

SCENARIO®

Il nursing nella sopravvivenza

2
2018

Tariffa Regime Libero: Poste Italiane S.p.A. Spedizione in abbonamento postale -70% - C1/F1

Organo Ufficiale

anarti


associazione nazionale infermieri di area critica

ISSN 1592-5951
eISSN 2239-6403

EDITORIALE

3

Reinterpretare l'assistenza in Area Critica: una strada per il futuro
Reinterpreting Critical Care Assistance: a roadmap for the future

■ Gian Domenico Giusti

5

Stress lavorativo e burnout negli infermieri: analisi del fenomeno in terapia intensiva
Work-related stress and burnout syndrome among nursing staff: analysis of the phenomenon in an intensive care department

■ Filippo Binda, Alessandro Galazzi, Paola Roselli, Ileana Adamini, Dario Laquintana

11

Il primo anno della legge 24/19 (c.d. Gelli): cosa manca per l'attuazione completa
The first year of the law 24/19 (c.d. Gelli): what is missing for the complete implementation

■ Luca Benci

13

Le ripercussioni sulla vita dell'infermiere nel prendersi cura delle vittime di violenza: una revisione della letteratura
The impact on nurse's life when caring for victims of violence: literature review

■ Felisia Di Loreto, Stefania Rancati, Roberto Milos, Ivana Maria Rosi

22

L'accoglienza del visitatore minore in terapia intensiva per adulti: un'indagine tra gli infermieri
Admitting minor visitors in adult Intensive Care Units: a survey among nurses

■ Caterina Barera, Denise Ghedin, Maria Benetton

27

La gestione dell'arresto cardiopolmonare nei pazienti adulti degenti al di fuori dall'area critica: analisi dei sistemi di risposta rapida all'emergenza intraospedaliera, efficacia e attuabilità
Management of Cardiopulmonary Arrest in adult hospitalized patients outside the Intensive Care Unit (ICU): analysis of Rapid Response Systems (RRSs), effectiveness and implementation

■ Claudia Casumaro, Alessandro Monesi

34

L'infermiere e il PICC Team: uno studio retrospettivo
Nurse and PICC Team: a retrospective study

■ Rita Sciotti, Antonio Galzerano, Alessio Gili, Roberta Rampacci, Stefano Mosca

38

L'ambulatorio infermieristico ed il Fast Track in Pronto Soccorso: nuovi strumenti organizzativi dell'assistenza
Nursing clinic and Fast Track in First Aid: new organizational assistance structures

■ Marida Andreucci, Tiziana Traini, Emanuela Cosignani

Direttore Responsabile

Gian Domenico Giusti

Comitato di Redazione

Maria Benetton
Silvia Scelsi
Fabrizio Moggia

Comitato Editoriale

Andrea Mezzetti
Valter Favero
Sabrina Adami
Ilaria Cossu
Romigi Gaetano
Simona Saddi
Rodrigo Lopez Pollan
Davide Zanardo
Roberto Vacchi
Mario Madeo
Francesco D'Ambrosio
Carmelina Stabile

Consulenti linguistici

Valentina Reali
Beniamino Abbey
Yolanda Rillorta
Christian De Felippis

Consulente Statistico

Alessio Gili

Segreteria di Redazione e Abbonamenti

Aniarti
scenario@aniarti.it

Tariffe

Individuale: Abbonamento annuale compreso nell'iscrizione Aniarti € 40,00 (compreso accesso online)
Istituzioni, Associazioni, Biblioteche: € 100,00 (escluso accesso online)

Versamento su c/c postale n. 11064508 intestato a: Aniarti - Associazione Nazionale Infermieri Area Critica

Informazioni editoriali

Gian Domenico Giusti - scenario@aniarti.it

Gestione attività pubblicitaria

Aniarti - tel. 3404045367 - aniarti@aniarti.it

Aut. Tribunale di Arezzo 4/84 R.S.

Progetto Grafico e Stampa

Nuova Fag litografica - Pistoia

**TIPOGRAFIA
NUOVA FAG**
litografica
PISTOIA

"Scenario®Il nursing nella sopravvivenza" è indicizzato sulle seguenti Banche dati:

1. **EBSCO Host:** CINAHL®, CINAHL Plus With Full Text®, CINAHL Complete®
2. **ProQuest™:** Professional ProQuest Central, ProQuest Central, ProQuest Hospital Collection, ProQuest Nursing and Allied Health Sources
3. **ILISI** (Indice Italiano della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche)
4. **GOOGLE Scholar™**

Rivista chiusa il 29/06/2018



NORME EDITORIALI

“SCENARIO®. Il Nursing nella sopravvivenza”

(ISSN 1592-5951; ISSN Online 2239-6403) è la rivista ufficiale di **Aniarti** (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica – www.aniarti.it); il suo scopo è quello di dare impulso alla crescita del sapere infermieristico, in modo particolare alle tematiche inerenti l'Area Critica.

È una rivista di carattere internazionale, i cui contributi sono sottoposti a revisione tra pari (*peer review*). La lingua per pubblicare è l'italiano ma vengono accettati anche contributi in lingua inglese.

Tutti gli autori, prima di inviare una proposta di pubblicazione, devono rispettare le raccomandazioni contenute su “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal” (<http://www.icmje.org/recommendations/> - <http://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/363/requisiti-di-uniformita-per-i-manoscritti-da-sottoporre-alle-ri-articolo>) (ultimo accesso Febbraio 2017)

Gli articoli dovranno pervenire, esclusivamente via e-mail (utilizzando l'indirizzo scenario@aniarti.it), su file RTF o leggibile dai comuni word processor. Non inviare documenti in formato pdf.

“SCENARIO®. Il Nursing nella sopravvivenza”

pubblica contributi inediti e tutto il materiale informativo, utile allo sviluppo della pratica infermieristica, le proposte di pubblicazione devono attenersi a questi requisiti:

- **Articolo Originale** (1500-4500 parole)
- **Revisione** (1500-4500 parole)
- **Comunicazione/Breve report di ricerca** (750-1200 parole)
- **Case reports** (500-1500 parole)
- **Lettere** (500-800 parole)
- **Editoriale** (500-1000 parole)

Nella **prima pagina** dovranno essere indicati:

- Titolo dell'articolo (in italiano ed inglese);
- Autori con nomi completi e qualifiche professionali possedute al momento dell'invio;
- Istituzioni d'appartenenza;
- Recapito di posta elettronica che l'autore responsabile della corrispondenza, desidera sia pubblicato nella rivista;
- Recapito personale (indirizzo e telefono) dell'autore responsabile della corrispondenza o dell'autore principale per invio di una copia di “SCENARIO®. Il Nursing nella sopravvivenza” qualora l'articolo fosse pubblicato;
- 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;
- Dichiarazione di trasferimento dei diritti d'autore della proposta di pubblicazione ad **Aniarti**, Editore della rivista.
- 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; utilizzare i *Medical Subject Headings (MeSH(r))* thesaurus oppure *Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) headings* quando possibile (consultare <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

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 **figure** e le **illustrazioni** devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità, ed in numero congruo per la pubblicazione.

Eventuali **tabelle** o **grafici** debbono essere citati sequenzialmente nel testo (le tabelle dovranno essere complementari al testo e non contenere semplicemente una ripetizione dello stesso), 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). Non utilizzare note a piè di pagina.

Gli autori sono responsabili dell'accuratezza della bibliografia e devono controllare l'esat-

tezza di ogni voce bibliografica prima dell'invio.

Ogni articolo è sotto la responsabilità diretta del/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, il Comitato Editoriale è responsabile del processo di *peer review*. 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 all'autore responsabile della corrispondenza.

Gli autori dei manoscritti accettati per la pubblicazione trasferiscono tutti i **diritti d'autore** all'**Aniarti** – editore della rivista “**SCENARIO®. Il Nursing nella sopravvivenza**”. I manoscritti diventano proprietà dell'**Aniarti** e possono essere riprodotti in parte o totalmente soltanto con il consenso dell'Editore, rappresentato dal Presidente **Aniarti**. I manoscritti possono essere condivisi su piattaforme informatiche solo dopo aver avuto il consenso dall'Editore.

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

Per qualunque pubblicazione su “**SCENARIO®. Il Nursing nella sopravvivenza**” inviare a scenario@aniarti.it



Reinterpretare l'assistenza in Area Critica: una strada per il futuro

Reinterpreting Critical Care Assistance: a roadmap for the future

■ **Gian Domenico Giusti.** Infermiere, Azienda Ospedaliero Universitaria di Perugia. Unità di Terapia Intensiva. Direttore "SCENARIO. Il nursing nella sopravvivenza"

Il riappropriarsi dell'assistenza infermieristica di base mediante una visione più attuale (...), permette anche, probabilmente, di coniugare le due anime (solo) apparentemente dicotomiche della pratica professionale in area critica, rappresentate dall'elemento tecnologico ed evidence based da un lato (troppo spesso limitatamente inteso come applicazione di nuove conoscenze derivate unicamente da trials clinici randomizzati), e dall'approccio compassionevole dall'altro (sensibilità alla sofferenza e fragilità altrui) [1,2].

Quella che nei nostri contesti viene chiamata "assistenza di base", in inglese viene descritta come "fundamental care", una definizione che mette in evidenza come l'assistenza rappresenti il cuore dell'infermieristica^[3]. Il concetto "fundamental care" denota un quadro olistico e centrato sul paziente e racchiude una serie di attività che comprendono aspetti fisici (come l'igiene personale, il sostenere il sonno, il ridurre gli stress esterni), psicologici (mantenere la privacy, garantire la dignità) e relazionali (riuscire ad essere empatici, permettere ai familiari di essere presenti il più possibile). Mentre ricevono questo tipo di assistenza le persone possono sentirsi in imbarazzo e vulnerabili, tuttavia attraverso questa assistenza personalizzata, si formano legami di fiducia tra infermieri e pazienti^[3]. Oltre agli aspetti relazionali, l'assistenza di base è legata anche alla sicurezza della persona ed al miglioramento degli esiti e spesso della prognosi; la mancanza di "fundamental care" può comportare, oltre alla riduzione del comfort generale della persona, ad una maggior incidenza di lesioni da pressione (per esempio lesioni pro-

vocate dai devices, lesioni da incontinenza...), aumento delle infezioni (per esempio infezioni crociate da batteri multiresistenti), danni emotivi correlati alla degenza (per esempio sviluppo di *icu delirium* durante il ricovero oppure PTSD alla dimissione). Nonostante la centralità delle "fundamental care", le prove di efficacia sono limitate e spesso inesistenti^[4] e la professione infermieristica si trova nella condizione di supportare prove di qualità ma di non poterle dimostrare con i dati. Ad oggi sono molte le aree assistenziali dove non esistono prove di efficacia che supportano i risultati degli interventi, compreso il modo in cui tale assistenza è erogata e da chi questa viene effettuata, creando confusione (a volte anche tra gli infermieri stessi) su chi deve fornire un certo tipo di cura.

In Terapia Intensiva invece, molti esiti clinici dipendono strettamente dalla qualità delle cure infermieristiche e da più di 10 anni si discute sull'importanza delle basi dell'assistenza^[5,6]. Il modello proposto, chiamato *Interventional Patient Hygiene Model*, include una serie di interventi *evidence based* che mi-

rano a ridurre le infezioni aumentando la sicurezza dei pazienti, prendendo in considerazione l'igiene delle mani degli operatori, l'igiene del cavo orale, la mobilizzazione, il cambio delle medicazioni, la cura del catetere vescicale, la gestione del bagno a letto, dell'incontinenza e l'antisepsi della cute del paziente. Il messaggio che emerge da questo modo di intendere l'assistenza di base, è che gli esiti non dipendono dal singolo professionista ma solo dalla capacità del team di erogare con costanza e puntualità cure ed assistenza.

Occorre iniziare a pensare a come e da chi vengono erogate le "fundamental care", non soltanto prendendo in considerazione l'ambiente ospedaliero. C'è la necessità di avere prove di efficacia su ciò che costituisce una assistenza infermieristica di qualità, poiché i modelli assistenziali stanno cambiando ed un numero crescente di pazienti ha esigenze croniche e complesse in ambiente extraospedaliero^[3].

Aniarti sta cercando di rendere gli infermieri consapevoli dell'importanza del loro ruolo e di quanto il loro interven-

ti siano funzionali al miglioramento degli esiti assistenziali; questo nasce da un percorso iniziato nel 2013 con la pubblicazione di un libro monografico^[7] che aveva l'obiettivo di standardizzare alcune pratiche assistenziali; si proseguirà il 13-14 Novembre 2018 a Bologna con il 37° Congresso Nazionale dal titolo "Back to Basics in Area critica. Reinterpretare l'assistenza in Area Critica per i nuovi tempi". In questo congresso presenteremo le migliori pratiche assistenziali, tratteremo temi inerenti la terapia intensiva adulti e pediatrica, parleremo di emergenza extraospedaliera e Pronto soccorso, cercheremo di evidenziare i migliori modelli organizzativi assistenziali, affronteremo temi etici e politici.

Aniarti si impegnerà a reclamare quanto le "fundamental care" siano essenziali per ottenere *outcomes* positivi e cercherà di utilizzare la ricerca e l'assistenza *evidence based* per guidare questa trasformazione.

BIBLIOGRAFIA

1. BAMBI S, LUCCHINI A, LUMINI E, RASERO L. *La cura del corpo in terapia intensiva: quanto abbiamo ancora da apprendere?* SCENARIO. 2013;30(3) Supp:9-10. In: Giusti GD, Benetton M (a cura di). *La cura del corpo in Terapia Intensiva. Supplemento a SCENARIO® 2013; 30(3)*. Maggioli Editore
2. WALLIS M. *Caring and evidence-based practice: the human side of critical care nursing*. Intensive Crit Care Nurs. 2005;21(5):265-7.
3. JACKSON D, KOZLOWSKA O. *Fundamental care-the quest for evidence*. J Clin Nurs. 2018 Jun;27(11-12):2177-2178. doi: 10.1111/jocn.14382.
4. RICHARDS DA, HILLI A, PENTECOST C, GODWIN VA, FROST J. *Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene*. J Clin Nurs. 2018 Jun;27(11-12):2179-2188. doi: 10.1111/jocn.14150
5. BAMBI S, LUCCHINI A, SOLARO M, LUMINI E, RASERO L. *Interventional Patient Hygiene Model. Una riflessione critica sull'assistenza di base in terapia intensiva*. Assist Inferm Ric. 2014;33(2):90-6. doi: 10.1702/1539.16815
6. VOLLMAN KM. *Interventional patient hygiene: discussion of the issues and a proposed model for implementation of the nursing care basics*. Intensive Crit Care Nurs. 2013 Oct;29(5):250-5. doi: 10.1016/j.iccn.2013.04.004.
7. GIUSTI GD, BENETTON M (a cura di). *La cura del corpo in Terapia Intensiva. Supplemento a SCENARIO® 2013; 30(3)*. Maggioli Editore.



Stress lavorativo e burnout negli infermieri: analisi del fenomeno in terapia intensiva

■ FILIPPO BINDA¹; ALESSANDRO GALAZZI¹; PAOLA ROSELLI²; ILEANA ADAMINI³; DARIO LAQUINTANA⁴

¹ Infermiere - Area Terapie Intensive

² Coordinatore Infermieristico - Terapia Intensiva Adulti

³ Responsabile Infermieristico - Area Terapie Intensive, Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

⁴ Direttore Dipartimento Professioni sanitarie, Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

RIASSUNTO

Introduzione: lo stress lavoro correlato è una problematica importante nel personale di terapia intensiva e può portare allo sviluppo della sindrome da burnout. Le caratteristiche dell'ambiente lavorativo e l'organizzazione stessa del lavoro hanno molta importanza per l'insorgenza del burnout.

Obiettivo: misurare il livello di burnout del personale infermieristico valutando quanto la gestione del lavoro in terapia intensiva con il modello dipartimentale influenzi i livelli di stress.

Materiali e metodi: somministrazione del questionario validato Maslach Burnout Inventory (MBI) agli infermieri dell'Area Terapie Intensive che lavorano con pazienti adulti.

Risultati: allo studio hanno aderito 38 (82%) infermieri dell'Area Terapie Intensive. Il 47.4% manifesta alti livelli di esaurimento emotivo, in particolare il 44.7% degli intervistati riporta la "percezione di essere sfinito al termine della giornata di lavoro" mentre il 36.8% rimarca la "sensazione di lavorare troppo duramente". Gli infermieri con esperienza lavorativa in terapia intensiva inferiore a 10 anni hanno livelli di esaurimento emotivo più alti rispetto ai colleghi con maggior anzianità di servizio e un grado inferiore di realizzazione personale.

Conclusioni: il riscontro che il 35% degli infermieri presenta un tasso di burnout medio-alto impone una riflessione globale sul modello gestionale applicato e la possibilità di considerare interventi correttivi per migliorare la qualità di vita degli operatori all'interno dell'ospedale.

Parole chiave: burnout, terapia intensiva, organizzazione dell'ospedale.

Work-related stress and burnout syndrome among nursing staff: analysis of the phenomenon in an intensive care department

■ FILIPPO BINDA¹; ALESSANDRO GALAZZI¹; PAOLA ROSELLI²; ILEANA ADAMINI³; DARIO LAQUINTANA⁴

¹ Nurse - Intensive Care Department

² Nurse Coordinator - Adult Intensive Care Unit

³ Head Nurse - Intensive Care Department - Foundation IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico of Milan

⁴ Manager Nurse - Department Health Professions. Foundation IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico of Milan

ABSTRACT

Introduction: work-related stress is an important issue among intensive care staff and is the basis for the development of the burnout syndrome. The characteristics of work environment and work organizational procedures are very important factors for the onset of burnout.

Objective: to measure burnout levels of nursing staff by assessing how the organization of work in intensive care units with the departmental management model influences stress levels.

Methods: administration of the Maslach Burnout Inventory questionnaire to nurses of the Intensive Care Department that work with adult patients.

Results: 38 (82%) nurses participated in the study. 47.4% showed high levels of emotional exhaustion, in particular 44.7% of the interviewees reported the "perception of being exhausted at the end of the work day" while 36.8% underlined the "feeling of working too hard". ICU nurses with less professional experience (less than 10 years) have higher levels of emotional exhaustion than their senior colleagues and a lower level of personal accomplishment.

Conclusions: 35% of nurses have a medium-high burnout level and this should lead to a global reflection on the departmental administration model and a call for action to improve the staff quality life inside the hospital.

Keywords: burnout, intensive care units, hospital administration

ARTICOLO ORIGINALE:

PERVENUTO IL 14/03/2018
 ACCETTATO IL 09/04/2018

ORIGINAL ARTICLE

RECEIVED 14/03/2018
 ACCEPTED ON 09/04/2018

Corrispondenza per richieste / Correspondence: Binda Filippo filippo.binda@policlinico.mi.it

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi

Il presente studio è stato realizzato presso:

Area Terapie Intensive - Dipartimento di Anestesia, Rianimazione e Emergenza Urgenza - Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

INTRODUZIONE

I reparti di area critica, come le unità di terapia intensiva, sono ambienti di lavoro molto stressanti: orari di lavoro mutevoli, problematiche etiche ed organizzative, ritmi operativi frenetici sono causa di stress che può notevolmente influenzare la stabilità psicologica individuale.^[1]

Lo stress lavoro correlato incide sfavorevolmente sull'abilità adattiva della persona: il fallimento nel processo di adattamento rappresenta la base per lo sviluppo della sindrome del burnout.^[2] Questa sindrome è stata a lungo studiata da Christina Maslach, uno dei ricercatori pionieristici in questo ambito che ha realizzato lo strumento di valutazione Maslach Burnout Inventory (MBI).^[3] Maslach definisce infatti il burnout come "una sindrome di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale che può insorgere in coloro che svolgono una qualche attività lavorativa di aiuto". In particolare, lo stato di "esaurimento emotivo" (EE) si caratterizza per la mancanza dell'energia necessaria ad affrontare la realtà quotidiana, con sentimenti di apatia e distacco emotivo nei confronti del lavoro. Con il termine "depersonalizzazione" (DP) è indicato un atteggiamento di ostilità, che coinvolge primariamente la relazione professionale d'aiuto, vissuta con fastidio, freddezza, cinismo: di conseguenza l'operatore tenta di sottrarsi al coinvolgimento, limitando la quantità e qualità dei propri interventi professionali. Infine, l'ambito della "realizzazione personale" (RP) si riferisce ad una sensazione di fallimento, con la percezione della propria inadeguatezza al lavoro, sottesa dalla consapevolezza del disinteresse verso la sofferenza degli altri. Nel complesso, il burnout deriva dallo squilibrio tra le richieste professionali e la capacità individuale di affrontarle; il disturbo ha una patogenesi multifattoriale in cui alcune condizioni dell'ambiente lavorativo (eccessivo carico di lavoro, remunerazione insufficiente) influenzano alcune caratteristiche individuali (eccessiva dedizione al lavoro, perfezionismo, vita privata poco soddisfacente, eccessiva introversione o estroversione).^[4]

Gli studi presenti in letteratura evidenziano livelli di burnout elevati tra gli infermieri e una maggiore prevalenza del fenomeno nei reparti di area critica (pronto soccorso e terapia intensiva).^[5,6]

La sindrome del burnout non genera solo conseguenze sull'individuo che ne è afflitto ma anche su tutta l'equipe e di riflesso sull'ospedale stesso poiché è strettamente connesso a problematiche di assenteismo e all'abbandono della professione infermieristica.^[7] Rispetto a questo tema, l'aspetto della gestione delle risorse umane ricopre un ruolo particolarmente importante in quanto riguarda un insieme di attività che si interfacciano con le persone, con il loro modo di essere e le loro emozioni. L'attività di gestione del personale può essere svolta attraverso vari modelli: il modello dipartimentale, adottato dal Servizio Sanitario Nazionale, rappresenta il modello organizzativo che favorisce l'introduzione e l'attuazione delle politiche di governo clinico oltre a costituire il contesto nel quale le competenze professionali rappresentano la principale risorsa dell'organizzazione.^[8] L'adozione di un modello organizzativo simile in un contesto lavorativo complesso come quello della terapia intensiva può influenzare notevolmente

INTRODUCTION

Critical care areas, like intensive care unit (ICU), are highly stressful work settings: work shift changes, ethical and organizational problems, and frantic operating rhythms are stressors that can remarkably affect the psychological stability of the individual.^[1]

The work-related stress impacts negatively on the adaptive capacities of the person: failure in the adaptation process is the basis for the onset of the burnout syndrome.^[2] This syndrome has been lengthily studied by Christina Maslach, one of the pioneer researchers in this field, who developed the Maslach Burnout Inventory (MBI) assessment tool.^[3] Maslach defines burnout as "a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment that may arise in those who provide care-related services." In particular, the state of "emotional exhaustion" (EE) is characterized by the lack of energy needed to face the daily situations, with sentiments of apathy and detachment from the work setting. The term "depersonalization" (DP) indicates an attitude of hostility, which primarily involves the professional care relationship lived with attitudes of detachment, coldness, and cynicism: consequently, the operators try to avoid getting involved, limiting the quantity and quality of their professional interventions. Lastly, the field of "personal accomplishment" (PA) refers to a feeling of failure, with the perception of one's own inadequacy at work, underlying the disinterest towards the others suffering. On the whole, burnout derives from the imbalance between the professional demands and the individual capacity to respond to them; the disorder has a multifactorial pathogenesis in which some conditions of the work settings (excessive workloads, insufficient remuneration) affect some individual characteristics (excessive dedication to work, scarcely satisfactory private life, excessive introversion or extroversion).^[4]

The literature evidences high burnout levels among nurses and a greater prevalence of the phenomenon in critical areas (emergency room and ICU).^[5,6]

The burnout syndrome not only generates consequences in the individual who is afflicted but also on the entire team and indirectly on the hospital itself since it is strictly connected to problems of absenteeism and the abandonment of the profession.^[7] With regard to this theme, the aspect of the management of the human resources covers a particularly important role since it concerns a set of activities that interface with people and their attitudes and emotions. The staff's management of activities may be performed through various models: the departmental model adopted by the National Healthcare Service, represents the organizational model which favors the introduction and implementation of clinical governance policies besides constituting the context in which professional competences are the main resources of the organization.^[8] The adoption of such an organizational model in a complex framework like that of the intensive care may remarkably affect the stress levels of healthcare workers

i livelli di stress degli operatori sanitari che quindi non devono solo fronteggiare problematiche cliniche o relazionali ma gestire ogni attività lavorativa in un'ottica di integrazione professionale ed elevata flessibilità.^[9]

OBBIETTIVO

L'obiettivo dello studio è misurare il livello di burnout dello staff infermieristico valutando quanto la gestione del lavoro in terapia intensiva con il modello dipartimentale influenzi i livelli di stress.

MATERIALI E METODI

Lo studio, di tipo osservazionale descrittivo, è stato realizzato mediante la somministrazione del questionario Maslach Burnout Inventory agli infermieri che lavorano presso l'Area Terapie Intensive (costituita da quattro terapie intensive: generale, neuroanimazione, post-operatoria e pediatrica) dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano nel mese di maggio 2017. Sono stati inclusi solo gli infermieri che lavorano con pazienti adulti. La somministrazione è avvenuta attraverso un modulo di lavoro elettronico, tramite il servizio di storage Google Drive. Tale modulo è stato inviato ad ogni partecipante utilizzando l'indirizzo di posta elettronica aziendale. L'adesione allo studio era su base volontaria e la protezione dei dati personali è stata garantita mediante l'accettazione del modulo on-line di consenso informato. Lo studio è stato autorizzato dalla Direzione delle Professioni Sanitarie. Tutti i dati sono stati raccolti utilizzando il software Microsoft Excel con cui è stato calcolata media e deviazione standard per ciascuna variabile; l'analisi statistica è stata poi realizzata con il software GraphPad Prism versione 6.0 per Macintosh (GraphPad Software, San Diego California, USA).

Valutazione del Burnout

Lo strumento di valutazione utilizzato è il Maslach Burnout Inventory (MBI), elaborato da Maslach e Jackson nel 1981 e validato in italiano nel 1988. Il MBI è un questionario validato costituito da 22 item in base al quale il soggetto definisce la frequenza e l'intensità con cui sperimenta sintomi, effetti, stati emotivi connessi al lavoro. Gli item, valutabili con la scala Likert con un punteggio da 0 a 6 (per un totale di 7 punti) misurano le tre dimensioni: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale.

I punteggi sono classificati mediante un'apposita tabella (**Tabella 1**) che definisce i livelli di burnout.

Tabella 1: livelli di burnout

Livello	Esaurimento emotivo	Depersonalizzazione	Realizzazione personale
Elevato	24 o più	9 o più	0 – 29
Medio	15 – 23	4 – 8	30 – 36
Basso	0 – 14	0 – 3	37 o più

Oltre alla raccolta dei dati demografici e lavorativi essenziali (età anagrafica, sesso, durata di impiego), le ulteriori informazioni personali, richieste dal questionario, sono state invece omesse per tutelare maggiormente la privacy dei partecipanti.

RISULTATI

Allo studio hanno aderito 38 (82%) infermieri dell'Area Terapie Intensive. Il campione è costituito da 23 (60.5%) soggetti di sesso femminile e 15 (39.5%) di sesso maschile, con un'età media di 36 ± 7 anni. L'anzianità di servizio risulta essere ≤ 5 anni per 16 (42.1%) infermieri, 6-10 anni per 13 (34.2%) e 11-20 anni per 9 (23.7%). La **tabella 2** riporta il punteggio medio ottenuto dagli intervistati relativamente ai singo-

who not only have to face clinical issues but handle every task in a perspective of professional integration and elevated resilience.^[9]

OBJECTIVE

The objective of this study was to measure the burnout level of the nursing staff and to evaluate the degree to which work management in the ICU impacts on stress levels.

MATERIALS AND METHODS

This descriptive, observational study was performed through the administration of the Maslach Burnout Inventory questionnaire to the nurses working in the Intensive Care Unit Department (composed of four ICUs: general, neurosurgical, post-operative and pediatric) of the Ospedale Maggiore Policlinico of Milan in May 2017. Only nurses working with adult patients were admitted to the study. The questionnaire was distributed through an electronic work sheet, through the Google Drive storage platform. The form was sent to every participant through the corporate electronic mail. Response to the questionnaire was voluntary and the protection of personal data was guaranteed through the acceptance of the on-line informed consent form. The study was authorised by the Healthcare Profession Direction. All the data were gathered through the Microsoft Excel software and the mean and standard deviations were calculated for each variable. The statistical analysis was then achieved with the software GraphPad Prism version 6.0 for Macintosh (GraphPad Software, San Diego California, USA).

Burnout assessment

The assessment tool used was the Maslach Burnout Inventory (MBI), developed by Maslach and Jackson in 1981 and validated in Italian in 1988. The MBI is a validated questionnaire composed of 22 items on the basis of which the subject defined the frequency and intensity of the work-related symptoms and the emotional states felt. The items, investigated with the Likert scale with scores from 0 to 6 (for a total of 7 points) measure the three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment.

The scores are classified through a specific table (**Table 1**) which defines the burnout levels.

Table 1: burnout levels

Level	Emotional exhaustion	Depersonalization	Personal accomplishment
High	24 or more	9 or more	0 – 29
Medium	15 – 23	4 – 8	30 – 36
Low	0 – 14	0 – 3	37 or more

Besides the collection of essential demographic and work data (age, sex, years of work experience), further personal data requested by the questionnaire were instead omitted to better protect the participants' privacy.

RESULTS

38 (82%) nurses of the Intensive Care Units participated to the study. The sample was composed of 23 (60.5%) female nurses and 15 (39.5%) male nurses, with a mean age of 36 ± 7 years. Professional seniority resulted to be ≤ 5 years for 16 (42.1%) nurses, 6-10 years for 13 (34.2%) and 11-20 years for 9 (23.7%) nurses. **Table 2** shows the mean scores obtained from the interviewees with regard to the single aspect

li aspetti di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale. Sono indicati anche i valori soglia e le percentuali di burnout riscontrate per ogni singola scala.

Tabella 2: valore medio, deviazione standard (DS), valore soglia (VS) e % di burnout

Scala	Media	DS	VS	% burnout
Esaurimento emotivo	20.9	± 11.2	≥ 24	47.4%
Depersonalizzazione	6.7	± 4.1	≥ 9	34.2%
Realizzazione personale	32.1	± 11.5	≤ 29	36.8%

Il livello di esaurimento emotivo riscontrato è molto elevato: dall'analisi degli item, il 44.7% degli intervistati riporta la percezione di "essere sfinito al termine della giornata di lavoro" mentre il 36.8% rimarca la "sensazione di lavorare troppo duramente".

L'analisi del livello di depersonalizzazione evidenzia come il 34.2% degli intervistati mostri un grado elevato del disagio; inoltre, aggregando la quota di intervistati che si collocano nella posizione intermedia del disagio, si ottiene un dato rilevante (73.7%) sulla totalità del campione. I punteggi maggiori nelle due scale sono riscontrati nei soggetti di sesso maschile, senza però evidenziare una differenza statisticamente significativa tra i due sessi (rispettivamente $p=0.320$ e $p=0.079$).

Il 63.2% degli infermieri riporta livelli medio-alti di realizzazione personale: in particolare, gli item del questionario come "credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro" e "ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro" evidenziano la capacità di realizzare le proprie aspettative professionali e di riuscire a stabilire un rapporto soddisfacente con i pazienti. A differenza delle altre scale, i soggetti di sesso maschile riportano livelli maggiori di realizzazione personale (86.7% versus 43.5%; $p=0.077$).

I risultati dell'analisi per sottogruppi (tempo di impiego ed età anagrafica) sono riassunti in **tabella 3**. Gli infermieri con un tempo di impiego in terapia intensiva inferiore a 10 anni hanno un livello di esaurimento emotivo più alto rispetto ai colleghi con maggior esperienza ($p=0.041$) e un grado inferiore di realizzazione personale ($p=0.036$). La fascia generazionale più esposta alla sindrome del burnout comprende i soggetti di età inferiore a 30 anni e con minor esperienza lavorativa: l'analisi del sottogruppo rileva punteggi maggiori per tutte le scale con una differenza significativa nella scala della realizzazione personale ($p=0.035$).

Tabella 3: (EE) esaurimento emotivo, (DP) depersonalizzazione, (RP) realizzazione personale

Scala	impiego < 10 anni	impiego > 10 anni	p. value	età < 30 anni	età > 30 anni	p. value
EE	25.1 ± 10.6	17.3 ± 8.9	0.041	24.9 ± 10.8	18.1 ± 9.6	0.092
DP	7.4 ± 3.8	5.3 ± 4.2	0.473	6.9 ± 3.5	6.5 ± 4.3	0.731
RP	33.0 ± 9.8	29.3 ± 15.5	0.036	33.3 ± 10.4	31.1 ± 12.6	0.035

Table 3: (EE) emotional exhaustion, (DP) depersonalization, (PA) personal accomplishment

Scale	employment < 10 years	employment > 10 years	p. value	age < 30 years	age > 30 years	p. value
EE	25.1 ± 10.6	17.3 ± 8.9	0.041	24.9 ± 10.8	18.1 ± 9.6	0.092
DP	7.4 ± 3.8	5.3 ± 4.2	0.473	6.9 ± 3.5	6.5 ± 4.3	0.731
PF	33.0 ± 9.8	29.3 ± 15.5	0.036	33.3 ± 10.4	31.1 ± 12.6	0.035

of emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. It also shows the various threshold values and burnout percentages found for every single scale.

Table 2: mean value, standard deviation (SD), threshold value (TV) and burnout %

Scale	Mean	SD	TV	% burnout
Emotional exhaustion	20.9	± 11.2	≥ 24	47.4%
Depersonalization	6.7	± 4.1	≥ 9	34.2%
Personal accomplishment	32.1	± 11.5	≤ 29	36.8%

The emotional exhaustion level measured was very high: from the analysis of the items, 44.7% of the interviewees reported the perception of "feeling exhausted at the end of the day" while 36.8% stressed the "sensation of working too hard."

The analysis of the depersonalization level evidenced how 34.2% of the interviewees showed a high degree of distress, moreover, aggregating the rate of the interviewees who were placed in the intermediate position of feelings of distress, important data were obtained (73.7%) over the total number of the sample. Higher scores in the two scales were seen in the male subjects, without however evidencing a statistically important difference between the two genders ($p=0.320$ and $p=0.079$, respectively).

63.2% of the nurses showed medium-high levels of personal accomplishment: in particular, the items of the questionnaire like "I feel I'm positively influencing other people's lives through my work" and "I have accomplished many worthwhile things in this job" highlight the capacity to fulfil one's professional expectations and succeed in establishing a satisfactory relationship with the patients. Unlike the other scales, the male subjects showed higher levels of personal accomplishment (86.7% versus 43.5%; $p=0.077$).

Results of the analysis by subgroups (length of employment and age) are summarized in **Table 3**. The nurses with less than 10 years of employment in the ICU have a higher burnout level compared to their colleagues with more experience ($p=0.041$) and a lower degree of personal accomplishment ($p=0.036$). The generational group most exposed to the burnout syndrome includes the subjects under 30 years of age and with less working experience: the analysis of the subgroup showed greater scores for all the scales with a significant difference in the personal accomplishment scale ($p=0.035$).

DISCUSSIONE

Nei reparti di area critica è possibile riscontrare livelli di burnout più elevati rispetto ad altri reparti ospedalieri.^[10,11] Nell'Area Terapie Intensive è possibile identificare i sintomi legati al burnout nel 70% del personale infermieristico (almeno un punteggio medio-alto per ogni singola scala). La fascia generazionale più esposta ad esaurimento emotivo include i soggetti di età inferiore a 30 anni: secondo alcuni studi, livelli elevati di burnout tendono a comparire nel personale infermieristico nel periodo successivo al conseguimento del titolo di studio che abilita alla professione.^[12,13]

La causa può essere ricercata nell'elevata richiesta di risorse fisiche ed emotive che i neo-laureati, al loro primo impiego, devono mettere in campo per lo svolgimento del lavoro in contesti clinici di elevata specializzazione. La mancanza di esperienza, il percorso di inserimento in realtà lavorative complesse sia dal punto di tecnico che relazionale e la lontananza dalla famiglia (che aiuta a fronteggiare lo stress lavorativo) possono infatti destabilizzare le capacità personali.^[14]

Ansia, paura e disagio sono emozioni che accompagnano il processo di inserimento in contesti lavorativi nuovi: per questo motivo la dimensione relazionale con il tutor è fondamentale perché l'infermiere neofita riesca a tollerare tutto ciò. Il benessere personale riveste infatti un ruolo molto importante sulla riuscita del percorso di inserimento e sul bagaglio esperienziale individuale.^[15,16]

La sindrome del burnout può interessare fino al 45% del personale che lavora nelle unità di terapia intensiva; tuttavia è opportuno considerare il disturbo come variabile continua (da basso a moderato/alto grado di sentimenti sperimentati). Infatti, un grado elevato di burnout si ottiene quando alti livelli di esaurimento emotivo e depersonalizzazione sono associati a bassi livelli di realizzazione personale.^[17]

A differenza di altri studi, condotti in nazioni diverse, il campione indagato manifesta livelli elevati di burnout solo nelle scale dell'esaurimento emotivo e della depersonalizzazione mentre il 63.2% degli infermieri riporta un punteggio medio-alto sulla scala realizzazione personale.^[18,19,20]

Dall'analisi globale dei dati emergono alcune difficoltà, in modo particolare per gli aspetti legati alla fatica lavorativa e all'impatto emotivo nel gestire ogni giorno situazioni cliniche e relazionali complesse, ma anche una buona predisposizione al rapporto con i pazienti (infatti il 52.6% degli intervistati pensa di influenzare positivamente ogni giorno la vita di altre persone attraverso il lavoro).

La causa principale del rischio di depersonalizzazione è da ricercarsi nelle situazioni emotive difficili, di conflitto morale oppure ad eventi legati alla futilità delle cure. Il 26.2% degli intervistati esprime la preoccupazione che lavorare in terapia intensiva possa indurire l'approccio emotivo nei confronti delle persone; tale aspetto, riconducibile alla sfera della depersonalizzazione, viene descritto in letteratura come una problematica peculiare per gli operatori di area critica.^[21,22]

Oltre alle cause individuate, una ulteriore possibile spiegazione del tasso di esaurimento emotivo elevato negli infermieri con poca esperienza lavorativa è legato all'utilizzo del modello gestionale dipartimentale che apporta sicuramente benefici come il miglioramento dei livelli performance professionale dei singoli operatori, la garanzia di una continuità assistenziale ad elevati livelli di competenza ed una gestione centralizzata del gruppo infermieristico^[23]; tuttavia, non ha un effetto sufficientemente protettivo per contrastare l'insorgenza dei sintomi legati allo stress lavorativo.

Ciò nonostante, i livelli medio-alti rilevati dall'analisi della sfera di realizzazione personale in parte limitano le problematiche emotive emerse ed esercitano un ruolo rilevante sul livello generale di soddisfazione degli infermieri che operano nell'ambito della terapia intensiva.

Limiti dello studio

Il limite principale dello studio è legato all'esiguità del campione: per poter eseguire un confronto tra modelli gestionali differenti si sa-

DISCUSSION

In the Critical Care areas, there may be higher levels of burnout compared to other hospital departments.^[10,11] In the Intensive Care Unit Department, the burnout symptoms can be identified in 70% of the nursing staff (at least one medium-high score for every single scale). The generational group that is most exposed to emotional exhaustion includes the subjects under 30 years of age: according to some studies, high burnout levels tend to appear in the nursing staff in the period following the achievement of their degrees which qualified them to practice the profession.^[12,13]

The cause may be the high requirement for physical and emotional resources which the neophyte nurses, at the beginning of their professional activity, have to adopt in their work in highly specialized clinical settings. The lack of experience, the inclusion into complex work realities from both the technical and relational points of view and the distance from the family may destabilize personal capabilities.^[14]

Anxiety, fear and discomfort are emotions that accompany the including process in new work environments: for this reason the relational dimension with the tutor is fundamental in helping the neophyte nurse to tolerate all this. Personal wellbeing in fact plays an important role in the success of the inclusion training and on the individual experiential background.^[15,16]

The burnout syndrome may involve up to 45% of the staff working in the ICUs. However, it would be opportune to consider the burnout as a continual variable (from low to moderate/high degree of sentiments experienced). In fact, a high degree of burnout is obtained when high levels of emotional exhaustion and depersonalization are associated to low personal accomplishment levels.^[17]

Unlike other studies conducted in different countries, the sample studied manifests high burnout levels only in the emotional exhaustion and depersonalization scales while 63.2% of the nurses showed medium-high scores on the personal accomplishment scale.^[18,19,20]

The global analysis of the data revealed some difficulties, particularly in the aspects related to work fatigue and emotional impact in handling daily complex clinical and relational situations, but also a good tendency to relationships with the patients (in fact 52.6% of the interviewees believe they positively affect other people's lives through their work daily).

The main cause of the risk of depersonalization can be sought in the difficult emotional situations, moral conflicts or events related to the futility of the treatments. 26.2% of the interviewees expressed worries that working in the intensive care may harden their emotional approach to people. Such aspect, traceable to the sphere of depersonalization is described in literature as a problem typical of critical care professions.^[21,22]

Besides the causes delineated, another possible explanation for high emotional exhaustion in the nurses with little on-the-job experience is related to the departmental management model used, which surely gives benefits like the improvement of professional performance levels of the single operators, the guarantee of highly competent and continual assistance levels and a centralized management of the nursing group,^[23] which however does not have a sufficiently protective effect as to contrast the insurgence of the symptoms of work stress.

Nevertheless, the medium-high levels measured by the analysis of the self-realization sphere, partly limit the emotional problems that emerged and play an important role in the general satisfaction levels of nurses working in intensive care settings.

Limits of the study

The main limit of this study is its small sample: in order to compare various management models, more nurses should have been

rebbe dovuto coinvolgere un maggior numero di infermieri.

Altri limiti sono l'esclusione di alcuni dati come i tassi di assenteismo per malattia o del turnover del personale e la mancata esplorazione del versante della soddisfazione lavorativa con apposito questionario. Sarebbe auspicabile riproporre in futuro l'indagine per ottenere maggiori informazioni e monitorare l'andamento delle problematiche rilevate. Lo studio rappresenta comunque una misurazione oggettiva dei livelli di stress del personale infermieristico nella realtà considerata.

CONCLUSIONI

Il 35% degli infermieri presenta un tasso di burnout medio-alto: questo dato impone una riflessione globale sul modello gestionale applicato e la possibilità di considerare degli interventi correttivi per migliorare la qualità di vita degli operatori all'interno dell'ospedale. In letteratura viene infatti sottolineato che operare in un ambiente di lavoro stressante, che non genera opportunità di crescita e che impone un grosso carico di lavoro, può condurre allo sviluppo della sindrome da burnout e ad altri disturbi legati all'ansia.^[24] L'attuazione di interventi mirati, in grado di migliorare il livello di motivazione degli operatori ed aumentare il senso di appartenenza al proprio luogo di lavoro consente inoltre di incrementare anche la qualità delle prestazioni assistenziali.

involved. Other limits are the exclusion of some data like the rates of absenteeism due to illness, staff turnover and work satisfaction. However, the study is an objective survey of the stress levels of nursing staff in the reality considered.

CONCLUSIONS

35% of the nurses presented a medium-high burnout rate: this data calls for a global reflection on the departmental management model applied and the possible consideration of corrective actions to improve the nurses' quality of life in the hospital. Literature, in fact, underlines that working in a stressful environment, which does not generate opportunities for growth, and imposes a heavy workload, may lead to the development of the burnout syndrome and other disorders related to anxiety.^[24] The implementation of targeted interventions that can improve the motivational level of nurses and to increase the sense of belonging to one's own workplace would furthermore help to raise the quality of care.

BIBLIOGRAFIA

- GUNTUPALLI KK, WACHTEL S, MALLAMPALLI A, SURANI S. *Burnout in the intensive care unit professionals*. Indian J Crit Care Med. 2014;18:139-43.
- MONTERO-MARIN J, GARCIA-CAMPAYO J, MOSQUERA MERA D, LOPEZ DEL HOYO Y. *A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal*. J Occup Med Toxicol. 2009;4:31.
- MASLACH C, JACKSON SE. *The measurement of experienced burnout*. J Organiz Behav. 1981;2:99-113.
- MASLACH C, SCHAUFELI WB, LEITER MP. *Job burnout*. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.
- CHUANG CH, TSENG PC, LIN CY, LIN KH, CHEN YY. *Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review*. Medicine. 2016;95(50):e5629.
- CHOU LP, LI CY, HU SC. *Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan*. BMJ Open. 2014;4(2):e004185
- MICHIE S, WILLIAMS S. *Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review*. Occup Environ Med. 2003;60(1):3-9.
- AUTERI E. *Management delle risorse umane: fondamenti professionali*. Guerini e associati; 2001.
- BRONKHORST B, TUMMERS L, STEUN B, VUJVERBERG D. *Organizational climate and employee mental health outcomes: systematic review of studies in health care organizations*. Health Care Manage Rev. 2015;40(3):254-71.
- PONCET MC, TOULIC P, PAPAZIAN L, KENTISH-BARNES N, TMSIT JF, POCHARD F, ET AL. *Burnout syndrome in critical care nursing staff*. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175(7):698-704.
- GÓMEZ-URQUIZA JL, DE LA FUENTE-SOLANA EI, ALBENDÍN-GARCÍA L, VARGAS-PECINO C, ORTEGA-CAMPOS EM, CAÑADAS-DE LA FUENTE GA. *Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analysis*. Crit Care Nurse. 2017;37(5):1-9.
- PARKER V, GILES M, LANTRY G, McMILLAN M. *New graduate nurses' experiences in their first year of practice*. Nurse Educ Today. 2014;34(1):150-6.
- LASCHINGER HKS, GRAU AL, FINEGAN J, WILK P. *New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings*. J Adv Nurs. 2010;66(12):2732-42.
- CAÑADAS-DE LA FUENTE GA, VARGAS C, SAN LUIS C, GARCÍA I, CAÑADAS GR, DE LA FUENTE EI. *Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession*. Int J Nurs Stud. 2015;52(1):240-9.
- MARIA HSY, STANLEY LK, LAI MEI W. *The transition challenges faced by new graduate nurses in their first year of professional experience*. GSTF J Nurs Health Care (JNHC). 2018;5(1).
- CALISKAN A, ERGUN YA. *Examining job satisfaction burnout and reality shock amongst newly graduated nurses*. Procedia Soc Behav Sci. 2012;47:1392-7.
- EMBRIACO N, AZOULAY E, BARRAU K, KENTISH N, POCHARD F, LOUNDOU A, ET AL. *High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors*. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175(7):686-92.
- ELBARAZI I, LONEY T, YOUSEF S, ELIAS A. *Prevalence of and factors associated with burnout among health care professionals in Arab countries: a systematic review*. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):491.
- RAFTOPOULOS V, CHARALAMBOUS A, TALIAS M. *The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report*. BMC Public Health. 2012;12(1):457.
- ZHANG X-C, HUANG D-S, GUAN P. *Job burnout among critical care nurses from 14 adult intensive care units in northeastern China: a cross-sectional survey*. BMJ Open. 2014;4(6).
- SCHWARZKOPF D, RUELDEL H, THOMAS-RUELDEL DO, FELFE J, POIDINGER B, MATTHAUS-KRAMER CT, ET AL. *Perceived nonbeneficial treatment of patients, burnout, and intention to leave the job among ICU nurses and junior and senior physicians*. Crit Care Med. 2017;45(3):265-73.
- BORHANI F, MOHAMMADI S, ROSHANZADEH M. *Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses*. J Med Ethics Hist Med. 2015;8:2.
- ANESSI PESSINA E, BARALDI S, CICCHETTI A, CIFALINO M, MEMMOLA M. *The prevalence of departmental models within Italian national health service hospitals*. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa. 2004;18(1):47-57.
- BURGHİ G, LAMBERT J, CHAIZE M, GOINHEIX K, QUIROGA C, FARIÑA G, ET AL. *Prevalence, risk factors and consequences of severe burnout syndrome in ICU*. Intensive Care Med. 2014;40(11):1785-6.

Il primo anno della legge 24/19 (c.d. Gelli): cosa manca per l'attuazione completa

The first year of the law 24/19 (c.d. Gelli): what is missing for the complete implementation

■ LUCA BENCI

Giurista

GUEST EDITORIAL

PERVENUTO 20/06/2018

ACCETTATO 25/06/2018

Corrispondenza per richieste:

Luca Benci,

info@lucabenci.it

L'autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Dal primo aprile dello scorso anno è in vigore la "legge c.d. Gelli"^[1], si tratta della prima legge organica sulla responsabilità professionale sanitaria – degli "esercenti la professione sanitaria" non della professione medica – che ha rivoluzionato tutta la materia.

Stiamo parlando della legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale del personale sanitario"^[1].

La legge è quindi in vigore ma non è tutta in vigore. Cerchiamo di capirne lo stato di attuazione non prima di avere sottolineato che si tratta di un atto normativo complesso che riguarda vari ambiti del diritto.

In primo luogo si è creato un sistema di linee guida pubbliche a cui tutti i professionisti sanitari dovranno "attenersi" nel loro esercizio professionale. Novità di grande rilievo in quanto guiderà – il sistema non è ancora attivo – tutti i professionisti nella loro attività quotidiana. Le linee guida saranno redatte dalle società scientifiche accreditate (elenco non ancora approvato) e saranno pubblicate dall'Istituto superiore di sanità.

Questa è la novità più rilevante per l'esercizio professionale che ha aperto un vivace dibattito sull'opportunità di avere delle linee guida "statali" che rischiano di comprimere l'autonomia professionale. In carenza delle linee guida ufficiali i professionisti si devono attenere alle "buone pratiche clinico-assistenziali" espressione di non facile declinazione. Verosimilmente si tratta delle attuali linee guida della letteratura internazionale. Nel sistema non verranno pubblicate le Conferenze di consenso, i protocolli e le procedure.

Le differenze tra questi strumenti professionali – perché di tali si tratta – non è sempre

rinvenibile *ictu oculi*. Nel settore dell'area critica la confusione rischia di essere ulteriore per l'indeterminatezza e, talvolta, l'utilizzo fungibile dei nomi: il trattamento farmacologico per la gestione dello Stemi (ST - Elevation Myocardial Infarction) è contenuto in una linea guida o in un protocollo? Quelle del triage sono linee guida o protocolli? Le domande potrebbero porsi quasi all'infinito.

La corretta individuazione dello strumento di gestione professionale è importante in quanto cambia la "cogenza" e quindi l'obbligatorietà.

A fronte di un'osservanza delle linee guida la legge "Gelli" prevede una parziale esclusione dalla responsabilità introducendo una fattispecie particolare di omicidio colposo denominato "responsabilità colposa per morte" che riguarda solo il personale sanitario che viene esentato dalla responsabilità penale in caso di evento causato da "imperizia" solo quando si sono rispettate le linee guida pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità.

La norma è apparsa subito contraddittoria e incoerente – se il professionista agisce con linee guida come fa a verificarsi un evento dannoso per imperizia (incapacità)? – e ha fatto scrivere fiumi di inchiostro infiniti. La stessa Corte di Cassazione è intervenuta, in soli otto mesi, con due sentenze contraddittorie della IV sezione^[2] e poi con una articolata sentenza delle sezioni unite non convincendo del tutto. Non è questa la sede per affrontare analiticamente complesse questioni di diritto penale: è però chiaro che la confusione operata con la Legge 24/17 è ben evidente. Il legislatore farebbe bene a intervenire per cambiare l'articolo. Siamo in un contesto in cui la legge c.d. Gelli rischia di aumentare il

contenzioso penale degli esercenti le professioni sanitarie anziché diminuirlo.

Sulla responsabilità civile l'impostazione è più lineare e si registra un sostanziale spostamento della responsabilità verso la struttura. Da salutare con soddisfazione è la limitazione della rivalsa per c.d. "colpa grave" nei confronti dei professionisti.

Anche questa parte però risulta incompleta: questa volta non per colpa del legislatore ma della mancanza dei decreti attuativi. Di grande importanza, infatti, sono le norme di dettaglio sulle assicurazioni delle strutture e dei professionisti. Da un lato la legge impone l'obbligo assicurativo a tutti i professionisti dipendenti e non, dall'altro mancano i "requisiti minimi".

Non è un'assenza di poco conto in quanto dal decreto attuativo si potrà comprendere il livello di copertura – e quindi di sicurezza – che verrà posto a carico delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale. I tecnicismi assicurativi si sprecano e le varie opzioni di copertura non sono mai neutre.

In particolare sotto accusa sono quelle assicurazioni aziendali che prevedono il sistema a "franchigia" – la franchigia è la parte del danno che rimane a carico dell'assicurato – con cifre che rasentano l'inassicurazione. Per il professionista il punto è fondamentale in quanto il pagamento diretto della pubblica amministrazione (o della struttura privata) determina il rischio della rivalsa per colpa grave. Quest'ultima viene definita inescusabile quando il professionista non ha messo quel grado minimo di diligenza perizia e prudenza necessario in una qualsiasi attività professionale.

Il mercato delle polizze per i professionisti è ormai saldamente in mano alle organizzazioni sindacali che ben possono stipulare con-

venzioni e proporre "premi" – la somma dovuta per assicurarsi – decisamente vantaggiosi. Un avvertimento: le pubblicità di polizze in "linea con la legge Gelli" sono parzialmente corrette. Possono essere in linea con le poche indicazioni del testo normativo ma ovviamente non in linea con il decreto attuativo non ancora uscito.

La legge Gelli è una legge in chiaroscuro. Contiene positività in merito all'attenzione del mondo della responsabilità professionale sanitaria con uno sguardo non solo giuridico. Tutta la prima parte è dedicata alla prevenzione dei rischi in modo organico. Sulle parti incoerenti sulla responsabilità abbiamo già detto con particolare riguardo alla responsabilità penale.

Rimangono vari punti oscuri: la vincolatività delle Linee Guida, il contenuto dell'obbligo assicurativo per le aziende e per i professioni-

sti, il mancato finanziamento – la legge è a costo zero! –, le autoassicurazioni/autorizzazioni in luogo delle assicurazioni tradizionali e altri meccanismi in cui è superfluo, in questa sede, entrare nel dettaglio.

Registriamo inoltre la positività di una legge che si rivolge a tutti gli "esercenti la professione sanitaria" e alla voluta caratterizzazione generale – si parla di documentazione sanitaria e non di cartella clinica, per esempio –, si impone nel collegio di consulenza tecnica un membro delle "professioni sanitarie" laddove sia coinvolto un professionista sanitario diverso dal medico.

La sensazione è che siano necessari diversi anni per applicare completamente la legge e per darne un giudizio compiuto su una tematica di questa complessità.

I ritardi nella sua applicazione non aiutano a formare un giudizio.

BIBLIOGRAFIA

1. *LEGGE 8 marzo 2017, n. 24*. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg> [ultimo accesso online 23/06/2018]
2. *Quando scatta la colpa medica: le sezioni unite della Cassazione chiariscono come interpretare legge Gelli e decreto Balduzzi*. http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=59303 [ultimo accesso online 23/06/2018]



Per informazioni contattare la segreteria Aniarti:

aniarti@aniarti.it
340.4045367

Le ripercussioni sulla vita dell'infermiere nel prendersi cura delle vittime di violenza: una revisione della letteratura

The impact on nurse's life when caring for victims of violence: literature review

■ FELISIA DI LORETO¹, STEFANIA RANCATI², ROBERTO MILOS³, IVANA MARIA ROSI²

¹ Infermiera, U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie, Fondazione I.R.C.C.S. Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico. Indirizzo mail per corrispondenza: felisiadiloreto@gmail.com

² Infermiera Tutor, U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie, Fondazione I.R.C.C.S. Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico; Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano.

³ Infermiere, responsabile Formazione di base e Ricerca, U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie, Fondazione I.R.C.C.S. Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico; Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano.



RIASSUNTO

Introduzione: A causa del ruolo fondamentale nella gestione delle vittime di violenza, alcuni infermieri sono ripetutamente a contatto con i traumi delle persone che assistono, devono ascoltare i loro racconti, curarne le ferite e alleviarne le sofferenze, in particolare modo chi lavora nell'ambito dell'emergenza. Questi infermieri sono sottoposti a numerosi fattori di stress, accumulano il dolore che emerge dai racconti delle vittime e che deriva dal prestargli soccorso. Ciò li rende più vulnerabili e li pone in una condizione di rischio per l'instaurarsi di condizioni negative, che si possono ripercuotere sia sulla loro vita professionale sia sulla vita privata e relazionale.

Scopo: Comprendere qual è l'impatto del prendersi cura di persone vittime di violenza sulla vita privata e professionale dell'infermiere, identificando quali siano le possibili strategie per la prevenzione del problema.

Metodi e strumenti: È stata condotta una revisione narrativa della letteratura attraverso le banche dati PubMed, CINAHL PsycINFO ed ILISI. Sono stati selezionati studi condotti negli ultimi dieci anni il cui campione fossero infermieri con esperienza di assistenza a vittime di violenza.

Risultati: Sono stati inclusi nella revisione complessivamente 21 articoli, dalla cui analisi sono emersi tre temi principali: gli effetti sulla vita personale dell'infermiere, le conseguenze sulla vita professionale e le strategie protettive per gli infermieri. L'assistere vittime di violenza influenza negativamente la qualità della vita personale e familiare dell'infermiere; influenza indirettamente la cura prestata agli assistiti, attraverso un eccessivo coinvolgimento o distacco nei confronti della vittima, allo scopo di difendersi dall'impatto della violenza. Tra le azioni protettive, oltre a quelle personali, si distinguono la formazione continua sull'argomento e la creazione di ambienti di lavoro sereni e sicuri.

Conclusioni: L'infermiere dovrebbe essere preparato e maggiormente formato per gestire sia i casi di violenza, sia le possibili ripercussioni sulla sua persona e sulle cure che vengono da lui erogate. Fondamentali però per la prevenzione, sono la messa in atto di strategie organizzative che prevedano lo sviluppo di un clima di rispetto e di sicurezza all'interno del luogo di lavoro.

Parole chiave: prendersi cura, infermieri, stress traumatico secondario, qualità di vita, vittime di violenza



ABSTRACT

Introduction: Some nurses are repeatedly in contact with the traumas of victims of violence, they must listen to their stories, heal their wounds and alleviate their suffering, especially those working in the emergency department. These nurses are subject to numerous stressors and accumulate the pain that emerges from the stories of the victims. This makes them more vulnerable and puts them in a state of risk for the establishment of negative conditions, which can affect both their professional life and their private and relationship life.

Aim: Understand the impact of caring for victims of violence on private and professional life of nurses, identifying the possible strategies for the prevention.

Methods: A narrative review of the literature was conducted through the PubMed, CINAHL PsycINFO and ILISI databases. Studies have been carried out in the last ten years, the sample of which were nurses with experience in assisting victims of violence.

Results: 21 articles were included in the review. Three main themes emerged: the effects on the personal life of the nurse, the consequences on the professional life and the protective strategies for the nurses. Assisting victims of violence negatively affects the quality of the personal and family life of nurses; indirectly influences the care given to the patients, through excessive involvement or detachment from the victim, in order to defend themselves from the impact of violence.

Conclusions: Nurses should be properly prepared and trained to deal with cases of violence, the possible repercussions on their lives and the care that they provide.

Keywords: caring, nurses, secondary traumatic stress, quality of life, victims of violence.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

PERVENUTO 05/02/2018

ACCETTATO 04/05/2018

Corrispondenza per richieste:

Di Loreto Felicia,

feliciadiloreto@gmail.com

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interessi.

Introduzione

La violenza ha attualmente un grande impatto a livello mondiale, ogni anno più di un milione di persone subisce violenza e nei casi più gravi perde la vita. Il concetto di violenza è definito come "un vero e significativo problema sociale" ed è riconosciuto a livello nazionale ed internazionale come una violazione dei diritti umani^[1]. La violenza può essere perpetrata contro donne, bambini o anziani e si manifesta sotto diverse forme, ovvero violenza domestica, sessuale, fisica, psicologica, economica, spirituale o stalking^[2]. A livello mondiale si stima che 1 donna su 3 abbia sperimentato una forma di violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita, 1 bambino su 4 riporta violenza fisica o gravi abusi da parte di genitori o famigliari, ed il 4-6% delle persone anziane abbia ricevuto un maltrattamento grave nel corso del mese precedente^[1,3]. Recenti dati di prevalenza pubblicati dall'OMS^[1] indicano che la maggior parte dei casi di violenza sono rappresentati da violenza domestica, in altre parole la violenza è perpetrata da un familiare, dal partner o da un ex partner, contro donne e bambini^[1]. La violenza è un problema di sanità pubblica che deve coinvolgere gli operatori sanitari nella difesa delle vittime e nel trattamento degli effetti^[4]. Tra gli operatori sanitari l'infermiere è spesso il primo contatto che le vittime hanno con le realtà istituzionali e ricopre un ruolo chiave nel rispondere alle esigenze e nel prendersi cura clinicamente ma soprattutto emotivamente dei pazienti, attraverso un approccio di cure empatico, centrato e condiviso con le vittime^[1]. Obiettivi prioritari per l'infermiere che si prende cura delle persone vittime di violenza sono la capacità di rilevazione precoce della necessità di aiuto da parte della vittima, anche senza verbalizzazione di questa, e la conseguente segnalazione; la capacità di gestione del caso in modo multidisciplinare; l'assistenza ed il sostegno adeguato alla vittima durante e dopo il trattamento terapeutico^[4].

La violenza subita dalle vittime che assiste, può colpire indirettamente anche l'infermiere, inevitabilmente esposto ad un ambiente di lavoro che richiede una risposta professionale ad atti devastanti di traumi e violenza perpetrata verso adulti e bambini. Gli infermieri di emergenza in particolar modo, a causa del ruolo fondamentale nella gestione delle vittime di violenza sono ripetutamente a contatto con i traumi delle persone che assistono, ascoltano i loro racconti, curano le loro ferite e cercano di alleviare le loro sofferenze^[4]. Questi infermieri sono sottoposti a numerosi fattori di stress, accumulano il dolore che emerge dai racconti delle vittime e che deriva dal prestargli soccorso; il contatto con continue situazioni di sofferenza suscita quindi nell'infermiere una varietà di risposte emotive^[5]. Ciò lo rende più vulnerabile e lo pone in una condizione di rischio per l'instaurarsi di condizioni negative, emotive, psicologiche e fisiche^[6], che si possono ripercuotere sulla vita professionale e più gravemente sulla vita privata e relazionale dell'infermiere^[7]. Il lavoro con le vittime della violenza, l'empatia necessaria per assisterle, può condizionare a tal punto la vita dell'infermiere che, se non è adeguatamente supportato, può sviluppare uno stress traumatico secondario (STS) o un trauma vicario (VT)^[6]. Per STS s'intende un cambiamento nel comportamento e lo sviluppo di emozioni risultanti dalla conoscenza dell'esperienza raccontata dai sopravvissuti a un evento traumatico; la persona con STS

presenta sintomi determinati dall'esposizione all'individuo traumatizzato e non all'evento^[8]. Il VT invece può occorrere in coloro che si prendono cura in particolar modo delle vittime di violenza sessuale o incesto, comporta nei curanti disturbi sulla propria identità, spiritualità e visione del mondo^[8].

Data la sempre maggiore frequenza con la quale si assistono vittime di violenza, come illustrato precedentemente, e poiché non vi sono lavori di sintesi sull'argomento, ci si è posti l'obiettivo di comprendere, attraverso una revisione della letteratura, qual è l'impatto del prendersi cura di persone vittime di violenza sulla vita privata e professionale dell'infermiere, e identificare quali siano le eventuali strategie di prevenzione e controllo del problema.

Per rispondere all'obiettivo la ricerca è stata orientata dal seguente PICO: P - infer-

Materiali e Metodi

Per rispondere all'obiettivo la ricerca è stata orientata dal seguente PICO: P - infer-

Tabella 1. Strategia di ricerca bibliografica

Banca dati	Parole chiave	Filtro
PUBMED	(((("Stress, Psychological"[Mesh]) OR "Perception"[Mesh]) OR "Emotions"[Mesh])) AND (((("Aggression"[Mesh]) OR "Violence"[Mesh]) OR "Sex Offenses"[Mesh])) AND "Emergency Nursing"[Mesh]) (((("Compassion Fatigue" OR "Secondary Traumatization" OR "Secondary TraumatizationS" OR "Secondary Traumatic Stress" OR "Secondary Trauma" OR "Secondary TraumaS" OR "Vicarious Trauma" OR "Vicarious TraumaS" OR "Vicarious Traumatization")) AND ((NURSE OR NURSES OR NURSING))) AND ((("Violence"[Mesh]) OR ((violence[Title/Abstract] OR AGGRESSION[Title/Abstract] OR SBUSE* OR RAPE)) NOT MEDLINE [SB]))	Dal 01/01/2006 Lingua inglese, italiana, spagnola o portoghese.
CINAHL	((EMERGENCY AND (NURSE* OR NURSING) AND (VIOLENCE OR AGGRESSION*) AND (PERCEPTION* OR EXPERIENCE*)) NOT WORKPLACE (((("Compassion Fatigue" OR "Secondary Traumatization" OR "Secondary TraumatizationS" OR "Secondary Traumatic Stress" OR "Secondary Trauma" OR "Secondary TraumaS" OR "Vicarious Trauma" OR "Vicarious TraumaS" OR "Vicarious Traumatization")) AND ((NURSE OR NURSES OR NURSING))) AND ((("Violence"[Mesh]) OR ((violence[Title/Abstract] OR AGGRESSION[Title/Abstract] OR SBUSE* OR RAPE)) NOT MEDLINE [SB]))	Dal 01/01/2006 Lingua inglese, italiana, spagnola o portoghese.
PSYCHINFO	(VIOLENCE or AGGRESSION).mp AND EMERGENCY.mp AND (PERCEPTION* or EXPERIENCE* or ATTITUDE* or EMOTION* or PERSPECTIVE*).mp	Dal 01/01/2006 [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]
ILISI	Violenza	Dal 01/01/2006

mieri; I - assistere vittime di violenza; C - nessuna comparazione; O - modificazioni nella vita personale e/o professionale. È stata effettuata una revisione della letteratura nei mesi di luglio e settembre 2016, attraverso l'interrogazione delle banche dati biomediche PubMed, Cinahl, PsycINFO ed ILISI con le parole chiave: "perception", "emotion", "stress psychological", "aggression", "violence", "sex offenses", "emergency nursing" e "violenza" per la ricerca sulla banca dati ILISI. È stata successivamente effettuata una seconda ricerca con le parole chiave "vicarious trauma", "vicarious traumatization", "compassion fatigue", "secondary traumatization", "secondary trauma", "nurse", "nursing", "violence", "aggression", "abuse". Le parole chiave sono state combinate tra loro utilizzando gli operatori booleani AND e OR, al fine di formare diverse stringhe di ricerca (Tabella 1).

Sono stati presi in considerazione studi pubblicati negli ultimi dieci anni, che fossero qualitativi, quantitativi o revisioni della letteratura in lingua inglese, italiana, spagnola e portoghese, il cui campione fossero infermieri che lavorassero con le vittime di violenza, sia domestica che sessuale, su donne e bambini, il cui argomento centrale fosse l'impatto del lavoro con le vittime di violenza sulla vita privata e professionale dell'infermiere e il cui obiettivo fosse la comprensione degli effetti negativi e la ricerca di strategie di prevenzione e controllo di questi. Sono stati esclusi dalla revisione gli studi non in lingua inglese, italiana, spagnola e portoghese, con abstract e full text non disponibile e in cui l'obiettivo fosse determinare l'impatto della violenza/aggressione nei confronti dell'infermiere sulla propria vita privata e professionale.

Attraverso l'interrogazione delle diverse

banche dati sono stati individuati 285 records. Di questi, ne sono stati scartati immediatamente 60 perché doppi; dei rimanenti 225 articoli, 54 sono stati eliminati poiché non avevano l'abstract disponibile e 124 perché non rispettavano i criteri di inclusione scelti precedentemente citati, in particolare perché non ci si riferiva alla violenza sugli assistiti ma alla violenza sull'infermiere nel posto di lavoro. Da una lettura più approfondita dei 47 articoli con full-text disponibile, 22 non sono stati inclusi nella revisione in quanto non considerati pertinenti o rilevanti per il lavoro e 3 in quanto il campione non rispettava i criteri di inclusione (Figura 1).

RISULTATI

Sono stati inclusi 21 studi ritenuti utili per la revisione e riassunti nella Tabella 2.

Figura 1. Schema modalità della ricerca della letteratura "Prisma Flow chart" tratto da: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

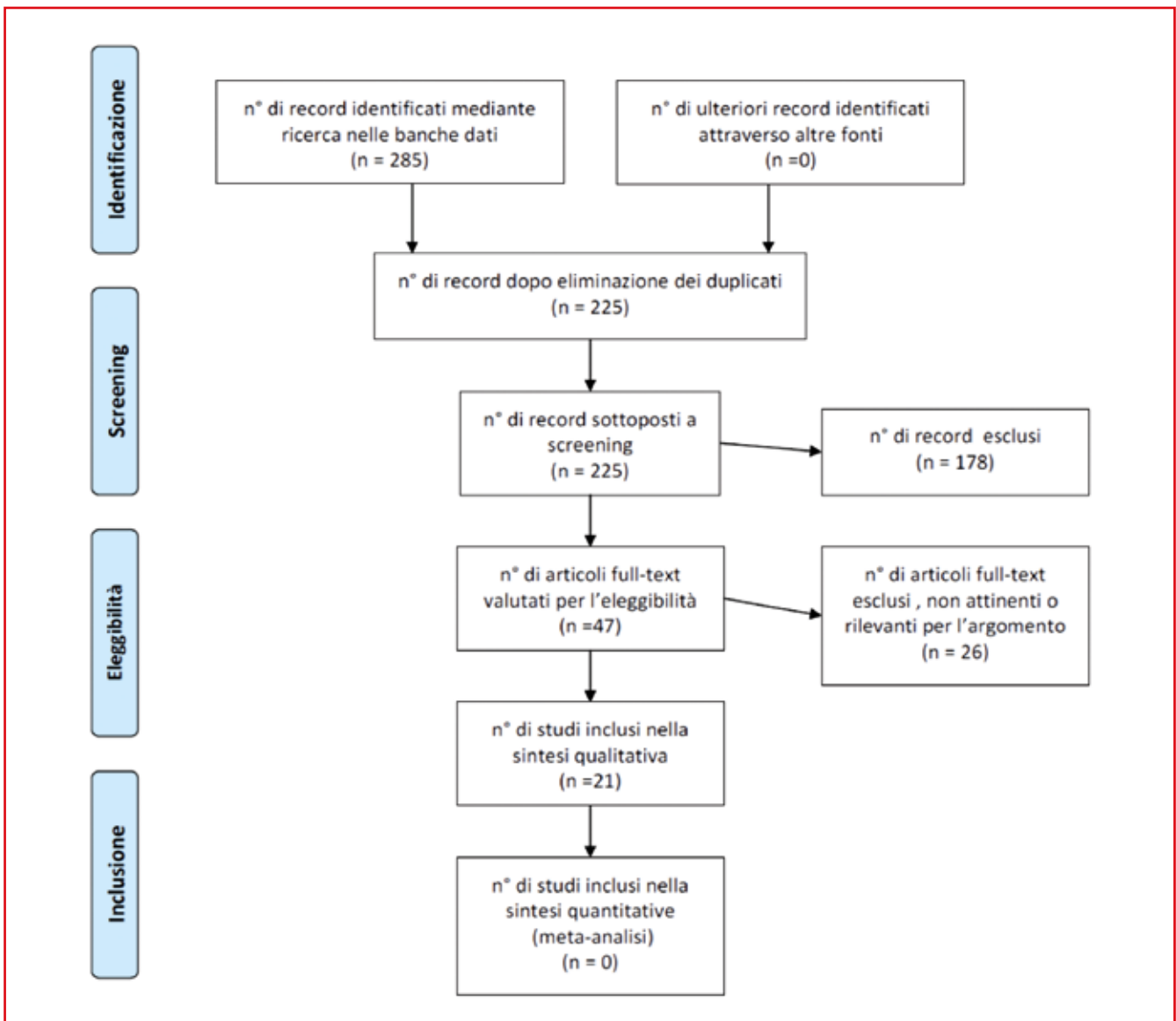


Tabella 2. Sintesi degli studi inclusi

AUTORE / ANNO	OBIETTIVO	TIPO DI STUDIO/ SETTING	MATERIALI E METODI	RISULTATI PRINCIPALI
Wies & Coy, 2016	Descrivere le caratteristiche dei SANES (Sexual Assault Nurse Examiners), esplorare il verificarsi di trauma vicario (VT) e in che modo questi accumulano il dolore e la sofferenza delle vittime.	Studio quantitativo (Stati Uniti)	Interviste con scala STSS 42 infermieri SANE, età 27- 61 anni	38% con 6 segni sperimentano trauma vicario. 59,52% con 5 segni sperimentano trauma vicario
Morrison & Joy, 2016	Indagare la prevalenza di stress traumatico secondario; esplorare le loro esperienze e le modalità con le quali lo gestiscono sul posto di lavoro.	Studio qualitativo-quantitativo (Scozia)	Quantitativa - scala STSS. Qualitativa - focus group di circa un ora. 80 infermieri di emergenza, età media 40 anni, 10 anni di esperienza	75% sperimenta STS. Ostacolo significativo per la salute mentale di questo gruppo e per la loro capacità di fornire cure di qualità
Raunick et al., 2015	Descrivere i livelli di VT tra SANE in confronto a infermieri non forensi.	Studio quantitativo (Stati Uniti)	Sondaggi on-line anonimi e volontari 144 infermiere forensi e 196 infermiere	VT è un rischio del lavoro per i SANE. Porta cambiamenti nelle credenze, circa la sicurezza, la fiducia, l'intimità, il controllo, e la stima.
van Wyk & van der Wath, 2015	Comprendere le sfide che gli infermieri uomini devono affrontare quando si confrontano con casi di abusi sulle donne.	Studio qualitativo (Sud Africa)	Interviste in profondità di 25 e 32 anni 2 infermieri uomini di pronto soccorso	Difficoltà nel creare una relazione empatica con la paziente, paura di essere giudicati in quanto uomini e si sentono in conflitto tra quello che sono e quello che osservano durante il lavoro.
Feng et al., 2015	Indagare le esperienze e le prospettive degli infermieri per quanto riguarda gli abusi sui minori.	Studio qualitativo (Taiwan)	Interviste semi strutturate con 12 domande. 18 infermieri con un'età tra 23 a 46 anni	Inadeguata capacità del prendersi cura dei bambini vittime di abusi e delle loro famiglie, frustrazione e preoccupazione
Duffy et al., 2014	Misurare i livelli di stress traumatico secondario tra gli infermieri dei dipartimenti di emergenza.	Studio trasversale (Irlanda)	Questionario - scala STSS 117 infermieri di reparti di emergenza	67% stress traumatico secondario (82%) nel gruppo degli infermieri di emergenza
van der Wath et al., 2013	Esplorare e descrivere le esperienze di cura degli infermieri di emergenza che assistono sopravvissuti alla violenza domestica.	Studio qualitativo (Sud Africa)	Interviste non strutturate 11 infermieri, età tra 25 e 50 anni, reparti di emergenza	Sofferenza dei sopravvissuti suscita simpatia, stress, depressione, tristezza, rabbia, paura e ricordi ricorrenti e dirompenti
Angelo et al., 2013	Comprendere le esperienze degli infermieri di emergenza, terapia intensiva e degenza nella cura di bambini vittime di violenza domestica.	Studio qualitativo fenomenologico (Brasile)	Interviste attraverso domande aperte 15 infermieri, età tra 27 e 48 anni, con esperienza da 3 a 12 anni	Infermieri che si occupano di bambini abusati hanno reazioni ambivalenti di empatia, indignazione, tristezza e senso di impotenza
Adriaenssens et al., 2012	Esaminare (1) la frequenza di esposizione e la natura degli eventi traumatici in infermieri di emergenza, (2) la percentuale di infermieri che riportano i sintomi di stress traumatico secondario e (3) il contributo di coping e sostegno sociale	Studio trasversale (Belgio)	Questionario auto-somministrato strutturato 248 infermieri del reparto di emergenza, 6 mesi in pronto soccorso	Uno su tre infermieri ansia, depressione e disturbi somatici e nell'8,5% livelli clinici di PTSD. Il sostegno sociale da parte dei colleghi e dei supervisori effetto protettivo
Beck, 2011	Cosa dicono gli studi riguardo allo stress traumatico secondario negli infermieri? Quali strumenti sono stati utilizzati per misurare lo stress traumatico secondario?	Revisione sistematica della letteratura (Stati Uniti)	Fonti dei dati: CINAHL, PubMed, e PsycINFO dal 1981 al 2011. 7 studi esaminati	La presenza di stress traumatico secondario è stata rilevata negli infermieri forensi e negli infermieri di pronto soccorso

Tabor, 2011	Comprensione della vittimizzazione vicaria e dei fattori che contribuiscono al suo sviluppo.	Revisione sistematica della letteratura (Stati Uniti)	Fonti dei dati: Ovid, PubMed e Cinahl 23 risorse, 12 articoli, 2 siti internet e 2 libri	VT ha esordio insidioso e s'instaura assistendo persone con episodi traumatici. VT ha ripercussioni sull'infermiere in ambito cognitivo, emotivo e fisico
Maier, 2011	Esplorare le esperienze derivanti dal trauma vicario e dal burnout nei SANES e le strategie di coping utilizzate.	Studio qualitativo-quantitativo (Stati Uniti)	Interviste aperte e scale di valutazione. 40 infermieri SANE, età compresa tra 21 e 62 anni	Per il 67 % la parte peggiore del lavoro sono: esigenze emotive, preoccupazione, ascoltare le storie ed i sintomi. Il 51% sperimenta trauma vicario; il 46% burnout. Individuati meccanismi di adattamento.
Chuz et al., 2011	Indagare la percezione dei membri del team infermieristico sulla cura e l'assistenza delle vittime di violenza urbana.	Studio qualitativo (Brasile)	Interviste semi-strutturate 12 infermieri, età da 25 a 50 anni, 4 anni di esperienza in pronto soccorso	Reparto di emergenza porta a stress e sovraccarico di lavoro; c'è poco tempo per stabilire una relazione con le vittime; compare indifferenza, rabbia, vergogna, pietà e pregiudizio verso alcune donne, oppure stress, paura e sdegno.
Robinson, 2010	Identificare come gli infermieri di emergenza percepiscono la violenza nei confronti delle donne da parte del partner, quali sono le barriere per lo screening, come l'infermiere percepisce l'efficacia di tale screening e quali sono le percezioni degli infermieri verso le vittime di violenza ed il loro ruolo di assistenza.	Studio qualitativo (Stati Uniti)	Intervista strutturata in 10 domande 13 infermieri dipartimenti di emergenza	I risultati evidenziano quattro temi principali: miti, stereotipi e paure; contegno; frustrazioni; benefici per la sicurezza.
McCall, 2010	Determinare nell'infermiere di pratica avanzata (APN), quali fattori – professionali, ambientali e personali – contribuiscono all'auto-efficacia per il trattamento delle vittime di violenza domestica (IPV)	Studio quantitativo (Stati Uniti)	Questionari standardizzati 494 infermiere forensi	Fattori che hanno contribuito all'auto-efficacia per il trattamento di IPV sono conoscenza, assenza di VT, capacità di recupero dallo stress.
Galdblatt, 2009	Esplorare l'impatto di prendersi cura di donne vittime di abusi sulle esperienze di vita personali e professionali degli infermieri.	Studio qualitativo (Israele)	Interviste aperte, in profondità. 22 infermiere di sesso femminile	L'Incontro con le donne vittime di violenza sfida le attitudini personali e influenza la loro vita personale (relazioni intime, genitorialità e atteggiamenti di genere)
Chouliara et al., 2009	Riassumere e valutare le prove riguardanti il VT nei professionisti che lavorano con sopravvissuti a violenza sessuale e/o abuso sessuale infantile (CSA).	Revisione sistematica della letteratura (Regno Unito)	PubMed e PsycINFO (1990-2008) . 10 articoli analizzati	VT elevato, con effetti negativi nei professionisti, associato al lavoro con vittime di traumi sessuali, con una storia personale di violenza sessuale e con l'età più giovane.
Townsend & Campbell, 2009	Esplorare l'impatto emotivo e i sintomi correlati allo stress traumatico secondario (STS) e al burnout tra i SANE che si occupano di donne vittime di violenza.	Studio quantitativo (Stati Uniti)	Interviste durata di 1 ora e utilizzo di scale STSS e Burnout Maslach 110 Infermieri SANES, età media di 44 anni	Il 50% partecipa alle esigenze emotive dei sopravvissuti. Il 41% ha sperimentato burnout e il 25% stress traumatico secondario.
Watt et al., 2008	Confronto sulle prospettive riguardanti la IPV nei sopravvissuti e negli infermieri del dipartimento di emergenza riguardo le sensazioni e i tipi di sostegno sociale alle vittime.	Studio qualitativo (Stati Uniti)	Interviste semi-strutturate con infermieri e vittime 10 infermieri di emergenza Età tra 25 a 50 anni,	I sopravvissuti sottolineano il bisogno di sostegno emotivo, aiuto reale e di rispetto, mentre gli infermieri richiedono sicurezza, supporto informativo e strumentale.

Androulaki et al., 2008	Valutare le conoscenze, le attitudini e le percezioni degli operatori sanitari contro il fenomeno delle donne maltrattate.	Studio qualitativo-quantitativo (Grecia)	Questionario auto-somministrato ed interviste 66 infermieri e 25 medici di età tra 22 a 60	Gli operatori sanitari hanno riferito che forniscono alle vittime assistenza infermieristica (94,4%), attenzione (97,8%), si occupano delle lesioni corporali (92,1%), forniscono sostegno psicologico (97,8%), informano le vittime sui loro diritti (70,1%). Si riscontra il desiderio di maggiore conoscenza ed autonomia.
Inoue & Armitage, 2006	Esplorare la comprensione delle infermiere riguardo la violenza domestica e indagare come si pongono nei confronti delle vittime che assistono.	Studio qualitativo (Australia)	Interviste attraverso domande aperte 20 australiane e 21 giapponesi	Identificati sei gruppi di infermiere che si pongono in maniera diversa nei confronti della violenza domestica: ingenua, inesperta, proattiva, compassionevole, attiva e riluttante

Dall'analisi dei risultati emersi dagli studi presi in esame, sono state individuate tre tematiche principali derivanti dal prendersi cura di persone vittime di violenza: gli effetti sulla vita personale dell'infermiere, le conseguenze sulla vita professionale e le strategie protettive per gli infermieri (**Tabella 3**).

Effetti sulla vita personale dell'infermiere

Dall'analisi di diversi articoli si evince che la violenza subita dalle vittime colpisce indi-

rettamente anche l'infermiere, il quale in virtù della sua vicinanza ai pazienti e della capacità di sviluppare un rapporto empatico e di fiducia, prende in carico su se stesso i vissuti traumatici delle vittime e li elabora cercando di dare un senso alle esperienze di queste persone; ciò finisce per suscitare una varietà di risposte emotive e comporta, inevitabilmente, un alto grado di coinvolgimento dell'infermiere con la vittima.^[6,7,9] Secondo Tabor^[10] inoltre, il forte coinvolgimento con la vittima,

altera nel professionista il senso di appartenenza, le prospettive di vita, le credenze ed i valori, nonché il senso di protezione ed amore verso i propri cari^[10]. Dallo studio di Wies^[5] emerge che il contatto, benché indiretto, con la violenza dà origine nell'infermiere a una serie di sintomi che impattano sul suo vivere quotidiano ed in molti casi portano ad una compromessa qualità di vita, si manifesta una forma di sofferenza che comporta implicazioni reali per la vita ed il benessere della

Tabella 3. Temi emersi dalla revisione

Effetti sulla vita personale	Conseguenze sulla vita professionale	Strategie protettive
<p>Comparsa di sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisici - fatica, debolezza, problemi del sonno, immagini intrusive; • Emotivi - tristezza, frustrazione, senso d'impotenza, ansia, rabbia, indignazione, imbarazzo, preoccupazione; • Cognitivi - pessimismo, confusione, possessività, diffidenza, valutazioni negative di sé; • Comportamentali - esagerata risposta di allarme, irritabilità, agitazione. <p>Ripercussioni sull'essere genitore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preoccupazione e ambiguità circa la reale sicurezza della famiglia; • Iperprotettività verso i figli; • Diffidenza verso il prossimo; • Isolamento e distacco dalla società. <p>Ripercussioni sulle relazioni di coppia (per le infermiere):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minore senso di sicurezza, fiducia e protezione nel rapporto di coppia; • Limitazione dei confini personali; • Disagio e perdita d'interesse durante i rapporti intimi; • Distacco dal partner e separazione. 	<p>Senso di fallimento della missione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuccesso, disillusione e inefficacia professionale; • Percezione del proprio lavoro come inutile; • Diminuzione della soddisfazione professionale; • Crescente assenteismo; • Ridotta prestazione in ambito lavorativo; • Cambiamento nell'atteggiamento professionale verso i pazienti. 	<p>Personali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buona cura di sé; • Equilibrio lavoro-famiglia; • Autoconsapevolezza. <p>Professionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relazioni professionali solidali; • Sostegno tra colleghi; • Momenti di debriefing; • Educazione e corsi di aggiornamento. <p>Organizzative:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambienti lavorativi idonei; • Team di supporto; • Presenza di uno psicologo; • Formazione continua e specifica sulla violenza.

persona^[5]; questi sintomi possono essere fisici, come fatica, debolezza, problemi del sonno, immagini intrusive; emotivi come tristezza, frustrazione, senso di impotenza, ansia, rabbia, indignazione, imbarazzo, preoccupazione; cognitivi come pessimismo, confusione, possessività, diffidenza, valutazioni negative di sé; comportamentali come esagerata risposta di allarme, irritabilità, agitazione^[10]. Per quanto riguarda le ripercussioni sulla vita personale è stato possibile individuare due sotto-tematiche, ovvero le ripercussioni sull'essere genitore e quelle sulle relazioni con il proprio partner.

Riguardo il ruolo di genitore, l'infermiere che si occupa di casi di maltrattamenti, soprattutto se sui minori, percepisce il suo ruolo come "protettore dei bambini abusati" ed inevitabilmente il prendersi cura di loro, è una delle sfide maggiori e comporta una serie di dirompenti reazioni emotive^[9,11]. Assistere bambini maltrattati, da quanto emerge dal lavoro di Maier^[12], comporta consapevolezza delle situazioni che sono o che potrebbero essere pericolose, spinge inevitabilmente l'infermiere a cercare spiegazioni per comprendere i motivi che hanno portato ad atti così devastanti e genera un costante stato di attenzione nei confronti dei figli e forti reazioni emotive come indignazione, tristezza, senso di vuoto, frustrazione e un sentimento di impotenza^[12]. Secondo Wies & Coy^[5], l'operatore sanitario sperimenta preoccupazione e ambiguità circa la reale sicurezza di se stesso e della propria famiglia, sviluppa diffidenza nei confronti di persone e situazioni, in tutti gli aspetti della vita, isolamento e distacco da ciò che lo circonda, infine, ipervigilanza e iperprotettività verso i propri cari, soprattutto verso i propri figli^[5,13]. Dallo studio di Maier^[12], infatti, si evince che la maggior parte degli infermieri che si occupano delle vittime di violenza, cerca di proteggersi, ma soprattutto cerca di proteggere i propri cari da quello che potrebbe loro succedere, ad esempio non lasciando i propri figli soli a casa^[12,14].

Per quanto concerne le relazioni con il proprio partner invece, dallo studio di Goldblatt^[6], emerge che l'assistere donne vittime di violenza domestica, in particolar modo se si è dello stesso genere, età o situazione sentimentale, porta l'infermiera all'identificazione con la vittima. L'assistere alle lesioni fisiche, al dolore emotivo e ai racconti di queste vittime comporta la comparsa di ricordi ricorrenti, incubi, flashback e di conseguenza di una forma di angoscia psicologica che conduce a evitare posti, situazione o persone che potrebbero in qualche modo provocare l'insorgenza dei ricordi^[5,15]. L'infermiere ha paura per la propria sicurezza e per quella dei propri cari e questa preoccupazione finisce per compromettere i rapporti interpersonali e conduce a isolamento e distacco da ciò che lo circonda^[5]. L'infermiera non si sente più la

stessa, mette in discussione di riflesso tutte le certezze sulla propria vita privata ed il rapporto con il proprio partner: vi è minore senso di sicurezza e fiducia nei confronti della persona amata e protezione del rapporto coniugale, questo porta una crescente limitazione dei confini personali, fino ad una condizione di disagio e ad una perdita di interesse durante i rapporti intimi con il partner, con conseguente distacco ed in alcuni casi alla rottura della coppia, come dimostrato negli lavori di Goldblatt^[6] e Beck^[9]. Tutti questi fattori comportano una diminuzione della qualità della vita dell'infermiere^[6,8,12].

Conseguenze sulla vita professionale

L'assistere vittime di violenza può influenzare anche la vita professionale dell'infermiere, perché, come afferma Angelo^[16], un cambiamento nella qualità del lavoratore influenzerà inevitabilmente la qualità delle cure da lui prestate^[16]. Secondo lo studio condotto da Beck^[9], le reazioni emotive intense che possono influenzare la qualità delle cure, sono rappresentate da bassa tolleranza alla frustrazione, senso d'impotenza, sensazione d'isolamento e confusione, aumento delle esplosioni di rabbia, depressione, preoccupazione per le vittime o, al contrario, distacco emotivo da queste. L'infermiere che lavora con le vittime di violenza percepisce il proprio lavoro come inutile, ciò conduce inevitabilmente a sperimentare un "senso di fallimento della missione", un senso d'insuccesso, disillusione ed inefficacia professionale^[8,17-19]. Questa condizione comporta una diminuzione della soddisfazione professionale, un crescente assenteismo e di conseguenza una ridotta prestazione in ambito lavorativo^[15,20]. È stato, inoltre, riscontrato un conseguente cambiamento nell'atteggiamento professionale nei confronti della vittima, infatti, come si evince dallo studio di van der Wath^[7], l'infermiere consapevolmente e non, mette in essere strategie di difesa, nei confronti della vittima, per proteggersi dalla violenza, come adottare indifferenza, distacco emotivo, evitare di chiedere, fornire esclusivamente assistenza tecnica, o nel peggiore dei casi, adottare un atteggiamento critico nei confronti delle vittime, per paura di farsi coinvolgere dalla loro sofferenza^[7,9,21,22]. Tutti questi fattori comportano, in questo caso, una diminuzione della qualità delle cure fornite dall'infermiere^[7].

Strategie protettive per gli infermieri

Per quanto riguarda la terza tematica, sono state individuate e proposte dagli autori nei loro studi una serie di strategie, per far fronte all'impatto deleterio della violenza sulla vita personale e professionale, e creare negli infermieri, una "resistenza" nei confronti della violenza, definita resilienza vicaria^[9]. Queste strategie sono definite da Beck^[9], stra-

tegie positive, poiché producendo dei benefici sull'infermiere, sono considerate la chiave per prevenire l'insorgenza o mitigare gli effetti del trauma vicario e possono essere divise in strategie personali, professionali ed organizzative^[8].

Le strategie personali includono una buona cura di sé, un giusto equilibrio tra lavoro e famiglia e tempo adeguato per superare il dolore personale al fine di sviluppare una sorta di autoconsapevolezza dei propri limiti personali, dei propri confini emotivi e punti di forza ed essere in grado di riconoscere la necessità di aiuto nei momenti di difficoltà^[8-10,12,15,20].

Le strategie professionali includono relazioni professionali solidali e sostegno tra colleghi, momenti di debriefing professionale ed incontri con professionisti che condividono obiettivi comuni dove l'infermiere è incoraggiato a condividere le esperienze di cura, discutere apertamente le proprie problematiche ed identificare i fattori di stress. Risulta inoltre fondamentale effettuare screening, valutazione e tutoraggio dei soggetti ad alto rischio di sperimentare trauma vicario ed una formazione adeguata e continua degli infermieri, attraverso programmi educativi, che aiutino ad acquisire conoscenza e competenza sulla violenza, sulle vittime, sulle leggi di riferimento, sulla propria vulnerabilità per aiutare le vittime di violenza con imparzialità, attraverso la consapevolezza dei propri miti, stereotipi e paure^[6,7,10-12,15,16,19,21,23,24].

Le strategie organizzative, infine, prevedono da parte delle organizzazioni lo sviluppo di un clima di rispetto ed un ambiente sicuro per l'infermiere, la creazione di un team di supporto, che comprenda la figura di uno psicologo specializzato, al fine di permettere agli operatori di esprimere sentimenti, emozioni e condividere le esperienze personali e prestare assistenza al massimo delle sue potenzialità, ma soprattutto risulta fondamentale incoraggiare la formazione continua ed incentivare gli infermieri a ricevere una formazione come "infermiere forense" ovvero specializzato nell'assistenza alle vittime di violenza.^[8,12,25]

DISCUSSIONE

Dall'analisi condotta si desume che inevitabilmente, in relazione allo stretto contatto con le persone assistite, l'infermiere sperimenta su se stesso l'impatto di assistere. L'impatto, definito anche come "costo del prendersi cura" consegue in una serie di ripercussioni sul benessere fisico e psicologico dell'infermiere e sulla qualità delle cure che questo presta agli assistiti^[8]. Gli infermieri maggiormente esposti a questo fenomeno sono gli infermieri che lavorano nei contesti di emergenza e gli infermieri forensi, in quanto in questi ambiti, l'assistenza alle vittime di violenza è parte integrante del loro lavoro.

Anche se in maniera indiretta, queste situazioni creano un alto grado di coinvolgimento e fanno sì che l'infermiere diventi una vittima secondaria della violenza, in particolar modo quando l'assistenza è diretta alle vittime più giovani, ragazze e bambini abusati^[12]. L'infermiere sperimenta il suo ruolo di "protettore" nei confronti del bambino^[9,11], infatti, emerge che una delle esperienze più difficili è rappresentata dall'assistere bambini abusati dai propri genitori. Come l'assistere bambini, si evidenzia che, anche l'identificazione con le donne abusate, crea nell'infermiere un forte impatto emotivo^[6] e la violenza diventa uno specchio di ingrandimento dei propri conflitti familiari^[9]. Queste ripercussioni sono differenti in base alla resistenza dell'infermiere che le affronta, da una parte l'assistenza alle vittime può invadere i confini personali, dall'altra alcuni infermieri riescono a ottenere una adeguata separazione tra lavoro e vita privata^[6]. L'assistere vittime di violenza, come è stato evidenziato, può influenzare anche le cure che l'infermiere fornisce in quanto, consapevolmente e non, mette in essere strategie di difesa e si riscontra che anche in questo caso, da una parte ci sono infermieri che sperimentano una forte identificazione con la vittima e una minore capacità di risposta professionale, dall'altra quelli che volutamente attuano una forma di distacco emotivo, di disimpegno mentale nei confronti delle vittime; ciò porta l'infermiere a sentirsi "senza cuore" e la vittima a sentirsi umiliata ed abbandonata^[7]. L'assistenza a questa tipologia di pazienti così peculiari porta l'infermiere da una parte a sperimentare realizzazione di sé sentendo di fare del bene per la vittima e dall'altra conduce a stress emotivo, che senza il corretto riconoscimento o trattamento porta l'infermiere a sperimentare trauma vicario^[10]. L'analisi dei risultati ha dimostrato che, al contrario, gli infermieri maggiormente informati sui rischi dell'assistere persone con gravi traumi, sono riusciti a vivere una vita personale e professionale equilibrata, ad aiutare in modo efficace i pazienti ed affrontare i rischi correlati al lavoro. Di conseguenza, soprattutto nei reparti di emergenza, gli infermieri che si occupano di assistere le vittime di violenza, dovrebbero possedere una chiara comprensione del fenomeno e delle conseguenze che ne derivano anche per la propria vita, e avere

consapevolezza dell'importanza dell'autocura, poiché il primo argine all'affaticamento emotivo è costituito da azioni che possono essere attuate direttamente dai professionisti^[8,15]. I lavori analizzati, infatti, mettono in luce che è fondamentale riuscire a mantenere un buon equilibrio tra la vita dentro e fuori dall'ospedale^[8,10]. Le strategie personali, però, non sono sufficienti, è indispensabile un'attenzione al problema da parte dell'organizzazione sanitaria e di coloro che, a diversi livelli, gestiscono il personale. Infatti, dovrebbero essere implementati e incentivati, all'interno delle aziende sanitarie, programmi di formazione continua che aiutino l'infermiere a sviluppare la resilienza vicaria, inoltre si dovrebbe favorire una preparazione più approfondita attraverso protocolli e linee guida sul problema e master come quello per infermieri forensi^[15,26]. La formazione, dovrebbe essere accompagnata da un adeguato sostegno psicologico, condotto da professionisti esperti, da sostegno sociale e supervisione che aiuti a creare una rete di supporto per rinforzare soprattutto gli infermieri maggiormente a rischio^[8,20]. È necessaria una consapevolezza del problema e delle sue conseguenze anche da parte dei responsabili infermieristici e non solo, affinché si creino dei momenti d'incontro tra operatori finalizzati alla condivisione delle esperienze, ad avere sostegno tra pari e protezione da parte dei colleghi^[8,16]. Fondamentale è la capacità di creare un clima di lavoro in cui gli infermieri si sentano rispettati e sicuri, in modo tale da riuscire a sostenere l'impatto determinato dall'assistere le vittime di violenza^[8,20].

LIMITI

Tra i limiti individuabili nel presente lavoro, citiamo l'eterogeneità dei disegni di ricerca dei diversi studi, che non ha permesso una revisione sistematica ma solo una presentazione dei diversi temi emersi. Inoltre, l'assenza di lavori svolti nella realtà italiana non ha consentito di valutare se il problema sia presente e come sia affrontato nei nostri contesti.

CONCLUSIONI

Concludendo la violenza è un evento che crea disagio e distruzione nelle persone che la sperimentano e similmente negli infermieri che le assistono; risulta evidente dagli studi analizzati che se da un lato l'impatto

con situazioni di sofferenza e l'identificazione con le vittime rafforza la fiducia degli infermieri nella propria vita, dall'altro comporta per l'infermiere un costo del prendersi cura, che si ripercuote sulla propria qualità di vita e sulla qualità delle cure che questo fornisce alle vittime.^[6] Risulta quindi fondamentale che gli infermieri hanno bisogno di cura per se stessi sia personalmente che professionalmente allo scopo di riuscire a riconoscere come queste condizioni possono compromettere la loro vita quotidiana e la capacità di fornire cure adeguate per i loro pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Violence against woman 2016* [pubblicato settembre 2016; consultato settembre 2016] Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
2. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Understanding Teen Dating Violence 2016* [pubblicato 2016; consultato settembre 2016]. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/teen-dating-violence-factsheet-a.pdf>
3. MINISTERO DELLA SALUTE. *OMS e la violenza di genere 2015* [pubblicato marzo 2015; consultato settembre 2016] Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_942_lista_File_itemName_0_file.pdf
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. 2013 [pubblicato 2013; consultato settembre 2016] Disponibile all'indirizzo <http://apps.who.int/rhl/guidelines/9789241548595/en/>
5. WIES JR, COY K. *Measuring violence: vicarious trauma among sexual assault nurse examiners*. J Adv Nurs 2013; 72(1):23-30
6. GOLDBLATT H. *Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences*. J Adv Nurs 2009; 65(8): 1645-1654 doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x
7. VAN DER WATH A, VAN WYK N, VAN RENSBURG EJ. *Emergency nurses' experience of caring for survivors of intimate partner violence*. J Adv Nurs 2013; 69(10):2242-2252 doi: 10.1111/jan.12099
8. BECK CT. *Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review*. Arch Psychiatr Nurs 2011; 25(1):1-10 doi: 10.1016/j.apnu.2010.05.005.
9. MCCALL M. *Advanced practice nurses' self-efficacy to treat intimate partner violence as related to professional, workplace and personal factors*. Doctoral Dissertation in Philosophy, University of Arizona 2014

COSA IL LAVORO AGGIUNGE DI NUOVO

- Gli infermieri possono divenire delle vittime indirette della violenza condotta su altre persone.
- Prendersi cura delle vittime di violenza ha ripercussioni sulla vita sia personale sia professionale dell'infermiere, comportando un possibile peggioramento della qualità dell'assistenza erogata.
- Le strategie per prevenire l'affaticamento emotivo e il possibile trauma vicario sono personali ma fondamentali sono quelle di tipo professionale ed organizzativo.

10. TABOR PD. *Vicarious traumatization: concept analysis*. J Forensic Nurs. 2011;7(4):203-8. doi: 10.1111/j.1939-3938.2011.01115.x.
11. FENG J, JEZEWSKI MA, HSU T. *The meaning of child abuse for nurses in Taiwan*. J Transcult Nurs 2005; 16(2):142-149
12. MAIER S.L. *The emotional challenges faced by Sexual assault nurse examiners: "ER nursing is stressful on a god day without rape victims"*. J Forensic Nurs. 2011 Dec;7(4):161-72. doi: 10.1111/j.1939-3938.2011.01118.x.
13. MORRISON LE, JOY JP. *Secondary traumatic stress in the emergency department*. J Adv Nurs 2016; 72(11):2894-2960 doi: 10.1111/jan.13030.
14. INOUE K, ARMITAGE S. *Nurses' understanding of domestic violence*. Contemp Nurse 2006; 21(2):311-323
15. DUFFY E, AVALOS G, DOWLING M. *Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross sectional Study*. Int Emerg Nurs. 2015;23(2):53-8. doi: 10.1016/j.ienj.2014.05.001.
16. ANGELO M, PRADO SI, CRUZ AC, ET AL. *Nurses' experience caring for child victims of domestic violence: a phenomenological analysis*. Text Context Nursing 2013; 22(2):585-592
17. CHOLIARA Z, HUTCHISON C, KARATZIA T. *Vicarious traumatization in practitioners who work with adult survivors of sexual violence and child sexual abuse: Literature review and directions for future research*. Counseling and Psychotherapy Research 2009; 9(1):47-56
18. TOWNSEND SM, CAMPBELL R. *Organizational correlates of secondary traumatic Stress and burnout among sexual assault nurse examiners*. J Forensic Nurs. 2009;5(2):97-106. doi: 10.1111/j.1939-3938.2009.01040.x.
19. CHUZ JC, MANTOVANI M, ULBRICH EM, ET AL. *Percepções da equipe de enfermagem no atendimento a vítimas de violência*. Cienc Cuid Saude 2011; 10(2):284-289
20. ADRIAENSSENS J, DE GUCHT V, MAES S. *The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey*. Int J Nurs Stud 2012; 49(11):1411-1422 doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003
21. ROBINSON R. *Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence*. J Emerg Nurs 2010; 36(6):572-576 doi: 10.1016/j.jen.2009.09.008.
22. VAN WYK N, VAN DER WATH A. *Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective*. Contemp Nurse 2015; 50(1):94-103 doi: 10.1080/10376178.2015.1010254.
23. WATT MH, BOBROW EA, MAROCCO KE. *Providing support to IPV victims in the emergency department*. Violence Against Women 2008; 14(6):715-726. doi: 10.1177/1077801208317290.
24. ANDROULAKI Z, ROVITHIS M, TSIRAKOS D, ET AL. *The phenomenon of women abuse: attitudes and perceptions of health professionals working in health care centers in the prefecture of Lassithi, Crete, Greece*. Health Science Journal 2008; 2(1):33-40
25. RAUNICK CB, LINDELL DF, MORRIS DL, ET AL. *Vicarious Trauma Among Sexual Assault Nurse Examiners*. J Forensic Nurs. 2015;11(3):123-8. doi: 10.1097/JFN.0000000000000085.

Call for Abstracts & Registration



WORKING TOGETHER

ACHIEVING MORE

8th Efccna CONGRESS
Ljubljana, Slovenia 13 - 16 February 2019

www.efccna.org

Key Dates 2018

- March 26**
Abstract submission & online registration open
- August 31**
Abstract submission deadline
- November 15**
Early bird registration deadline

For more information see



efccna.org/congress



@EfccnaCongress



@EfccnaCongress

Connect with #efccna2019

L'accoglienza del visitatore minore in terapia intensiva per adulti: un'indagine tra gli infermieri

Admitting minor visitors in adult Intensive Care Units: a survey among nurses

■ CATERINA BARERA¹, DENISE GHEDIN², MARIA BENETTON²

¹ Infermiere, Centro Servizi per Anziani "I Tigli", Meolo (VE)

² Infermiere, Terapia intensiva neurochirurgica, Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso



RIASSUNTO

Introduzione: nonostante un cambiamento culturale che ha permesso di adottare un modello di Terapia Intensiva (TI) aperta volta ad un'assistenza olistica incentrata sul *Family Centered Care*, ci sono ancora molte restrizioni nelle Terapie Intensive per adulti per l'accesso dei visitatori minori che vengono spesso esclusi o consentendolo solo ai visitatori adolescenti. Le motivazioni riscontrate in letteratura non sono dimostrate da evidenze scientifiche ed il minore, non vedendo il proprio familiare, può interpretare la separazione come punizione e mancanza di amore, sviluppando sentimenti di abbandono e senso di colpa.

Materiali e metodi: studio osservazionale-descrittivo multicentrico. Per l'indagine è stato somministrato un questionario online *ad hoc* ad infermieri di Terapia Intensiva per adulti di diversi ospedali d'Italia. È stata contestualmente eseguita una ricerca bibliografica.

Risultati: hanno risposto 76 infermieri, prevalentemente operanti in TI generali del Nord Italia (58%) e del Centro Italia (41%). Nonostante la maggioranza degli infermieri accoglierebbe il visitatore solo in età adolescenziale, circa la metà non esclude di far entrare anche bambini in età prescolare e scolare. Il campione si dimostra non sempre d'accordo con le motivazioni che la letteratura fornisce per l'esclusione della visita. In molte realtà non si interviene per facilitare l'accoglienza, ma la maggior parte del campione è disposto ad aprirsi all'esperienza ed ha definito esperienze pregresse "utili" e "confortanti".

Conclusioni: gli infermieri si dimostrano aperti all'accoglienza dei minori come visitatori nelle TI per adulti. Così come suggerito dalla letteratura, anche il campione indagato ritiene che sarebbe utile sviluppare protocolli per l'accoglienza del minore, informare e formare i professionisti sanitari e le famiglie per combattere i pregiudizi che ancora sussistono.

Parole chiave: Terapia intensiva per adulti, visitatori, bambini, family centered care, infermieri.



ABSTRACT

Introduction: despite a cultural change that has allowed an open intensive care model and that is aimed at more family centered holistic care, there are still many restrictions in the adult Intensive Care Unit (ICU) regarding access to minor visitors who are often excluded, or access is permitted only to teenagers. The reasons found in literature are not based on scientific evidence and a minor prevented from seeing his own family could interpret the separation as a punishment or a lack of love and could develop feelings of abandonment and guilt.

Materials and methods: multicentre observational-descriptive study. For the survey an *ad hoc* online questionnaire was administered to adult intensive care nurses from different hospitals in Italy. Bibliographic research was performed at the same time.

Results: 76 nurses replied, mainly operating in general ICUs in Northern Italy (58%) and Central Italy (41%). Despite the fact that most of the nurses would welcome only adolescent visitors, about half would not exclude the possibility of allowing preschool and school age children. The sample does not always agree with the reasons that literature provides for excluding the visits. In many situations nurses do not intervene to facilitate visits from children, but the majority of those questioned are willing to be open to this experience and described past experiences as "useful" and "comforting."

Conclusions: nurses are open to welcoming children as visitors to adult ICUs. As suggested by literature, the sample investigated also believes it would be useful to develop protocols for the reception of minors, to inform and train healthcare professionals and families and to combat the existing prejudices.

Keywords: adult intensive care unit, visitors to patients, children, family centered care, nurses.

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 11/03/2018

ACCETTATO IL 15/05/2018

Corrispondenza per richieste:

Caterina Barera

cate.barera@libero.it

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interesse.

INTRODUZIONE

L'assistenza in area critica è caratterizzata dall'instabilità, dalla criticità e dall'intensività delle cure; per questi motivi c'è il rischio che i professionisti sanitari si focalizzino esclusivamente sul monitoraggio e sul mantenimento delle funzioni vitali, trascurando così il concetto secondo cui quando una persona della famiglia si ammala, l'evento si ripercuote su ciascun membro modificandone l'equilibrio al suo interno.^[1,2] Infatti, è da considerare che il ricovero mette a dura prova anche le risorse dei familiari del degente che determinano l'insorgenza di episodi di ansia, depressione e sintomi da stress dovuti all'esperienza traumatica, che gli infermieri si ritrovano a gestire. Essere vicini al proprio caro consente invece ai membri della famiglia di partecipare e di essere coinvolti nell'assistenza, aiutandoli a far fronte alla situazione. Proprio da queste considerazioni nasce la filosofia del *Family Centered Care* in cui l'assistenza deve essere centrata non solo sul paziente ma anche sulla famiglia.^[3,4,5] Tra le priorità assistenziali del percorso clinico rientra quindi anche il bisogno di informazione e di supporto sia a livello comunicativo che relazionale dei familiari. Per questo motivo la letteratura scientifica ha effettuato numerosi studi, ma risultano limitati quelli compiuti sui minori, i cui bisogni di conferma affettiva e relazionali non vengono considerati determinando perciò la loro esclusione dalla visita al familiare ricoverato. In accordo con la Convenzione sui Diritti del Bambino del 1990^[6], il minore ha diritto di essere informato di ciò che accade all'interno della famiglia perché percepisce le dinamiche che si creano, in particolare i cambiamenti della routine quotidiana e delle relazioni.

La letteratura reperita riguardante la visita dei bambini ai familiari ricoverati in Terapia Intensiva (TI) non dimostra effetti negativi e correlazioni con un aumento del rischio di infezione; al contrario emerge che contribuisce a diminuire sentimenti di paura, preoccupazione e separazione. Nonostante questi effetti positivi riscontrati, i minori non vengono ammessi alla visita o esistono restrizioni per alcune fasce d'età con motivazioni non dimostrate scientificamente ma spesso derivate dalla convinzione degli adulti di proteggere così i bambini.^[6,7,8,9] Analizzando i motivi più ricorrenti emersi in letteratura, si segnalano il rischio di infezione sia per il bambino che per il paziente, l'incapacità del minore di comprendere la situazione, la preoccupazione per il rischio di trauma psicologico, le caratteristiche dell'ambiente giudicato pauroso per la presenza di alta tecnologia, odori, suoni, le

condizioni in cui si trova il degente, il disagio per il personale sanitario e per il paziente e la diminuzione di sicurezza di quest'ultimo. Ulteriori motivi per cui gli infermieri scoraggiano la visita sono la paura di non essere in grado di gestire l'accoglienza soprattutto dal punto di vista emotivo o la scarsa conoscenza dei benefici che la visita può avere nel mantenimento della relazione affettiva con la persona ammalata.^[10,11]

Esistono pochi studi sulle opinioni ed esperienze dei genitori e/o tutori e ciò rende difficile capire le motivazioni delle loro scelte. La maggior parte dichiara di aver paura di spaventare il minore, sostenendo di essere preoccupata nel suscitare ansia, paura e di esporlo ad un'esperienza sconvolgente.^[11] Coloro che hanno permesso la visita, invece, l'hanno ritenuta positiva in quanto ha aumentato nei minori la consapevolezza della condizione del loro familiare.^[12]

Da alcuni report esperienziali effettuati per conoscere i pensieri e le emozioni vissute dai minori che hanno visitato il loro familiare ricoverato, emerge che spesso prima dell'incontro provano paura ed è quindi necessario rassicurarli ed aiutarli a controllare questa emozione contrapponendo messaggi di comprensione e, coerentemente con la situazione clinica, di speranza, fiducia e sicurezza. Tuttavia questi minori indagati nella ricerca, hanno definito l'esperienza positiva perché hanno potuto accertarsi che il loro familiare era presente e che potevano trascorrere del tempo con lui. Hanno affermato che la visita ha suscitato sentimenti di conforto, coinvolgimento e che la realtà ha contraddetto, positivamente, le loro fantasie che erano più paurose.^[13,14]

La letteratura conferma che le fasi dello sviluppo cognitivo del bambino devono essere conosciute e rispettate per facilitare la visita perché consentono di rispondere ai suoi bisogni. Conoscendo queste, gli infermieri sono in grado di comunicare con il minore con un linguaggio adeguato che gli permetta di comprendere quanto viene spiegato e di vivere l'esperienza con comfort e supporto.^[6]

OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo era indagare il fenomeno e di verificare se nelle Terapie Intensive italiane per adulti viene permessa la visita, le modalità che vengono adottate per facilitarla, nonché conoscere le opinioni degli infermieri, le loro esperienze il loro bisogno formativo per gestirla adeguatamente. Infine si sono volute ricavare indicazioni utili al progetto di accoglienza del minore.

MATERIALI E METODI

Studio di tipo osservazionale, descrittivo, multicentrico. È stata effettuata una ricerca bibliografica nei database MEDLINE (PubMed), CINAHL, UptoDate e nel motore di ricerca Google Scholar. L'indagine ha coinvolto un campione di infermieri di TI per adulti di diversi ospedali d'Italia, reclutati su base volontaria. È stato elaborato un questionario informatizzato ad hoc poiché non si è potuto reperire uno validato in letteratura. È stato valutato per verificare la comprensione, la chiarezza, la sequenzialità delle domande da un infermiere esperto in TI, un docente di psicologia ed un esperto in pubblicazioni scientifiche infermieristiche. Il questionario finale risulta costituito da 15 item a risposta multipla con possibilità di specificazione rispetto alcuni quesiti. Prevede una prima parte relativa a dati socio-anagrafici ed esperienza lavorativa del campione, e la tipologia di TI; nella seconda parte, le aree indagate sono le motivazioni all'ingresso del minore, la modalità di visita, conoscenza e competenze relazionali per gestire il suo ingresso, opinioni sulle modalità organizzative. L'analisi dei dati è stata effettuata in un foglio di calcolo di Microsoft Excel 2016™. Si è intervenuti con una procedura statistica di tipo descrittivo attraverso il calcolo di frequenze assolute, relative, percentuali dei dati.

RISULTATI

Il campione è costituito da 76 soggetti di cui il 55.3% maschi e il 44.7% femmine ed è distribuito principalmente nella fascia tra i 31 e 50 anni. Alta l'età lavorativa specifica in TI (da 6 a oltre 15 anni), che rappresenta quindi un campione di infermieri esperti. Quasi la totalità delle risposte proviene dal Nord e Centro Italia e più della metà (57.9%) lavora in una TI polivalente.

Per quanto riguarda la fascia d'età che deve avere il minore in visita, più della metà del campione (68.4%) sostiene che il minore debba essere in età scolare; il 52.6% concederebbe la visita solo a partire dai 13 anni. Tuttavia una fascia moderata, corrispondente al 31.6%, non pone limiti e sostiene che il minore può fare visita a qualsiasi età, quindi già a partire da 0-6 anni. **(Grafico 1)**

Sul grado di accordo/disaccordo rispetto le motivazioni di esclusione della visita per i minori nella fascia d'età 0-12 anni, in una scala Likert da 0 a 4 (0= "in completo disaccordo" e 4= "molto d'accordo"), emerge che più della metà del campione non considera un problema le seguenti motivazioni: disagio / disturbo al paziente e al personale sanitario

Grafico 1.



Grafico 2.

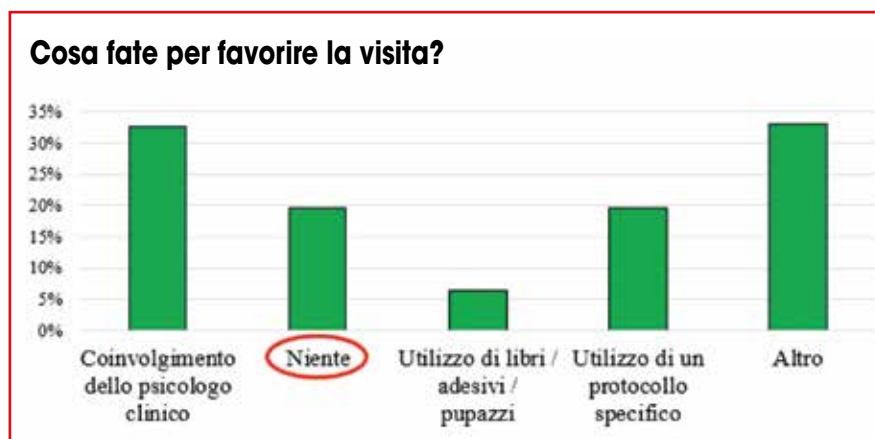
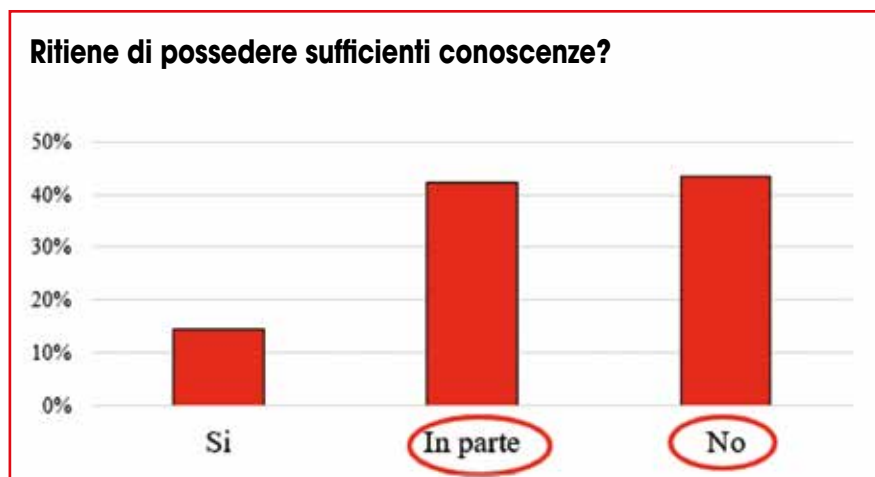


Grafico 3.



e rischio di infezione per il paziente. Emerge invece una maggiore preoccupazione per il rischio di infezione per il minore (51%), il rischio di trauma psicologico (70%) e l'ambiente pauroso (43%). Un elemento rilevante nella decisione di permettere la visita è rappresentato dalla relazione parentale che intercorre. Infatti, solo nel caso in cui il paziente fosse un genitore, l'intero campione sarebbe d'accordo nel consentire sempre la visita, indipen-

dentemente dall'età. Al contrario, più il grado di relazione si allontana (fratello, nonno, altro familiare) più aumenta il disaccordo degli infermieri nel permettere la visita ai minori a partire dalla fascia d'età 0-6 anni. Le condizioni cliniche rappresentano un'importante motivazione per negare la visita: solo nel caso in cui fosse sveglio e vigile l'intero campione accetterebbe sempre la visita del minore, se fosse in condizioni critiche o morente il 47%

del campione permetterebbe la visita agli adolescenti, solo il 21% già da 0-6 anni e una piccola parte non la consentirebbe proprio. Se il paziente fosse incosciente solo il 25% permetterebbe la visita in età 0-6 anni mentre un 16% la negherebbe indipendentemente dall'età.

Altri risultati significativi riguardano il quesito "Nella realtà in cui lavora viene permessa la visita al minore?" dove emerge che nella maggior parte dei casi (69.7%) viene concessa con restrizioni d'età ed in 15 realtà non viene consentito l'accesso.

Tra i 46 soggetti che hanno fornito almeno una opzione alla domanda "Cosa fate per favorire la visita?", le risposte più selezionate sono state: coinvolgimento dello psicologo clinico (32.6%), utilizzo di un protocollo specifico (19.6%), utilizzo di libri / adesivi / pupazzi (6.5%). È da notare che il 19.6% dichiara di fare "niente" per favorirla. Tra le specificazioni che sono state fornite nella risposta "altro" si riscontrano in più occasioni l'adozione di misure di protezione per il minore soprattutto a livello visivo tra cui l'utilizzo di paraventi e coperture per evitare che il bambino veda parte dell'ambiente. (Grafico 2)

Solamente un numero molto limitato di infermieri (14.5%) ritiene di possedere sufficienti informazioni, conoscenze, esperienza per poter gestire l'accoglienza di un minore in TI. (Grafico 3)

La metà del campione sostiene che le figure professionali più adatte per prendersi cura del minore prima, durante e dopo la visita sono l'infermiere, il medico e lo psicologo clinico. Dei 58 soggetti che hanno risposto alla domanda su pregresse esperienze di visite di minori, il 65% l'ha descritta "utile" e "confortante", una modesta parte "traumatica".

DISCUSSIONE

Dalla letteratura reperita^[15,16] emerge che è opportuno permettere la visita al proprio caro ricoverato a partire già da 0-6 anni, perché la malattia si riflette sull'intera famiglia^[3,4], compresi i minori. È interessante notare che, sebbene la maggioranza del campione intervistato abbia dichiarato che accoglierebbe il visitatore solo in età adolescenziale, circa la metà non esclude di far entrare anche bambini in età prescolare e scolare.

Dallo studio condotto emerge tra gli infermieri un desiderio di protezione, per cui negherebbero la visita per l'ambiente pauroso, per il rischio di trauma psicologico e per le condizioni cliniche in cui si trova il paziente. Anche il grado di relazione che intercorre interferisce sulla possibilità di incoraggiare la visita; questo si scontra con la realtà sociale attuale, in cui c'è una considerevole variazione della composizione della famiglia tradizionale; i minori spesso vivono con compagni/e di una nuova relazione genitoriale, fratelli nati

da altre relazioni o sono accuditi dai nonni e babysitter. Proprio in base al tipo di rapporto che il minore ha con il degente, insorgono in lui sentimenti diversi a causa della malattia. È necessario quindi preparare gli infermieri ad avere una visione aperta nei confronti delle tipologie di famiglie post-moderne, per evitare che l'incoraggiamento alla visita si basi su interpretazioni personali che possono risultare errate.^[5]

Un altro dato rilevante riguarda le modalità utilizzate per facilitare l'accoglienza del minore. Quasi il 20% dichiara di non fare "niente" per favorirla ed un numero molto limitato utilizza un protocollo specifico, in accordo con studi reperiti in letteratura^[2,10], in mancanza di una formalizzazione sulle politiche di accoglienza dei visitatori, si dimostra come siano l'esperienza e le competenze relazionali personali che superano le difficoltà ed i pregiudizi, anche se viene ribadito la necessità di una formazione appropriata per gestire l'accoglienza di questi visitatori particolari, dato che alcuni infermieri l'hanno descritta come traumatica perché mal gestita.

La formazione degli infermieri e dell'equipe sanitaria è necessaria anche per incoraggiare e spiegare i benefici della visita ai genitori e tutori, rispettando comunque qualsiasi loro decisione.

Al minore, invece, deve essere garantito un orientamento individuale basato sulla sua maturità cognitiva, per cui è utile incontrarlo per mostrare e spiegare l'ambiente intensivo utilizzando termini semplici e comprensibili, anche servendosi di libri, giochi (che solo pochi infermieri dichiarano di usare per favorire la visita), come indicato anche in letteratura^[9,16,17].

Il dato positivo che emerge è che la popolazione intervistata è disposta ad assumersi il ruolo di assistente del minore durante la visita, benché il supporto di uno psicologo clinico sia utile nel preparare il bambino soprattutto se piccolo o se coinvolto in modo particolare nella causa che ha portato il familiare in TI ed anche per valutare eventuali segni di stanchezza o ansia indicanti che le emozioni suscitate rischiano di prendere il sopravvento sulle capacità di elaborazione del minore.^[11]

Limiti dello studio

I principali limiti sono il campione di convenienza non probabilistico selezionato su base volontaria, la sua ridotta numerosità e l'utilizzo di un questionario non validato sta-

tisticamente. Inoltre, vista la bassa corrispondenza da parte del Sud Italia, i dati sono stati generalizzati solo per il Nord e Centro Italia.

CONCLUSIONI

L'infermiere di area critica deve fornire un'assistenza olistica alla persona ricoverata ponendo anche l'attenzione alla sua sfera sociale e relazionale, prendendo in carico l'intero nucleo familiare compresi i minori, che potrebbero vivere l'assenza del familiare malato come un abbandono.

L'obiettivo della visita è quello di aiutare il minore ad adattarsi a questa nuova condizione sempre rispettando il suo ruolo; non deve quindi essere implicato nelle scelte, nelle decisioni o nella cura del degente ma l'esperienza della visita ha lo scopo semplicemente di spiegarli cosa sta succedendo e di permettergli di regolare le sue risorse davanti ad una nuova realtà a cui dovrà far fronte.

A fronte di limitate evidenze scientifiche sui bisogni ed i benefici che i minori traggono nel far visita ai loro familiari in TI per adulti, ancora oggi il fenomeno è scarsamente considerato. È auspicabile una riflessione più approfondita sui potenziali effetti a breve e lungo termine che la visita determina, in particolare sui benefici ma anche sui potenziali rischi, non ancora sufficientemente chiariti. Poiché la ricerca non ha trovato analoghi riscontri in ambito italiano, sarebbe interessante poter esplorare maggiormente e confrontare le esperienze anche con quanto presentato nella letteratura internazionale.

BIBLIOGRAFIA

1. CLARKE CM. *Children visiting family and friends on adult intensive care units: the nurses' perspective*. J Adv Nurs 2000;31(2):330-338.
2. VINT PE. *Children visiting adults in ITU - what support is available? A descriptive survey*. Nurs Crit Care 2005 Mar;10(2):64-71.
3. GERRITSEN R.T., HARTOG C.S., RANDALL CURTIS J. *New developments in the provision of family-centered care in the intensive care unit*. Intensive Care Med (2017) 43:550-553.
4. DAVIDSON J.E., ET AL. *Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU*. Critical Care Medicine Journal. January 2017, Volume 45, Number 1.
5. KNUTSSON S, BERGBOM I. *Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs*. Nurs Crit Care 2007 Mar;12(2):64-73.
6. CLARKE CM, HARRISON D. *The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice*. Journal of Advanced Nursing 2001 Apr;34(1):61-68.
7. JOHNSTONE M. *Children visiting members of their family receiving treatment in ICUs: a literature review*. Intensive Crit Care Nurs 1994;10(4):289-292.
8. VINT PE. *An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically adult in ITU*. Intensive Crit Care Nurs 2005;21(3):149-159.
9. PINOL A. *L'accueil d'un enfant auprès d'un parent hospitalisé en réanimation*. Rev Infirm 2015;211:39-40.
10. KNUTSSON S, OTTERBERG C, BERGBOM I. *Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations*. Intensive and Critical Care Nursing 2004;20(5):264.
11. KNUTSSON S, ENSKR K, GOLSTER M. *Nurses' experiences of what constitutes the encounter with children visiting a sick parent at an adult ICU*. Intensive Crit Care Nurs 2017;39:9-17.
12. KNUTSSON S, BERGBOM IL. *Custodians' viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit*. J Clin Nurs 2007;16(2):362-371.
13. KNUTSSON S, SAMUELSSON LP, HELLSTRM A, BERGBOM I. *Children's experiences of visiting a seriously ill/injured relative on an adult intensive care unit*. J Adv Nurs 2008;61(2):154-162.
14. KNUTSSON S, BERGBOM I. *Children's thoughts and feelings related to visiting critically ill relatives in an adult ICU: A qualitative study*. Intensive Crit Care Nurs 2016;32(1):33-41.
15. MURIEL AC. *Preparing children for the loss of a loved one*. UptoDate. Jul 2017
16. HANLEY JB, PIAZZA J. *A visit to the intensive care unit: a family-centered culture change to facilitate pediatric visitation in an adult intensive care unit*. Crit Care Nurs Q 2012;35(1):113-122.
17. RAINER J. *Child visitor, adult ICU*. Nurs Manage 2012;43(2):28-31.



13-14 novembre
BOLOGNA

BACK TO
BASICS
in Area Critica

TUTTE LE INFORMAZIONI SU:
www.aniarti.it - aniarti@aniarti.it

Reinterpretare l'Assistenza in Area Critica per i nuovi tempi

TOPICS

- ✓ **INFERMIERI E RICERCA**
 Quali "temi caldi" in Area Critica, esperienze già sviluppate e progetti di ricerca
- ✓ **INFERMIERI E TERAPIA INTENSIVA**
 Cure igieniche di base, interventi ed *outcomes*; Valutare la qualità dell'assistenza, interventi di prevenzione del *delirium* e la gestione del sonno e del dolore in terapia intensiva; *early mobilization* per l'orientamento e il riscontro nel rispetto dei ritmi fisiologici, le linee guida nell'assistenza e la loro declinazione operativa. La comunicazione con i familiari
- ✓ **INFERMIERI E GESTIONE DELL'EMERGENZA URGENZA**
 Nuovi modelli organizzati, responsabilità-ruolo-competenze. La simulazione nella formazione per gestire l'emergenza
- ✓ **INFERMIERI E AMBITO PEDIATRICO**
 La gestione e l'assistenza al bambino, innovazione e specificità per il mondo pediatrico
- ✓ **INFERMIERI ED ETICA**
 I dilemmi etici che vivono gli infermieri, il ruolo delle tecnologie e della robotica nell'assistenza e nella vita dei pazienti. La gestione del "fine vita" e le "disposizioni anticipate di trattamento"
- ✓ **INFERMIERI ED ORGANIZZAZIONE**
 Nuovi modelli organizzativi; il coordinamento clinico e manageriale in Area Critica; il ruolo degli infermieri clinici e gestionali e la Dirigenza Infermieristica; quali sviluppi professionali

La gestione dell'arresto cardiorespiratorio nei pazienti adulti degenti al di fuori dall'area critica: analisi dei sistemi di risposta rapida all'emergenza intraospedaliera, efficacia e attuabilità

Management of Cardiopulmonary Arrest in adult hospitalized patients outside the Intensive Care Unit (ICU): analysis of Rapid Response Systems (RRSs), effectiveness and implementation

■ **CLAUDIA CASUMARO¹, ALESSANDRO MONESI²**

¹ Infermiera specialista in Area Critica, Terapia Intensiva Post-Operatoria di Cardiochirurgia (Azienda Ospedaliera di Padova)

² Infermiere specialista in Area Critica, Terapia Intensiva e Rianimazione (Azienda Usl Bologna, Ospedale Maggiore)



RIASSUNTO

Introduzione: L'incidenza dell'arresto cardiorespiratorio in ospedale è compresa tra 1 e 5 casi per 1000 ricoveri. Dati ricavati dai registri dell'American Heart Association (AHA) riportano indici di sopravvivenza alla dimissione pari al 17,6%. Si stima che tra il 60% e il 70% dei pazienti ospedalizzati manifesti un deterioramento dei parametri vitali nelle ore antecedenti l'arresto cardiorespiratorio.

Scopo: Indagare i sistemi di risposta rapida all'emergenza intraospedaliera (RRSs) come metodo per la gestione degli arresti cardiorespiratori che colpiscono i pazienti adulti degenti al di fuori dell'area critica. Valutarne l'efficacia clinica in termini di riduzione della mortalità intraospedaliera, degli arresti al di fuori delle Terapie Intensive (TI) e dei ricoveri inappropriati in TI; valutarne l'attuabilità in termini economici.

Materiali e Metodi: È stata compiuta una revisione della letteratura senza limiti temporali fino a giugno 2017 attraverso Cochrane Library, Pub-Med, Cinahl, TRIP DataBase, Up To Date, inoltre sono state consultate le linee guida internazionali dell'European Resuscitation Council (ERC) e dell'AHA.

Risultati: Sono stati selezionati 5 studi (3 revisioni sistematiche con metanalisi, 1 revisione Cochrane e 1 revisione clinica critica) e le linee guida AHA 2010 ed ERC 2010 e 2015.

Discussione: I RRSs sono diffusi in maniera eterogenea per modalità di attivazione, composizione del team, funzioni, gestione della responsabilità clinica, tuttavia risultano essere clinicamente efficaci.

Conclusioni: L'implementazione dei RRSs è in grado di ridurre la mortalità intraospedaliera e riduce i casi di arresti al di fuori delle TI, tuttavia non si è ancora in grado di stabilire quale sia la loro miglior modalità di attuazione in termini di efficacia clinica e di sostenibilità economica.

Parole chiave: arresto cardiaco, sistemi di risposta rapida all'emergenza intraospedaliera, esiti di intervento.



ABSTRACT

Introduction: The incidence of in-hospital cardiopulmonary arrest is in the range of 1-5 per 1000 admissions. Data from the American Heart Association's National Registry of CPR indicate that survival to hospital discharge after in-hospital cardiopulmonary arrest is 17.6%. Before an in-hospital cardiopulmonary arrest, 60-70% of patients shows a change in vital signs.

Purpose: To investigate Rapid Response Systems (RRSs) as a method to manage Cardiopulmonary Arrest in adult hospitalized patients outside the Intensive Care Unit (ICU). To assess the clinical effectiveness of RRSs on reducing hospital mortality, non-ICU cardiopulmonary arrests and unscheduled ICU admissions. To assess economic sustainability.

Methods: Literature analysis, without time limits until June 2017, using Cochrane Library, PubMed, Cinahl, TRIP DataBase, Up To Date and the international guidelines of European Resuscitation Council (ERC) and American Heart Association (AHA).

Results: 5 studies (3 systematic reviews with meta-analysis, 1 Cochrane review, 1 critical clinical review), guidelines of AHA (2010) and ERC (2010-2015).

Discussion: RRSs are diffused with wide differences, particularly in regard to team structure, functions, activation criteria, management of primary responsibility; after all RRSs are clinical effective.

Conclusion: Implementation of RRSs reduce the rate of in-hospital cardiopulmonary arrest outside ICU and may reduce the rate of in-hospital mortality, however it is not possible to determinate RRS best organization for clinical efficacy and economic sustainability.

Keywords: Heart Arrest, Hospital Rapid Response Team, Treatment Outcome.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

PERVENUTO IL 01/03/2018

ACCETTATO IL 20/06/2018

Corrispondenza per richieste:

Claudia Casumaro

claudia.casumaro@gmail.com

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interessi.

INTRODUZIONE

L'incidenza dell'arresto cardiorespiratorio in ospedale è compresa tra 1 e 5 casi per 1000 ricoveri^[1]. Dati ricavati dal registro nazionale sulla rianimazione cardio-polmonare (RCP) dell'American Heart Association (AHA) indicano che la sopravvivenza alla dimissione dopo l'arresto cardiorespiratorio sia del 17,6% tra la popolazione adulta^[1]. Le ultime Linee Guida ERC sono allineate a questa percentuale, infatti stimano che meno del 20% dei pazienti adulti sopravvive all'arresto cardiorespiratorio in ospedale^[2]. Si discosta da ciò solo la letteratura del nord Europa riportando indici di sopravvivenza più elevati, pari al 30%; questo è spiegabile data la disponibilità in molte strutture ospedaliere di chiare e definite linee guida di etica medica che consentono ai clinici una precoce identificazione dei pazienti *Do-Not-Resuscitate order* (DNR), i quali sono poi esclusi dagli studi di ricerca aumentando così le percentuali totali di sopravvivenza^[3,4].

L'arresto cardiorespiratorio nei pazienti adulti ricoverati in reparti privi di monitoraggio solitamente non è un evento improvviso e imprevedibile, spesso non è nemmeno causato da una malattia cardiaca^[5]. Questi pazienti presentano spesso un deterioramento lento e progressivo delle funzioni fisiologiche, fino allo sviluppo di ipossiemia ed ipotensione inizialmente non identificate dal personale o, se riconosciute, trattate in modo insufficiente^[5]. La recente revisione critica di Howell & Stevens (2017) stima che tra il 60% e il 70% dei pazienti ospedalizzati nelle ore antecedenti l'arresto cardiorespiratorio manifesti un cambiamento dei parametri vitali. Già nel 2010 le Linee Guida ERC mostrano la presenza di problematiche cliniche antecedenti nel 79% degli arresti cardiaci, nel 55% dei decessi e nel 54% dei ricoveri inaspettati in terapia intensiva (TI)^[5]. Inoltre l'analisi della documentazione clinica dei pazienti aventi arresto cardiorespiratorio o ricovero inaspettato in TI evidenzia spesso problemi respiratori o circolatori non

riconosciuti o non trattati nei reparti di degenza^[5].

In questo senso il precoce riconoscimento di segni e sintomi di avvertimento, come cambiamenti a livello respiratorio, del polso o dello stato di coscienza, unito ad un trattamento altrettanto precoce ed efficace possono fornire l'opportunità di prevenire casi di arresto cardiorespiratorio, di ricovero inaspettato in TI e di decesso ai pazienti adulti degenti al di fuori dell'area critica^[2,5,6,7,8,9,10].

Scopo

Questa revisione della letteratura ha lo scopo di indagare i sistemi di risposta rapida all'emergenza intraospedaliera (*Rapid Response Systems* - RRSs, che includono *Medical Emergency Team* - MET, *Rapid Response Team* - RRT, *Critical Care Outreach Team* - CCOT) come metodo per la gestione degli arresti cardiorespiratori che colpiscono i pazienti adulti degenti al di fuori dell'area critica. In particolare, vuole rispondere alle domande se l'attivazione dei RRSs risulta essere efficace in termini di riduzione dei casi di arresto cardiorespiratorio al di fuori dell'area critica e di ricoveri inaspettati in TI, e può ridurre la mortalità intraospedaliera; inoltre, se l'implementazione di questi sistemi è realizzabile nelle odierne realtà ospedaliere locali.

MATERIALI E METODI

Fonti dati di ricerca

È stata compiuta una revisione della letteratura senza limiti temporali fino a giugno 2017 attraverso le banche dati: Cochrane Library, PubMed, Cinahl, TRIP Data Base e Up To Date inoltre si sono indagate le linee guida internazionali ERC e AHA.

Strategia di ricerca

Si è composto l'acronimo Patient - Intervention - Comparison - Outcome (P.I.C.O.) per definire in maniera schematica il seguente quesito di ricerca letterale: l'impiego dei sistemi di risposta rapida all'emergenza intra-

ospedaliera (*Rapid Response Systems* - RRSs) sono in grado di ridurre l'incidenza degli arresti cardiorespiratori nei pazienti adulti degenti al di fuori dell'area critica? E possono ridurre la mortalità intraospedaliera e il numero di ricoveri inaspettati in Terapia Intensiva (ICU) rispetto al loro non utilizzo?

P: Paziente adulto ricoverato in area non critica in arresto cardiorespiratorio

I: Sistemi di risposta rapida all'emergenza intraospedaliera (RRSs)

C: Usual care

O: Obiettivo primario: riduzione della mortalità intraospedaliera. Obiettivi secondari: riduzione degli arresti cardiorespiratori al di fuori dell'area critica, riduzione dei ricoveri inaspettati in ICU

Si sono impiegate diverse stringhe di ricerca per esplorare il quesito in base alle parole chiave fornite dai motori di ricerca delle banche dati utilizzate (**Tabella 1**), invece per quanto riguarda le linee guida si è utilizzata la lettura libera del testo.

La ricerca è stata condotta principalmente da un autore (C.C.) con la supervisione del coautore (M.A.).

Criteri di inclusione degli studi

Sono stati considerati i seguenti criteri di inclusione degli studi:

- 1) la tipologia: letteratura di secondo livello
- 2) l'obiettivo: analizzare se l'impiego dei RRSs nelle unità di degenza migliori gli esiti in termini di riduzione degli arresti cardiorespiratori, ricoveri inaspettati in TI e mortalità intraospedaliera (occorre la presenza di uno degli obiettivi perché lo studio sia eleggibile).

I criteri di inclusione sono stati concordati tra i due autori.

Criteri di esclusione degli studi

In seguito sono stati esclusi gli studi di secondo livello che non presentano metanalisi per il rischio della bassa qualità dei dati rica-

Tab.1 - Strategia di ricerca

Banca dati	Parole chiave	Risultati	Selezionati
Cochrane Library	"Heart Arrest"[MeSH] AND "Hospital Rapid Response Team"[MeSH]	4	1 revisione sistematica con metanalisi (Chan et al, 2010)
PubMed	"Heart Arrest"[Mesh] AND "Hospital Rapid Response Team"[Mesh] AND ("Treatment Outcome"[Mesh] OR "Failure to Rescue, Health Care"[Mesh])	12	0
PubMed	("Heart Arrest/organization and administration"[Mesh] OR "Heart Arrest/prevention and control"[Mesh]) AND ("Hospital Rapid Response Team/organization and administration"[Mesh]) AND ("Treatment Outcome"[Mesh] OR "Failure to Rescue, Health Care"[Mesh])	2	
PubMed	("Heart Arrest/organization and administration"[Mesh] OR "Heart Arrest/prevention and control"[Mesh]) AND "Hospital Rapid Response Team/organization and administration"[Mesh]	23	1 revisione sistematica (Winters et al, 2013); 1 revisione sistematica con metanalisi (Chan et al, 2010)
TRIP Database	(heart arrest) (rapid response team) (treatment outcome)	106	1 revisione Cochrane (McGaughey et al, 2007); 1 revisione sistematica con metanalisi (Ranji et al, 2007)
CINAHL	rapid response team AND cardiac arrest	59	1 revisione sistematica con metanalisi (Solomon et al, 2016); 4 revisioni (Trikkonen et al, 2017; Butner et al, 2016; Tibballs et al, 2013; Churpek et al, 2013)
Up To Date	cardiopulmonary resuscitation team filtro: adulto		1 revisione clinica critica Rapid Response Systems (Howell & Stevens, 2017)
Linee Guida in siti dedicati alla tematica	prevenzione e gestione ACC		AHA 2010; ERC 2010, 2015

vati, eccetto la revisione sistematica operata da Cochrane Library data l'alta qualità con cui è stata eseguita (Tabella 2). I criteri di esclusione sono stati concordati tra i due autori.

Criteri di qualità

Non sono stati eseguite ulteriori valutazioni sulla qualità degli studi scelti trattandosi di letteratura di secondo livello, infatti ognuno di essi riporta in modo chiaro ed esplicito la metodologia di ricerca e le analisi statistiche condotte, nonché le eventuali criticità emerse in tali processi.

Analisi dei dati

Ogni studio di secondo livello è stato analizzato in tre macroaree: tipologia, metodologia e risultati. All'interno della metodologia si è esplorato: banche dati impiegate, processo di selezione degli studi ed estrazione dei dati, analisi statistiche condotte (sensibilità statistica, calcolo dell'eterogeneità, calcolo dei bias, processo di metanalisi). Nei risultati si sono individuate le conclusioni finali di ogni studio con i rispettivi limiti dichiarati da parte degli stessi. Per quanto riguarda le linee guida internazionali di AHA e ERC si sono ricercate

nel testo le evidenze riguardanti il quesito di ricerca e gli obiettivi di studio.

I dati sono stati estratti da un singolo autore (C.C.) con la supervisione del coautore (M.A.).

Risultati

La ricerca ha condotto a un totale di 207 risultati, applicando i criteri di inclusione e di esclusione i risultati finali sono 5, nel dettaglio: 3 revisioni sistematiche con metanalisi, 1 revisione sistematica Cochrane e 1 revisione clinica critica. A questi sono state aggiunte le linee guida AHA 2010 ed ERC 2010 e 2015 (Tabella 2).

DISCUSSIONE

Definizione RRSs

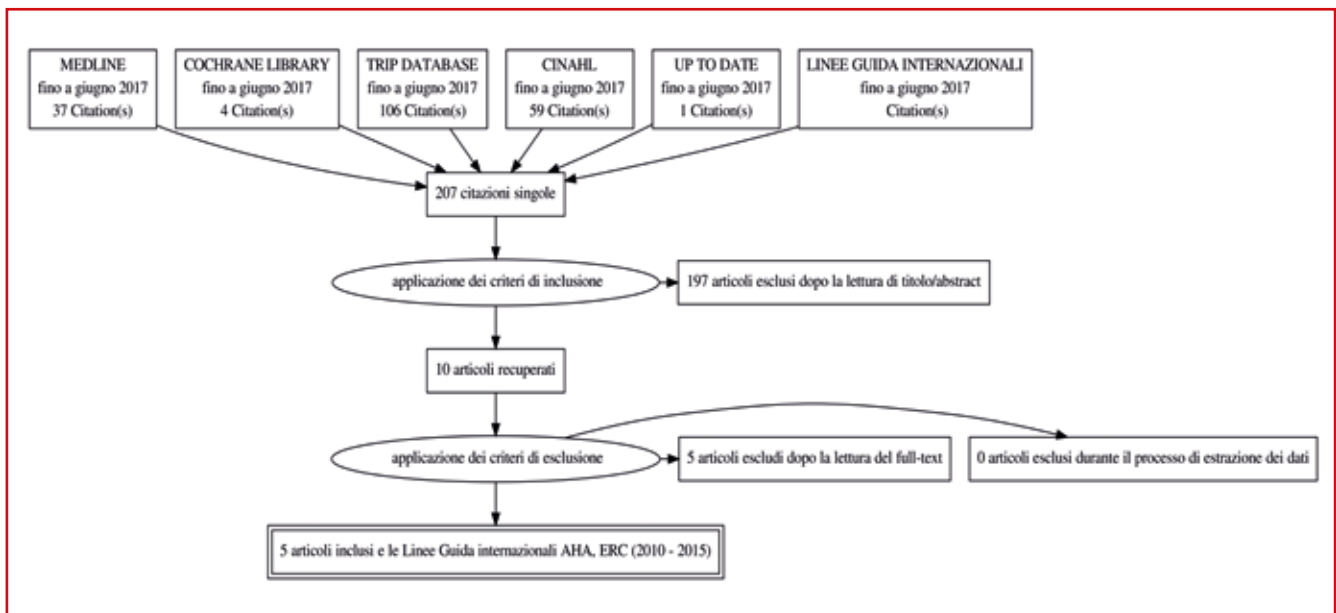
Si definisce come sistema di risposta rapida all'emergenza intraospedaliera (RSS) l'insieme delle strategie organizzative adottate dagli ospedali per migliorare la sicurezza dei pazienti le cui condizioni si stanno deteriorando velocemente per insufficienza respiratoria, insufficienza cardiaca, alterazioni dello stato di coscienza, ipotensione, aritmie, edema polmonare, sepsi^[10]. L'RRS si basa su: identificazione del deterioramento clinico dei pa-

zienti degenti al di fuori dell'area critica attraverso scale validate; immediata attivazione del team, i cui componenti hanno specifica formazione per la gestione delle emergenze; rapido intervento da parte di quest'ultimo; metodi per la valutazione delle performance del team^[10].

Caratteristiche dei RRSs: modalità di attivazione, tempi di attivazione, composizione e attività del team

Al fine di facilitare l'identificazione precoce delle condizioni potenzialmente critiche che richiedono l'attivazione del team di emergenza, all'interno dei reparti di degenza ogni paziente dovrebbe avere un piano documentato per il monitoraggio dei segni vitali che indichi chiaramente quali variabili e con quale frequenza debbano essere misurate^[2,5,6]. È stato dimostrato che questa metodologia è in grado di incrementare la frequenza dei rilevamenti dei parametri vitali al di fuori delle ICU^[2,5]. I "sistemi di monitoraggio e di allarme" (*track-and-trigger systems*) impiegati nell'ambito dei RRSs consistono in scale di valutazione a punteggio che, in base ad esso, identificano la necessità di attivare l'intervento o la consulenza da parte del team,

Tab. 2 - Schema modalità della ricerca della letteratura "Prisma Flow chart" tratto da: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>



oppure di implementare il monitoraggio o il trattamento già in atto^[2,5]. Anche se esistono sistemi *track-and-trigger* mono-parametro, quelli multi-parametro a punteggio con dati aggregati sono i sistemi maggiormente impiegati in quanto permettono di ottenere un miglior livello di predittività, una performance costante e un efficace potere discriminante; l'*Early Warning Scores* (EWS) e le sue declinazioni è lo strumento multi-parametro di allarme precoce validato più diffuso^[2,5,6]. Tuttavia una recente revisione di settore identifica tre scale specifiche per l'attivazione del RRS: *Bellomo calling criteria*, *MERIT calling criteria* e *Pittsburgh calling criteria* (Tabella 3)^[10]. Non vi è ancora prova o accordo su quali siano i criteri ottimali e i valori soglia in grado di permettere una precoce previsione, tuttavia la letteratura e gli esperti concordano sul fatto che debbano essere parametri oggettivi e misurabili basati sui cambiamenti dei segni vitali e dello stato neurologico^[5,10]. Secondo le Linee Guida ERC la bassa sensibilità dei sistemi *track-and-trigger* comporta che un numero considerevole di pazienti a rischio di deterioramento clinico potrebbe non essere identificato, pertanto ogni ospedale dovrebbe utilizzare dei sistemi validati per le proprie specifiche tipologie di pazienti, inoltre è consigliabile considerare l'età del paziente in quanto questo dato migliora il valore predittivo^[5]. Chiunque del personale che ha in cura un paziente può effettuare la chiamata per attivare il team di risposta rapida, in alcuni ospedali anche la famiglia e gli amici del paziente sono incoraggiati ad attivarlo^[2,5].

La letteratura presenta parere omogeneo per quanto riguarda la modalità di ri-

sposta da parte del team, che deve essere garantita 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 con un arrivo stimato entro 15 minuti^[2,10]. Presenti ma ancora poco diffusi sono i RRSs organizzati attraverso la sorveglianza attiva da parte dei membri del team, i quali monitorano pazienti degenti nei reparti^[10].

In letteratura sono descritti principalmente tre modelli di RRSs: *Medical Emergency Team* (MET), *Rapid Response Team* (RRT) e *Critical Care Outreach Team* (CCOT)^[2,5,10]. Questi team sostituiscono o coesistono con i tradizionali team dell'arresto cardiaco (*code team*, *code blue*), che tipicamente rispondono quando i pazienti sono già in arresto cardiorespiratorio^[2,5]. Tutti i team presentano criteri di attivazione simili a cui segue la risposta, cioè il loro arrivo^[8,10]. Non esistono studi che comparino le diverse tipologie dei team, è però auspicabile che tutti i membri eseguano regolarmente attività di re-training e di simulazioni per migliorare le prestazioni a livello individuale e di *team-work*^[2,7,10]. Sia MET che RRT solitamente sono formati da personale medico ed infermieristico di terapia intensiva e medicina generale^[2,5]; MET ha come team leader un medico in grado di gestire le vie aeree complesse, posizionare un accesso venoso centrale e iniziare cure intensive al letto del paziente, mentre RRT ha generalmente come leader un infermiere specialista esperto nella valutazione e gestione di pazienti critici^[10]. CCOT sono frequenti per lo più nel Regno Unito e sono composti essenzialmente da infermieri singoli o in team impegnati nella gestione dei trasporti sicuri dei pazienti all'interno dell'ospedale e nella formazione dei sanitari non di area critica^[5,10]. Oltre ai membri

fissi, medico intensivista e infermiere specialista in area critica, il team dovrebbe comporsi di membri diversi in base alla gravità clinica, agli specifici obiettivi di cura del paziente e alle risorse della struttura^[10]. Infatti a differenza del *code team*, questi team devono avere abilità di: diagnosi clinica, inizio della terapia e, nel caso, organizzare il trasferimento del paziente presso l'unità di cura più idonea^[10]. Gli interventi del team pertanto differiscono in base alle specifiche esigenze del paziente; si possono tradurre in azioni semplici come somministrare ossigeno terapia, broncodilatatori o fluidi endovenosi, in trattamenti medici intensivi quali iniziare una terapia cardioattiva o diuretica, in interventi d'urgenza come la gestione delle vie aeree e le manovre di RCP, talvolta addirittura possono implementare con i curanti e i familiari un dibattito etico e facilitare l'inizio delle cure di fine-vita^[2,5,10].

Efficacia dei RRSs su incidenza degli arresti cardiorespiratori, ingressi in TI e mortalità intraospedaliera

Fino al 2010 RRSs sono considerati un'area grigia della letteratura dal momento che essa fornisce pochi dati e, parte di essi, sono di bassa qualità^[6,11]. Infatti molti studi presentano carenze dal punto di vista metodologico e quasi tutti non considerano il contesto in cui sono inseriti: tipologia pazienti, terapia, comorbilità, rapporto infermiere/paziente, posti letto disponibili in TI^[11]. L'unico RCT di qualità (*Merit Trial*, condotto da Hillman e colleghi nel 2005) non rileva differenza tra il gruppo di controllo, 11 strutture ospedaliere che non impiegano il MET, e quello di intervento, 12 ospedali che introducono il MET, per nessun outco-

Tab. 3 - Criteri specifici per l'attivazione del team di emergenza intraospedaliera tradotta dagli autori dall'originale in lingua inglese¹⁰

Bellomo calling criteria	MERIT calling criteria	Pittsburgh calling criteria
se è presente uno di questi sintomi: <ul style="list-style-type: none"> - cambiamento acuto FC < 40 bpm o > 130 bpm - cambiamento acuto PAS < 90 mmHg - cambiamento acuto FR < 8 atti/min o > 30 atti/min - cambiamento acuto Sp < 90% senza somministrazione di O₂ - cambiamento acuto dello stato di coscienza - cambiamento delle urine < 50ml in 4 ore 	in A (airway) se: <ul style="list-style-type: none"> - vie aeree a rischio 	respirazione e ventilazione se: <ul style="list-style-type: none"> - FR < 8 atti/min o > 36 atti/min - difficoltà respiratoria di nuova insorgenza - Sp < 85% per più di 5 minuti in pz non noti per ipossia cronica
	in B (breathing) se: <ul style="list-style-type: none"> - arresto respiratorio - FR < 5 atti/min o FR > 36 atti/min 	frequenza cardiaca se: <ul style="list-style-type: none"> - FC < 40 bpm o > 140 bpm sintomatica - FC > 160 bpm
	in C (circulation) se: <ul style="list-style-type: none"> - arresto cardiaco - FC < 40 bpm o FC > 140 bpm - PAS < 90 mmHg 	pressione arteriosa se: <ul style="list-style-type: none"> - PAS < 80 mmHg o > 200 mmHg - PAD > 110 mmHg sintomatica
	in D (neurological dysfunctions) se: <ul style="list-style-type: none"> - improvviso calo del livello di coscienza (caduta di 2 punti della Glasgow Coma Scale - GCS) - ripetute o estese convulsioni 	acuti cambiamenti dello stato neurologico se: <ul style="list-style-type: none"> - perdita acuta dello stato di coscienza - nuova insorgenza di letargia o uso di Naloxone senza risposta immediata - convulsioni improvvise (al di fuori delle unità che le monitorano) - improvvisa perdita di movimento o di coscienza
	qualsiasi paziente del quale si è gravemente preoccupati anche se non corrisponde ai criteri sopra riportati	<ul style="list-style-type: none"> - dolore toracico non responsivo alla nitroglicerina - cambiamento colore estremità - inspiegabile agitazione > 10 min - episodio di tentato suicidio - sanguinamento incontrollato

me clinico selezionato^[5,11]; mentre gli studi osservazionali che analizzano l'utilizzo di RRSs rilevano una riduzione della mortalità ospedaliera (RR=0,82, 95%; CI: 0,74-0,91; I²=62%) e degli arresti cardiorespiratori intraospedalieri (RR=0,73, 95%; CI: 0,65-0,83; I²=62%)^[11], rimane tuttavia non chiaro l'effetto sui ricoveri inaspettati in TI^[6,11].

Le linee guida ERC e AHA per la prevenzione e la gestione dell'arresto cardiorespiratorio nel 2010 dichiarano che l'implementazione dei RRSs riduce gli arresti cardiorespiratori intraospedalieri nei pazienti adulti al di fuori delle ICU^[5,7], dato avvalorato anche dalla revisione con metanalisi di Chan e colleghi (RR=0,66, 95%; CI: 0,54-0,80)^[8]. Tuttavia la

letteratura non fornisce robuste evidenze che supportino la diminuzione della mortalità intraospedaliera (RR=0,96, 95%; CI: 0,84-1,09; I²=91,4%), non sono univoci e definiti i criteri di attivazioni dei team, la loro composizione è varia e nel 81,3% degli studi che la dichiarano c'è la presenza di un medico^[5,8]. Il ruolo del *code team* è messo in discussione e ridimensionato in quanto solo i pazienti che hanno raggiunto il ripristino del circolo spontaneo prima dell'arrivo del suddetto team sono poi dimessi vivi dall'ospedale^[9]; questo importante dato, unito alla bassa percentuale di sopravvivenza dopo un arresto cardiorespiratorio intraospedaliero, enfatizza quanto sia importante identificare e trattare precocemente i

pazienti al di fuori dell'area critica al fine di prevenire l'insorgenza dell'arresto cardiorespiratorio, non tanto di come intervenire una volta che si è verificato^[5].

Le linee guida ERC 2015 enfatizzano la raccomandazione di gestire mediante procedura chiara e specifica i pazienti a rischio di deterioramento clinico, attraverso l'adozione di sistemi di monitoraggio e di allarme uniti a un servizio di risposta rapida intraospedaliero, attivo 24 su 24 e 7 giorni su 7, i cui membri siano adeguatamente formati e abbiano competenze appropriate nel trattamento dei pazienti acuti o critici^[2].

Nel 2016 la revisione sistematica con metanalisi di Solomon e colleghi dimostra che

l'implementazione di RRSs è associata a una significativa riduzione della mortalità intraospedaliera (RR=0,88, 95%; CI: 0,83-0,93; I²=86%), oltre a dichiarare la già provata diminuzione degli arresti cardiorespiratori al di fuori delle TI (RR=0,62, 95%; CI: 0,55-0,69; I²=71%)^[9]. La riduzione della mortalità intraospedaliera e degli arresti al di fuori delle TI sono confermati dalla recente revisione critica di Howel & Stevens (2017).

Criticità dei RRSs: impatto economico e responsabilità cliniche

Al momento non si è in grado di determinare l'impatto economico che richiede l'introduzione di tali sistemi di emergenza intraospedaliera, molto dipende dalle risorse, dallo staff e dal contesto in cui vengono applicati^[6]. Inoltre pochi studi di settore analizzano questo aspetto, uno tra questi afferma che l'implementazione dei RRSs non comporti l'impiego di risorse dedicate ma la gestione delle già presenti con sistemi di turnazione e re-training specifici^[12]. È intuibile che i costi di gestione siano maggiori tanto più lo sono le risorse a disposizione al letto del paziente; ad esempio avere a disposizione un medico anestesista ha un impatto economico maggiore rispetto ai team a sola componente infermieristica, tuttavia questi ultimi potrebbero poi necessitare di ulteriori risorse per stabilizzare il paziente e quindi alla fine non avere un impatto economico inferiore rispetto ad avere un anestesista sempre disponibile^[10].

I RRSs potrebbero indurre a diminuire il senso di responsabilità nei sanitari delle aree di degenza creando confusione su chi ha la responsabilità di cura^[10]. In alcuni modelli organizzativi il team di emergenza, assumendo il controllo della cura del paziente, detiene anche le principali responsabilità, invece in altri modelli, avendo solo funzione consultiva, la responsabilità di cura resta al medico che ha in gestione il paziente^[10]. Al momento non è chiaro quale sia la strategia di gestione delle responsabilità cliniche migliore^[10].

CONCLUSIONI

All'interno degli ospedali è possibile diminuire l'incidenza degli arresti cardiorespiratori se è presente un'organizzazione del lavoro e delle risorse atta a identificare precocemente i pazienti a rischio evolutivo^[2,5,7]. Al fine di otte-

nere ciò è necessario garantire l'acquisizione e il mantenimento delle conoscenze, delle abilità e dei comportamenti tra il personale sanitario, sostenere lo sviluppo e l'implementazione dei sistemi di risposta rapida all'emergenza intraospedaliera (RRSs)^[5,7].

Le linee guida statunitensi ed europee in uso, le recenti revisioni di settore e il parere degli esperti concordano che l'impiego di RRSs sia uno strumento in grado di migliorare gli esiti di trattamento in termini di riduzione della mortalità intraospedaliera, riduzione degli arresti cardiorespiratori e riduzione dei ricoveri inaspettati in TI^[2,5,7,9,10].

Tuttavia i RRSs sono impiegati in modo difforme ed eterogeneo in termini di modalità di attivazione, composizione, attività e responsabilità del team di emergenza. Sono presenti in modo capillare e strutturato negli Stati Uniti e nell'area anglosassone (Gran Bretagna, Australia, Canada), abbastanza diffusi nel nord Europa, mentre quasi assenti nel resto del mondo. Queste disomogeneità organizzative e di impiego rendono difficile studi comparativi circa l'efficacia clinica e l'impatto economico tra i sistemi attualmente in uso.

Sono necessari una maggiore sensibilizzazione del personale sanitario al tema della prevenzione degli arresti cardiorespiratori negli ambienti ospedalieri, lo sviluppo di sistemi di risposta rapida all'emergenza nelle realtà locali e il monitoraggio dei dati prodotti, al fine di stabilire quali siano le migliori modalità in termini di efficacia clinica e investimento economico.

BIBLIOGRAFIA

1. NOLAN JP, SOAR J., ZIDEMAN DA, BIARENT D, BOSSAERT LL, DEAKIN C, ET AL. *on behalf of the ERC Guidelines Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Executive summary.* Resuscitation. 2010;81:1219-76.
2. SOAR J, NOLAN JP, BOTTINGER BW, PERKINS GD, LOTT C, CARLI P, ET AL. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 3. Adult advance life support.* Resuscitation. 2015; 95:100-147.
3. RAMBERG E, WOLSK E, ELKJÆR JM, BÜLOW HH. *In-hospital cardiac arrest: characteristics and outcome after implementation of systematic practice-oriented training.* Am J

Emerg Med. 2014;32:765-7.

4. AUNE S, ELDH M, ENGDALH J, HOLMBERG S, LINDQVIST J, SVENSSON L, ODDBY E, HERLITZ J. *Improvement in the hospital organisation of CPR training and outcome after cardiac arrest in Sweden during a 10-year period.* Resuscitation. 2011;82:431-5.
5. DEAKIN CD, NOLAN JP, SOAR J, SUNDE K, KOSTER RW, SMITH GB, PERKINS GD. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 4. Adult advanced life.* Resuscitation. 2010;81:1305-52.
6. MCGAUGHEY J, ALDERDICE F, FOWLER R, KAPILA A, MAYHEW A, MOUTRAY M. *Outreach and Early Warning Systems (EWS) for the prevention of critically ill adult patients on general hospital wards.* Cochrane Data base Syst Rev. 2007;3.
7. BHANJI F, MANCINI ME, SINZ E, RODGERS DL, MCNEIL MA, HOADLEY TA, MEEKS RA, HAMILTON MF, MEANEY PA, HUNT EA, NADKARNI VM, HAZINSKI MF. *Part 16: education, implementation, and teams: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.* Circulation. 2010;122 (Suppl 3):S920-33.
8. CHAN PS, JAIN R, NALLMOTHU BK, BERG RA, SASSON C. *Rapid Response Teams: a Systematic Review and Meta-analysis.* Arch of Intern Med. 2010;170:18-26.
9. SOLOMON RS, CORWIN GS, BARCLAY DC, QUDDUSI SF, DANNENBERG MD. *Effectiveness of rapid response teams on rates of in-hospital cardiopulmonary arrest and mortality: A systematic review and meta-analysis.* J Hosp Med. 2016;11:438-45.
10. HOWELL MD, STEVENS JP. *Rapid response systems.* Up To Date, 2017. Disponibile a: <https://www.uptodate.com/contents/rapid-response-systems>. Ultimo accesso: 31/04/2017.
11. RANJJI SR, AUERBACH AD, HURD CA, O'ROURKE K, SHOJANIA KG. *Effects of Rapid Response Systems on clinical outcomes: systematic review and meta-analysis.* J Hosp Med. 2007;2:422-32.
12. MITCHELL A, SCHATZ M, FRANCIS H. *Designing a critical care nurse-led Rapid Response Team using only available resources: 6 years later.* Crit Care Nurse. 2014;34:41-55.

anⁱartⁱ

associazione nazionale
infermieri di area critica



EfCCNa



Grazie al contributo di ognuno,
la professione diventa Grande!



L'infermiere e il PICC Team: uno studio retrospettivo

Nurse and PICC Team: a retrospective study

■ RITA SCIOTTI¹, ANTONIO GALZERANO², ALESSIO GILI³, ROBERTA RAMPACCI⁴, STEFANO MOSCA⁵

¹ Infermiera Università degli Studi di Perugia

² Medico Rianimatore. Unità di Terapia Intensiva. Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia

³ Ricercatore, Università degli Studi di Perugia – Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Igiene e Sanità Pubblica

⁴ Infermiera Sezione Angiografica, Radiologia Interventistica Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia

⁵ Medico Radiologo. Angiografia e Radiologia Interventistica Vascolare. Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia



RIASSUNTO

Introduzione: Il PICC è un dispositivo che consente l'accesso vascolare centrale. Si è affermato nell'ultimo ventennio e la sua diffusione è stata possibile grazie alla praticità d'impianto e gestione, costo efficacia e formazione di PICC Team che ha reso protagonista l'infermiere. Con questo lavoro viene analizzato il primo anno di lavoro del PICC Team presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia e valutata l'efficacia e l'efficienza per confermare le nuove competenze dell'infermiere specializzato.

Materiali e Metodi: Lo studio condotto è retrospettivo su un campione di 307 dispositivi impiantati dal PICC Team in Sezione Angiografica dal marzo 2016 al marzo 2017 per i quali non sono stati applicati criteri di esclusione. È stato studiato inoltre il decorso clinico dei dispositivi mediante accesso alla documentazione clinica di ogni paziente. I dati sono stati elaborati con Software Stata14.

Risultati: L'11,01% degli impianti è andato incontro a riposizionamenti per le complicanze verificatesi durante la degenza, queste comprendono sanguinamenti 1,45%, infezioni 2,03%, malfunzionamenti 5,51%. Non abbiamo ottenuto risultati significativi per genere, età, lumi del catetere, reparti di provenienza e infusioni come chemioterapia, antibiotici e terapia endovenosa, ad eccezione per la nutrizione parenterale per la quale si è ottenuto un indice $p=0,043$ con correlazione tra questa infusione e complicanze.

Discussione: è possibile migliorare ulteriormente questi risultati non sottovalutando l'importanza del lavaggio tra le infusioni di farmaci per evitare precipitazioni e occlusioni del lume, e riservare un lume per l'infusione di nutrizione parenterale. Si dimostra necessario lavorare sul timing iniziale del paziente che si propone all'impianto: spesso non si è rivelato idoneo per compromissioni dell'arto di interesse, questo obiettivo è fronteggiabile conferendo a chi impianta il dispositivo un ruolo decisivo nella scelta finale del paziente e che questo si realizzi in un ambiente monitorizzato.

Conclusioni: Si dimostra un tasso di successo degli impianti significativo per poter confermare le nuove competenze dell'infermiere con la speranza che questo dispositivo diventi una pratica comune per il professionista.

Parole chiave: Catetere Venoso Centrale ad introduzione periferica (PICC), Catetere Venoso Centrale (CVC), Infermieri



ABSTRACT

Introduction: the PICC is a device which allows central vascular access. Its diffusion has been growing in the last twenty years, thanks to the placement and management practicality, the cost effectiveness and the introduction of the PICC Team, within which the nurse has a central role. With this study we aim to evaluate the outcomes of the Perugia Hospital PICC Team in its first year of activity. Furthermore we evaluate the efficacy and efficiency in relation to the specialist nurse's new skills.

Materials and Methods: we carried out a retrospective study on 307 devices implanted in Angiographic Unit from march 2016 to march 2017 without exclusions. We have also studied the PICC's clinical course by referring to clinical documents of each patient. The acquired data were elaborated by Software Stata14.

Results: The 11,01% of devices have been repositioned during the hospital stay for complications such as bleeding 1,45%, infection 2,03%, occlusion 5,51%. No significant data were collected in relation to sex, age, lumens, ward, chemotherapy, antibiotics and endovenous therapy, except for parenteral nutrition which resulted into $p=0,043$.

Discussion: a correct washing between drugs infusion can improve these results avoiding occlusion; moreover it's appropriate to reserve a lumen for parenteral nutrition infusions. It's also crucial to choose a proper timing for the device placement, which has often occurred to be not feasible due to arm's damages. Finally the Nurse should have a crucial role in the assessment of patient eligibility and devices should be implanted in a monitored environment.

Conclusion: the high success rate of device placements performed by the PICC Team confirms nurse's new skills. This evidence can help promote the PICC's usage in the next future.

Key words: Peripherally inserted central venous catheter (PICC), Central venous catheter, Nurses

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 15/12/2017
ACCETTATO IL 16/06/2018

Corrispondenza per richieste:

Rita Sciotti
sciotti.rita@gmail.com

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interessi.

RINGRAZIAMENTI:

Ai fini della stesura di questo studio sperimentale si ringrazia il PICC Team dell’Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia per la collaborazione nell’analisi dei dati raccolti.

INTRODUZIONE

Il PICC (*Peripherally Inserted Central Catheter*) è un dispositivo che consente l’accesso stabile e sicuro al sistema vascolare, viene definito “centrale” per la posizione della sua punta a livello della giunzione cavo-atriale pur mantenendo un sito di inserzione “periferico” nelle vene del terzo medio del braccio^[1,2].

Questo dispositivo permette di unire e ottimizzare i vantaggi di un CICC (*Centrally Inserted Central Catheter*) per la possibilità di infondere farmaci ad elevata osmolarità, irritanti e vescicanti, e quelli di un ago-cannula periferico per la maggior sicurezza dal rischio infettivo e un miglior impatto estetico e psicologico sul paziente^[3]. Il posizionamento da parte degli infermieri rappresenta il raggiungimento di un obiettivo che ha esteso il panorama della sua professionalità: risale infatti agli anni ‘70 del secolo scorso il primo studio di PICC impiantati da infermieri, ma soltanto nei primi anni del 2000 è stato possibile introdurlo in Italia grazie a medici e infermieri del gruppo GAVeCeLT (acronimo dell’associazione “Gli Accessi Venosi Centrali a Lungo Termine”) che nel 2005 hanno poi formato il primo PICC Team in Italia^[4]. In questo gruppo multidisciplinare l’infermiere svolge il ruolo di “impiantatore” e il lavoro è coadiuvato da altri specialisti che nell’ambito delle proprie competenze partecipano sia al processo di posizionamento che a quello di gestione. Questo tipo di organizzazione permette di aggiungere un vantaggio in termini di costo-efficacia per la riduzione delle complicanze, dei giorni di degenza, dei tempi di lavoro, e lo stesso posizionamento infermieristico risulta essere costo-efficace^[4].

Da queste considerazioni si è andati ad analizzare l’efficacia e l’efficienza di un PICC Team di recente costituzione.

MATERIALI E METODI

Lo studio condotto è un’indagine retrospettiva osservazionale condotta sugli esiti dell’attività del PICC Team dell’Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia dal marzo 2016 al marzo 2017, il gruppo è composto da un medico responsabile del Team e sette infermieri con la funzione di

Grafico 1. Principali complicanze

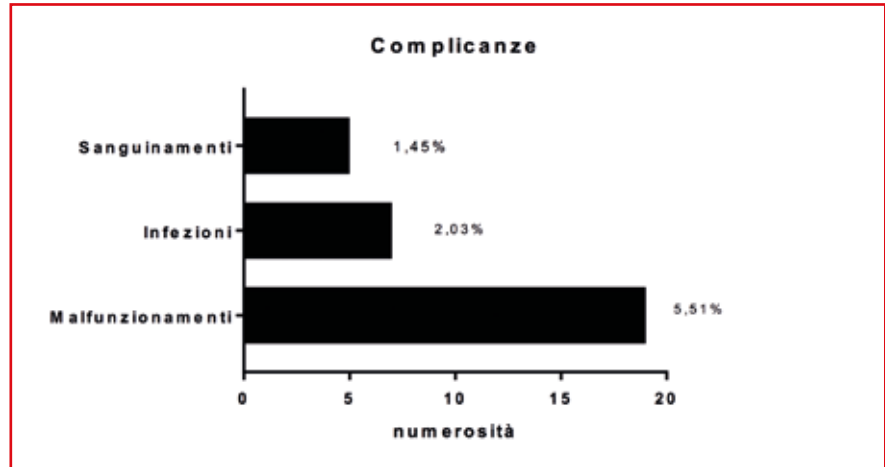


Grafico 2. Principali indicazioni di utilizzo

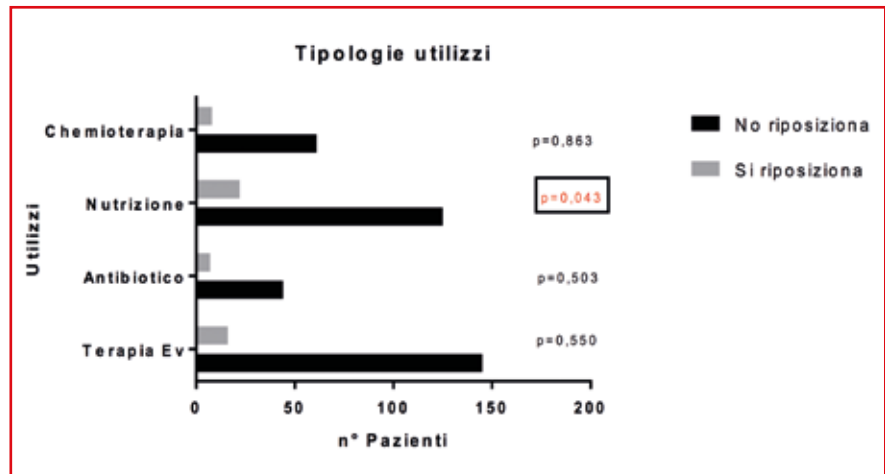
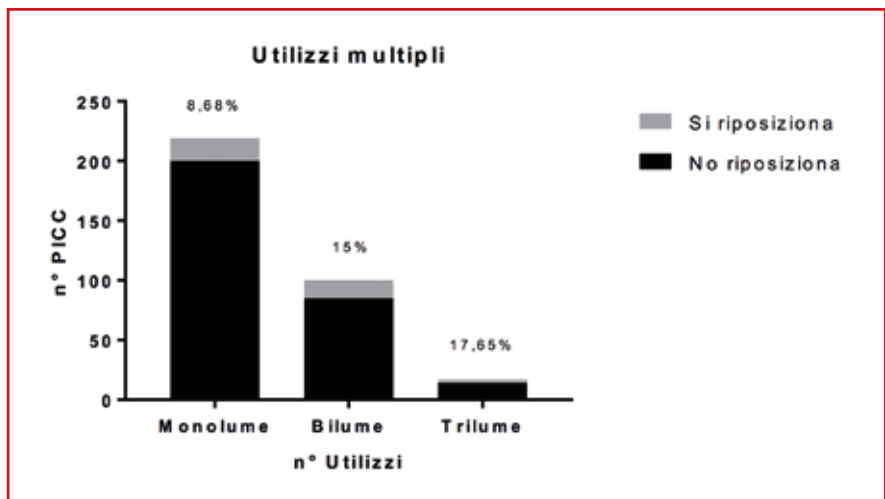


Grafico 3. Utilizzi multipli



"impiantatori". Nello studio sono stati inclusi tutti i pazienti che hanno posizionato il dispositivo, indipendentemente da età, genere, indicazioni di utilizzo e reparto di provenienza. Tutti i PICC studiati sono risultati *Power Injectable*, posizionati con venipuntura ecoguidata^[5] da personale infermieristico adeguatamente formato. Una volta studiata la popolazione di indagine, attraverso la consultazione della documentazione clinica degli stessi pazienti si è valutato il dispositivo rilevando se, e a quali complicanze, fossero andati incontro i dispositivi nel corso della degenza del paziente. I dati sono stati elaborati con Software Stata 14 (Copyright 1996-2015 Stata Corp LP, 4905 Lakeway Drive, College Station, TX 77845 USA), i grafici di presentazione per l'esposizione dei dati sono stati creati con programma Graph Pad Prism 7 (Copyright 2018 GraphPad Software La Jolla, CA 92037 USA). Lo studio ha ottenuto l'autorizzazione del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Perugia e della Direzione Aziendale dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

RISULTATI

La popolazione presa in esame è rappresentata da 345 pazienti di cui 307 (88,99%), sono i pazienti effettivi che hanno posizionato il dispositivo; sono da ricondurre a 38 (11,01%) i riposizionamenti a causa delle complicanze verificatesi durante la degenza dei pazienti nei reparti di provenienza.

I tassi delle complicanze principali evidenziate sono stati (**Grafico 1**):

- sanguinamenti del sito di inserzione 1,45%,
- infezioni per il 2,03% (n=7) determinate da cocchi Gram + e candidosi^[6,7]
- malfunzionamenti per il 5,51% (n=19) che comprendono sia le trombosi del vaso che le occlusioni del lume del catetere.

Le principali indicazioni di utilizzo del PICC (**Grafico 2**) sono state chemioterapia per la quale l'11,59% (n=8) dei PICC è andato incontro a riposizionamenti, mentre l'88,41% (n=61) dei PICC posizionati per questo utilizzo ha avuto un buon esito di risultato. L'infusione di antibiotici ha determinato un esito clinico positivo nell'86,27% (n=44) a fronte del 13,73% (n=7) andato incontro a riposizionamento.

L'infusione di nutrizione parenterale ha determinato il 14,97% (n=22) di PICC che sono andati incontro a riposizionamento, a fronte dell'85,03% (n=125) che ha avuto buon esito ($p < 0,05$).

Sono stati confrontati il numero dei lumi utilizzati con i riposizionamenti, da questo è emerso che il dispositivo monolume ha avuto un indice di riposizionamento dell'8,68%, il bilume del 15% mentre il trilume del 17,65%. Anche se non vi è un'associazione statistica significativa ($p=0,165$) si rileva una tendenza

dell'aumento dei riposizionamenti all'aumentare dei lumi del PICC (**Grafico 3**).

DISCUSSIONE

Questo studio va ad arricchire la letteratura esistente^[8] a sostegno del gruppo di lavoro PICC Team dimostrando i passi avanti del posizionamento da parte degli infermieri^[9], consapevoli dell'importanza di questa pratica e di attività infermieristiche non corrette che possano condizionare l'*outcome* sia durante l'impianto del dispositivo che per il decorso clinico del paziente, pertanto, la cura di questi dispositivi è un'area prioritaria per la ricerca infermieristica. Da questa analisi si evidenzia una mancanza di significatività statistica tra la correlazione delle caratteristiche intrinseche dei pazienti (età, genere, patologia) e le caratteristiche estrinseche (reparto, indicazioni di utilizzo, lumi del PICC), una modesta associazione positiva viene rilevata invece tra l'infusione di nutrizione parenterale^[10] e i riposizionamenti ($p < 0,05$). Sono state comunque evidenziate delle complicanze che possono precludere l'utilizzo del catetere e che hanno richiesto un trattamento specifico o, in alcuni casi, la sua sostituzione. Il sanguinamento del sito di inserzione, trattato *bedside*, può essere in larga misura imputabile alla tecnica di impianto che prevede lo slargamento del sito attraverso un'incisione con bisturi ed è per questo motivo che i protocolli consigliano di sostituire la prima medicazione già dopo 24h, senza sottovalutare un attento controllo del sito di inserzione quotidiano. Per ridurre questo problema la letteratura attuale consiglia l'utilizzo della colla in Cianoacrilato da apporre sull'*exit site* al termine della manovra^[11,12]. In questo modo è possibile utilizzare sin da subito la medicazione in poliuretano trasparente e mantenerla per i successivi 7 giorni con rischio di sanguinamento estremamente ridotto.

Questi risultati confermano il PICC come dispositivo sicuro per l'infusione di chemioterapia^[13], non costituendo di fatto un rischio che potrebbe condurre al riposizionamento, è stato infatti analizzato un indice $p=0,863$ ($Or=1,07$) statisticamente non significativo. Anche l'associazione dei riposizionamenti con l'infusione di terapia antibiotica e terapia endovenosa non ha mostrato significatività statistica, rispettivamente $p=0,503$ ($Or=1,35$) e $p=0,550$ ($Or=0,81$), confermando i Picc come adeguati a queste tipologie di utilizzo.

Per quanto riguarda la nutrizione parenterale, il livello di significatività osservato risulta essere $p=0,043$ ($Or=2,002$), queste sono infatti sostanze viscoso e lipidiche e se non opportunamente gestite determinano un aumento del tasso di trombosi, alle quali successivamente si sovrappone il rischio infettivo^[14], essendo la nutrizione un ottimo terreno di coltura microbica. Si consiglia pertanto di riservare un lume esclusivo all'infusione di nutrizione

parenterale per evitare le infusioni di farmaci il cui destino sarà quello di precipitare e formare aggregati, lipidici e non, che provocheranno occlusione e malfunzionamento del dispositivo. La nutrizione parenterale andrebbe inoltre gestita tramite pompe infusionali e non attraverso regolatore di flusso, in modo da poterne sempre controllare la quantità infusa; i set di somministrazione devono essere sostituiti ogni 24h e ogni volta che si rinnova la sacca di nutrizione.

La necessità di più infusioni concomitanti e non compatibili fra loro impone che vengano impiantati dispositivi con più lumi, fino ad un massimo di tre per il PICC. I risultati ottenuti dal questo studio confermano, anche se in assenza di significatività statistica, l'associazione tra numero di lumi e complicanze. Nel caso specifico della necessità di un PICC a più lumi, lo studio di *Chopra V. et al.*^[15] mostra come il triplo lume sia associato in modo significativo alle complicanze rispetto al monolume e bilume. È opportuno ricordare che la regola principale è quella di utilizzare sempre accessi vascolari con il minor numero di lumi possibile, in base agli utilizzi richiesti e a fronte del rischio occlusivo stesso: il PICC ad un lume ha una via più grande quindi meglio gestita e meglio funzionante, più lumi implicano una maggiore richiesta di cura del catetere ed una maggiore possibilità di andare incontro a complicanze sia infettive che occlusive^[16]. Resta quindi sempre valido il principio per cui il numero di lumi del catetere dovrà essere sempre il minore possibile, in rapporto alle esigenze terapeutiche. L'infusione di ogni farmaco deve pertanto essere seguita da un corretto lavaggio della via del PICC, con 20 ml di soluzione fisiologica^[17], che avendo una lunghezza maggiore rispetto ad un CICC deve essere più scrupoloso. La letteratura ci evidenzia invece che il rischio di complicanze trombotiche e occlusive associate a PICC è superiore rispetto al rischio nei CICC di 2,5 volte^[18]; tuttavia, viene anche dimostrato che nonostante il rischio di trombosi sia superiore, il rischio di embolia polmonare è un'evenienza molto rara rispetto al CICC. In seguito a questo studio riteniamo opportuno considerare per ricerche future il "timing iniziale" del posizionamento: molto spesso il paziente che giunge all'osservazione del PICC Team ha un patrimonio venoso insufficiente e già alterato dai ripetuti posizionamenti di agocannule periferiche. La concezione di questo dispositivo come di ultimo intervento vanifica la funzione stessa del PICC di preservare fin da subito il patrimonio venoso^[19].

CONCLUSIONI

I principali limiti di questo studio sono l'aver preso in considerazione un solo centro all'inizio della sua attività per un breve periodo di riferimento, nonostante ciò la formazio-

ne di un PICC Team, come ente di riferimento per gli accessi vascolari, nei singoli Ospedali sembra essere una buona scelta in termini di successo di impianto e riduzione delle complicanze.

L'utilizzo dei PICC e del PICC Team sono due interessanti strumenti al servizio dei pazienti, del personale e dell'Azienda Ospedaliera ed è sensato prevederne in futuro un impiego sempre maggiore considerando anche i costi correlati alla procedura^[19, 20, 21].

BIBLIOGRAFIA

1. DAWSON R. B. *PICC Zone Insertion Method™ (ZIM™): A Systematic Approach to Determine the Ideal Insertion Site for PICCs in the Upper Arm*. JAVA, 2011 Vol 16, Issue 3, Pages 156-160, 162-165.
2. BARTON A. *Confirming PICC tip position during insertion with real-time information*. Br J Nurs. 2016 Jan 27;25 Suppl 2:S17-21. doi: 10.12968/bjon.2016.25.Sup2.S17.
3. BORTOLUSSI R, ZOTTI P, CONTE M, MARSON R, POLESSEL J, ET AL. *Quality of Life, Pain Perception, and Distress Correlated to Ultrasound-Guided Peripherally Inserted Central Venous Catheters in Palliative Care Patients in a Home or Hospice Setting*. J Pain Symptom Manage. 2015 Jul;50(1):118-23.
4. PITTIRUTI M, SCOPPETTUOLO G. *Manuale GAVeCeLT dei PICC e Midline*. Indicazioni, impianto, gestione. 36-44, Marzo 2016.
5. STOKOWSKI G, STEELE D, WILSON D. *The use of ultrasound to improve practice and reduce complication rates in peripherally inserted central catheter insertions: final report of investigation*. J Infus Nurs, 32(3):145-155, May-Jun 2009.
6. MAKI DG, KLUGER DM, CRNICH CJ. *The risk of bloodstream infection in adults with different intravascular devices: A systematic review of 200 published prospective studies*. Mayo Clinic Proceedings, 81(9):1159-1171, 2017/10/26.
7. FALCONE M, TISEO G, TASCINI C, RUSSO A, SOZIO E, ET AL. *Assessment of risk factors for candidemia in non-neutropenic patients hospitalized in internal medicine wards: A multicenter study*. Eur J Intern Med. 2017 Jun;41:33-38. doi: 10.1016/j.ejim.2017.03.005.
8. MCDIARMID S, SCRIVENS N, CARRIER M, SABRI E, TOYE B, ET AL. *Outcomes in a nurse-led peripherally inserted central catheter program: a retrospective cohort study*. CMAJ Open. 2017 ;30;5(3):E535-E539. doi: 10.9778/cmajo.20170010.
9. WORKMAN B. *Enhancing the nursing role: why nurses want to cannulate*. Br J Nurs. 2000; 9-22;9(5):281-6.
10. PITTIRUTI M, HAMILTON H, BIFFI R, MACFIE J, PERTKIEWICZ M. *Espen guidelines on parenteral nutrition: central venous catheters (access, care, diagnosis and therapy of complications)*. Clin Nutr. 2009; 28(4):365-377.
11. SCOPPETTUOLO G, ANNETTA MG, MARANO C, TANZARELLA E, PITTIRUTI M. *Cyanoacrylate glue prevents early bleeding of the exit site after CVC or PICC placement*. Crit Care. 2013; 17(Suppl 2): P174.
12. SCOPPETTUOLO G, DOLCETTI L, EMOLI A, LA GRECA A, BIASUCCI DG, PITTIRUTI M. *Further benefits of cyanoacrylate glue for central venous catheterisation*. Anaesthesia. 2015;70(6):758.
13. BERTOGGIO S, FACCINI B, LALLI L, CAFERO F, BRUZZI P. *Peripherally inserted central catheters (piccs) in cancer patients under chemotherapy: A prospective study on the incidence of complications and overall failures*. J Surg Oncol. 2016; 113(6):708-714.
14. OPILLA M. *Epidemiology of bloodstream infection associated with parenteral nutrition*. Am J Infect Control. 2008;36(10):S173. e5-8. doi: 10.1016/j.ajic.2008.10.007.
15. CHOPRA V, RATZ D, KUHN L, LOPUS T, CHENOWETH C, AND KREIN S. *Picc-associated bloodstream infections: prevalence, patterns, and predictors*. Am J Med. 2014;127(4):319-328.
16. EVANS RS, SHARP JH, LINFORD LH, LLOYD JF, WOLLER SC, ET AL. *Reduction of peripherally inserted central catheter associated dvt*. Chest. 2013; 143(3):627-633.
17. PITTIRUTI M, BERTOGGIO S, SCOPPETTUOLO G, BIFFI R, LAMPERTI M, ET AL. *Evidence-based criteria for the choice and the clinical use of the most appropriate lock solutions for central venous catheters (excluding dialysis catheters): a GAVeCeLT consensus*. J Vasc Access, 2016;17(6):453-464.
18. CHIBA H, ENDO K, IZUMIYAMA Y, NAKANO T, OKAMOTO D, ET AL. *Usefulness of a peripherally inserted central catheter for total parenteral nutrition in patients with inflammatory bowel disease*. Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi. 2017;114(9):1639-1648. doi: 10.11405/nisshoshi.114.1639.
19. McMAHON D.D. *Evaluating new technology to improve patient outcomes: A quality improvement approach*. J Infus Nurs. 2002;25(4):250-5.
20. WALKER G, TODD A. *Nurse-led PICC insertion: is it cost effective?* Br J Nurs. 2013; 13;22(19):S9-15
21. JOHANSSON E, HAMMARSKJÖLD F, LUNDBERG D, ARNLIND MH. *Advantages and disadvantages of peripherally inserted central venous catheters (PICC) compared to other central venous lines: a systematic review of the literature*. Acta Oncol. 2013;52(5):886-92. doi: 10.3109/0284186X.2013.773072

LETTERA AL DIRETTORE

L'ambulatorio infermieristico ed il Fast Track in Pronto Soccorso: nuovi strumenti organizzativi dell'assistenza

Nursing clinic and Fast Track in First Aid: new organizational assistance structures

■ MARIDA ANDREUCCI¹, TIZIANA TRAINI², EMANUELA COSIGNANI³

¹ Infermiera Tutor Area Critica Università Politecnica delle Marche, CdI Infermieristica – Polo didattico di Ascoli Piceno

² Infermiera Tutor e Docente SSD Med45 Università Politecnica delle Marche, CdI Infermieristica – Polo didattico Ascoli Piceno

³ Infermiera – Casa di Cura "Stella Maris" San Benedetto del Tronto

LETTERA

PERVENUTO IL 11/11/2017

ACCETTATO IL 18/06/2018

Corrispondenza per richieste:

Marida Andreucci

m.andreucci@pm.univpm.it

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interessi.

Da diversi anni uno dei maggiori problemi riscontrabile all'interno dei Pronto Soccorso italiani è rappresentato dal fenomeno dell'*overcrowding*, il sovraffollamento che si genera in seguito all'uso di tali strutture, a volte impropriamente^[1,2]. Ciò genera un conseguente aumento dei tempi di attesa per i codici a bassa priorità,^[3] ed è proprio sul trattamento di questi ultimi che viene posta l'attenzione, al fine di evitare di incorrere nel rischio di esempi di *malpractice* e di penalizzare coloro che presentano problematiche più urgenti e complesse^[4].

Per cercare di porre rimedio a questa problematica dal 2013 presso l'U.O. di Pronto Soccorso dell' Area Vasta 5 Presidio ospedaliero "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto, è entrato in vigore l'ambulatorio infermieristico di Pronto Soccorso *See & Treat* e *Fast Track*^[4] organizzato in base alle indicazioni seguite in altri Pronti Soccorsi italiani^[5].

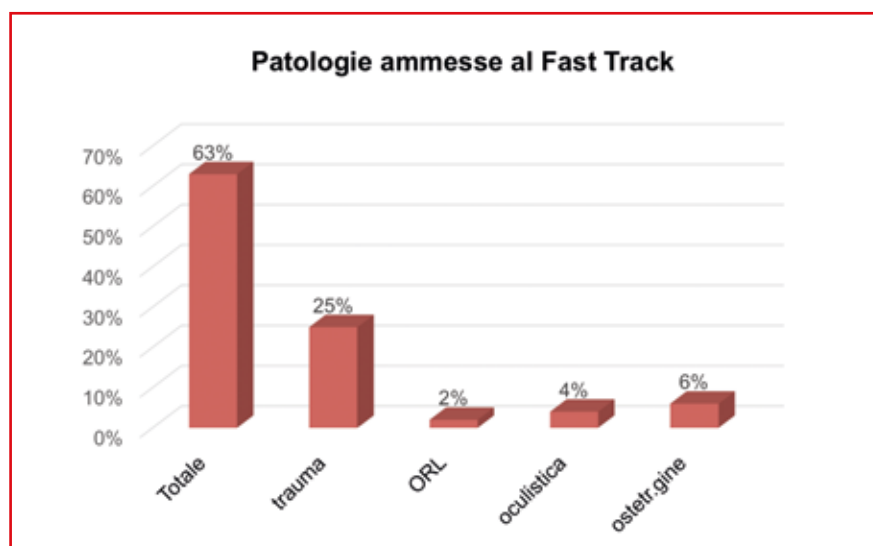
Rientrano nei percorsi Fast Track utenti con patologie ed urgenze oculistiche, patologie ed urgenze ORL, patologie ed urgenze ostetriche/ginecologiche, piccoli traumi; mentre rientrano nell'Ambulatorio Infermieristico

gli utenti che necessitano di prestazioni per la somministrazione di terapia endovenosa, intramuscolare, orale, rimozione dei punti di sutura, medicazioni, riposizionamento tutori ortopedici, bendaggio/immobilizzazione, prelievo ematico, ECG, stick urine, aspirazione

endotracheale, tamponamenti nasali. Sono esclusi da questi percorsi gli utenti ai quali sono stati attribuiti codici di priorità gialli e rossi.

Da un'analisi dei dati registrati nel periodo Ottobre 2016/Ottobre 2017 si è potuto

Figura 1. Accessi al Fast Track e relative patologie



constatare che dal totale degli accessi considerati (38518 accessi nel periodo analizzato), il 65% di essi, pari a 25038 casi, è costituito da codici verdi e bianchi, i quali condizionano l'attività dell'UO, con conseguente aumento dei tempi di attesa previsti e disagio per gli utenti (con un tempo di atteso medio di $85 \pm 45,09$), il 37% degli accessi, percentuale che individua 14099 utenti, ha seguito il percorso Fast Track e di questi quasi $\frac{1}{4}$ sono problematiche traumatologica (Figura n. 1).

Per quanto riguarda invece le prestazioni erogate dall'ambulatorio infermieristico, la figura 2 ci indica le prestazioni più frequenti, quali somministrazione terapia endovenosa (freq. Ass.3243), medicazioni (freq. Ass. 3102) e rimozione punti di sutura (freq. Ass. 2538).

Il progetto sperimentale preso in esame, ha introdotto un modello assistenziale più dinamico rispetto al precedente che come visto in studi simili^[6], è stato idoneo nel rispondere ai bisogni di salute degli assistiti, con una riduzione dei tempi di attesa e migliorando le attività assistenziali dell'equipe.

BIBLIOGRAFIA

1. LOVATO E, MINNITI D, GIACOMETTI M, BARBERIS B, PASQUALUCCI A ET AL. *Il sovraffollamento nel dipartimento di emergenza: efficacia di una strategia multifattoriale isorisorse*. *Evidences* 2013;5(9): e1000056 doi: [10.4470/E1000056](https://doi.org/10.4470/E1000056)

Figura 2. Prestazioni erogate presso l'ambulatorio infermieristico



- HOOT NR, ARONSKY D. *Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions*. *Ann Emerg Med*. 2008;52:126-36
- CARTER AJ, CHOCHINOV AH. *A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department*. *CJEM*. 2007 Jul;9(4):286-95.
- BAMBI S, GIUSTI M, BECATTINI G. *See and Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate. Una revisione della letteratura*. *Assistenza Infermieristica e ricerca*, 2008
- ROSSELLI A, BECATTINI G, CAPPUGI M, FRANCOIS C. *See & Treat Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso*. Giunti Editore, Firenze, 2012.
- AKSEL G, BILDIK F, DEMIRCAN A, KELES A, KILICASLAN I, ET AL. *Effects of fast-track in a university emergency department through the National Emergency Department Overcrowding Study*. *J Pak Med Assoc*. 2014;64(7):791-7.

COMITATO DIRETTIVO - TRIENNIO 2017/2019
MOGGIA FABRIZIO

Presidente – presidenza@aniarti.it
Azienda USL di Bologna
fmoggia@aniarti.it

SCELSI SILVIA - Vicepresidente

Istituto "G. Gaslini" di Genova
scelsi@aniarti.it

FAVERO VALTER

Tesoriere – tesoreria@aniarti.it
T.I.P.O. Cardiocirurgia
Azienda Ospedaliera di Padova
valter.favero@aniarti.it

SADDI SIMONA

Segretario – segretario@aniarti.it
CTO DEA sez Grandi Traumi - AOU Città della
Salute e della Scienza di Torino
s.saddi@aniarti.it

GIUSTI GIAN DOMENICO - Direttore della

Rivista – scenario@aniarti.it
Terapia Intensiva – Azienda Ospedaliero
Universitaria di Perugia
giustigiando@aniarti.it

ADAMI SABRINA

Centrale 118 Umbria Soccorso – Azienda
Ospedaliero Universitaria di Perugia
s.adami@aniarti.it

COSSU ILARIA

Rianimazione – Fondazione Policlinico
"A. Gemelli" di Roma
i.cossu@aniarti.it

ROMIGI GAETANO

ASL Roma C – Corso di Laurea in
Infermieristica Università Tor Vergata
garomigi@aniarti.it

BENETTON MARIA

Terapia Intensiva neurochirurgica – Azienda
Ulss 2 della Marca Trevigiana, Treviso
benetton@aniarti.it

LOPEZ RODRIGO

Rianimazione e Medicina Critica
Azienda Ospedaliera Universitaria Senese
r.lopez@aniarti.it

ZANARDO DAVIDE

Anestesia e Rianimazione - Azienda Sanitaria
Universitaria Integrata di Udine
d.zanardo@aniarti.it

MADEO MARIO - Rappresentante Macro Area Nord Ovest

Terapia Intensiva pediatrica - Fondazione IRCCS "Ca' Granda"
Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
m.madeo@aniarti.it

D'AMBROSIO FRANCESCO - Rappresentante Macro Area Centro

Rianimazione e Medicina Critica
Azienda Ospedaliera Universitaria Senese
f.dambrosio@aniarti.it

VACCHI ROBERTO - Rappresentante Macro Area Nord Est

Rianimazione Terapia Intensiva - Azienda USL di Bologna
r.vacchi@aniarti.it

STABILE CARMELINA - Rappresentante Macro Area Sud e Isole

Terapia Intensiva Neonatale
Azienda Ospedaliera "G. Rummo" di Benevento
c.stabile@aniarti.it

REVISORI DEI CONTI - TRIENNIO 2017/2019
BELLAN SOFIA

sofiabellan@virgilio.it

PERESSONI LUCA

tirian2012@gmail.com

ZINNIA VINCENZO

vincenzo.zinnia@sangiovannieruggi.it

Ripartizione delle regioni per MacroArea

Macro Area Nord-Ovest: Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Liguria - nordovest@aniarti.it

Macro Area Nord-Est: Veneto, Friuli Venezia-Giulia, Trentino Alto-Adige, Emilia-Romagna - nordest@aniarti.it

Macro Area Centro: Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise - centro@aniarti.it

Macro Area Sud ed Isole: Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna, Sicilia - sud-isole@aniarti.it



SCENARIO®
2018, 35 (2)