienti critici, allo scopo di validare tale strumento olistico, per il suo successivo utilizzo nella misurazione delle strategie di coping religioso e non religioso in area critica.

Bibliografia

1. World Health Organization. Executive Board Meeting Document 101. WHO, Geneva, 1998.
2. American Nurses Association. Scope and standards of advanced practice registered nursing. ANA, Washington, 1996.
3. American Holistic Nurses Association.

Description of holistic nursing. AHNA, Flagstaff, 1998.

4. NANDA-I. Diagnosi infermieristiche, definizioni e classificazione 2007-2008. CEA, Milano, 2008.
5. McCloskey DJ, Bulechek GM. Classificazione NIC dei risultati infermieristici. CEA, Milano, 2007.
6. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificazione NOC dei risultati infermieristici. CEA, Milano, 2007.
7. Carpenter K, Girvin L, Kitner W, Ruth-Sahd LA. Spirituality: a dimension of holistic critical care nursing. *Critical Care Nursing* 2008;27(1):16-20.
8. Smith AR. Using the synergy model to provide spiritual nursing care in critical care settings. *Critical Care Nursing* 2006;26(4):41-7.
9. Cullen L, Greiner J, Titler MG. Pain management in the culture of critical care. *Crit Care Nursing Clinical North American* 2001;13:151-166.
10. Kociszewski C. A phenomenological study of critical care nurses. *Heart Lung* 2004; 33:401-411.
11. Kociszewski C. A phenomenological pilot study of the nurses' experience providing spiritual care. *Journal Holistic Nursing* 2003;21:131-148.
12. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal Critical Care* 2005;14(6):523-30.
13. Lane P, O'Brien U, Gooney MA, Reid T. The progression of holism into postgraduate curricula in critical care nursing: a discussion paper. *Dimension Critical Care Nursing* 2005;24(3):131-8.
14. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician* 2001; 63: 81-89.
15. Timmins F, Kelly J. Spiritual assessment in intensive and cardiac care nursing. *Nursing Critical Care* 2008;13(3):124-31.
16. Angelucci PA. Spirituality and the use of an Intensive Care Unit On Staff/On Site Chaplain. *Critical Care Nurse* 1999; 19:62-65.
17. Carroll B. A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. *Mortality* 2001; 6: 81-98.
18. Stoll R. Guidelines for spiritual assessment. *American Journal of Nursing* 1979; 1: 1572-1577.
19. Narayanasamy A. The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. *British Journal of Nursing* 2004; 13: 1140-1144.
20. Manguerra TA. The spiritual history. *Archives of Family Medicine* 1996; 5: 11-16.
21. Puchalski CM, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine* 2000; 3: 129-137.

Tabella 1. Soluzione a due fattori tramite l'analisi delle componenti principali con rotazioni Promax, Oblimin diretto e Varimax

Items	Fattore 1			Fattore 2		
	C. P. Promax	C. P. Oblimin diretto	C. P. Varimax	C. P. Promax	C. P. Oblimin diretto	C. P. Varimax
15. Frequento la chiesa per svolgere le mie pratiche religiose	,86	82	80			
2. La mia relazione con Dio e/o con una forza suprema, la vedo come fonte di speranza e di energia per me	,81	78	77			
18. Confido in Dio, sperando che le cose andranno meglio	79	79	80			
19. Faccio la Comunione	77	75	75			
8. Ascolto programmi radio o guardo programmi televisivi di tipo religioso	76	72	70			
10. Leggo testi di ispirazione spirituale/religiosa	74	72	71			
4. Prego con qualcuno o con un piccolo gruppo di persone	73	70	67			
1. Uso una preghiera di tipo personale/privata	68	67	67			
6. Uso icone od oggetti di tipo spirituale/religioso	67	66	66			
20. Apprezzo la natura come mare, sole, piante, fiori.....				70	67	68
7. Vedo i lati positivi nelle mie situazioni di vita				69	65	67
11. Accetto le situazioni che mi presenta la vita				65	62	63
13. Apprezzo la bellezza dell' arte, come la musica, la pittura, la scultura..				60	56	53
12. Scopro significati e scopi di vita frequentando il corso di infermieristica come la musica, la pittura, la scultura				60	56	53
3. Costruisco e curo le relazioni con amici e/o parenti				45	42	NC
17. Il mio aiuto agli altri lo vedo come una via di amore e pace nei confronti del mondo				44	44	51
16. Uso la riflessione interiore come via per identificare le mie potenzialità e le mie risorse				44	43	47
5. Discuto le mie difficoltà, i miei problemi con qualcuno che frequenta o che ha frequentato il mio stesso corso				43	41	42
14. Mi relaziono con amici e parenti avendo fiducia in loro				42	40	NC
9. Vivo giorno per giorno sperando che il futuro sarà luminoso per me				NC	NC	43

Cut off di caricamento dell'item = .40

Fattore1 = coping religioso; Fattore 2 = coping non religioso

NC: non caricato

22. King M, Speck P, Thomas A. The Royal Free Interview for spiritual and religious beliefs: development and validation of a self-report. *Psychological Medicine* 2001; 31: 1015–1023.
23. Kobylarz FA, Heath JM, Like RC. The ETHNIC(S) mnemonic: a clinical tool for ethnogeriatric education. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002; 50: 1582–1589.
24. Baldacchino DR, Buhagiar A. Psychometric evaluation of the Spiritual Coping Strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. *Journal Advanced Nursing* 2003;42(6):558-70.
25. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JL. *Making Sense of Factor Analysis: The Use of Factor Analysis for Instrument Development in Health Care Research*. Sage Publications, Thousand Oaks, 2003.
26. Watson R. Publishing the results of factor analysis: interpretation and presentation. *Journal Advanced Nursing* 1998;28: 1361–63.
27. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. Allyn and Bacon, Boston, 2001.
28. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate Data Analysis*, 5th edn. Prentice-Hall International, London, 1998.
29. Hoelzer JW. The analysis of covariance structures: goodness of fit indices. *Sociol Methods Research* 1983;11: 325–344.
30. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Co, New York, 1984.
31. Otto R. *The Idea of the Holy: an Inquiry into the Non-Rational Factor in the Idea of the Divine and its Relation to the Rational*. Oxford University Press London, 1950.

Abstract

Introduction: The factorial analysis is a multivariate statistical method that identifies a few factors, which give the right information in a wider range of variables, such as a questionnaire. Among the different methods of factorial analysis, analysis of main components is one of the most widely used in nursing research. The purpose of this study is the application of principal components analysis to a holistic measurement of religious and non-religious coping strategies called Spiritual Coping Strategies (SCS). This instrument was chosen by the authors as it has good indices of validation, a good ability to identify two well distinct coping and for the cultural orientation similar to the Italian society. The work represents the first of three studies, which aim to make a factorial analysis on three samples consisting of students Degree Course in

Nursing, Critical Care Nurses, Critical Patient. If the data of the studies show good psychometric capacity, the application field of the instrument may be both clinical and managerial training.

Methods: The Spiritual Coping Strategies is questionnaire at 20 items, at two factors, with a Likert scale at 4 steps. The sample consists of 102 students in the third year of the Degree Course in Nursing. The exploration has been performed by factorial analysis with principal components. The internal consistency was measured by Cronbach α , and r of Pearson of the correlations between the factors identified.

Results: The principal components analysis revealed a structure with two factors. A first factor consisting of 9 items, reflecting a religious coping, whereas the second factor consisting of 10 items reflecting a non-religious coping. The internal consistency showed an overall $\alpha = 0.88$.

Discussion: The SCS at two factors is an instrument that has shown good properties in identifying the two dimensions of religious and non-religious coping strategies, to explain the total variance of variables, the internal consistency and the correlation between the factors.

Conclusions: The SCS can be used for spiritual coping strategies assessment in students of degree courses in Nursing.

Key words: Spiritual Coping Strategies, factor analysis, principal component analysis, holism, critical patient

www.anarti.it

Daniele Fagioli, Infermiere, Master di 1° livello in Management infermieristico nelle funzioni di coordinamento Dipartimento di Emergenza e Accettazione Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma
Maria Luisa Rega, Infermiere coordinatore Dottore Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, Corso Master di I livello in Management Infermieristico sulle Funzioni di Coordinamento Università Cattolica del S. Cuore, Roma

L'igiene del cavo orale come prevenzione delle infezioni respiratorie associate a ventilatore in terapia intensiva



Riassunto

Introduzione: la sensibilizzazione degli operatori di assistenza diretta, verso la comprensione dell'importanza della cura del cavo orale dei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica, è un'evidente strategia di base per la riduzione del rischio di polmonite da ventilazione meccanica (VAP).

L'incidenza di infezioni nei reparti ad alta intensità di cure è cinque volte superiore rispetto ai reparti generici di degenza ospedaliera sia per le condizioni di suscettibilità e complessità dei pazienti sia per le molteplici occasioni di trasmissione delle infezioni attraverso le pratiche assistenziali. A fronte di questi rischi, i programmi di controllo (NNIS System, CDC) non sempre riescono a mantenere livelli costanti di adesione alle pratiche raccomandate. L'intento di tale lavoro è analizzare le diverse tecniche utilizzate dagli operatori nel garantire una corretta igiene del cavo orale, come specifico intento preventivo della VAP, nei pazienti ricoverati in terapia intensiva.

Problema: molti batteri saprofiti sono normalmente presenti nella bocca - circa 350 - e risiedono nelle diverse superfici del cavo orale. Nei pazienti ricoverati in terapia intensiva e sottoposti a ventilazione meccanica, tali batteri e l'accumulo della placca dentaria possono provocare la VAP, a causa dell'abbassamento delle difese e dei normali riflessi, quali la tosse e la deglutizione. Inoltre, si aggiungono barriere di tipo meccanico che rendono difficile un'igiene efficace del cavo orale.

Conclusioni: sebbene siano stati svolti numerosi studi volti a scoprire quale metodica e quali prodotti siano migliori per un'efficace pulizia del cavo orale, ad oggi non è ancora possibile definire in maniera univoca una procedura standardizzata e significativamente sicura, da proporre come "gold standard". Ciononostante l'attuale letteratura propone delle indicazioni universalmente riconosciute e validate per l'approccio a tale problematica.

Parole chiave: Nursing, Terapia Intensiva, Igiene Orale, Bocca, Polmonite associata al ventilatore (VAP).

Introduzione

L'area critica viene definita come "l'insieme delle strutture ad alta intensità assistenziale e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità - instabilità vitale della persona malata e dalla complessità dell'approccio e dell'intervento assistenziale infermieristico e medico".

La situazione del paziente ricoverato presso un centro di rianimazione o di terapia intensiva è definita complessa. L'aggettivo complesso indica qualcosa che comprende in sé più aspetti, più parti o più elementi, di cui bisogna tener

conto. Inoltre, "ciò che rende una situazione complessa e che permette a questa di essere affrontata e gestita, è il fatto che le parti di cui è composta sono molteplici e in relazione tra loro"², pertanto è necessaria una valutazione multidimensionale di tutte le variabili in essa presenti e di tutti quegli aspetti che sono in stretta relazione tra loro.

L'impatto assistenziale con questo tipo di paziente è impegnativo e difficile, proprio per la situazione in cui si trova sotto l'aspetto fisiopatologico, ambientale, psicologico e di isolamento, variabili che caratterizzano l'evento come critico e, sebbene siano in relazione tra di loro, vanno studiate e analizzate separatamente per poter essere affrontate e risolte.

REVISIONE

pervenuto il 19/06/2009
 approvato il 01/08/2009

L'assistenza infermieristica dovrebbe costituire, in queste particolari condizioni, un processo metodologico per la soluzione di problemi in tempi veloci e situazioni incalzanti, riconoscendo i problemi, stabilendo le priorità, governando la situazione, tenendo sempre al centro la persona e la sua famiglia. Gli elementi fondanti e distintivi dell'assistenza in area critica, sono

- la **criticità**, quale situazione di pericolo di vita che richiede l'impegno rapido e sicuro di tutti gli operatori; il medico in questo evento ha un ruolo rilevante,
- l'**instabilità**, quale situazione in cui possono verificarsi ancora eventi di pericolo di vita non sempre precocemente prevedibili; l'infermiere con competenze avanzate ha un ruolo rilevante,
- l'**intensività**, che definisce un processo curativo medico-infermieristico caratterizzato da un costante, continuativo e sistematico impegno assistenziale.

Tali elementi posti in relazione al processo di assistenza, all'organizzazione del lavoro e al numero di operatori necessari per un'assistenza specifica in queste situazioni critiche danno luogo al modello della complessità assistenziale proposto da A. Silvestro³.

Infatti, collegare la complessità clinico-assistenziale al processo di assistenza significa pensare in termini di intensività assistenziale, ossia con costante, intensivo e sistematico impegno, coadiuvato anche dall'utilizzo di apparecchiature complesse.

La complessità anche organizzativa delle terapie intensive deriva anzitutto da due elementi fondamentali: la specializzazione (*differenziazione*) e la necessità di coordinamento (*integrazione*). È evidente che queste tipologie di unità operative lavorano grazie al contributo di un numero cospicuo di professionisti diversi che erogano prestazioni differenti ma che si integrano fra di loro. È altrettanto evidente che la difficoltà più grande nel gestire queste differenti professionalità è quella di riuscire a farle lavorare insieme (*integrazione*).

Un'altra caratteristica organizzativa è l'autonomia degli operatori, in modo particolare dei medici e degli infermieri. In queste figure è presente un'elevata competenza sulle modalità di utilizzo delle risorse, derivante da vari fattori come l'estrema variabilità dei casi che

vengono affrontati, che richiedono al contempo capacità di personalizzazione dell'assistenza e capacità di standardizzare le modalità di erogazione dell'assistenza infermieristica⁴.

Caratteristica importante dei meccanismi operativi della quale è opportuno tener conto, è la possibilità di standardizzare i processi di lavoro, intendendo per "standardizzabile un'attività eseguibile, nella maggior parte delle situazioni, con sequenze ripetitive e controllabili"⁵. Più si riesce a standardizzare le modalità operative di un determinato settore di attività, meglio si programmano i tempi e le risorse che quella attività richiede, innalzandone il rendimento organizzativo e l'efficacia clinica; al contrario, meno le attività sono standardizzabili, meno sarà possibile riuscire a programmare e a garantire un'assistenza adeguata.

Il livello di complessità alta, media o bassa, è rilevante per l'infermiere al fine di decidere cosa effettuare direttamente e cosa demandare ad altri, ciò alla luce dell'appropriatezza e della pertinenza sancite anche dal D.Lg.vo n. 229/1999 all'art. 1.6⁶, secondo cui sono escluse dalle prestazioni erogate a carico del servizio sanitario nazionale quelle che non soddisfano i "principi dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o che sono utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate", o se ci sono altre prestazioni in lo stesso scopo, quelle che "non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse quanto a una modalità di organizzazione dell'assistenza"⁷.

In virtù di quanto fino ad ora detto, la frequenza delle infezioni nosocomiali è prevalente nei reparti ad alte cure intensive, cinque volte superiore rispetto ai reparti generici⁸. Le cause della presenza delle infezioni sono legate alle alterazioni fisiopatologiche dei pazienti, quindi a condizioni di stress, ridotte difese immunitarie, coma, limitata mobilità attiva, malnutrizione o interventi chirurgici. Per questi motivi vi è l'attivazione e la moltiplicazione della popolazione batterica endogena.

Altre cause della presenza di infezioni, sono invece legate all'ambiente, e quindi determinate dalla contemporanea presenza di più soggetti a rischio in aree ristrette, dalle procedure invasive, dal

rapporto paziente e più operatori sanitari. La conseguenza di ciò è l'aumento del rischio di contagio di batteri esogeni.

Contesto

Nell'ambito della complessità assistenziale propria della terapia intensiva, l'operato degli infermieri gioca un ruolo fondamentale per la sicurezza del paziente, in particolar modo quando esso è totalmente dipendente e non è in grado di soddisfare i bisogni più semplici, quali l'adeguato mantenimento delle cure igieniche. L'autonomia di cui è investito l'infermiere, sia dal punto di vista legislativo, sia dalla specifica formazione, si realizza anche nella responsabilità dell'aggiornamento continuo riguardo al particolare ambito di assistenza in cui è coinvolto. In tal senso il ruolo a cui è chiamato l'infermiere, è quello di mettere in atto la migliore procedura possibile, ossia basata su evidenze scientifiche, per supportare, o eventualmente sostituirsi, nella soddisfazione di uno o più bisogni manifestati dal paziente.

Tra le attività di cui necessitano i pazienti ricoverati in terapia intensiva, la cura del cavo orale ha un ruolo essenziale nel prevenire le infezioni respiratorie nosocomiali⁹, in particolare le polmoniti associate a ventilazione meccanica (VAP), che rappresentano il 47% di tutte le infezioni manifestate tra i pazienti ricoverati in terapia intensiva¹⁰.

Tali polmoniti colpiscono tra il 9% ed il 28% dei pazienti che ricevono assistenza ventilatoria, con un indice di mortalità compreso tra il 24% e il 50%¹¹. Queste variazioni d'incidenza sono riconducibili alla patologia di base del

Tabella 1: Star model used to implement on evidence-based clinical practice for the prevention of ventilator-associated pneumonia from the Accademic Center for Evidence-based practice¹²

Recommendations of conduct fundamental to the prevention of infection by mechanical ventilation
1 Head-of-bed elevation
2 Oral care
3 Ventilator tubing condensate removal
4 Hand Hygiene
5 Gloves use

Tabella 2: Guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia from the Centers for Disease Control and Prevention: recommendations for nursing care¹⁰

Guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia
1. Wash hands after contact with mucous membranes, respiratory secretions, or objects contaminated with respiratory secretions. Wash hands before and after contact with patient.
2. Educate healthcare workers about nosocomial bacterial pneumonias and infection control procedures used to prevent these pneumonias.
3. Wear gloves for handling respiratory secretions or objects contaminated with respiratory secretions.
4. Provide subglottic suctioning before deflating the cuff of an endotracheal tube or before moving the tube.
5. Elevate the head of the bed to 30° to 45° if not contraindicated.
6. Develop and implement a comprehensive oral hygiene program to provide oropharyngeal cleaning and decontamination with or without an antiseptic agent.
7. Use chlorhexidine gluconate antiseptic rinse during the perioperative period in adult patients who undergo cardiac surgery.

Tabella 3: Fattori di rischio della VAP¹⁴

FATTORI DI RISCHIO DI SVILUPPO DI UNA VAP		
FATTORI RELATIVI AL PAZIENTE	FATTORI RELATIVI AI PRESIDI UTILIZZATI	FATTORI RELATIVI AL PERSONALE
<ul style="list-style-type: none"> • Patologia di base • Immunocompetenza • BPCO • ARDS • Decubito obbligato • Livello di Coscienza • Numero di intubazioni • Farmaci assunti 	<ul style="list-style-type: none"> • Tubo endotracheale • Circuito ventilatore meccanico • Sondino naso/orogastrico 	<ul style="list-style-type: none"> • Erroneo lavaggio delle mani • Mancato cambio dei guanti tra un paziente ed un altro • Non utilizzo di appropriati dispositivi di protezione, quando è stato individuato un batterio antibiotico resistente

Tabella 4: Batteri responsabili della patogenesi della VAP¹⁴

Tipologia di VAP e corrispondenti agenti eziologici	
Σ Σ Σ VAP PRECOCE Σ Σ Σ	<ul style="list-style-type: none"> • Staphylococcus aureus • Streptococcus pneumoniae • Hemophilus influenzae • Proteus species • Serratia marcescens • Klebsiella pneumoniae • Escherichia coli
VAP TARDIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Pseudomonas aeruginosa • Methicillin-resistant Staphylococcus aureus • Acinetobacter species • Enterobacter species

paziente, alla durata della ventilazione meccanica, alla tipologia del germe che provoca l'infezione. Visto il grande impatto evidenziato dalla

letteratura, riguardo a tale specifico problema, sono state elaborate dalle migliori agenzie produttrici di Linee guida (Center Disease Control, Acca-

demio Center for Evidence Based-Pratiche) dei documenti al fine di supportare la pratica clinico-assistenziale nel prevenire le infezioni da ventilazione meccanica. (Tabella 1 e 2)

Scopo di questo lavoro è sottolineare l'importanza della cura del cavo orale nei pazienti totalmente dipendenti quali quelli ricoverati in terapia intensiva, analizzando le diverse metodiche utilizzate, per evidenziare quale sia la miglior pratica da adottare nel percorso assistenziale.

Schematicamente, i fattori di rischio di sviluppo di una VAP sono riconducibili a tre grandi categorie: fattori relativi al paziente, fattori relativi ai presidi utilizzati nell'assistenza e fattori relativi al personale¹³. (Tabella 3)

La patogenesi della VAP è un processo dinamico, in cui è coinvolto un ampio spettro di batteri che, normalmente, risiedono nel cavo orale. La presenza del tubo endotracheale nei pazienti ricoverati in terapia intensiva e sottoposti a ventilazione meccanica, facilita ai microrganismi l'accesso al polmone, aumentando il rischio dello sviluppo della VAP¹⁴. Nel 76% dei casi, infatti, i batteri che colonizzano il cavo orale sono gli stessi che provocano l'infezione polmonare¹⁰.

La manifestazione clinica della VAP si distingue in due momenti: una precoce ed una tardiva (Tabella 4).

La precoce compare dopo 48 – 96 ore di ventilazione meccanica e, solitamente, è causata da microrganismi sensibili alla terapia antibiotica. La VAP tardiva, invece, compare dopo più di 96 ore d'intubazione e ventilazione meccanica, ed è spesso causata da microrganismi antibiotico resistenti¹³.

Tra le diverse strategie proposte dalle linee guida del CDC di Atlanta nel prevenire le polmoniti nosocomiali, è sottolineata l'importanza dell'igiene del cavo orale, con l'obiettivo di ridurre la colonizzazione batterica orofaringea¹⁵

Problema

La VAP è una forma di polmonite nosocomiale che colpisce pazienti intubati e sottoposti a ventilazione meccanica per un periodo superiore alle 48 ore¹³. Più propriamente il NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance) include nei casi di VAP tutti i pazienti la cui prima coltura dell'aspirato bronchiale,

eseguita a 48 ore dall'inizio della ventilazione meccanica, risulti positiva¹⁶. Così come per le altre infezioni ospedaliere, anche la VAP è causata da agenti infettivi né presenti né in incubazione nel paziente, al momento dell'inizio della ventilazione meccanica¹⁷.

I batteri saprofiti normalmente presenti nella bocca sono di numerose specie e risiedono nelle diverse superfici del cavo orale. I prodotti di tali microrganismi si accumulano e aderiscono tenacemente ai denti, formando la placca che, una volta calcificata, può portare ad un'infiammazione delle gengive (gengivite), come risposta all'insulto meccanico e biochimico da parte dei batteri. Normalmente la lingua e la saliva svolgono un ruolo fondamentale nella regolazione ed eliminazione di tali batteri. Diversamente nel paziente sedato e sottoposto a ventilazione meccanica, la forte diminuzione del flusso salivare può portare l'insorgenza d'infezioni che facilmente si propagano ai polmoni anche attraverso lo stesso tubo endotracheale. Inoltre, la flora orofaringea dei pazienti ricoverati in terapia intensiva e sottoposti a ventilazione meccanica per più di 48 ore, subisce un cambiamento: dall'usuale predominanza di streptococchi gram positivi, si osserva un'elevata colonizzazione di batteri gram negativi, i quali includono organismi molto virulenti¹⁸. Gran parte di questi pazienti è portatore di sonde gastriche o gastro-duodenali che predispongono il reflusso gastrico che aumentano il rischio di inalazione nelle vie aeree¹⁹. A questa fisiopatologia si aggiungono barriere di tipo meccanico che impediscono un'igiene efficace del cavo orale. La bocca del paziente sottoposto a ventilazione meccanica, è "affollata" di presidi, quali il tubo endotracheale, la sonda di temperatura e i sondini gastrici, che talvolta ostacolano la normale pulizia²⁰.

La quasi totalità dei pazienti ricoverati in terapia intensiva, avendo un ridotto livello di coscienza dovuto all'analgosedeazione, mostra una compromissione dei riflessi normalmente controllati dal sistema nervoso autonomo, quali la tosse e la deglutizione. Si è stimato che, in tali pazienti, si accumulano nel cavo orofaringeo dai 100 ai 150 ml di secrezioni nelle 24 ore, le quali provocano, attraverso delle microinalazioni, un aumento del fattore di rischio della VAP¹⁰.

Le strategie assistenziali sono volte ad

attuare procedure che permettano di superare le barriere meccaniche ostacolanti la corretta igiene del cavo orale, grazie anche all'utilizzo di sostanze disinfettanti, con lo scopo di prevenire processi infiammatori ed infettivi che rapidamente evolvono in polmoniti nosocomiali.

L'importanza di utilizzare dei protocolli per la gestione assistenziale della "oral hygiene care" è condivisa a livello internazionale. L'uniformità delle procedure da parte del team assistenziale, garantisce una corretta applicazione delle più recenti evidenze scientifiche e permette una revisione ed un preciso controllo delle prestazioni erogate ai pazienti.

La comprensione dell'importanza della cura del cavo orale, da parte degli operatori sanitari di assistenza diretta, è un'evidente strategia di base per la riduzione del rischio di VAP. La sola conoscenza, purtroppo, non è sufficiente affinché la letteratura approdi alla pratica assistenziale. Infatti, nell'ambito dell'implementazione nella pratica clinica delle linee guida riguardo alla prevenzione della VAP, è sottolineata l'importanza di costruire nei vari ambiti assistenziali dei programmi di sensibilizzazione ed educazione rivolti agli operatori di assistenza. Ross e Crumpler¹⁶, in uno studio pubblicato nel 2007 evidenziano come gli infermieri ritengono l'oral care un atto assistenziale volto al solo comfort del paziente, e nonostante esistano evidenze scientifiche riguardo all'uso dello spazzolino come mezzo per rimuovere la placca dentaria, l'équipe infermieristica utilizza usualmente dei tamponi morbidi. Al contrario, nelle realtà assistenziali in cui esistono dei protocolli o delle procedure volti alla sistematizzazione e standardizzazione delle prestazioni infermieristiche si riscontra una maggior aderenza dei professionisti alle evidenze cliniche.

Cutler e Davis²¹ con uno studio osservazionale, elaborato negli Stati Uniti nel 2005, hanno dimostrato che l'implementazione di un protocollo relativo alla cura del cavo orale ha determinato una diminuzione del tasso d'incidenza della VAP. Un'indagine conoscitiva, condotta in Gran Bretagna nel 2004, circa le conoscenze degli infermieri a riguardo di questa problematica⁹, ha messo in luce che gli stessi sono a conoscenza dell'importanza dell'igiene del cavo orale, come prevenzione nei confronti della VAP, e che solo un 13,5%

non si attiene ai locali protocolli.

Come ormai evidenziato dai dati della letteratura, in particolar modo dalle linee guida del CDC di Atlanta¹⁵, la "oral hygiene" assicura e mantiene la pulizia del cavo orale, previene stomatiti ed infezioni dell'albero respiratorio, conserva un'adeguata umidità della mucosa orale e favorisce il comfort al paziente. Considerando la peculiarità della patogenesi e fisiopatologia della VAP, le sopracitate linee guida, oltre ad una serie di raccomandazioni volte alla prevenzione delle polmoniti nosocomiali quali l'educazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari, la sorveglianza epidemiologica, la prevenzione della trasmissione dei microrganismi attraverso procedure di disinfezione e sterilizzazione dei presidi utilizzati nell'assistenza, la prevenzione della trasmissione di microrganismi tra operatori e pazienti (lavaggio delle mani, uso dei guanti, tecniche di broncoaspirazione), il posizionamento del paziente con l'inclinazione della testata del letto di 30°, evidenziano e sottolineano l'importanza della pulizia del cavo orale, prevenendo la colonizzazione batterica dell'orofaringe.

Muscudere ed altri, attraverso una revisione sistematica della letteratura compresa tra il 1980 e il 2006, e pubblicata nel 2008²², hanno analizzato le diverse strategie messe in atto dagli operatori sanitari per prevenire la VAP. Riguardo alle strategie farmacologiche, viene considerato efficace l'utilizzo della clorexidina per la pulizia del cavo orale, mentre l'uso dello iodopovidone è consigliato solo per i pazienti con grave trauma cranico²².

L'utilizzo dello spazzolino è raccomandato come strumento di scelta per ridurre l'accumulo di placca sui denti, unitamente all'utilizzo di un dentifricio al fluoro²³. La pulizia con perossido di idrogeno e bicarbonato di sodio sono utili per rimuovere piccoli detriti che si accumulano nel cavo orale ma, se non diluiti, possono causare ustioni della mucosa. Un disinfettante per la mucosa buccale che riduce in maniera significativa anche la placca, è una soluzione acquosa di clorexidina allo 0,12%. Tale soluzione, efficace contro batteri gram positivi e gram negativi, può essere utilizzata quando non è possibile spazzolare i denti; la sua azione batteriostatica, infatti, è stata misurata fino a 12 ore dal suo utilizzo²³.

In tal senso, le linee guida del CDC del 2003¹⁵ raccomandano che una soluzione antisettica deve essere utilizzata nella procedura della pulizia del cavo orale nei pazienti intubati, ma l'uso di risciacqui orali con clorexidina gluconato è raccomandato solamente nei pazienti sottoposti ad intervento di cardiocirurgia. Infine, l'uso di un antibiotico topico è fortemente sconsigliato nell'utilizzo routinario, in quanto può sviluppare resistenza ai microrganismi patogeni¹⁵.

Purtroppo, le linee guida non danno raccomandazioni di comportamento riguardo la frequenza dei lavaggi del cavo orale e il miglior modo per rimuovere la placca dentale¹⁰.

Munro e Grap²⁴ con uno studio randomizzato a doppio ceco, effettuato negli Stati Uniti nel 2004, hanno messo a confronto 88 pazienti sottoposti a ventilazione meccanica, utilizzando tre diversi trattamenti per la pulizia del cavo orale. Di questi, 38 pazienti sono stati trattati con spazzolini pediatrici, 30 con bastoncini dotati di batuffoli di cotone imbevuti di schiuma contenente clorexidina e 20 con placebo. Dai risultati è emerso che il rischio di VAP è stato ridotto del 70% con l'utilizzo dello spazzolino (evidente rimozione della placca) rispetto al placebo e del 65% con l'utilizzo dei bastoncini dotati di batuffoli di cotone imbevuti di schiuma contenente clorexidina rispetto al placebo.

Un ulteriore studio, randomizzato a doppio ceco, condotto in Olanda e pubblicato nel 2006²⁵, ha messo a confronto due gruppi di pazienti trattati con clorexidina, clorexidina e colistin e placebo. I risultati ottenuti confermano come l'utilizzo della clorexidina e della clorexidina aggiunta al colistin, riducano il rischio di VAP rispettivamente del 65% e 55%.

Un'importante revisione sistematica della letteratura, elaborata in Australia da Berry A.M. et al. e pubblicata nel 2007¹¹, ha evidenziato e confrontato le diverse strategie messe in atto per la pulizia del cavo orale nei pazienti intubati e sottoposti a ventilazione meccanica. I risultati hanno descritto le varie modalità d'esecuzione della procedura e i diversi prodotti utilizzati nel risciacquo del cavo orale, senza però poter suggerire una strategia unica da seguire. La popolazione confrontata, infatti, si è dimostrata troppo eterogenea e le pro-

cedure attuate troppo dissimili, legate alla tipologia di paziente esaminato e alla sua patologia.

Conclusioni

L'importanza della pulizia del cavo orale nei pazienti ricoverati in terapia intensiva e sottoposti a ventilazione meccanica è ormai indiscutibile. A livello internazionale, esistono e sono stati svolti numerosi studi per scoprire quale metodica e quali prodotti siano migliori per una buona prevenzione delle polmoniti nosocomiali. Un'efficace cura del cavo orale, che include lo spazzolamento e l'utilizzo di soluzioni disinfettanti, ha dimostrato di migliorare l'igiene del cavo orale del paziente ventilato meccanicamente, e di ridurre in modo significativo le VAP.

Purtroppo, ad oggi, non è ancora possibile definire in maniera univoca una procedura standardizzata e significativamente sicura, da proporre come "gold standard". Ciò che sicuramente deve rientrare nel "background infermieristico" è la conoscenza della fisiopatologia della VAP e la sensibilizzazione a questo problema che, oltre a determinare un ulteriore danno per il paziente, può diventare una spesa gravosa da affrontare da parte delle aziende sanitarie.

Ciò che gli studi effettuati ci permettono di affermare, sono delle forti raccomandazioni da implementare nelle realtà assistenziali. In primo luogo, emerge l'importanza di attuare programmi di educazione e sensibilizzazione degli operatori riguardo all'*oral care*, affinché, nelle singole realtà operative, vengano elaborati protocolli e procedure "ad hoc" e basati sulle evidenze scientifiche, al fine di sistematizzare e standardizzare gli interventi assistenziali volti soprattutto all'igiene del cavo orale. L'utilizzo dello spazzolino risulta il mezzo più efficace nel rimuovere la placca dentaria, interrompendo, in questo modo, uno dei meccanismi fisiopatologici alla base dello sviluppo della VAP. Unitamente allo spazzolamento, l'uso della clorexidina come antisettico, mostra un'efficacia nella diminuzione della flora batterica all'interno del cavo orale.

L'uso dell'acqua ossigenata, invece, nonostante sia utile nella rimozione di piccoli detriti all'interno del cavo orale, risulta troppo aggressiva nei con-

fronti della mucosa e, pertanto, non consigliabile.

L'uso dello iodo-povidone, infine, è sostenuto e ritenuto efficace solo in alcune categorie di pazienti, quali quelli con grave trauma cranico; non è pertanto possibile l'utilizzo routinario ed indiscriminato di tale disinfettante.

In conclusione, è comunque auspicabile un continuo investimento di energie e di risorse per effettuare ulteriori studi osservazionali e sperimentali, con l'obiettivo di trovare, in maniera univoca, il miglior prodotto e dimostrare scientificamente la miglior procedura da attuare nei confronti dei pazienti totalmente dipendenti, come coloro che sono ricoverati in terapia intensiva e sottoposti a ventilazione meccanica.

Bibliografia

1. ANIARTI. Atti IV Congresso Nazionale, Roma, 1985.
2. COEN D. *Complessità, acuzie, rapidità, perizia, integrazione, brevità di degenza/trattamento nella criticità ed intensità assistenziale*. XXII Congresso Nazionale ANIARTI, Bologna Novembre 2003.
3. SILVESTRO A. *Indicatori e standard per l'assistenza infermieristica*. In I quaderni dell'infermiere. 2003;3 7:3-31.
4. REGA ML, CRISTOFORI E, GALLETTI C, VELLONE E. *La rianimazione e la terapia intensiva come esempio di umanizzazione dell'assistenza*. Scenario. Il nursing della sopravvivenza. 2006; 23 (1), 16-26.
5. SILVESTRO A. *Atti de Congresso Nazionale ANIARTI*, Bologna, 10-12 novembre 1999.
6. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 - Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
7. MOROSINI PL, PERRARO F. *Enciclopedia della gestione della qualità in Sanità*. Centro Scientifico, 2001.
8. VINCENT JL, BIHARI DJ, SUTER PM, BRUINING HA, WHITE J, NICOLAS-CHANOIN MH, ET AL. *The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study*. EPIC International Advisory Committee. JAMA. 1995 Aug 23-30; 274 (8): 639-644.
9. BOWER EJ, JONES H, NEWTON JT. *A survey of the oral care practices of intensive care nurses*. Intensive Crit Care Nurs. 2004 Apr; 20 (2): 69-76.
10. CASON CL, TYNER T, SAUNDERS S, BROOME L. *Nurses' implementation of guidelines for ventilator-associated pneumonia from*

- the centers for disease control and prevention. *Am J Crit Care*. 2007 Jan; 16 (1): 28-36.
11. BERRY AM, DAVIDSON PM, MASTERS J, ROLLS K. *Systematic literature review of oral hygiene practices for intensive care patients receiving mechanical ventilation*. *Am J Crit Care*. 2007 Nov; 16(6):552-562.
 12. ABBOTT CA, DREMSA T, STEWART DW, MARK DD, SWIFT CC. *Adoption of a ventilator-associated pneumonia clinical practice guideline*. Review Group(s): Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. *Worldview on Evidence-Based Nursing*. 2006 (4):139-152.
 13. AUGUSTYN B. *Ventilator-Associated Pneumonia Risk Factors and Prevention*. *Crit Care Nurse*. 2007 Aug;27(4):32-36, 38-39.
 14. CRAVEN DE, DUNCAN R.A. *Preventing Ventilator-associated Pneumonia*. Editorials *Am J Respir Crit Care Med*. 2006 Jun 15;173(12):1297-1298.
 15. CDC. *Guidelines for Preventing Health-Care-Associated Pneumonia, 2003 Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*. MMWR. 2004 Recommendation and Reports 53 (RR-3).
 16. ROSS A, CRUMPLER J. *The impact of an evidence-based practice education program on the role of oral care in the prevention of ventilator-associated pneumonia*. *Intensive crit care nurs*. 2007 Jun; 23 (3): 132-6.
 17. CHASTRE J, FAGON JY. *Ventilator-associated Pneumonia*. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002 Apr 1; 165 (7): 867-903.
 18. FITCH JA, MUNRO CL, GLASS CA, PELLEGRINI JM. *Oral care in the adult intensive care unit*. *Am J Crit Care*. 1999 Sep; 8 (5): 314-318.
 19. MARIN H, KOLLEF MD. *The prevention of ventilator-associated pneumonia*. *N Engl J Med*. 1999 Feb; 340 (8): 627-634
 20. BERRY AM, DAVIDSON PM. *Beyond comfort: Oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit*. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006 Dec; 22(6): 318-328.
 21. CUTLER CJ, DAVIS N. *Improving oral care in patients receiving mechanical ventilation*. *Am J Crit Care*. 2005 Sep; 14 (5): 389-394.
 22. MUSCEDERE J, DODEK P, KEENAN S, FOWLER R, COOK D, HEYLAND D ET AL. *Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator-associated pneumonia: diagnosis and treatment*. *J Crit Care*. 2008 Mar; 23 (1): 126-37.
 23. ABIDIA RF. *Oral Care in the Intensive Care Unit: A Review*. *J Contemp Dent Pract*. 2007 Jan 1; 8 (1): 76-82.
 24. MUNRO CL, GRAP MJ. *Oral health and care in the intensive care unit: state of the science*. *Am J Crit Care*. 2004 Jan;13 (1): 25-34.
 25. KOEMAN M, VAN DER VEN AJ, HAK E, JOORE

HC, KAAJAGER K, DE SMET AG, ET AL. *Oral Decontamination with Chlorhexidine Reduces the Incidence of Ventilator-associated Pneumonia*. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006 Jun 15; 173 (12): 1348-1355.

Abstract

Introduction. Understand the importance of oral care practices in mechanical ventilated patients, is an evident basic strategy to reduce risk of ventilator associated pneumonia (VAP).

Nosocomial infections in intensive care unit have an incidence five times higher than in generic wards because of patients co-morbidity and of assistance practices that facilitate infections transmission. More over, the control plans (NNIS System, CDC) do not always succeed in complying with guidelines practices recommendations. The aim of this study was to analyze the different oral care practice apply in ICU patients to prevent VAP.

Problem. Normally, there are a lot of saprophytic bacteria – about 350- in the mouth. In patients hospitalized in ICU undergoing mechanic ventilation, this bacteria and dental plaque can cause VAP, as well as the reduction of resistance system and natural reflexes, like coughing and swallowing. All over, mechanical barriers make difficult realise an effective oral care.

Conclusions. Although many studies have analyse the modality for effective oral care practice, but it is still impossible to identify one “gold standard” procedure. However, many research suggests universally indication to approach this problem.

Keywords: Nursing, Intensive care unit, Oral care practices, Mouth, Ventilator Associated Pneumoniae (VAP).

Alessandra Grompi, Dott.ssa, Infermiere, pedagoga, dottorato di ricerca in filosofia, docente di filosofia

Un diritto per l'etica della cura

Riassunto

C'è un diritto per la cura? La cura è solamente una pratica sociale o professionale oppure sono riconoscibili legami con il diritto? Ciò è di particolare importanza per comprendere più a fondo la natura e gli ambiti della cura. Qualora si trovasse fondamenti giuridici alla cura, avremmo infatti un riconoscimento pubblico e formale di una forma diversa di vita. La forma di vita della cura, infatti, non si identifica con quella atomistica, ma con quella che instaura legami; essa concepisce l'essere umano come dipendente più che indipendente; guarda alla vulnerabilità più che all'auto-sufficienza; intende la cura come etica della cura più che identificarsi pienamente nel pensiero liberale. Il diritto "sociale" in quanto diritto di relazione è, allora, il diritto della cura. L'articolo cerca di mettere in luce alcune caratteristiche del diritto sociale e di collegarle alla professione infermieristica intesa come lavoro di cura.

Parole chiave: Infermiere, Cura, Diritto

Solitamente, i bisogni di cura, di riceverla come di offrirla, non sono al centro dell'interesse delle teorie politiche e filosofiche della giustizia. Eppure, anche la cura contribuisce a fondare la dignità di ciascuno e lo sviluppo della capacità di tutti. Ciò che invece è maggiormente penetrato anche nel pensiero comune, di noi tutti, è l'idea che la società si basi sul concetto di contratto, stretto per il mutuo vantaggio dei contraenti. In questo senso, l'individuo è un agente razionale interessato a sé, piuttosto che un agente al servizio degli interessi di un altro. Ciò non significa che l'altruismo non sia per niente riconosciuto in questa concezione, tuttavia le azioni altruistiche, ossia quelle azioni che danno beneficio a uno a volte a spese di un altro, non rientrano nelle obbligazioni contrattuali, ma sono, si dice, "super-erogatorie", ossia azioni che vanno al di là del dovuto, al di là del contratto e che, in quanto tali, non possono essere richieste – né tanto meno pretese –, ma solo lasciate alla scelta dei singoli. E poiché la cura è considerata far parte degli atteggiamenti "gratuiti" e non annoverabili tra le specifiche del contratto, allora essa rimane fuori dalla sfera pubblica e, quindi, dalla maggior parte delle relazioni umane e professionali. Al limite, i bisogni di cura potranno essere contemplati all'interno di provvedimenti successivi e aggiuntivi, extra-contrattuali, e non come parte strutturale delle istituzioni di base del vivere associato.

Tutto ciò interessa molto da vicino l'infermiere, proprio in quanto la sua è una professione di cura. Già questa definizione appare come un paradosso in termini, in quanto vorrebbe fare stare assieme concetti molto distanti, ossia l'idea di comportamento super-erogatorio, che fa capo a un soggetto che *partecipa*, si *preoccupa* e perciò *espone* se stesso, con quella neutrale e oggettiva di *prestazione* professionale, spesso già predefinita, "tabellare", contrattuale appunto. A ciò, inoltre, sono legati due rischi, entrambi derivanti dallo sbilanciamento verso un versante – la cura – o l'altro – il contratto. Il primo è quello di veder ridotta la professione infermieristica a mera erogazione di prestazioni prestabilite, appiattendosi così la cura su una concezione meramente commutativa, ragionieristica, dell'assistenza (tra l'altro, sembra che l'utilizzo dei criteri NIC e NOC abbiano portato le infermiere statunitensi a manifestare una certa insofferenza verso una tale classificazione, che uniforma il malato – qualsiasi malato – a un fruitore dell'assistenza). Dall'altro lato, identificare la professione infermieristica con la cura, oltre che connotare la prima in senso pre-moderno, ossia romanticamente e con richiami all'abnegazione, la porrebbe anche in posizione marginale rispetto alle altre professioni, ossia quelle, diciamo, più "dure", che fanno della contrattazione (e delle tariffe) il loro modello. Tutto ciò contribuisce a sminuire l'*appeal* di questa professione, prima di tutto in quanto la cura non è riconosciuta né culturalmente né normativamente. Si intende,

EDITORIALE

pervenuto il 23/02/2009
approvato il 21/04/2009

quindi, analizzare la questione, per vedere se la cura costituisca davvero la vocazione marginale della professione infermieristica oppure se non sia quest'ultima, che ospita in sé la cura, a mettere in luce la limitatezza e la parzialità della visione liberale-contrattualistica dei rapporti sociali.

Alla base di siffatte teorie liberali del contratto sociale, infatti, poggia l'idea di un adulto competente, ossia libero, uguale e indipendente. Ma, come bene ha messo in luce il pensiero al femminile, questo presupposto è una *finzione*. Una tale finzione si trova proprio nel presupporre che il singolo individuo si costituisca da subito come autonomo e indipendente e lo rimanga per tutta la vita, non accorgendosi invece che, non solo tali condizioni pertengono a una fase di durata limitata della nostra vita, ma sono anche caratterizzate da una intrinseca discontinuità. Nonostante ciò, all'interno della lista dei beni cui gli individui sono titolari, come la libertà, l'opportunità, la ricchezza e il rispetto di sé, non è contemplato quello della cura. Tuttavia, proprio quei beni possono essere perseguibili e rivendicabili solamente da individui "capaci", ossia dotati di potere morale, di capacità di ragionamento e di valutazione. Ma tutto ciò non si trova già fatto negli individui, ma deve essere coltivato e maturato all'interno di una relazione di cura per potersi esercitare e funzionare. La lista di beni e diritti, senza la nozione di cura, è incompleta.

Da questa prospettiva, occorre chiedersi se il diritto, ossia quel sistema che garantisce e tutela beni e diritti soggettivi, così come è venuto sviluppandosi nelle nostre società, sia in grado di farsi carico anche dei bisogni di cura e della stessa relazione su di essa imperniata. Ancora una volta, è stato il pensiero femminista che ha indicato i limiti di una concezione del diritto e della giustizia che si basa su rigidi codici binari, che alla fine escludono e discriminano, in nome di un universalismo e una neutralità che mostrano la loro trama proprio nel momento in cui sono chiamati a rispondere a bisogni "altri" da quelli di un *soggetto* irrelato e teso solo a realizzare i propri interessi. Ciò ha condotto il pensiero al femminile a rompere con il paradigma classico del pensiero liberale e a porre in discussione il modello stesso dei diritti soggettivi. In alternativa, o in via complementare, viene avan-

zata, anche nel diritto, la nozione di "cura" o di "responsabilità verso", in grado di mettere maggiormente in evidenza il carattere relazionale dei soggetti e la natura delle specifiche situazioni concrete. La professione infermieristica potrebbe avere ragioni per rispecchiarsi in questo modello di diritto, anzi per propugnarlo, proprio perché l'infermiere è il primo a esperire tutta l'insufficienza di un approccio che vede i singoli come monadi isolate, che si contrappongono vicendevolmente diritti e doveri e che pretendono sempre qualcosa nei confronti l'uno dell'altro.

Nel suo esercizio quotidiano, l'infermiere è testimone dei problemi creati dalla concezione del diritto "eguale" e dal preconcetto dell'assoluta "parità" tra individui, che lascia intendere che ognuno deve rispondere di se stesso, anche quando si trova in condizioni di palese inferiorità e in situazioni relazionali fortemente asimmetriche. Gli stessi diritti del malato *fanno finta* di non vedere la condizione di dipendenza in cui il paziente si viene a trovare, astraendolo dal contesto della malattia e pensandolo come un soggetto sano che persegue interessi, senza tener conto della particolarità della relazione scaturita da un tale contesto. Ciò che non si riesce a riconoscere è che tali situazioni, all'ordine del giorno e che ci accompagnano tutta la vita, sono tutt'altro che casi eccezionali e contengono già in sé una connotazione *normativa*, più specificamente *etica*, che sorge semplicemente dal fatto del sussistere di una tale relazione. La spinta normativa è quella che porta a *farci carico* dell'altro, più che a porre in essere un contratto con l'interlocutore. Più che l'idea dei diritti come proprietà da possedere o beni da distribuire, prende posto l'idea del diritto come *relazione*, in cui trova finalmente riparo la condizione di dipendenza, all'interno, cioè, di una costellazione, insieme concettuale e pratica, formata da *cura*, *affettività* e *fiducia*. Sembra, infatti, che nessuna relazione di dipendenza possa svilupparsi adeguatamente senza l'ingrediente della fiducia, che lega sia chi è dipendente sia chi è responsabile della relazione di dipendenza. Il primo, nel non sfruttare l'attaccamento che si sviluppa nel lavoro di cura; il secondo nell'essere rispettoso della vulnerabilità di colui che gli si affida. Ciò che qui è messo in primo piano, allora, non è tanto ciò che sepa-

ra – pretese o rivendicazioni –, quanto ciò che unisce – connessione e relazione. I diritti di relazione non sono semplicemente la sommatoria dei diritti/doveri dell'uno e dell'altro, ma, appunto, la *fiducia*, l'*intesa*, la *cooperazione*. In un certo senso, un diritto siffatto dovrebbe proteggere la relazione dell'intervento del diritto stesso, evitando, da una parte, di tramutare fisiologiche incomprensioni o tensioni relazionali in contrapposizioni irriducibili e, dall'altra, di ridurre ogni *patto* e *alleanza* terapeutica in interessi delle parti o in contratti controfirmati e depositati. Perseguire un tale fine significa anche trasmettere un'immagine diversa di società, in cui la complementarità, l'interdipendenza e la corrispondenza formano le basi ultime della comunità.

In questo senso, alcune professioni incarnano più di altre una tale vocazione alla cura e alla socialità. La professione infermieristica, in primo luogo, è naturalmente portata a fare propri tali valori e a praticarli in prima persona, proprio in quanto l'infermiere fa della relazione uno dei caratteri irrinunciabili della sua professione. Se, infatti, guardiamo più da vicino i diritti a base individualistica e quelli a base relazionale, notiamo come l'attività infermieristica penda sistematicamente verso i secondi. Al posto del diritto inteso come esercizio di potere e come ciò che mi "autorizza a", si intende, invece, dare spazio alla *dialogicità* e all'*interlocuzione* – l'ascolto del malato, l'espressione dei suoi bisogni e desideri, la comunicazione che cura; invece di intendere il proprio ruolo come evitamento di comportamenti che rendano immuni da responsabilità o compromissioni, ci si scopre, anche senza volerlo, *mediatori*, *intercessori*, *conciliatori* – tra medico e paziente, tra familiari e malato, tra utente e struttura; invece di aspirare all'indipendenza nelle relazioni sociali e interpersonali, guardando al malato con gli occhiali oggettivanti dello scienziato, ci si fa *partecipi* delle situazioni particolari e si *solidarizza* col malato e le sue difficili condizioni – l'inguaribilità, la terminalità, la perdita di speranza; in ultimo, se la conflittualità, all'interno della visione individualistica dei diritti, è sempre implicita – l'altro è colui che potrebbe pretendere da me qualcosa –, all'interno della prospettiva sociale dei diritti, la conflittualità è involontaria, provocata spesso da fattori esterni alla

relazione e che ne coartano lo sviluppo – tempo, carichi di lavoro, cattiva organizzazione.

Quindi, ciò che sembra prevalere nel diritto che tutela le relazioni di cura è il *noi* concreto e storico, più che le affermazioni separate e astratte connesse all' "io", "tu", "egli" "essi".

Conseguentemente, i vincoli scaturenti dalle relazioni a base *noi* risultano più forti e intensi, in quanto sono *immanenti* alla relazione; viceversa quelli che tipizzano le relazioni a base "io", "tu" risultano più labili e occasionali. Per questi motivi la relazione ha un potere e una forza che nessun accordo di interessi, estemporaneo o ad hoc, può contenere. Spesso questa è una cosa che gli infermieri dimenticano: la loro forza, come categoria e come modello professionale, non è tanto nell'occupazione di spazi e apicalità, non è contrapporre le proprie prerogative a quelle di altri e men che meno la specializzazione prestazionale e tariffaria; il vero potere si trova nella relazione con la persona malata, nell'influenza e nell'azione sociale che possono derivare dal prenderne le parti, dal portarne avanti le ragioni, dal difenderne *lo status* – la tanto proclamata *advocacy* –, di contro a un sistema sempre più gerarchizzato, settorializzato e distante dai veri bisogni di cura. Lì, è l'infermiere, ed è con lui che la cura esprime tutta la sua potenzialità critica, ossia verso una società che si dimentica della fondamentale essenza dell'uomo: la sua condizione inestirpabile di dipendenza e di bisogno.

L'infermiere, come cittadino, è straordinariamente in grado, qualora lo volesse, di apportare profondi cambiamenti sociali, facendosi portatore di una nuova idea: la società che cura. In un tale tipo di società, l'uomo non può non essere considerato se non come essere sociale, cresciuto e retto dalle relazioni di cura; egli è accolto nella sua natura di generalizzata dipendenza, segnata dal bisogno e dalla mancanza, ed è solo da questa condizione che prendono corpo diritti e obblighi vincolanti, il primo dei quali è il diritto/dovere di cura. In questo modo, la cura diviene anche la radice di un nuovo concetto politico di uguaglianza. Corollario a ciò è un più deciso movimento di degerarchizzazione e orizzontalizzazione dei rapporti umani, in cui il gioco delle asimmetrie è dinamico e intercambiabile. Se, quindi, la cura assume su di sé,

oltre che valenze etiche, anche politiche – ma non può essere altrimenti –, ora ha anche dalla sua parte la riscoperta di un diritto che vede nella *solidarietà* il suo fondamento. L'attuale modello di società, inoltre, dà sempre maggiori segnali di cedimento: a quando il cambiamento?

Bibliografia

- DUGUIT L. *Le droit social, le droit individuel et la transformation de l'Etat*, Paris, 1922 II ed.; Tr. It. Il diritto sociale, il diritto individuale e la trasformazione dello Stato, Sansoni, Firenze 1950.
- GOODIN R. *Protecting the Vulnerable*, Chicago, 1985.
- GURWITCH G. *Sociology of Law*, Routledge & Kegan Ltd., London, 1953 II ed.; Tr. It., Sociologia del diritto, ETAS KOMPASS, Milano 1967, II ed.
- HELD V. *The Ethics of Care: Personal, Political, Global*, New York, Oxford University press. 2006.
- LORETONI A. *Stato di diritto e differenza di genere, in Lo Stato di diritto. Storia, teoria, critica*, a cura di Petro Costa e Danilo Zolo, Feltrinelli, 2002.
- KITTAY EF. *Love's Labor. Essay on Women, Equality, and Dependency*, Routledge, New York 1999.
- NODDINGS N. *Caring. A feminine approach to ethics and moral education*, University California Press 2003.
- TRONTO J. *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care* New York, Routledge 1993; tr. It. Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura, Diabasis 2006.

Abstract

Is there a law for care? Is care a social practice, professional or has it got a relationship with law? That's an important question to understand better the nature and the areas of care. If we find a law base in care, we might have a public and formal recognition of a different way of life. That way isn't an atomistic one, but it establishes connections; it considers human being as dependent rather than independent; it looks at human vulnerability more than his self-sufficiency; it refers to care as ethic care rather than identified in the liberal thought. Social law as law of relationship represents the law of care. This work highlights some features of social law trying to connect them to the nursing profession as work of care.

Key words: Nurse, Cure, Right

anarti@anarti.it



2-3 Ottobre 2009 Celebrato a Berlino il 10° anniversario

European federation of Critical Care Nursing association

Cari Colleghi, il 2-3 ottobre 2009 l'EfCCNa ha celebrato il proprio X° anniversario a Berlino, dove la Federazione è stata ufficialmente fondata il 2.10.1999. Fin dal suo inizio la mission della Federazione è stata chiara nel promuovere la collaborazione e l'equità fra le associazioni nazionali di area critica che la compongono; essere attiva come un gruppo unitario e coeso tale da poter influenzare il cambiamento al fine di migliorare l'assistenza ai malati in situazione critica ed alle loro famiglie. Durante questi 10 anni l'EfCCNa ha portato a termine molte attività. Questo grazie alle persone appassionate che rappresentano le associazioni federate e gli infermieri di area critica in Europa. Questo è chiaramente dimostrato dal fatto che molti infermieri di un gran numero di terapie intensive di tutti i paesi associati hanno partecipato a due grandi progetti di ricerca.

Il primo studio intrapreso dal consiglio dell'EfCCNa è stato una "Indagine europea sulle pratiche nell'alimentazione dei malati nelle terapie intensive". Attualmente è in corso il progetto "Studio E_LINK". Questi due progetti da soli sottolineano le motivazioni della Federazione nel promuovere l'equità e la collaborazione che sono riassunte nel suo slogan-guida: lavorare insieme – ottenere di più.

Nel decennio passato l'EfCCNa ha anche organizzato tre congressi internazionali di grande successo. Ha preso parte e finanziato numerosi altri studi



che sono stati pubblicati o hanno prodotto pronunciamenti ufficiali. EfCCNa ha messo insieme un Programma di scambi per visite di infermieri in realtà diverse e collabora con altre organizzazioni come ESNO e WFCCN.

Il lavoro che è già stato svolto dai membri del Consiglio e dalle associazioni federate in questa breve storia della Federazione ha dato prova della validità e della dedizione dei membri a conti-

nuare un buon lavoro. I componenti del consiglio hanno tutti una visione di come le associazioni nazionali possono beneficiare dall'essere membri di EfCCNa: partecipare a ricerche internazionali; promuovere a livello nazionale una visione del futuro ed avere la sicurezza di essere in linea con le direttive europee; partecipare ad indagini internazionali; poter usufruire del Programma di scambio di infermieri; creare reti di collegamento internazionali.

Essi sottolineano la necessità del reciproco rispetto verso ciascuno nonostante le differenze culturali in tutte le comunicazioni. Valorizzano il beneficio di imparare reciprocamente da ciascuno e dalle nostre differenti esperienze incluso il rispetto delle barriere linguistiche e riscontrando che le nostre differenze e culture rappresentano un punto di forza che noi dovremmo cogliere.

EfCCNa in quanto associazione molto grande, può influenzare le agende nazionali ed essere una piattaforma di

una voce forte e collettiva degli infermieri di area critica in Europa. Questo può essere ottenuto con i principi dell'EfCCNa di democrazia, uguaglianza e rispetto e i suoi convincimenti che lavorando insieme noi otterremo di più.



Rósa
Thorsteinsdóttir
Presidente di
EfCCNa

CONSIGLIO DIRETTIVO ANIARTI - TRIENNIO 2008-2010

DRIGO ELIO - *Presidente*

Via del pozzo 19 - 33100 UDINE
Tel. 0432 501461 - Cell. Aniarti 340 4045327
edrigo@aniarti.it

MOGGIA FABRIZIO - *Vicepresidente*

Cell. Aniarti 340 4045259
fmoggia@aniarti.it

CECINATI GIANFRANCO - *Tesoriere*

Cell. Aniarti 340 4045361
gfcecinati@aniarti.it

BENETTON MARIA - *Direttore della Rivista*

Corso di Laurea in Infermieristica
Via Venier 50 - 31100 Treviso - Cell. 340 4045124
benetton@aniarti.it

GIUSTI GIANDOMENICO

Rianimazione A.C.U.TI A.O. "S.M. della Misericordia" (PG)
Tel. lavoro 075 5783298 - Fax 075 578303
Cell. 3487230282 - giustigiando@libero.it

MARCHINO PAOLA

Azienda S.S. 1 Triestina Unità Op. Bambini e Adolescenti 2

Cell. 339 8172051 - Cell. Aniarti 340 4045129
paolamark@alice.it

MARINELLI NORA

Rianimazione A.C.U.TI A.O. "S.M. della Misericordia" (PG)
Tel. lavoro 075 5783298 - Fax 075 578303
Cell. 347 9069486
fab.family@libero.it - nmarinelli@aniarti.it

MARSEGLIA MARCO

Via Larga 36 - 40138 BOLOGNA
Rianimazione CCH Osp. "S.Orsola-Malpighi"

Tel. lavoro 051 6363405-678-058 - Fax 0516363058
Cell. Aniarti 340 4045439
marsegliam@aniarti.it - marsegliam@aosp.bo.it

SEBASTIANI STEFANO

Tel. lavoro 0516361449
Cell. Aniarti 340 4045447 - ssebastiani@aniarti.it

SCELSI SILVIA

Loc. Colle Fagiano Palombara Sabina (RM)
Cell. 347 4996863
ARES 118 area formazione regionale
s_scelsi@yahoo.it

CONSIGLIO NAZIONALE ANIARTI - TRIENNIO 2008-2010

ABRUZZO
STORNELLI MUZIO

Via Pietragrossa,183 Paterno di Avezzano (AQ)
Tel.0863359645 - Cel.3479477797
T.I. Casa di Cura Di Lorenzo Avezzano - Tel. 0863428274
stornelli73@gmail.com

CALABRIA
GARROPOLI ADRIANO

Via L. Grassi 11 - 87100 Cosenza
Cell. 338 6254987

CAMPANIA
BIANCHI GIUSEPPE

Via Manzoni,106 - S. Giorgio a Cremano 80046 Napoli
Tel.lavoro 081 25427773 - 2542740
Cell. 339 5687771 - Cell. Aniarti 3404045124
bianchipe@libero.it

BUFALINO GIOVANNI

Rianimazione CCH Osp. Monaldi
Tel. Lavoro 081 7062720 - Cell. 333 3285709
giovannibufalino@hotmail.com

D'ACUNTO CONCETTA

Via Filomarino 166 - 80070 MONTE DI PROCIDA (NA)
Pat. Neonatale Osp. "S. Paolo" - Tel.081 8045236
Cell. 339 8957010 - dactin67@yahoo.it

DE CRESCENZO TONIA

Tel. Lavoro 081 7473828 - Cell. 338 9420956
tdecrescenzo@interfree.it

EMILIA ROMAGNA
CAPODIFERRO PIETRO

Via della Foscherara 2 40141 Bologna
Tel. 051 6231492 - Cell. 338 5702332
pietrocdf@libero.it

QUERZOLI ANTONELLO

Via San Carlo 85 44028 Ferrara
Osp. Bentivoglio Dipartimento Igiene Organizzativo
Tel. Lavoro 051 6644257 - nukite@libero.it

SOLOMITA GRAZIELLA

CCH Osp. "S.Orsola-Malpighi"
Tel. Lavoro 051 6364761 - fax 051 6364751
Cell. 338 6769039 - solomita.graziella@libero.it

FRIULI - VENEZIA GIULIA
PERESSONI LUCA

Pzzale S. M. della Misericordia 15, 33100 Udine,
Azienda Ospedaliero-universitaria di Udine, Dipartimento di
Anestesia e Rianimazione, Tel. 0432/552410 - 329 0547118
Cell. 333 8461153 - tati.luca@libero.it

SPANGARO SABRINA

Via Cortatis 1 - 33032 BERTIOLO (UD)
sabinaspangaro@interfree.it
spangaro.sabrina@aoud.sanita.fvg.it

LAZIO
COSSU ILARIA

Via Emma Carelli, 18 00168 ROMA
TI Postoperatoria Policlinico "A. Gemelli" - 06 30155299
ilaria42@libero.it

DEGLI ESPOSTI RACHELE

Via Agatone, 22 00125 ROMA
T.I. Casa di Cura Privata "Roma American Hospital"
Cell.349 1615820 - rachele.degliesposti@gmail.com

MARCHETTI ROSSELLA

Viale Giulio Cesare 237 - 00192 ROMA
Tel. 06 39726094 - Cell. 339 2977270
TI Postoperatoria Policlinico "A.Gemelli"
Tel. Lavoro 06 30155299 - rosmarchetti@libero.it

ROMIGI GAETANO

Viale dei Salesiani 49 - 00175 ROMA
Tel. 06 71589161 - Cell. 329 1213308
UO Formazione Aggiornamento ricerca e Sperimentazione ROMA C
Tel. Lavoro 06 5017651 - g.romigi@tin.it

LIGURIA
DE PAOLI GRAZIELLA

Via Fieschi, 32 16015 GENOVA - Cell. 3387683489
grazielladepaoli@virgilio.it

LOMBARDIA
ETTORE GIORDANO

Centro grandi ustioni Az. Osp. Niguarda (MI)
Tel.02 64442381 - Cell. 3406108095 - 3291839992
giordano.ettore@libero.it

MARCHE
FROGIONI ELSA

Servizio di Anestesia Analgesia e Rianimazione
Ospedale di Osimo Via G. Leopardi, 15 60027 OSIMO (AN)
Tel. Lavoro 0717130662 - Cell. 3477120794
aniartimarchelsa@yahoo.it

PIEMONTE e VALLE D'AOSTA
DEIANA CECILIA

Corso Piemonte, 13 - 10036 Settimo Torinese (TO)
Cell. 3482266890 - 3483390058
P.S. Gradenico - 011 8151283
cecilia_deiana@hotmail.com

PUGLIA
D'ANGELA GIUSEPPE

Piazza Pertini, 5 74100 TARANTO
Cell. 338 9662536
Centrale Operativa 118 di Taranto - 099 4724037
Fax 099 4585831 - gepstoffa@libero.it

SPECIALE ROBERTO

Via Celestino Basile, 37
Cell. 339 3827263 - robyspec@libero.it

SARDEGNA
BOE COSTANTINA

Via Rockefeller 18 - 07100 SASSARI - Tel. 079 210406

Rianimazione Clinica Universitaria
Tel.lavoro 079 229177 - 079 228413

SICILIA
DI MISA SALVATORE

Via Dalla Chiesa, 76 A - 90049 Terrasini (PA)
Tel.- 3393523405 - sal.dms@tiscali.it

TAORMINA MARIA

Centrale 118 PALERMO
Tel. 091 6880862 - Cell. 347 7951768 - mariataormina@libero.it

TOSCANA
CULLURA' CLAUDIO

P.zza della Pace 15 - 52027 S. GIOVANNI VALDARNO (AR)
Rianimazione Osp. di S. Giovanni Valdarno
Tel. Lavoro 055 9106613 - claku@tiscalinet.it

MARCONI ROBERTO

Via Del Tirassegno 48 - 58100 GROSSETO
Cell. 338 1446942 - 3387020960
Centrale 118 Grosseto - Numero Verde 800550280
themarcons@aliceposta.it

MOSTARDINI MARCO

Via Lami,55 - 50056 Montelupo Fiorentino (FI)
Rianimazione DEA Careggi
Cell. 339 3121653 - marcomostardini@alice.it

TRENTINO ALTO ADIGE
CALLIARI OLIVIO

Via Biasi 102/a - 38010 S. MICHELE ALTO ADIGE (TN)
olivocalliari@yahoo.it

UMBRIA
DOTTORI FRANCESCO

Via Eugubina, 73 - 06100 PERUGIA - 075 5735719
Cell. 3397691469
Rianimazione A.C.U.TI A.O. "S.M. della Misericordia" (PG)
francesco.dottori@virgilio.it

ZUCCONI MARCO

Cell. 3391345044 - 3407114681
marco.zucconi@email.it

VENETO
BELLAN SOFIA

Loc. Chiavica del Bosco 13 45011 ADRIA (RO)
Casa di Cura Madonna della Salute Porto Viro (RO)
Tel. Lavoro 0426 360283 - Cell. 3483651462
sofiabellan@virgilio.it

FAVERO WALTER

Via Volpin 66/A - 30030 S. Maria di Sala (VE)
T.I. Osp. S. Antonio (PD) - Tel. lavoro 049 8216739
Cell.3471744064 - valter.favero@sanita.padova.it

DI PAOLA FEDERICA

Neurochirurgia T.I. Osp. Treviso
Tel. 0422 322510 - fedipaola@libero.it

Si ringraziano le Aziende che a tutt'oggi hanno aderito e collaborato per la realizzazione della Mostra Tecnico-Scientifica

- CAIR ITALIA SRL, Praglia di Teolo (PD)
- CAREFUSION ITALY SRL, Sesto Fiorentino (FI)
- CONVATEC ITALIA SRL - Roma
- COVIDIEN ITALIA SPA - Segrate (MI)
- DIMA ITALIA SRL - Bologna
- DIMAR SRL - Mirandola (MO)
- FISHER & PAYKEL HEALTHCARE ITALIA - Roma
- GARDHEN BILANCE SRL - Pomigliano D'Arco (NA)
- HAROL SRL - S. Donato Milanese (MI)
- HOLLISTER SPA - MilanoFiori Assago (MI)
- ICU MEDICAL EUROPE SRL - Roncanova di Gazzo V.se (VE)
- KCI MEDICAL SRL, Assago (MI)
- MASIMO EUROPE LTD - Milano
- MEDIVAL-MEDICA VALEGGIA SPA - Padova
- NEUMED SRL - Milano
- NURSIND – IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI
- PHILIPS RESPIRONICS - Desio (MI)
- SANITARIA SCALIGERA SRL - Verona
- STARMED SPA, Mirandola (MO)
- THE MCGRAW-HILL COMPANIES SRL - Milano
- UNICARE SRL - Levane (AR)
- VYGON ITALIA SRL - Padova