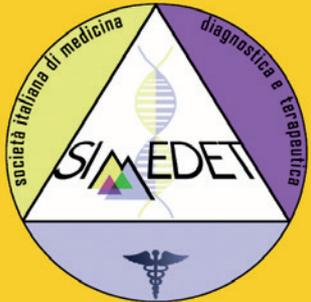


I J P
D T M



"organo ufficiale della"
**SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA
DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA**



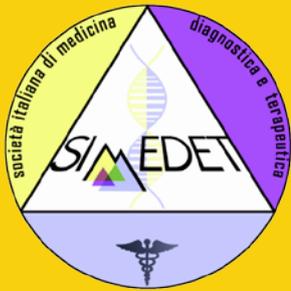
Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM)

*Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine
IJPDTM Vol1. N°1. 2018. For personal use only. No other uses without permission.
Copyright © 2018 Simedet. All rights reserved.*

VOLUME 1 - NUMERO 1

2018





Rivista Ufficiale della Società Italiana
di Medicina Diagnostica e Terapeutica
(SIMEDET)

**Managing Editor /
Direttore Responsabile:**

Giovanni Maria Vincentelli
(Roma)

**Editor-in-Chief /
Redattore Capo:**

Maria Erminia Macera
Mascitelli (Firenze)

Typesetter:

Monfrinotti Sergio (Roma)

ITALIAN JOURNAL OF PREVENTION, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC MEDICINE (IJPDTM)

**Editorial Board /
Comitato Editoriale:**

Paolo Diego L'Angiocola (Gorizia)
Fernando Capuano (Roma)
Manuel Monti (Assisi)
Maria Erminia Macera Mascitelli (Firenze)

**Scientific Board and Reviewers /
Comitato Scientifico e Revisori:**

Fernando Aiuti (Roma)
Cesar Ivan Aviles Gonzalez (Cagliari)
Lucia Baratto (Stanford)
Giuliana Bardelli (Perugia)
Mirko Bernasconi (Roma)
Gioia Calagreti (Città di Castello)
Chilufya Mwaba (Treviso)
Alberto Ferrando (Genova)
Letizia Di Francesco (Roma)
Gaetano Maria Fara (Roma)
Enza Giglione (Vercelli)
Renza Gelfi (Firenze)
Vito Mantini (Lugano)
Roberto Marchetti (Roma)
Marco Masoni (Firenze)
Igino Fusco Moffa (Perugia)
Giuseppe Murdolo (Perugia)
Sandro Nalon (Udine)
Giulia Olivi (Assisi)
Michele Paradiso (Roma)
Patrizio Pasqualetti (Roma)
Francesco Passarelli (Roma)
Tommasangelo Petitti (Roma)
Maria Rosaria Pirro (Roma)
Rosamaria Romeo (Roma)
Eirini Roumpedaki (Atene)
Riccardo Tartaglia (Firenze)
Sergio Timpone (Roma)
Davide Vetrano (Stoccolma)

L'Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM) è la rivista ufficiale della Società Italiana di Medicina Diagnostica e Terapeutica (**SIMEDET**).

IJPDTM ha il fine di promuovere la ricerca, la cultura e l'aggiornamento sia all'interno che all'esterno della società, coinvolgendo le diverse figure professionali che ne fanno parte (medici, infermieri professionali, tecnici di laboratorio biomedico, tecnici di anatomia patologica...).

L'interdisciplinarietà rappresenta infatti un momento di crescita culturale e professionale, di grande utilità nella pratica clinica, sia per migliorare la gestione della cura del paziente che l'utilizzo delle risorse a disposizione.

Inoltre, il confronto programmatico delle diverse figure professionali che ruotano intorno alla figura del paziente è in grado, grazie alla ricerca di un percorso condiviso, di favorire la stesura di protocolli e/o linee guida più facilmente percorribili.

Le principali aree di interesse della rivista sono la medicina interna e la medicina d'urgenza con coinvolgimento pertanto di numerose aree quali la rianimazione, la cardiologia, la endocrinologia, la pneumologia, la nefrologia, la neurologia, la gastroenterologia, la ematologia, le malattie infettive..., come ma anche la medicina preventiva e quella di base.

Gentilissimi Lettrici e Lettori,

con grande soddisfazione sono lieto di poter inaugurare il primo numero dell'Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM), rivista ufficiale della Società Italiana di Medicina Diagnostica e Terapeutica (SIMEDET).

l'IJPDTM ha il fine di promuovere la ricerca, la cultura e l'aggiornamento, sia all'interno che all'esterno della Società, coinvolgendo le diverse figure professionali che ruotano intorno alla sanità.

Le aree di interesse dell'IJPDTM riguardano prevalentemente la medicina interna e d'urgenza, la medicina preventiva e quella di base, dando pertanto spazio non solo alle molteplici specializzazioni dedicate ma anche all'interno di queste, di quanti operano per la salute del paziente.

La rivista è infatti rivolta a tutti professionisti (medici, infermieri, tecnici di laboratorio biomedico, tecnici di anatomia patologica.....) e l'interdisciplinarietà ne rappresenta un elemento che la caratterizza e la differenzia.

L'ideazione e la messa in atto dell' IJPDTM ha costituito un poderoso sforzo organizzativo a cui hanno fattivamente collaborato tutti i colleghi del Comitato Editoriale e solo grazie alla loro dedizione, capacità ed entusiasmo che oggi siamo in grado di pubblicare il primo numero della rivista.

Consideriamo così un grande onore continuare a lavorare con impegno per migliorare la qualità della rivista, cercando di motivare tutti i nostri lettori a partecipare attivamente al suo sviluppo, con l'obiettivo di costituire un punto di riferimento scientifico sia nazionale che internazionale.

L' IJPDTM è una rivista on line, open access, caratterizzata da una revisione paritaria degli articoli inviati per la pubblicazione (peer review), elemento quest'ultimo che garantisce una revisione equa e di validato parere scientifico.

Inoltre già dal primo numero tutti gli articoli saranno identificati con il doi, una specie di marchio di fabbrica che di per sé implementa il prestigio della pubblicazione.

Ogni numero della rivista, a cadenza trimestrale, presenterà ricerche originali e reviews, recensioni, comunicazioni brevi, case report, editoriali.

Un ringraziamento particolare a Fernando Capuano ed a Manuel Monti (Presidente e Vice Presidente SIMEDET) ai quali, grazie alla loro tenacia, dobbiamo la bellissima realtà della rivista che ci avviciniamo a leggere.

A tutti noi ora il compito di proseguire con lo stesso entusiasmo.

Il Direttore

Giovanni M. Vincentelli

Gentili lettrici e lettori,

La Società Italiana di Medicina Diagnostica e Terapeutica è nata con la finalità di promuovere l'eccellenza nella pratica clinica quotidiana attraverso la ricerca scientifica, l'elaborazione di linee guida condivise, la medicina basata sulle prove scientifiche, sottolineando la necessità di mettere al primo posto i principi etici di un approccio clinico fondato su umanità e solidarietà nei confronti di chi ha necessità di assistenza clinica e socio-sanitaria.

In SIMEDET la ricerca e la formazione degli operatori svolgono un ruolo centrale per i professionisti del mondo della sanità nell'ambito della ricerca clinica, nella cura dei pazienti, nella promozione della salute attraverso l'unione di conoscenza, competenze e di valori e principi etici di cura che devono essere alla base dell'eccellenza nel sistema sanitario italiano al fine di garantire un elevato standard e performance professionali ed il giusto ed equilibrato impiego di risorse umane e strumentali nell'ottica di evitare dispersioni economiche futili nello sviluppo razionale, armonico ed equilibrato della realtà ospedaliera.

I nostri obiettivi fondamentali sono quelli di -promuovere svolgere attività finalizzate ad adeguare le conoscenze professionali ed a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti dei Soci stessi al progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alle prestazioni sanitarie erogate;

- di promuovere e realizzare la formazione professionale e l'addestramento permanente in ambito della Medicina Diagnostica e Terapeutica con riguardo anche alle nuove metodiche diagnostiche di laboratorio, alla prevenzione delle malattie cardiovascolari, alla medicina d'urgenza e delle medicine delle catastrofi.

- progetti e programmi che hanno come obiettivo la valorizzazione di stili di vita salutari
- iniziative per la corretta comunicazione nelle scuole e negli ambienti di lavoro.

E' per raggiungere questi obiettivi che il consiglio direttivo ha deciso di creare l'Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine, la rivista ufficiale della Società Italiana di Medicina Diagnostica e Terapeutica e di affidarne la direzione editoriale al dott. Giovanni Maria Vincentelli, professionista con esperienza pratica sul campo, che ha trascorso anni di carriera in corsia a contatto quotidiano con i pazienti oltre a essere autore di numerose attività di ricerca nell'ambito del rischio cardiovascolare e della trombofilassi.

Consideriamo un grande onore poter creare e sviluppare questa rivista e ci impegneremo quotidianamente per aumentare la qualità della rivista e la partecipazione attiva di tutte le Professioni Sanitarie riconosciute dal nostro ordinamento e che concorrono al mantenimento dello stato di salute previsto dall'art. 32 della Carta Costituzionale. La politica di open access della rivista garantisce che i documenti di alta qualità abbiano la massima accessibilità in tutto il mondo e tutti gli editori sentono la responsabilità nei confronti degli autori e dei lettori di fornire un processo di revisione equo, rapido e di alta qualità al fine di servire la vita della comunità scientifica nel modo migliore.

Noi incoraggiamo i nostri autori a pubblicare le loro scoperte e i loro risultati nel modo più dettagliato possibile, in modo che i nostri lettori possano veramente comprendere come hanno svolto le loro ricerche.

Per tutti questi motivi ti invitiamo a inviare i tuoi articoli e ad apprendere insieme a noi mentre intraprendiamo questo nuovo percorso.

Il Presidente

Il Vicepresidente

Fernando Capuano

Manuel Monti



SOMMARIO

JOURNAL ARTICLES

- 1. Competenza culturale in ambito di salute mentale: indagine qualitativa esplorativa presso il centro di salute mentale di treviso e il servizio psichiatrico di diagnosi e cura sud dell' azienda ULSS n.2 marca trevigiana.....** pag. 6
Martina D'agostini, Antonello Carta
- 2. Curare le interazioni in ospedale ci farà curare meglio i nostri pazienti?.....** pag. 16
Rossella Giunti
- 3. L'alfabetizzazione sanitaria dell'utente straniero come strumento di prevenzione del sovraffollamento dei servizi di urgenza ed emergenza:
- indagine esplorativa presso l'U.O. di Pronto Soccorso di Mestre.....** pag. 21
Lisa Mizzaro, Antonello Carta
- 4. Nuove Tecnologie per la Caratterizzazione Biomolecolare del Carcinoma Tiroideo.....** pag. 31
Roberto Virgili, Martina D'Angelo
- 5. L'utilizzo della scala clinical learning enviroment, supervision and plus nurse teacher cles+t in studenti tirocinanti di terapia intensiva e rianimazione della citta di cagliari anno 2017..** pag. 36
Vargiu Stefania, Cesar Ivan Aviles Gonzalez, Grimalia Pitre, Angelica Tortello, Pisu Maria

CASE REPORT

- 6. Off-label treatment with omalizumab: a case report.....** pag. 48
Grasso N, A.Solito, M.Donis, E.Giglione, E.Uga, E.Dondi, A.Valori, G.Cosi
- 7. Miglioramento del processo analitico delle emoculture nelle sepsi e riduzione del TAT.....** pag. 55
Alessia Cabrini
- JPD TM - ISTRUZIONI PER GLI AUTORI.....** pag. 62

COMPETENZA CULTURALE IN AMBITO DI SALUTE MENTALE: INDAGINE QUALITATIVA ESPLORATIVA PRESSO IL CENTRO DI SALUTE MENTALE DI TREVISO E IL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA SUD DELL'AZIENDA ULSS n. 2 MARCA TREVIGIANA

Martina D'Agostini¹, Antonello Carta²

ABSTRACT

Introduzione: I flussi migratori rendono la popolazione culturalmente eterogenea. Poiché questa caratteristica si riflette in ambito sanitario, gli infermieri sempre più spesso assistono pazienti di cultura diversa.

Relativamente a questo, la letteratura ha evidenziato che la lingua, il modello di salute e malattia, lo spazio personale e la religione sono le aree di maggiore criticità. L'aspetto relazionale in area di salute mentale è un mezzo fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali per questo è sostanziale consolidarne i punti di forza.

Obiettivi: Lo studio riproduce l'indagine *Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries* (Sandhu et al., 2012) e ha lo scopo di indagare quali sono le competenze e le difficoltà che gli infermieri del CSM di Treviso e del SPDC sud dell'Azienda ULSS n. 2 "Marca trevigiana" incontrano nell'assistere un paziente di cultura diversa.

Metodi: Studio qualitativo esplorativo. Il campione è costituito da 10 infermieri del CSM di Treviso e 12 del SPDC sud dell'ospedale di Treviso. Ogni infermiere che ha fornito il consenso per la partecipazione allo studio ha compilato una scheda socio – anagrafica

Background: Today, population is made culturally heterogeneous by vast migration flux. This peculiarity has repercussions on clinical practice: nurses, in fact, often care of culturally different patient.

Language barriers, belief systems and religion are the obstacles that EBN recognizes as most common.

The relationship in mental health areas is an essential means to hit nursing target and, for this reason, it's very important to consolidate the knowledge.

Objectives: The purpose of this research is to recognize the competences and the difficulties that nurses meet in taking care of culturally different patients in CSM and SPDC in Treviso. It reproduces the survey *Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries* (Sandhu et al., 2012).

Methods: Qualitative explorative study. 22 nurses make up the survey sample. Nurses gave their verbal consent, filled in a personal – data form, and answered to semi – structured interview that is formed by 7 questions about cultural competence. All the interviews have been audio – recorded and, later, analyzed through the software Atlas.ti.

¹ BSN, RN
UO Pediatria,
Ospedale di Oderzo
AULSS 2 Marca Trevigiana

² MSN, BSN, RN
Specialista in Infermieristica
Transculturale
Servizio per le Professioni
Sanitarie, Ospedale dell'Angelo,
Mestre AULSS 3 Serenissima

Autore Corrispondente:
Antonello Carta
antonello.cart@aulss3.veneto.it

Parole chiave:
salute mentale, nursing,
self-mindfulness, conoscenza
culturale, self-attitude

Keywords:
mental health, nursing,
self-mindfulness, cultural
knowledge, self-attitude

This article was published on
September 20, 2018,
at SIMEDET.EU.

doi.org/10.30459/2018-09
Copyright © 2018 SIMEDET.

ed ha partecipato ad un'intervista semi-strutturata composta di sette quesiti sulla competenza culturale. Ciascuna è stata audio – registrata per successiva analisi attraverso il software Atlas.ti.

Risultati: La prima criticità incontrata da tutti gli intervistati è la lingua, seguita da modello di salute e malattia, organizzazione familiare e sociale, e religione. I principali supporti esterni sono i mediatori culturali, la risorsa personale più importante è la comunicazione non – verbale.

La famiglia può rappresentare una barriera per la realizzazione degli obiettivi oppure un valido supporto perché il paziente non si isoli o si senta solo. Per la maggior parte, la cultura dell'infermiere inficia l'assistenza soprattutto se vi sono pregiudizi. Per limitarne l'influenza, i professionisti affermano di non porre spesso domande legate alla cultura: si preferisce che sia il paziente ad esprimersi. Infine, circa il 50% degli intervistati ha partecipato a corsi ECM sul nursing transculturale; una percentuale analoga ha già sentito parlare di etnopsichiatria.

Discussione: I risultati ottenuti rispecchiano le criticità e le competenze riportate nella letteratura e, più in particolare, nello studio di riferimento (Sandhu et al., 2012).

Inoltre, è emerso che la formazione a cui hanno partecipato gli infermieri non è stata integrata da un training pratico, come è consigliato da numerosi studi.

Conclusioni: Per lo sviluppo della competenza culturale, è auspicabile quindi che la formazione teorica dei professionisti sia affiancata a delle esperienze pratiche necessarie allo sviluppo di tali abilità relazionali.

Results: The first difficulty encountered by all nurses is language, followed by belief system, family and social organization, and religion. The main support are cultural mediators, the most important personal resource is non-verbal communication.

The family could be a barrier to the achievement of purpose or a valid support in order that patients don't feel themselves in isolation from the other people.

Most of all thinks that culture influences care, especially if there are prejudices.

To limit the impact, professionals say that, generally, they don't ask questions to patient related to culture: it is preferred that the person expresses his or her wishes. Finally, about 50% of nurses took part in ECM courses on intercultural nursing; a similar percentage knows etnopsychiatry's concepts.

Discussion: The results obtained reflect the obstacles and the skills reported in the literature. Moreover, emerges that the training attended by nurses was not implemented by practical training, as recommended by most of studies

Conclusion: To develop cultural competence, theoretical training of professional has to be combined with practical experiences that is essential for the growth of these relational skills.

BACKGROUND

Cultural competence

La competenza culturale (CC) è definita dall'*American Academy of Nursing* ⁽¹⁾ come l'insieme delle abilità e l'utilizzo di modalità comunicative appropriate che consentono all'infermiere di comprendere le richieste del paziente per provvedere ad un'assistenza soddisfacente.

Nell'assistere con competenza culturale, gli infermieri esprimono le proprie difficoltà nel tenere in considerazione gli aspetti legati alla cultura dell'utente principalmente per tre motivi: diversità fra etnie, mancanza di risorse (tempo, denaro e conoscenza) ed infine i pregiudizi.

In particolare, l'analisi di diversi studi condotta da Peiying, Goddard, Gribble e Pickard ⁽²⁾ sottolinea l'importanza che il professionista acquisisca *consapevolezza di sé o self - mindfulness*, capace di favorire la comprensione delle aspettative e delle reazioni del paziente. Secondo quanto riportato da Wang e Zhou ⁽³⁾ due aspetti importanti della CC sono la *conoscenza culturale (cultural knowledge)* e la *self-attitude concettualizzata nella sensibilità culturale*: l'emozione positiva provata quando si riconoscono e apprezzano le differenze fra le persone. Su questa Bennett nel 1986 ha sviluppato un modello di *cultural sensitivity (Developmental model of intercultural sensitivity, DMIS)* ⁽⁴⁾ che, attraverso sei fasi, descrive il processo che consente alla persona di acquisire sensibilità culturale.

I primi tre stadi (rifiuto, difesa e minimizzazione delle diversità) sono definiti *etnocentrici*, in questi la cultura della persona che osserva è la base per definire la realtà e giudicare gli altri. Quarto, quinto e sesto stadio (rispettivamente accettazione, adattamento ed integrazione delle differenze) invece, sono detti *etnorelativi* e descrivono i momenti attraverso cui l'individuo acquisisce l'abilità di adattare i propri giudizi alle differenti circostanze.

Nursing transculturale in salute mentale

Negli anni, il fenomeno migratorio in Italia ha prodotto un graduale cambiamento della società, rendendola sempre più eterogenea. I dati raccolti dall'ISTAT col 15° Censimento generale della popolazione del 2011 ⁽⁵⁾ hanno evidenziato che il 6.78% dei residenti in Italia erano persone straniere ma le ultime indagini ISTAT, pubblicate nel Febbraio 2018, dimostrano che la percentuale è salita al 8.4% ⁽⁶⁾.

Rispetto alla realtà d'indagine, maggiormente ristretta, l'ultimo rapporto sull'immigrazione pubblicato dall'Osservatorio nazionale immigrazione Regione Veneto ⁽⁷⁾ nel 2014 ha evidenziato che la percentuale di persone straniere residenti corrisponde all'11.4%.

Questi dati impongono una rivisitazione del concetto di assistenza infermieristica che dovrebbe essere resa culturalmente competente per rispondere adeguatamente alle richieste della persona.

Occorre considerare inoltre, che, secondo quanto riportato da un'analisi redatta nel 2016 da Alizadeh e Chavan ⁽⁸⁾, la salute mentale rappresenta l'ambito in cui la relazione terapeutica è maggiormente associata ad outcome positivi tra i quali una diminuzione della morbilità e della mortalità, maggiore compliance al trattamento, aumento dell'autostima e dello stato di salute generale del paziente.

Se, tuttavia, si interpongono delle difficoltà relazionali possono non essere raggiunti gli obiettivi assistenziali prefissati nella progettazione individuale.

Quindi, considerando il benessere fisico e mentale percepito da persone straniere, generalmente vi è una percezione positiva della salute in decrescita negli anni. In merito a questo, un rapporto ISTAT del 2013 sugli stranieri al 15^o censimento generale della popolazione ⁽⁹⁾ ha dimostrato una divergenza tra lo stato di salute percepito e reale attraverso un'indagine che ha evidenziato un peggioramento progressivo dell'ultima.

Soprattutto in salute mentale, infatti, le donne seguite dai servizi specialistici sono passate dal 21% (2005) al 27% (2013), mentre per gli uomini la percentuale è variata dal 18% al 25%.

Il trend di crescita è maggiore rispetto a quello tra i pazienti italiani.

OBIETTIVI L'indagine ha lo scopo di indagare la competenza culturale necessaria all'infermiere per una progettazione individualizzata culturalmente competente.

Essa riproduce lo studio *Experience with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries* ⁽¹⁰⁾ condotto nel 2012 presso i servizi di 16 DSM europei, tra i quali l'Italia (Roma).

Tale ricerca aveva lo scopo di indagare la competenza culturale degli infermieri utile ad acquisire consapevolezza sulle principali criticità assistenziali su cui costruire percorsi finalizzati ad un'assistenza individualizzata.

I due setting della ricerca, il Centro di salute mentale (CSM) di Treviso ed il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) sud dell'Ospedale di Treviso, inoltre, permettono di approfondire la CC dell'infermiere che assiste un paziente in fase acuta e nella cronicità.

METODI Per avviare l'indagine si sono ottenute le autorizzazioni necessarie dall'AULSS n.2 "Marca Trevigiana" e, previa informativa, si è liberamente acquisito il consenso degli infermieri reclutati attraverso i criteri di

inclusione che seguono: infermieri in servizio presso il CSM di Treviso e il SPDC sud dell'Ospedale di Treviso da almeno un anno che abbiano assistito almeno una volta un paziente di cultura diversa.

I dati sono stati raccolti attraverso una scheda socio – anagrafica ed un'intervista semi – strutturata riformulata in italiano a partire da quella utilizzata nello studio di riferimento e opportunamente adattata sulla base di informazioni ottenute dalla revisione bibliografica che ha approfondito il *nursing transculturale*, la competenza culturale, la sensibilità interculturale, l'accertamento infermieristica transculturale e la relazione terapeutica nei servizi di salute mentale.

Dopo averne acquisito il consenso verbale in seguito a lettura dell'informativa, ogni infermiere è stato intervistato singolarmente in orario di lavoro preservandone la *privacy* e l'anonimato. Le interviste sono state audio – registrate e successivamente trascritte per l'elaborazione qualitativa attraverso il *software* Atlas.ti. L'analisi quantitativa, invece, è stata svolta attraverso un foglio di calcolo Excel.

Per l'analisi dei dati, sono stati presi in considerazione i seguenti aspetti: struttura presso cui l'intervistato presta servizio; sesso; titolo di studio; lingue parlate correntemente oltre all'italiano; anni di lavoro come infermiere; anni di servizio presso il Dipartimento di Salute mentale; eventuali esperienze lavorative all'estero (con la possibilità di specificare sia la professione che la durata).

L'intervista semi – strutturata (**Allegato 1**) è composta di 7 quesiti guida basati sulle esperienze professionali dell'infermiere intervistato. Cinque di questi riguardano le difficoltà che ciascun professionista incontra nell'assistenza ad un paziente straniero; uno approfondisce l'accertamento e la formazione infermieristica; l'ultimo indaga le criticità secondo il punto di vista del paziente che accede al servizio ed il ruolo del care – giver.

ALLEGATO 1 INTERVISTA SEMI - STRUTTURATA

1. Secondo la sua esperienza professionale in U.O.C di Salute Mentale, quali sono le difficoltà relative all'assistenza infermieristica ai pazienti di cultura diversa per origine geografica, etnia o religione affetti da patologia psichiatrica?
 Quali risorse personali/supporti specifici ha individuato per contrastare la distanza indotta dalle diversità culturali?

2. Dalla prospettiva del paziente, quali pensa siano i problemi specifici che incontra un paziente di cultura diversa arrivando al suo servizio che sono diversi rispetto a quelli che incontra un paziente della popolazione locale?
 Secondo la sua esperienza, quali sono i punti di forza del suo servizio nell'assistenza ai pazienti di cultura diversa?
 Al contrario, che difficoltà trova nell'integrare un'assistenza culturalmente competente al sistema organizzativo ed alla pratica clinica?

3. Nella sua carriera professionale ha mai partecipato o le è mai stato proposto di partecipare a corsi di educazione continua in medicina (ECM) in tema di "Nursing transculturale"?
 Se sì, ha seguito corsi in formazione a distanza (FAD) o in presenza? Le conoscenze acquisite hanno influito sull'assistenza infermieristica attuata?

4. Che ruolo rivestono e che potenzialità hanno la famiglia e il care-giver di un paziente appartenente ad altra cultura affetto da patologia psichiatrica?
 Quali sono le difficoltà che si incontrano nell'approccio relazionale alla famiglia del paziente?

5. Nella presa in carico infermieristica del paziente (arrivo in SPDC, arrivo al servizio per continuità delle cure in CSM), come ha acquisito le informazioni sulle credenze e sulle pratiche proprie della cultura della persona assistita in merito alla salute? Sono state utili ai fini assistenziali? (Uso formale o sostanziale)
 In un contesto in cui la relazione col paziente è il mezzo terapeutico-riabilitativo centrale, quali possono essere secondo lei le conseguenze di un'assistenza non culturalmente competente derivante da un accertamento che non indaga anche i bisogni legati ai valori del paziente?

6. La sua cultura (valori, pratiche, credenze), come influenza la sua pratica professionale con il paziente di cultura diversa?

7. Ha mai sentito parlare di etnopsichiatria?

RISULTATI Si sono condotte complessivamente 22 interviste: di queste 12 in SPDC e 10 in CSM.

Dall'analisi delle schede socio – anagrafiche è possibile affermare che 16 infermieri (73%) hanno conseguito il diploma regionale. Tra tutti, otto professionisti (36%) affermano di conoscere una seconda lingua. Per quanto concerne gli anni di servizio, 11 infermieri (50%) lavorano in DSM da più di 10 anni. Infine, tre intervistati (14%) hanno dichiarato di aver avuto almeno un'esperienza lavorativa all'estero (**Allegato 2**). Le parole più utilizzate dagli infermieri hanno portato alla generazione di due Word Cloud (**Allegato 3-4**).

Risultati delle interviste condotte presso il CSM di Treviso

Le interviste condotte presso il CSM di Treviso hanno evidenziato che la principale difficoltà assistenziale percepita è la *lingua* poiché questa rappresenta il primo mezzo di approccio.

E' seguita dal *modello di salute e malattia*, dalla *struttura sociale e familiare*, e dai *pregiudizi* che sono interpretati come potenziali ostacoli.

La lingua, in particolare, potrebbe essere un fattore che incrementa la complessità assistenziale del paziente che accede al servizio per la prima volta e che non ne conosce le modalità di funzionamento ed organizzazione, come evidenziato da Bednarz, Schim e Doorenbos ⁽¹¹⁾.

Rispetto a tali criticità, la figura di sostegno individuata dagli infermieri con maggior frequenza è il *mediatore culturale* che, nonostante le numerose differenze etniche, può riuscire a porre attenzione ai vari aspetti culturali. Tra i supporti vengono indicati anche la *comunicazione non – verbale* e i *parenti* il cui ruolo, tuttavia, deve essere valutato caso per caso perché potrebbero rappresentare anche un ostacolo, come affermato da Purnell, Davidhizar, Giger et al. ⁽¹²⁾.

Dalle interviste, inoltre, emerge che nell'accertamento non vengono solitamente indagati aspetti correlati alla cultura perché si seguono schemi preformati.

Si cerca, comunque, di soddisfare eventuali richieste del paziente. Si consideri che il 50% degli intervistati ha preso parte 11 anni fa ad un corso sul nursing transculturale senza averne poi trovato alcun riscontro pratico.

Risultati delle interviste condotte presso il SPDC di Treviso

In SPDC la criticità assistenziale riferita con maggior frequenza dagli intervistati è la lingua che, però, in alcune interviste, è ampliata al concetto di comunicazione comprendendo quindi anche il non – verbale.

Gli infermieri, infatti, riferiscono che in ambito psichiatrico è importante saper valutare degli indicatori di salute che possono essere influenzati dalla cultura e che sono basati su aspetti legati al movimento o ad espressioni facciali.

La mancanza di un mezzo relazionale come la comunicazione può portare il paziente all'*isolamento* o alla *sensazione di abbandono*.

Tra le difficoltà vengono citati anche il modello di salute e malattia, e i pregiudizi, i quali vengono ritenuti il maggior fattore influenzante la relazione.

Rispetto a queste, il principale supporto esterno individuato è il *mediatore culturale*, seguito dalla *gestualità* e dalla conoscenza di una *seconda lingua*.

I *familiari*, invece, possono rappresentare un supporto o un ostacolo per questo è opportuno valutare il loro ruolo prima della stesura di un piano individualizzato. Si osserva che il 42% degli infermieri intervistati sono formati in tema di *nursing* transculturale.

ALLEGATO 2 – TABELLA RIASSUNTIVA DELLE INFORMAZIONI OTTENUTE DALLA SCHEDA SOCIO – ANAGRAFICA

	CSM di Treviso (n=10)			SPDC sud (n=12)			TOTALE (n=22)		
	Fr. Ass.	Fr. Rel.	Fr. Rel p.	Fr. Ass.	Fr. Rel.	Fr. Rel p.	Fr. Ass.	Fr. Rel.	Fr. Rel p.
Genere									
Maschio	2	0,200	20%	6	0,500	50%	8	0,363	36%
Femmina	8	0,800	80%	6	0,500	50%	14	0,636	64%
Titolo di studio di base conseguito									
Diploma regionale	7	0,700	70%	10	0,833	83%	16	0,727	73%
Laurea triennale	3	0,300	30%	2	0,166	17%	6	0,272	27%
Ulteriori titoli di studio conseguiti									
Laurea magistrale	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Master di I livello	0	0	0%	1	0,083	8%	1	0,045	5%
				1 Master in coordinamento					
Master di I livello	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Altra formazione	2	0,200	20%	1	0,083	8%	3	0,136	14%
	1 Laurea in cooperazione allo sviluppo 1 Laurea in scienze dell'educazione			1 Laurea in psicologia clinica con specializzazione in psicoterapia					
Nulla oltre alla formazione di base	10	1	100%	10	0,833	83%	18	0,818	81%
Lingue parlate oltre all'italiano									
Inglese	1	0,100	10%	5	0,416	42%	6	0,272	27%
Francese	1	0,100	10%	0	0	0%	1	0,045	4,5%
Spagnolo	1	0,100	10%	0	0	0%	1	0,045	4,5%
Nessuna	7	0,700	70%	7	0,583	58%	14	0,636	64%
Anni di lavoro come infermiere									
[1-2] anni	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
(2-10] anni	0	0	0%	1	0,083	8%	1	0,045	5%
> 10 anni	10	1	100%	11	0,916	92%	21	0,954	95%
Anni di lavoro presso il Dipartimenti di Salute mentale (DSM)									
[1-5] anni	2	0,200	20%	4	0,333	33%	6	0,272	27%
(5-10] anni	3	0,300	30%	2	0,166	17%	5	0,227	23%
> 10 anni	5	0,500	50%	6	0,500	50%	11	0,500	50%
Esperienze lavorative all'estero									
Si	2	0,200	20%	1	0,083	8%	3	0,136	14%
	1 volontaria internazionale 1 infermiere			1 infermiere					
No	8	0,800	80%	11	0,916	92%	19	0,863	86%

ALLEGATO 3
WORD CLOUD:
LE PAROLE PIU' USATE
DAGLI INFERMIERI DEL
CSM DI TREVISO



ALLEGATO 4
WORD CLOUD:
LE PAROLE PIU' USATE
DAGLI INFERMIERI DEL
SPDC SUD



DISCUSSIONE**Barriere linguistiche**

In entrambe le realtà la lingua è ritenuta un fattore essenziale che può rappresentare un ostacolo importante se non se ne trova una comune tra paziente ed infermiere.

Emerge, quindi, che la mancanza di una comunicazione efficace comporta il coinvolgimento di mediatori o l'utilizzo di strategie non – verbali che, tuttavia, possono rendere più difficile il giudizio sulla severità dei sintomi con conseguenze dirette nella progettazione individualizzata.

La collaborazione tra paziente e operatore sanitario dipende dal grado di quest'ultimo di comprendere le aspettative e le reali necessità, come affermato da Shen ⁽¹³⁾. Anche Nedeau e Measham ⁽¹⁴⁾ riportano che questo aspetto è in gran parte basato su una comunicazione efficace che consente il raggiungimento del livello di consapevolezza utile all'individuazione delle peculiarità culturali.

E' necessario, però, in accordo con Galanti ⁽¹⁵⁾, porre attenzione alla figura dei familiari che vengono spesso coinvolti come intermediari ma che potrebbero risentire di un eccessivo coinvolgimento emotivo.

DISCUSSIONE**Modello di salute e malattia: sistemi di credenze e aspettative culturali**

Le credenze e le esperienze di un paziente modellano la sua interpretazione della malattia. Per questo, in entrambe le realtà indagate, viene sottolineato che la mancata conoscenza del *background* culturale del paziente può portare ad accertamenti scorretti che influiscono notevolmente nella stesura del piano individualizzato.

Infatti, secondo Albarran, Rosser, Bach et al. ⁽¹⁶⁾ un approccio sistematico ed inclusivo che permette al professionista sanitario di considerare componenti strettamente collegate al paziente, facilita il riconoscimento delle sue necessità e delle differenze culturali indirizzando, dunque, la presa di decisione e la programmazione del progetto individualizzato.

DISCUSSIONE**Solitudine ed emarginazione**

Dall'analisi dei risultati delle interviste condotte nei due centri si ricava che la malattia mentale e la mancanza di una solida rete di supporti sono associati ad un aumento del rischio di isolamento del paziente, mentre i pregiudizi e la percezione dell'altro come diverso spesso conducono all'emarginazione.

Si individua nel *tempo* la risorsa principale per la conoscenza del paziente e nella *fiducia* la prerogativa essenziale perché il l'utente riesca ad esprimere le proprie necessità.

Knipscheer e Kleber ⁽¹⁷⁾, hanno definito che l'empatia che può derivare dalla conoscenza reciproca di chi prende parte alla relazione terapeutica rappresenta un fattore positivo molto incisivo per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali progettualizzati.

CONCLUSIONI

Data l'entità della richiesta di assistenza da parte di pazienti stranieri come è evidente dai dati statistici, considerata le difficoltà infermieristiche e i presupposti per l'implementazione della pratica clinica, è auspicabile che l'infermiere partecipi ad una formazione continua e duratura di cui una parte sostanziale sia sostituita da un training pratico utile per la progettazione assistenziale di interventi culturalmente adeguati.

I limiti dello studio sono rappresentati dalla traduzione e dalla formulazione dell'intervista semi – strutturata e dal campione che, nello studio di riferimento, comprendeva tutti i professionisti sanitari mentre nello studio esposto è composto da soli infermieri per cui non è stato possibile comparare fra loro tutti i risultati.

Un ulteriore limite è dato dalla scarsa numerosità campionaria che non consente di applicare i risultati a realtà diverse da quelle indagate.

Infine, non è possibile escludere che nelle interviste vengano riferite soprattutto esperienze positive a discapito di quelle ritenute discriminanti.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Hart P, Mareno N. Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *J Clin Nurs* 2014, 23(15-16): 2223 – 2232.
2. Peiyang N, Goddard T, Gribble N, Pickard C. International placements increase the cultural sensitivity and competency of professional health students: A quantitative and qualitative study. *J Phys Ther Educ* 2012, 26(1), 61 – 68.
3. Wang W, Zhou M. Validation of the short form of the intercultural sensitivity scale (ISS-15). *Int J Intercult Relat*, 2016, 55: 1 – 7.
4. Hammer MR, Bennett MJ, Wiseman R. Measuring intercultural sensitivity: the intercultural development inventory. *J Intercult Relat*, 2003, 27: 421 – 443.
5. ISTAT. 15° censimento generale della popolazione e delle abitazioni. Roma, 2015. Disponibile in: https://www.istat.it/it/files/2012/12/volume_popolazione-legale_XV_censimento_popolazione.pdf [Ultima consultazione 6 Agosto 2018].
6. ISTAT. Indicatori demografici: stime per l'anno 2017. Roma, 2018. Disponibile in: <http://www4.istat.it/it/files/2018/02/Indicatoridemografici2017.pdf> [Ultima consultazione 6 Agosto 2018].
7. Osservatorio regionale immigrazione. Regione Veneto. Immigrazione straniera in Veneto. Venezia, 2014. Disponibile in: http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=1969c42d-b325-4ea6-9f5e-7e5ba65c371e&groupId=61739 [Ultima consultazione 28 Luglio 2018].
8. Alizadeh S, Chavan M. Cultural competence dimensions and outcomes: A systematic review of the literature. *Health Soc Care Community*, 2016, 24(6): e117 – e130.
9. ISTAT. Gli stranieri al 15° censimento della popolazione. Roma, 2013. Disponibile in: http://www.istat.it/it/files/2013/12/Notadiffusione_stranieri20122013.pdf [Ultima consultazione 7 Agosto 2018].
10. Sandhu S, Bjerre N, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Priebe S. Experiences with treating immigrants: A qualitative study in mental health services across 16 european countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2013, 48(1), 105 – 116.
11. Bednarz H, Schim S, Doorenbos A. Cultural diversity in nursing education: perils, pitfalls, and pearls. *J Nurs Educ*, 2010, 49(5): 253 – 260.
12. Purnell L, Davidhizar RE, Giger JN, Strickland OL, Fishman D, Allison DM. A guide to developing a culturally competent organization. *J Transcult Nurs*, 2011, 22(1): 7 – 14.
13. Shen Z. Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. *J Transcult Nurs*, 2015, 26(3): 308 – 321.
14. Nedeau L, Measham T. Immigrants and mental health services: increasing collaborations with other mental health service providers. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*, 2005, 14: 73 – 76.
15. Galanti G. An introduction to cultural differences. *West J Med*, 2000, 172:335 – 336.
16. Albarran J, Rosser E, Bach S, Uhrenfeldt L, Lundberg P, Law K. Exploring the development of a cultural care framework for european caring science. *Int J Qual Stud Health Well-Being*, 2011, 6(4): 1 – 11 (11457).
17. Knipshcheer JW, Kleber RJ. The importance of ethnic similarity in the therapist-patient dyad among Surinamese migrant in Dutch mental health care. *Psychol Psychother*, 2004, 77(Pt.2): 273 – 278.

CURARE LE INTERAZIONI IN OSPEDALE CI FARÀ CURARE MEGLIO I NOSTRI PAZIENTI?

CURE INTERACTIONS AT THE HOSPITAL WILL MAKE US BETTER TREAT OUR PATIENTS?

Rossella Giunti¹

Dalla relazione "Le interazioni sicure: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi" - tenutasi in occasione del congresso "La corretta informazione sanitaria in rete - Dr. Google opportunità e rischi", Exposanità, Bologna Fiere, 19 aprile 2018.

¹ Azienda Ospedaliera
Universitaria Careggi di
Firenze, Dipartimento
professioni sanitarie sviluppo
processi di miglioramento

ABSTRACT

Per gestire i rischi derivanti dall'uso di informazioni sanitarie errate o fuorvianti negli ospedali è opportuno curare le interazioni, oltre che i nostri pazienti.

Le interazioni tra le varie componenti del sistema istituiscono scambio, partecipazione; in particolare quelle tra la doppia componente umana (professionista sanitario e paziente) sono da attenzionare per un dovere etico, a garanzia della personalizzazione delle cure, a promozione del knowledge management.

Iniziative orientate ad una comunicazione ed informazione adeguata conducono a performance sicure e di qualità, attraverso sviluppo dell'affidabilità e una costante auto valutazione del personale sanitario.

In order to manage the risks deriving from the use of incorrect or misleading health information in hospitals, interactions should be taken care of, as well as our patients.

The interactions between the various components of the system establish exchanges, participation; in particular those between the double liveware components (health professional and patient) are to be taken into consideration not only because of ethical duty but also for guaranteeing the personalization of the cures and promoting the knowledge management.

Initiative oriented towards informing and communicate adequately lead to safer healthcare and quality performances, through the development of system reliability and constant self-assessment of health personnel.

Parole chiave:
informazione sanitaria di
qualità, interazioni sicure per
l'affidabilità del sistema,
etica della comunicazione,
partecipazione dei cittadini.

Keywords:
quality health information,
secure interactions for the
reliability of the system,
ethics of communication,
citizen participation.

This article was published on
September 20, 2018,
at SIMEDET.EU.

doi.org/10.30459/2018-10
Copyright © 2018 SIMEDET.

BACKGROUND

Exposanità e Simedet ci hanno offerto quest'anno uno spazio di approfondimento sul tema delle informazioni sanitarie in rete, fornendo ai partecipanti i criteri proposti dalla comunità scientifica per selezionare quelle di qualità e condividendo una priorità: come gestire in un ambito critico come quello sanitario i rischi derivanti dall'uso di informazioni sanitarie errate o fuorvianti?

Propongo di curare le interazioni in ospedale, oltre che i nostri pazienti.

DISCUSSIONE

Il concetto di interazione comprende l'idea di azione bidirezionale, ovvero si attua quando due sistemi agiscono uno sull'altro, istituiscono tra loro una dipendenza, influenzandosi reciprocamente.

L'interazione va oltre la comunicazione, che nell'atto della trasmissione istituisce comunque scambio, partecipazione, unilaterale o reciproca che siano.

La letteratura identifica il "sistema ospedale" come sistema a rischio dal punto di vista della sicurezza, per la sua intrinseca complessità, organizzativa e tecnologica, e la stessa tipologia delle prestazioni erogate.

L'ospedale è un sistema interattivo nel quale la doppia componente umana presente, il paziente ed il professionista sanitario, si influenzano reciprocamente; le persone sono l'anello principale dell'organizzazione.

Le iniziative promosse per potenziare la sicurezza del sistema, in prima istanza quelle di gestione del rischio clinico, adottate e diffuse in termini di prevenzione e

ottimizzazione degli standard di qualità assistenziale, nonché di analisi e mitigazione dei rischi, accettano per definizione che un certo livello di rischio sia connaturato, ineliminabile, in un sistema così dinamico che si genera dalla relazione tra persone.

Considerando le interazioni dal punto di vista dell'ergonomia⁽¹⁾, abbiamo necessità di comprendere i rapporti tra fattore umano, tecnico, organizzativo, all'interno di un ambiente di riferimento⁽²⁾.

Ciò significa studiare i processi interni con un approccio sistemico, poiché le interazioni tra le varie componenti del sistema sono costanti e caratterizzate da attriti, difficili connessioni.

Weick sosteneva che "il problema degli errori in medicina non è rappresentato dalla mancanza di competenze tecniche individuali, piuttosto risiede nell'organizzare e connettere le attività", ed ancora comprendiamo intuitivamente come l'elemento umano sia da considerarsi come fulcro dell'insieme di relazioni che coesistono nel sistema, data l'importanza di promuovere la centralità del paziente nelle nostre organizzazioni sanitarie.

Poniamo attenzione dunque alle interazioni tra esseri umani, ovvero alle connessioni *liveware - liveware*: queste avvengono attraverso il dialogo ed il confronto tra professionista sanitario e paziente, nei vari momenti di accoglienza e presa in carico, erogazione di prestazioni tecnico-assistenziali- riabilitative, somministrazione di interventi informativi ed educativi utili al percorso di cura e alla fase di dimissione.

Perché curare le interazioni nel sistema a doppio essere umano dovrebbe prefigurarsi come un dovere dei professionisti sanitari e delle intere organizzazioni?

(1) L'ergonomia si definisce secondo quella scienza che si occupa dell'interazione tra gli elementi di un sistema (umani e d'altro tipo) e la funzione per cui vengono progettati (nonché la teoria, i principi, i dati e i metodi che vengono applicati nella progettazione), allo scopo di migliorare la soddisfazione dell'utente e l'insieme delle prestazioni del sistema (IEA *International Ergonomics Association*).

(2) Si veda il Modello organizzativo di interpretazione degli incidenti denominato SHELL, elaborato dal prof. Edwards nel 1972, che affronta l'analisi dei sistemi come interazioni tra gli elementi Software, Hardware, Environment, Liveware.

1. Dal punto di vista etico e deontologico:

Offrire la massima informazione e partecipazione del paziente ci conduce al rispetto di uno dei principi della bioetica che è l'autonomia: l'individuo che è libero potrà compiere scelte consapevoli.

Certamente le comunicazioni reali che stanno adesso avvenendo all'interno dei nostri reparti ospedalieri sono molto diverse da quelle desiderate o immaginate consultando i nostri Codici etici e deontologici; notiamo che la recente e sentita discussione in materia di consenso informato ha portato ad esprimere all'interno del proprio disegno legislativo come "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura" ⁽³⁾.

2. Nel riconoscimento della singolarità dell'altro:

Poiché il generale e condiviso obiettivo di recupero della maggiore autonomia possibile per quell'individuo richiede personalizzazione dell'intervento sanitario, passando da una presa in carico multidimensionale ad una caratterizzazione individuale delle azioni sanitarie erogate.

Curiamo le interazioni poiché sono proprio i pazienti a decretare il successo o meno del nostro servizio, che è a tutti gli effetti un processo sociale, ovvero anch'esso a carattere fortemente interattivo, e che richiede un contatto diretto nel processo di produzione/erogazione.

Negli ospedali si promuove infatti la partecipazione dei cittadini all'interno dei percorsi formativi, dei processi decisionali dell'organizzazione, della creazione di percorsi clinico-assistenziali-terapeutici.

3. Per esigenza organizzativa:

Il percorso di cura, se condiviso tra professionisti, procede caratterizzato da continuità delle informazioni assistenziali, elemento che garantisce

alti standard di qualità e sicurezza in un sistema organizzato su vari livelli di complessità ed intensità di cura, quindi anche efficienza.

Se spostiamo la lente sui bisogni dei professionisti, essi vogliono un vero sistema di gestione condivisa delle conoscenze, una comunicazione che da statica divenga dinamica e partecipativa, al fine di condividere obiettivi e risultati, vedere valorizzato il proprio ruolo attivo nelle aziende e nei contesti organizzativi, promuovere la cultura professionale.

Un livello manageriale che implementi azioni comunicative e pedagogiche stimola i processi che producono valore e controlla le interconnessioni.

4. Per il knowledge management:

Potenziare la comunicazione quale elemento soft dell'organizzazione significa mettere a disposizione un adeguato flusso delle informazioni che garantisca rete, decentramento, integrazione dei servizi, gestione della complessità e conoscenza organizzativa.

La letteratura conferma che avere interazioni attente garantisce performance sicure e di qualità, attraverso sviluppo dell'affidabilità⁽⁴⁾, elemento che limita la vulnerabilità del sistema. Scommettiamo sulla creazione di consapevolezza, tramite una riflessione costante degli operatori sanitari sulle proprie azioni quotidiane, generativa di una naturale genesi di barriere ai rischi e di una diffusa propensione al miglioramento. Non a caso le iniziative in materia di gestione del rischio clinico originano nella sensibilizzazione e promozione della cultura della sicurezza, affinché l'aderenza a buone pratiche, raccomandazioni scientifiche, diventi consuetudine nel lavoro quotidiano.

Concludendo il nostro rationale, prestare attenzione alle interazioni significa studiarle con approccio

⁽³⁾ Disegno di legge n. 2801 del 20/04/2017 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (articolo 1, punto 8).

⁽⁴⁾ Approccio dell'analisi dell'affidabilità umana e dei sistemi, dall'inglese HRA, Human and System Reliability Analysis (Kirwan e Ainsworth, 1993), secondo il quale l'affidabilità si definisce la capacità di reagire in modo costante alle variabili condizioni del sistema.

sistemico, renderle evidenti, governarle e trattarne i rischi derivanti, in ultima analisi garantire qualità e sicurezza delle cure.

In sanità, superato nel tempo l'atteggiamento paternalistico ed abbracciata una nuova cultura basata sui limiti fisici e cognitivi dell'uomo (dunque anche del professionista sanitario), anche l'atteggiamento dei nostri pazienti è cambiato: essi accedono ad informazione sanitaria anche attraverso canali non istituzionali, esponendo il sistema alla necessità di gestire un alto rischio di informazioni sanitarie fuorvianti.

La disinformazione intesa come errata, incompleta, è fenomeno diffuso, facilitato dalla enorme quantità di dati in rete, che circolano velocemente e scarsamente gestiti, con la conseguente ricerca di risposte immediate, a pronta conferma dei nostri dubbi e dilemmi; se poi consideriamo la fragilità del paziente di fronte a un dubbio diagnostico, un quadro patologico neo-compreso, la fame di informazioni è giustificata dalla ricerca di sicurezza, assertività, conoscenza, con una forte componente emotiva.

Noi professionisti sanitari, quali l'altra componente umana del sistema, siamo chiamati ad adottare strumenti specifici, professionali, per interpretare e condurre tali informazioni in un preciso e condiviso quadro diagnostico-terapeutico-assistenziale, ed ancora a curare le interazioni difficili rendendo le informazioni sicure, chiare, assertive, adeguate alla capacità di comprensione e all'emotività del paziente.

Non è superfluo valorizzare la relazione stessa tra professionisti, promuovendo l'adozione di processi comunicativi standardizzati che assicurino adeguato passaggio delle informazioni a garanzia della continuità delle cure assistenziali rivolte ai nostri pazienti lungo i percorsi di cura che affrontano.

Un'ultima riflessione è da dedicarsi ad uno dei principali strumenti di anticipazione e controllo del rischio clinico, ovvero le Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti (PSP), da anni adottate in Regione Toscana con grande impatto nel servizio sanitario.

Se lo scopo delle PSP è proprio quello di raccontare sinteticamente standard per la sicurezza del paziente e raccomandazioni per raggiungere i vari livelli di applicazione attesi, esse hanno un valore talmente banale ma imprescindibile: rendere facile fare le cose giuste e difficile fare le cose sbagliate, e possiamo affermare che tutte le Pratiche sono attuabili attraverso un processo di interazione con il paziente.

Pensiamo al dolore, che si definisce tutto ciò che il paziente ci riferisce come tale, e richiede una interazione costante nella sua valutazione in termini di rilevazione dell'intensità e riscontro di efficacia del trattamento; ancora citiamo la prevenzione del rischio di caduta nei setting assistenziali, che si attua tramite interventi informativi ed educativi da rivolgersi al malato ed ai caregiver.

Degno di nota ciò che il Centro Regionale Rischio Clinico attuò per implementare il lavaggio delle mani, la prima storica PSP, attraverso la distribuzione di spillette e materiale informativo che funzionassero da remind inducendo i pazienti a chiedere al medico e agli infermieri "ti sei lavato le mani?", in ottica di massima diffusione capillare della cultura della sicurezza, fino alla recente scelta di proiettare nelle sale di attesa dei contesti ospedalieri filmati per la sensibilizzazione alla sicurezza.

Alcune Pratiche trattano proprio la comunicazione: la gestione della comunicazione difficile con l'assistito ed i familiari in caso di eventi avversi; la pratica dell'handover, che promuove la strutturazione di un set condiviso di informazioni sanitarie da adottarsi in caso di passaggio di consegne per la comunicazione interna od esterna.

L'azienda ospedaliero universitaria nella quale presto servizio sta adottando varie iniziative di promozione degli standard di qualità e sicurezza in risposta al mandato regionale di accreditamento istituzionale, che attraverso un sistema di requisiti di qualità e sicurezza, quindi una politica di qualità e per la qualità, stimola i professionisti della salute, a tutti i livelli di un'organizzazione, ad auto-valutarsi rispetto all'aderenza agli standard attesi e richiesti⁽⁵⁾.

Tra i molti requisiti inerenti la comunicazione e l'informazione sanitaria, possiamo citare la "Comunicazione adeguata da parte dei sanitari" a promozione di un linguaggio adeguato e comprensibile da usare con il paziente ed i familiari, nonché la valutazione della concordanza delle informazioni loro fornite.

Ancora il requisito "Percezione adeguatezza informazioni sulla salute", che attraverso le interviste ai pazienti indagherà la percezione rispetto alla ricezione di informazioni adeguate sulle condizioni di salute, sul piano terapeutico finalizzate anche alla partecipazione attiva dell'assistito.

Molta attenzione è posta anche alla riservatezza dei colloqui, agli interventi educativi, alla condivisione delle tappe principali del percorso di cura.

Si stanno quindi attuando in azienda iniziative formative rivolte non solo ai professionisti ma anche ai cittadini, nell'ottica futura di abbracciare i bisogni degli stakeholder e rilevare gli outcome come riportati dai nostri pazienti in modo soggettivo.

CONCLUSIONI L'informazione adeguata è interazione sicura, dunque costruite ambiti di comunicazione educativa e di confronto, in cui la conoscenza si scambia e si condivide, e vi conduca ad una presa in carico dell'altro che è crescita e arricchimento reciproco, nonché promozione della qualità e sicurezza delle cure!

BIBLIOGRAFIA

- Bagnara S, Parlangei O, Tartaglia R. Are hospitals becoming high reliability organizations? *Applied Ergonomics* 2010 Jan 25. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 20106470.
- Bagnara S, Tartaglia R, Editorial of "Patient safety: an old and a new issue". *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 2007; 8(5) 365-372).
- Hawkins, F.H., & Orady, H.W. (Ed.). (1993). *Human factors in flight* (2nd ed.). England: Avebury Technical, 1993
- Hollnagel E. (2005), *Barriers and accidents prevention*. London, Ashgate Publishing Company
- Kirwan B., Ainsworth L.K. (1993), *A guide to task analysis*. London, Taylor&Francis.
- Kirwan B. (1994), *A guide to practical human reliability assessment*. London, Taylor and Francis.
- Vincent C. *Patient safety*. Edizione italiana a cura di: T. Bellandi, G. Romano, P. Diana, R. Tartaglia. Edizione Esseditrice Panorama Sanità 2007.
- Wooldridge A. R., Carayon P. et al., *SEIPS-based process modeling in primary care*, *Applied Ergonomics* 60 (2017) 240e254.
- Legge Regione Toscana n.51 del 5 agosto 2009 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" e approvazione del relativo regolamento di attuazione n.79/R del 17 novembre 2016, in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

⁽⁵⁾ Si parla di qualità "embedded", ovvero incastonata a raggiungere sia i livelli direzionali che quelli periferici dell'organizzazione.

L'ALFABETIZZAZIONE SANITARIA DELL'UTENTE STRANIERO COME STRUMENTO DI PREVENZIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DEI SERVIZI DI URGENZA ED EMERGENZA: INDAGINE ESPLORATIVA PRESSO L'U.O. DI PRONTO SOCCORSO DI MESTRE

Lisa Mizzaro¹, Antonello Carta²

ABSTRACT

Il problema del sovraffollamento al Pronto Soccorso è estremamente attuale e dibattuto, poichè spesso si assiste a un cattivo uso di tale servizio, che dovrebbe essere deputato in modo esclusivo alle emergenze e alle urgenze e, quindi, a problemi clinici che non sono demandabili ad altre Strutture del Sistema Sanitario Nazionale. Tra le cause che portano a tale fenomeno si può riconoscere la mancanza di alfabetizzazione sanitaria, ovvero l'insieme delle competenze che determinano le abilità necessarie per accedere ai servizi.

Inevitabilmente emerge la necessità di avere personale culturalmente competente che sia in grado di personalizzare il proprio operato nell'ottica della diversità culturale.

Si rende allo stesso modo necessario formare il cittadino affinché possa comunicare in modo efficace con il sistema sanitario e sia in grado di trovare e valutare informazioni.

OBIETTIVI:

Questa indagine ha lo scopo di dare una dimensione a quello che è il fenomeno del sovraffollamento del Pronto Soccorso e si propone di determinare se vi sia una mancanza di alfabetizzazione sanitaria tra gli utenti stranieri che accedono al Pronto Soccorso con codici di non urgenza.

The problem of overcrowding in the Emergency Room is extremely current and discussed, because there is often a bad use of this service, that has to be used only in case of emergency and urgency, with clinical problems that can't be in any way subjected to other structures of national health system.

The lack of health literacy, which means the necessary competence and abilities to use the health services, can be recognized as one of possible causes of overcrowding in ER.

It is inevitably necessary to have healthcare professionals culturally competent, that really know how to personalize its work by focusing the attention on cultural diversity.

At the same time it is really important to form citizens that are able to communicate in an efficient way with health system and that can find and assess the information.

OBJECTIVES:

This study aims to contextualize the phenomenon of overcrowding in ER and it also will define if there is a lack of health literacy in foreign patients that access to ER with non - urgent codes.

¹ BSN, RN

² MSN, BSN, RN
Specialista in Infermieristica
Transculturale,
Servizio per le Professioni
Sanitarie, Ospedale
dell'Angelo, Mestre AULSS 3
Serenissima

Autore Corrispondente:
Antonello Carta
antonello.cart@aulss3.veneto.it

Parole chiave:
pronto soccorso,
alfabetizzazione sanitaria,
emergenza, urgenza, società
multi-etnica, migrazioni

Keywords:
Emergency Department,
health literacy, emergency,
multiethnic society

This article was published on
September 20, 2018,
at SIMEDET.EU.

doi.org/10.30459/2018-11
Copyright © 2018 SIMEDET.

METODO:

Disegno dello studio: indagine esplorativa presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre nei mesi di luglio e agosto 2017.

Campionamento: utenti stranieri tra i 16 e i 75 anni che si sono rivolti al Pronto Soccorso ottenendo, al Triage, un codice bianco o verde.

Attività e strumento di raccolta dati: somministrazione di un questionario anonimo sulla base della volontarietà dei partecipanti.

Analisi dei dati: le risposte sono state analizzate statisticamente in modo da ricavarne la distribuzione percentuale.

RISULTATI:

La distribuzione delle risposte risulta essere uniforme al variare degli utenti intervistati e conferma una diffusa carenza di alfabetizzazione sanitaria.

DISCUSSIONE:

L'alfabetizzazione sanitaria degli utenti va attentamente valutata e, dove carente, implementata, attraverso la relazione di vicinanza che ogni infermiere ha la possibilità di creare con il paziente e va considerata la formazione degli operatori relativa alla comunicazione efficace e all'utilizzo degli strumenti di valutazione idonei.

CONCLUSIONI:

I risultati ottenuti confermano ciò che viene enunciato in letteratura, ovvero che si rende sempre più necessario sviluppare competenze transculturali ed essere Professionisti al passo con la società in evoluzione.

Implementare l'alfabetizzazione sanitaria tra gli utenti stranieri consentirebbe di ridurre gli accessi al Pronto Soccorso e le conseguenze negative a essi legati.

METHOD:

Study design: a scoping study in the Emergency Room of Ospedale dell'Angelo di Mestre, during the months of July and August 2017.

Sampling: includes foreign patients with an age range of 16 to 70 years that had access to ER with non – urgent codes.

Method and technique of data collection: administration of an anonymous survey on the basis of voluntariness of participants.

Data analysis: the answers have been statistically analyzed in order to obtain the result as a percentage.

RESULTS:

The distribution of the answers is uniform and does not vary to the change of interviewed users.

The results confirm that there is a widespread lack of health literacy.

DISCUSSION:

Health Literacy of users has to be carefully evaluated and, if it is inadequate, implemented through the closest relationship between Nurse and patient.

The training of health professionals has to be based on an efficient communication and it is necessary to evaluate the ability in the use of those specific tools that are useful to recognize lack of health literacy.

CONCLUSIONS:

The analysis of the data agrees with all that literature confirms, or rather that is becoming increasingly necessary to have cultural competence and to have healthcare professional up to date with society.

The implementation of health literacy could reduce the accesses in ER and all the negative consequences linked to them.

BACKGROUND Gli importanti flussi migratori e la crescente mobilità dei popoli stanno rapidamente portando alla nascita di una società multietnica e alla formazione di nuovi scenari e fenomeni che devono essere studiati e affrontati. Tra questi, il problema del sovraffollamento al Pronto Soccorso è estremamente attuale e dibattuto, poiché causa disagi e problemi quali l'aumento del rischio di errore, il *burnout* del personale sanitario che vi lavora, l'aumento dei tempi di attesa degli utenti e la conseguente diminuita fiducia dei cittadini nei confronti dei Servizi di Emergenza.

Un'indagine della SIMEU del 2015 ha evidenziato che, ogni anno, sono 24 milioni le persone che accedono al Pronto Soccorso e si stima che, sul totale, i codici rossi siano l'1%, i codici gialli il 18%, i codici verdi il 66% e i bianchi il 14% ⁽¹⁾.

Secondo i dati ISTAT 2011/2012, inoltre, sono 66 ogni mille gli stranieri con più di 14 anni che sono ricorsi al servizio di Pronto Soccorso nei tre mesi precedenti la raccolta dati, con quote più elevate tra i cittadini non comunitari (circa 70 per mille rispetto al 57 per mille circa dei comunitari) ⁽²⁾.

Gli utenti stranieri che accedono al Pronto Soccorso con codici di non urgenza spesso riferiscono difficoltà legate all'utilizzo dei servizi di Assistenza primaria, a causa della non conoscenza di tutti i servizi alternativi offerti dal territorio, paura di essere denunciati qualora siano stranieri irregolari, impegni lavorativi incompatibili con gli orari degli ambulatori di Medicina Generale e, spesso, difficoltà di svolgimento delle pratiche burocratiche che consentono l'accesso ad accertamenti diagnostici.

Le difficoltà linguistiche e il diverso concetto di salute e malattia, infine, sono fattori che influenzano notevolmente tutto il processo di cura.

Tra i problemi che vengono riscontrati più frequentemente emerge quello della mancanza di alfabetizzazione sanitaria o *health literacy*, ovvero un concetto che promuove una crescente alfabetizzazione della persona nei riguardi della salute, incrementandone il suo ruolo attivo e partecipativo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'alfabetizzazione sanitaria come l'insieme delle abilità cognitive, individuali e sociali, per comprendere e usare le informazioni in modo più appropriato possibile in termini di salute ⁽³⁾.

Mackenbach considera il livello di istruzione come uno dei più importanti determinanti di salute e sostiene che promuovere l'alfabetizzazione sanitaria significhi, quindi, promuovere la salute ⁽⁴⁾.

Una limitata alfabetizzazione sanitaria porta, oltre a un aumentato rischio di malattia, a un incremento della spesa sanitaria e a una diminuzione della qualità delle cure erogate, poiché spesso il percorso intrapreso non risulta essere, sulla base dei sintomi, quello più adatto ⁽³⁾.

Tra i gruppi più a rischio di presentare un basso livello di health literacy, oltre ad anziani, soggetti con patologie croniche, persone con disabilità e gruppi socio - economicamente svantaggiati, si trovano anche i migranti e le minoranze etniche, con i quali molte volte si ha una comunicazione non efficace ⁽³⁾.

L'operatore sanitario, e l'Infermiere nello specifico, deve perciò essere formato e reso capace di valutare il grado di comprensione dell'utente straniero, per fare in modo che le informazioni vengano apprese nel modo più completo e corretto possibile, veicolandole attraverso un linguaggio adeguato.

Come affermato da Purnell e Davidhizar viene richiesta, quindi, competenza culturale in ambito sanitario, ovvero l'insieme delle conoscenze, capacità di comprensione e abilità che permettono al professionista della salute di fornire un'assistenza coerente con le diverse necessità del paziente ⁽⁵⁾, e, aggiunge Wood, evitando standardizzazioni ⁽⁶⁾.

Molteplici studi di Papadopoulos ⁽⁷⁾ e Takeno ⁽⁸⁾ evidenziano che, qualora questa competenza mancasse, si fornirebbe un'assistenza superficiale, etnocentrica e stereotipata, arrivando alla conclusione che tutti i soggetti, indipendentemente dalla loro appartenenza a un determinato gruppo culturale e dalle caratteristiche interindividuali, abbiano bisogno della medesima assistenza.

OBIETTIVI

L'indagine, intesa come studio pilota, ha lo scopo di dare una fotografia del fenomeno del sovraffollamento del Pronto Soccorso e si propone di determinare se vi sia una mancanza di alfabetizzazione sanitaria tra gli utenti stranieri che vi accedono con codici di non urgenza.

Il *setting* scelto per lo svolgimento dello studio è l'Ospedale dell'Angelo di Mestre, centro *hub* della provincia di Venezia.

Secondo i Dati Ufficio Statistica - Anagrafe del Comune di Venezia al 12/01/2015, infatti, gli stranieri rappresentano il 13% della popolazione, con un totale di 34.211 residenti stranieri e 229.648 residenti italiani.

Nel 2016 gli accessi totali al Pronto Soccorso dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre sono stati 89.497, di cui 15.914 effettuati da utenti stranieri (17,8%).

METODI

L'indagine si è basata sulla somministrazione di un questionario che ha avuto lo scopo di individuare la presenza o meno di alfabetizzazione sanitaria degli utenti stranieri che hanno fatto uso del Pronto Soccorso dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre nei mesi di luglio e agosto 2017, ottenendo al Triage un codice bianco o verde, che determina la non urgenza dell'accesso.

Si vuole inoltre capire quali siano le difficoltà più spesso incontrate dagli utenti stranieri nel recepire le informazioni e da chi o cosa queste informazioni siano più spesso veicolate.

Il questionario (Allegato 1) è composto da nove domande a risposta multipla ed è stato tradotto da interpreti certificati (Agenzia di Traduzioni LinguaVox, sistema di gestione per la qualità certificato ISO 9001) in inglese, bengalese, rumeno e moldavo, ovvero le lingue delle tre etnie più presenti all'interno dell'Azienda Ulss3 Serenissima.

Il questionario è stato, inoltre, somministrato in lingua italiana a coloro che non mostravano difficoltà nella comprensione delle domande e delle risposte.

Le domande da cui è composto il questionario sono state formulate in modo semplice e chiaro, con il fine di evitare fraintendimenti.

Il campione dello studio è costituito da utenti stranieri con un'età compresa tra i 16 e i 75 anni.

I primi tre giorni sono stati utilizzati al fine di testare lo strumento di raccolta dati e verificare i criteri di inclusione ed esclusione.

Il questionario è stato consegnato sulla base della volontarietà dei pazienti ed è stato fatto compilare in modo anonimo.

Si è richiesto solo l'anno di nascita per poter operare delle considerazioni sulla base dei dati raccolti.

Le prime due domande sono finalizzate a ottenere informazioni riguardanti il possesso o meno della tessera sanitaria, del tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente) o ENI (Europeo Non Iscritto).

Le informazioni riguardanti il modo di utilizzo dei servizi sanitari devono essere fornite in modo efficace a chiunque entri in possesso di uno dei documenti sopra citati, per fare in modo che vi sia una chiara percezione di quali siano i propri diritti e i propri doveri e che le risorse e i servizi presenti nel territorio vengano utilizzate nel modo corretto.

Le restanti 7 domande che compongono il questionario sono, invece, rivolte ad analizzare in che modo siano state veicolate le informazioni e chi o cosa le abbia trasmesse all'utente, anche per poter capire come gli operatori sanitari, e gli infermieri nello specifico, adempiano al ruolo educativo attribuito dal Codice Deontologico.

Le risposte sono state poi analizzate statisticamente attraverso un foglio di calcolo Excel in modo da ricavarne la distribuzione percentuale.

ALLEGATO 1 – QUESTIONARIO: RACCOLTA DATI SUGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

Sesso: Maschio Femmina

Anno di nascita:

1. È iscritto al SSN (Servizio Sanitario Nazionale) SI NO
2. Ha una tessera sanitaria in corso di validità? SI NO
Se no, è in possesso di una tessera ENI (Europeo Non Iscritto)? SI NO
Se no, è in possesso di una tessera STP (Straniero Temporaneamente Presente)? SI NO
3. Sa a cosa serve l'iscrizione al SSN? (Più opzioni possibili) SI NO
Poter usufruire gratuitamente di tutti i servizi proposti dal SSN
Ricevere gratuitamente l'assistenza e le cure urgenti, essenziali e continuative
Avere accesso a interventi di medicina preventiva, come per esempio le vaccinazioni, le indagini di screening e la tutela della gravidanza, avere il Medico di Medicina Generale e/o il Pediatra di Libera Scelta per i propri figli, poter disporre, in caso di necessità, di ricoveri ospedalieri gratuiti.
Ricevere gratuitamente i farmaci, ove previsto
Ricevere cure e assistenza contribuendo secondo quelli che sono i criteri basati sulle condizioni socio-economiche legate al reddito.
Altro _____
4. Ha mai usufruito dei servizi del SSN? SI NO
Se sì, quali?
Vaccinazioni
Servizio di continuità assistenziale
Medico di Medicina Generale
Indagini di screening
Consultorio Familiare
Pediatra di Libera Scelta per il figlio/a
Altro _____
5. Come è venuto a conoscenza dei servizi proposti dal SSN?
Opuscoli informativi
Amici o conoscenti
Familiari
Professionisti della salute (infermieri, assistenti sanitari, medici, etc.)
Non ho ancora avuto spiegazioni da nessuno
Altro _____
6. È facile secondo Lei accedere a tali servizi? SI NO
Se no, per quale motivo?
Mancanza di conoscenze riguardo i servizi proposti dalla continuità assistenziale o dal Medico di Medicina Generale
Orari di apertura dei Servizi incompatibili con gli orari di lavoro
Difficoltà linguistiche
Difficoltà di approccio relazionale
Altro _____
7. Avrebbe voluto ricevere più informazioni riguardo i servizi offerti dal SSN? SI NO
8. Da chi si aspetterebbe di ricevere le informazioni?
Medici
Infermieri
Assistenti sanitari
Personale amministrativo
Altro _____
9. Cosa si aspetterebbe da chi Le presta assistenza?
Maggiori competenze linguistiche
Maggiori competenze culturali
Maggior comprensione delle difficoltà che si possono incontrare in un Paese diverso da quello di origine
Tutte le precedenti
Altro _____

RISULTATI

I questionari somministrati sono stati, in totale, 61.

Il campione, individuato grazie ai criteri di inclusione ed esclusione stabiliti, risulta formato da 39 maschi (63%) e 22 femmine (37%).

Il campione è formato per il 28% da utenti che provengono dalla Moldavia, per il 20% da cittadini bengalesi e per l'11% da utenti provenienti dalla Romania.

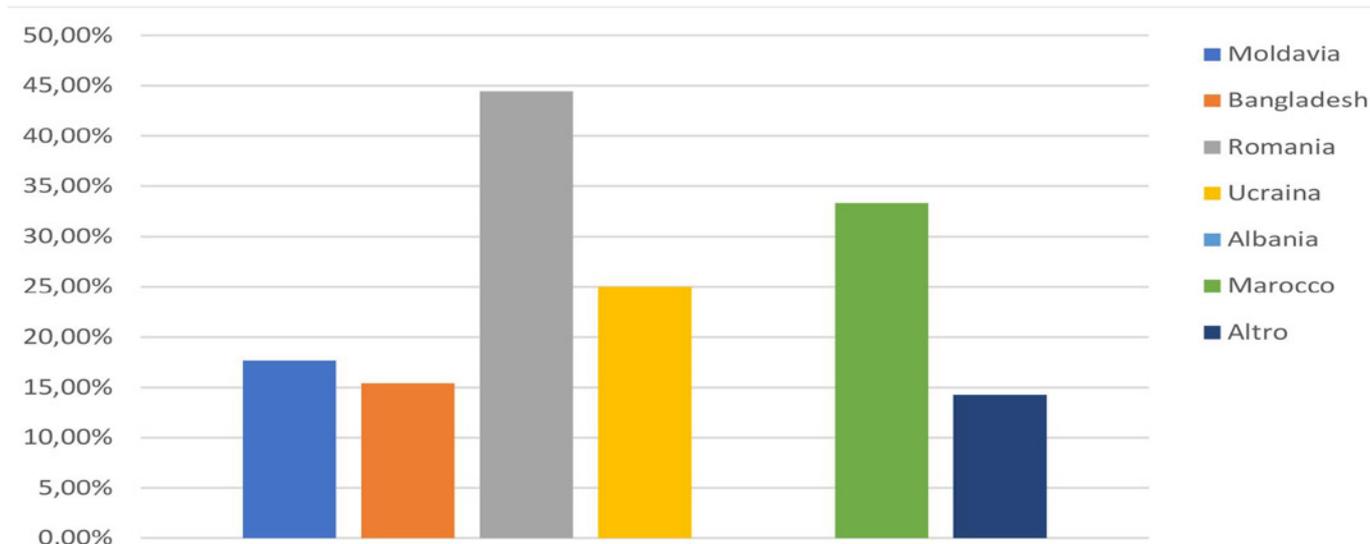
Subito dopo, relativamente alla percentuale di prevalenza, si trovano utenti che provengono dall'Ucraina e dall'Albania, 6%, seguiti a loro volta da cittadini marocchini, 5%, egiziani e indiani e senegalesi, tutti il 3%.

Il resto del campione è composto da stranieri di altre nazionalità, e rappresenta il 16% del totale, suddivisibile tra Siria, Macedonia, Guinea Bissau, Etiopia, Perù, Tunisia, Cina Popolare e Kosovo. L'età media del campione è di 37 anni.

Il partecipante più giovane ha 17 anni, mentre il più anziano ne ha 56.

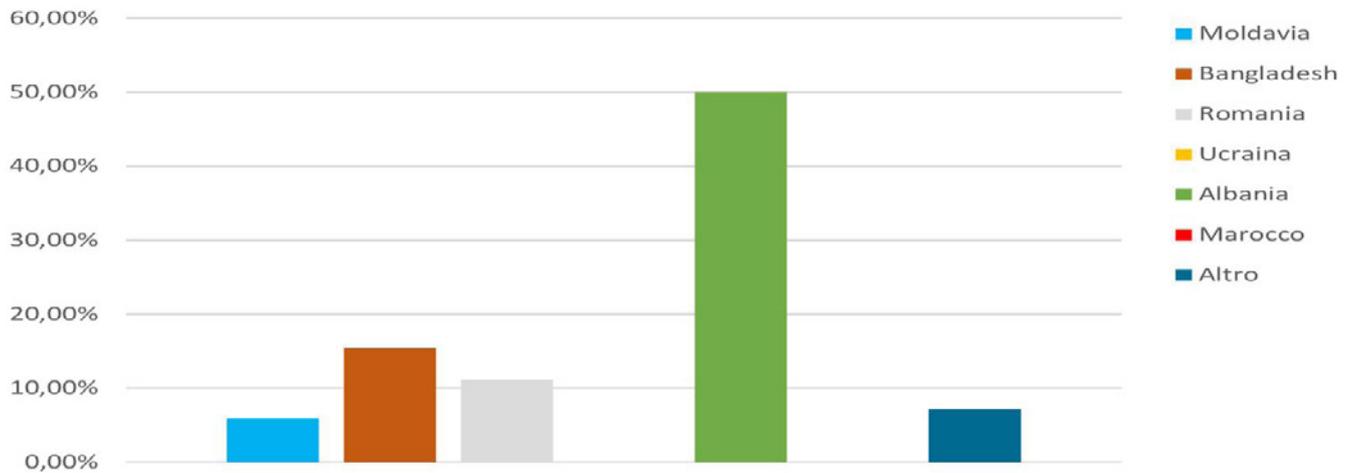
Dai questionari somministrati emerge che il 95% degli utenti intervistati sostiene di sapere a cosa serve l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, ma di questi solo il 61% ha indicato la risposta più corretta (Grafici 1, 2, 3), nonostante, come risulta dalle risposte alla domanda numero 1, il 92% del totale si dichiara in possesso di una tessera sanitaria.

GRAFICO 1



Domanda 3 - Sa a cosa serve l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale?
Opzione A - Poter usufruire gratuitamente di tutti i servizi proposti dal SSN

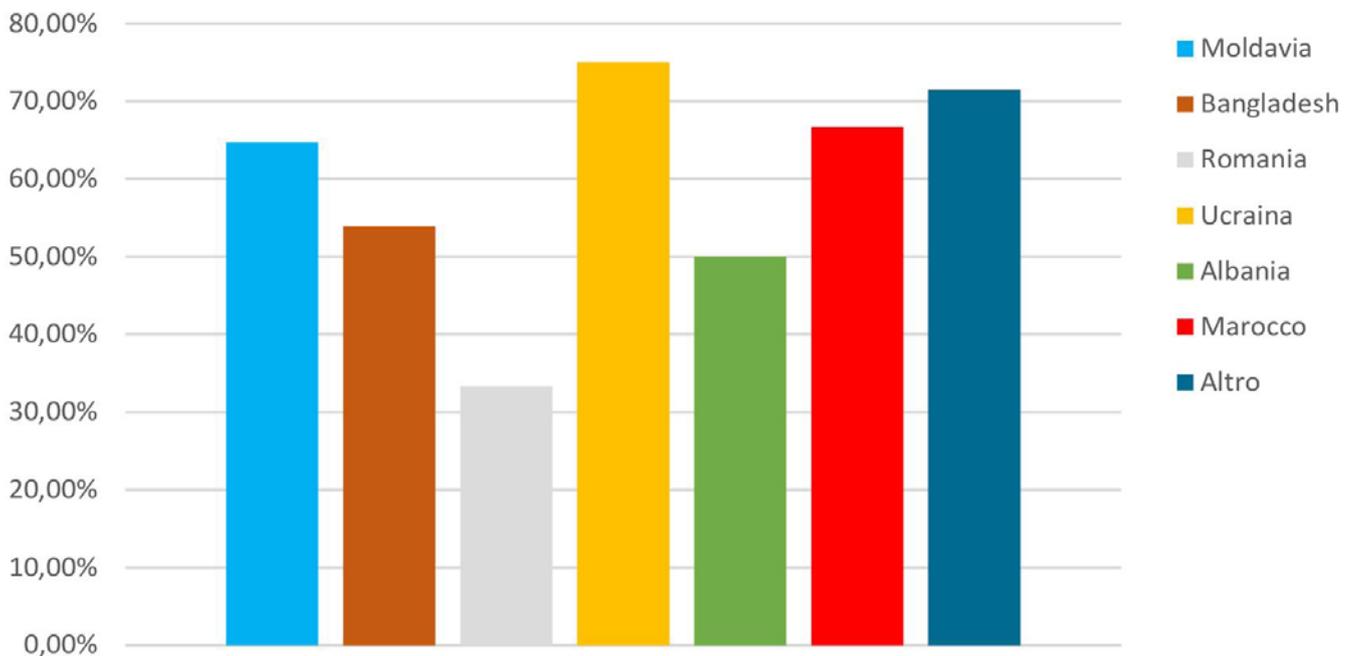
GRAFICO 2



Domanda 3 - Sa a cosa serve l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale?

Opzione B - Ricevere gratuitamente l'assistenza e le cure urgenti, essenziali e continuative

GRAFICO 3



Domanda 3 - Sa a cosa serve l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale?

Opzione C - Avere accesso a interventi di medicina preventiva, come per esempio le vaccinazioni, le indagini di screening e la tutela della gravidanza, avere il Medico di Medicina Generale e/o il Pediatra di Libera Scelta per i propri figli, poter disporre, in caso di necessità, di ricoveri ospedalieri gratuiti.

Per l'82% degli utenti (Grafico 4), in effetti, sarebbe stato importante ottenere un numero maggiore di informazioni riguardanti i servizi sanitari rispetto a quelle effettivamente fornite.

Il 9% ritiene che a dover dare tali informazioni sia l'infermiere.

Risulta, inoltre, dalla domanda numero 5, che indaga circa la fonte delle informazioni possedute, che solo per il 16% del totale esse siano state trasmesse da Professionisti della Salute, mentre il 31% afferma di averle ottenute da amici o conoscenti, il 26% da familiari e il 19% dichiara di non aver ancora ricevuto spiegazioni da nessuno.

Il 68% degli utenti, alla domanda che indaga la fruibilità dei servizi secondo una personale opinione, risponde che non è facile accedervi (Grafico 4), e il 38% ritiene che ciò sia dovuto proprio a una carenza di conoscenze riguardo a servizi come la continuità assistenziale e il Medico di Medicina Generale.

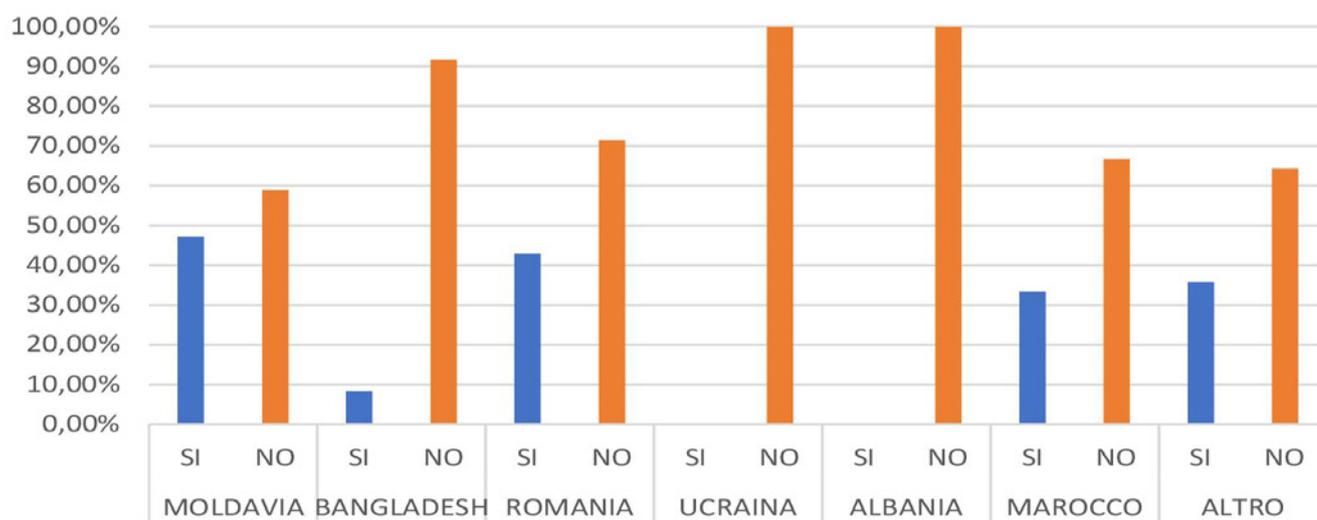
Il 28% degli intervistati, invece, attribuisce questa difficoltà di accesso a barriere linguistiche.

Il 16% riferisce difficoltà di approccio relazionale con gli operatori.

L'ultima domanda del questionario, infine, indaga su quali siano le aspettative dei pazienti stranieri relative all'assistenza che viene offerta: il 50% delle risposte esprime il desiderio di una maggiore comprensione delle difficoltà che uno straniero incontra in un Paese diverso dal Paese di origine; il 30% degli utenti desidererebbe, invece, che gli operatori fossero in possesso di migliori competenze linguistiche.

Il 17%, oltre a queste due opzioni, dichiara che anche maggiori competenze culturali, relative anche alla diversa percezione di sintomo e malattia, renderebbero più completa l'assistenza.

GRAFICO 4



Domanda 6 - E' facile secondo lei accedere a tali servizi ?

DISCUSSIONE Uno studio GIMBE del 2016 riporta che la mancanza di conoscenze sufficienti riguardo ai servizi sanitari e la limitata capacità decisionale che ne risulta porta a un sovra-utilizzo dei servizi del 30% ⁽⁹⁾.

Bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria, quindi, influiscono in modo significativo sulla salute e si riflettono in un incremento della spesa sanitaria, in una minore partecipazione alle attività di promozione della salute e di rilevazione delle malattie e nell'adozione di comportamenti più rischiosi portando di conseguenza a infortuni sul lavoro, gestione inefficace di malattie croniche, scarsa aderenza alle indicazioni terapeutiche, aumento dell'ospedalizzazione, incremento della morbilità e della mortalità ⁽³⁾.

Dall'analisi dei risultati ottenuti emerge una forte mancanza da parte degli operatori sanitari nell'educare gli utenti stranieri e una carenza nel metodo di trasmissione delle informazioni necessarie a poter usufruire dei servizi in modo adeguato.

Macabasco – O'Connell e FryBowers sostengono che il 53% degli infermieri ⁽¹⁰⁾, infatti, considera tale aspetto non prioritario rispetto ad altri aspetti clinico – assistenziali ritenuti più importanti.

La combinazione tra una ridotta comprensione da parte dell'utente e abilità limitate da parte del professionista sanitario produce, così come riportato da Sørensen una situazione di diminuita capacità di apprendimento e genera ansia nell'utente ⁽¹¹⁾.

L'acquisizione di competenze riguardanti l'alfabetizzazione sanitaria e l'individuazione del suo livello sono assolutamente necessarie per poter adottare strategie comunicative appropriate e rendere efficace la relazione di assistenza.

Esistono, quindi, degli accorgimenti, soprattutto per superare le difficoltà linguistiche, che vanno adottati, come per esempio parlare lentamente, adeguare il linguaggio all'utente e, come previsto dal *teach back method*, chiedere al paziente di ripetere quanto è stato comunicato ⁽¹²⁾.

Nello specifico, il ruolo dell'Infermiere nei confronti dell'utente straniero, perciò, anche su indicazione del Codice Deontologico del 2009, deve essere un ruolo attivo ed educativo, atto a incrementare l'alfabetizzazione sanitaria ⁽¹³⁾.

CONCLUSIONI I risultati ottenuti confermano ciò che viene enunciato in letteratura, ovvero che si rende sempre più necessario sviluppare competenze transculturali di pari passo con l'evoluzione della società come conseguenza delle migrazioni.

Nel commento ai risultati dello studio condotto, inoltre, si vuole porre particolare attenzione anche alla percezione che hanno gli utenti delle informazioni in loro possesso, e se ne ricava che loro stessi le ritengono, nella maggior parte dei casi, insufficienti.

L'alfabetizzazione sanitaria degli utenti va attentamente valutata e, dove carente, implementata, attraverso la relazione di vicinanza che ogni infermiere ha la possibilità di creare con il paziente.

La formazione degli operatori relativa alla comunicazione efficace e all'utilizzo degli strumenti di valutazione idonei non va trascurata.

Porre attenzione anche a questo ambito rende possibile avere una visione olistica del paziente e fornire un'assistenza infermieristica globale e adeguata, nonché a garantire l'accesso alle cure, come affermato anche dalla *Association of Public Health Nurses* ⁽¹⁴⁾ e dalla *American Nurses Association* ⁽¹⁵⁾.

Così facendo si potranno non solo colmare le lacune presenti e soddisfare maggiormente coloro che hanno già avuto accesso ai servizi sanitari, ma anche prevenire gli accessi impropri educando la popolazione sana.

Limiti dello studio:

Lo studio realizzato si avvale di un ristretto campione numerico, a causa del periodo di tempo limitato in cui si è svolta la raccolta dati.

I questionari sono stati proposti in moldavo, bengalese, rumeno, inglese e italiano, e vi sono stati casi in cui, a utenti provenienti da Paesi differenti, non è stato possibile somministrare il questionario poichè erano presenti barriere linguistiche.

Sarebbe opportuno ripetere lo studio in un medio periodo di tempo, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, preferibilmente rendendolo multicentrico, allargandolo, quindi, almeno alla Regione Veneto, per comprendere se il problema analizzato sia presente solo a Mestre o sia invece diffuso.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Simeu: Ogni anno 24 milioni di accessi, quasi uno al secondo. Ma mancano letti in corsia e l'influenza c'entra poco, 2015. Disponibile da www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=25375. [ultima consultazione 10.08.2018];
2. ISTAT. Salute e Sanità, (2011-2012). Disponibile da <https://www.istat.it/it/archivio/110879>. [ultima consultazione 10.08.2018];
3. World Health Organization. Health Literacy and Health Behaviour, 2013. Disponibile da www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/. [ultima consultazione 10.08.2018];
4. Mackenbach P, Health inequalities: Europe in profile, An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU, 2006. Disponibile da www.who.int/social_determinants/.../european_inequalities.pdf. [ultima consultazione 10.08.2018];
5. Purnell L., Davidhizar R. E et al. A guide to developing a culturally competent organization, J Transcult Nurs, 2011, 22 (1): 1 - 7;
6. Wood M. Cultural safety and the socioethical nurse. Nurs Ethics, 2010, 17 (6): 715 - 725;
7. Papadopoulos I. The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners, 7 - 24. Pechino: Elsevier Limited: 2006;
8. Takeno Y. Facilitating the transition of Asian nurses to work in Australia. J Nurs Manage, 2010, 18 (2): 215 - 224;
9. Cartabellotta N., et al. (2016). Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE, 7 giugno 2016, Roma;
10. Macabasco-O'Connell, A., & Fry-Bowers, E.K. Knowledge and perceptions of Health Literacy among nursing professionals. J Health Commun, 2011, 16 (3): 295 - 307;
11. Sorensen K., et al., Health literacy and public health. A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012, 12(1): 12 - 80;
12. Teach back and Health Literacy. University of Washington School of Nursing, 2012;
13. Il Codice deontologico dell'Infermiere, 2009;
14. The Public Health Nurse's role in achieving health equity: eliminating inequalities in health, 2015. Disponibile in: [http://phnurse.org/resources/APHN%20Health%20Equity%20Paper-%20Version%20%2012-3-15%20\(2\).pdf](http://phnurse.org/resources/APHN%20Health%20Equity%20Paper-%20Version%20%2012-3-15%20(2).pdf) [ultima consultazione 10.08.2018];
15. Nursing Beyond Borders: access to health care for documented and undocumented immigrants living in the US, 2010. Disponibile in <https://www.nursingworld.org/~4af0ba/globalassets/docs/ana/ethics/nursing-without-borders-access-to-care-for-immigrants.pdf>. [ultima consultazione 10.08.2018].

NUOVE TECNOLOGIE PER LA CARATTERIZZAZIONE BIOMOLECOLARE DEL CARCINOMA TIROIDEO

Roberto Virgili¹, Martina D'Angelo²

ABSTRACT

In the last decades the epidemiology of the nodular thyroid pathology has been modified, with a progressive increase in the finding of nodules in the adult population associated with a similar tendency to the growth of the incidence of thyroid tumors.

Nowadays, the fine-needle aspiration cytology (FNAC) is the most used diagnostic procedure to investigate the nature of thyroid nodules, however the success rate is varying between 70-95% of cases.

The remaining 5-30% results in an indeterminate diagnosis, that needs to be followed by a diagnostic surgery, unnecessary for about the 70% of the cases, since the histological examination demonstrates its benign nature.

BRAF V600E in papillary thyroid carcinoma (PTC) and NRAS Q61R in the follicular variant, can provide not only a diagnosis, but also a targeted therapeutic approach.

The aim of the work, is to reduce the indeterminate cases of FNA (Fine Needle Aspiration) through the use of biomarkers by comparing routine cytology with molecular diagnostics.

But usually this is quite insufficient and technically not optimal for in-depth investigations. From these limits CytoMatrix is born.

It is a synthetic matrix that above all has the property of capturing and preserving the primitive aspirative cells within a three-dimensional structure, optimizing the management of lacking biological material such as the thyroid needle aspiration.

The results were compared with the traditional cytology and then confirmed by the post-surgery histological examination: 83% diagnosed with Papillary carcinomas, falling within the estimate of Thyroid Carcinomas, which predicts the PTC between 80-90% , with mutational expression BRAF (V600E) between 45-80% and NRAS (Q61R) between 0-15%.

The research of mutational markers with IHC, FISH and PCR Real-Time, shows an increase of success rate of 67%.

This demonstrates not only the compatibility of the matrix with this type of examination, but also the potential application of CytoMatrix to support the differential diagnosis in Thyroid Pathology, for reducing the percentage of indeterminate cases.

A more accurate diagnosis can steer the patient toward therapeutic follow-up or clinical surgery, thanks to the predictability of lesions associated with usage of molecular markers.

¹ Anatomia Patologica, Campus Bio-medico, Roma

² S.S. Anatomia Patologica, Regina Apostolorum, Albano Laziale

Parolechiave:

laboratorio, istocitopatologia, diagnostica biomolecolare, carcinoma, tiroide

Keywords:

lab tests, pathology, diagnostics, thyroid carcinoma

This article was published on September 20, 2018, at SIMEDET.EU.

doi.org/10.30459/2018-12
Copyright © 2018 SIMEDET.

BACKGROUND

Tra le tecnologie a disposizione dei laboratori di istocitopatologia per le caratterizzazioni tumorali vi sono già da tempo tecniche biomolecolari.

L'agoaspirazione, tecnica di approccio a minima invasività per il paziente, ha manifestato dei limiti in laboratorio riguardo alla possibilità dell'utilizzo del materiale citologico in relazione alle necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici.

Si è così ricorsi alla tecnica della citoinclusione che però comporta vari step di lavorazione con possibile perdita di piccole quantità di materiale citologico.

La sperimentazione proposta in questa tesi di una "matrice" da utilizzare al momento del prelievo con agoaspirato che catturi direttamente le cellule e le renda direttamente disponibili per un processo istologico è sicuramente il gold standard anche in relazione alla eventualità di scarsità di materiale prelevato.

In questo lavoro tratto dalla tesi di specializzazione della Dr.ssa D'Angelo si evidenziano tutti i benefici di tale metodica a vantaggio di una più razionale ed efficace gestione del materiale citologico.

METODO

Nelle ultime decadi l'epidemiologia della patologia nodulare tiroidea si è modificata, con un aumento progressivo del riscontro di noduli nella popolazione adulta associata ad un'analoga tendenza alla crescita dell'incidenza dei tumori della tiroide.

L'ago-aspirato con esame citologico è considerato ad oggi il metodo d'elezione per definire la natura dei noduli tiroidei, tuttavia tra il 5-30% dei casi comporta un risultato indeterminato a cui segue una chirurgia a scopo diagnostico che si rivela inutile circa il 70% delle volte in quanto l'esame istologico successivamente ne dimostra la natura benigna.

La rimozione totale o parziale della tiroide implica una terapia sostitutiva con rischio di complicanze legate a disordini ormonali e metabolici più o meno

evidenti, per questo nasce la necessità di indagini più accurate che permettano una diagnosi differenziale di patologie tiroidee.

La rilevazione preoperatoria di mutazioni molecolari può fornire sia una conferma diagnostica che un approccio terapeutico mirato, in quanto alcune mutazioni genetiche possono essere definite caratteristiche e specifiche per un particolare tipo di tumore tiroideo.

Il carcinoma papillifero ad esempio, rappresenta più dell'80% dei carcinomi tiroidei ed è associato ad una mutazione BRAF fino all'80% dei casi, 90% dei quali a carico del codone V600E.

Tale mutazione è indice di aggressività ed invasività del tumore e non essendo mai stata riscontrata in carcinomi follicolari, midollari e noduli benigni, viene considerata tipica del carcinoma papillifero.

Lo scopo del lavoro è volto a ridurre la percentuale di indeterminati dell'FNA (Fine Needle Aspiration) mediante utilizzo di biomarcatori come BRAF V600E nel carcinoma papillare della tiroide (PTC) ed NRAS Q61R nella variante follicolare, confrontando l'esame citologico di routine con la diagnostica molecolare.

Tuttavia lo striscio citologico convenzionale con allestimento di cell block è spesso insufficiente e tecnicamente non ottimale per indagini approfondite privando così la possibilità di abbinare tecniche genetico/molecolari di approfondimento.

Da questi limiti nasce CytoMatrix, una matrice sintetica che annovera tra le sue varie caratteristiche intrinseche, la proprietà di captare e conservare all'interno della sua struttura tridimensionale cellule provenienti da prelievi agoaspirativi, permettendo di gestire in maniera "razionale" il materiale biologico non abbondante come l'agoaspirato tiroideo.

La matrice brevettata permette l'allestimento del campione a partire dal prelievo agoaspirativo, senza intervenire o alterare il materiale durante il processo poiché non subisce alcun intervento tecnico negli step

di lavorazione, ottenendo così una metodica semplice e standardizzata.

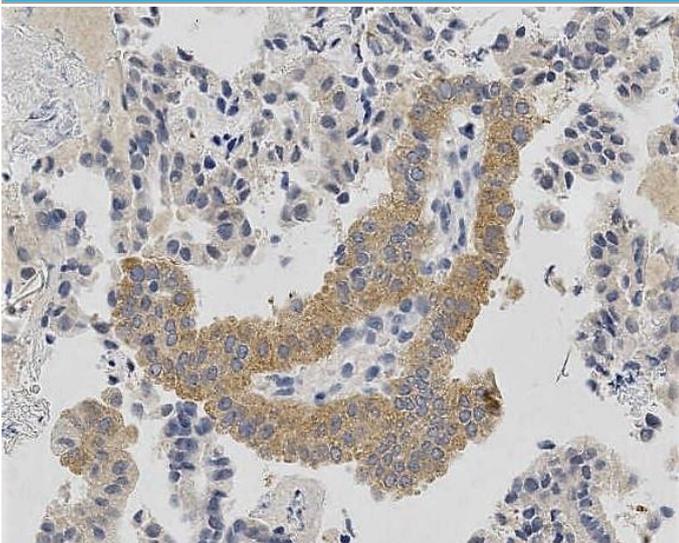
Il fluido citologico altamente trattenuto, grazie alla carica delle maglie sintetiche ad alta muco adesività, simula un vero e proprio tessuto istologico che consente anche al materiale non corpuscolato come la colloidale di essere trattenuto.

In microscopia ottica il preparato assume colorazione nitida, con cellule non sovrapposte racchiuse in maglie fine (eosinofile) di colore rosa che rendono il preparato di facile osservazione.

In immunistochemica CytoMatrix, grazie alla validazione di controlli interni, genera risultati assolutamente sovrapponibili all'istologia e citologia classica, mantenendo le stesse procedure di allestimento del preparato senza subire trattamenti particolari.

L'esame pertanto può essere eseguito assieme alla routine e non richiede personale dedicato e tempi sottratti.

FIG. 1 - REAZIONE IMMUNOISTOCHIMICA PER BRAF

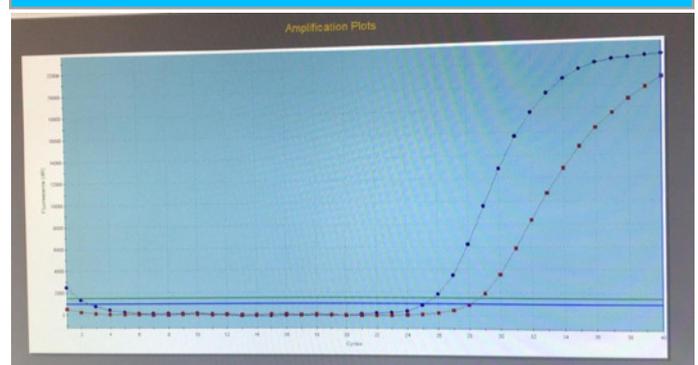


La possibilità di ricerca di marcatori molecolari come BRAF (V600E) ed NRAS (Q61R) in ausilio al pannello di ricerca CK19, GAL-3 ed HBME1 e CD56, genera una risposta dal valore diagnostico e prognostico in patologia tiroidea.

I risultati ottenuti sono stati testati anche biologia molecolare mediante tecnica di PCR Real-Time, tecnica d'elezione per la ricerca e l'amplificazione del materiale genetico per la sua alta sensibilità e specificità.

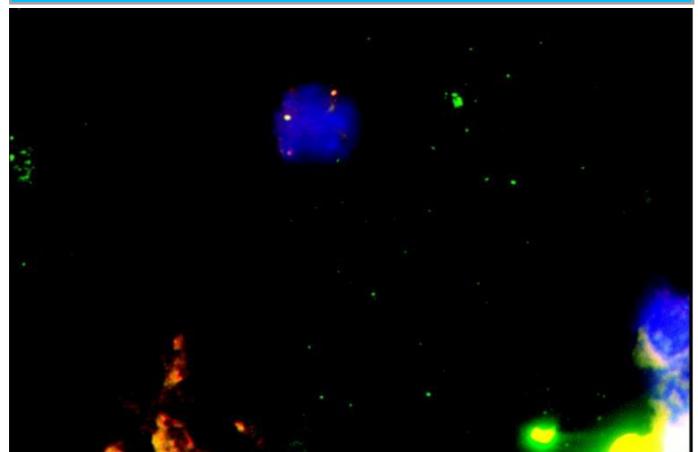
Spesso i materiali inclusi in paraffina presentano un DNA altamente degradato, non sempre valutabile: CytoMatrix ha permesso di rilevare mutazioni sia ad alte che a basse concentrazioni di DNA, confermando gli esami di immunistochemica che apparivano debolmente positivi.

FIG. 2 - CURVA DI AMPLIFICAZIONE IN REAL TIME PER BRAF



Studi recenti ne hanno dimostrato l'applicabilità anche in tecnica F.I.S.H. (Fluorescence In Situ Hybridization) aiutando la caratterizzazione del Carcinoma Midollare (MTC) mediante la ricerca di mutazioni RET.

FIG. 1 - F.I.S.H. (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION) PER RET



RISULTATI

▪ L'83% dei campioni analizzati presenta Carcinoma Papillifero, rientrando nella stima dei Carcinomi Tiroidei che vede il PTC tra l'80-90%, con espressione mutazionale BRAF (V600E) tra il 45-80% ed NRAS (Q61R) tra lo 0-15%.

▪ Il 14,2% dei casi analizzati con CytoMatrix erano risultati Indeterminati alla Diagnosi Citologica Convenzionale, ma grazie alla possibilità di ricercare Biomarcatori Molecolari caratteristici e specifici, ad oggi abbiamo ottenuto diagnosi certa nel 67% dei casi in più.

Tutte le diagnosi ottenute sono state comparate con la citologia tradizionale e confermate poi dall'esame istologico post-operatorio.

In conclusione possiamo affermare che:

▪ La possibilità di poter discriminare tra tumore benigno e tumore maligno in sede pre-operatoria riduce il numero di sovradiagnosi, indirizzando il paziente verso una terapia "personalizzata".

▪ Ampliare il pannello di marcatori mutazionali di indagine può perfezionare la diagnostica, anche in termini di predittività ed aggressività.

Prevedere l'aggressività della neoplasia, consente di riservare i trattamenti chirurgici più estesi e demolitivi, nonché la somministrazione di iodio radioattivo, solo ai tumori a maggiore rischio di recidiva locale o di metastasi a distanza.

▪ Tali marcatori sono ancora oggetto di studio, ma tutti i dati ottenuti confermano la possibilità di usare CytoMatrix per la loro ricerca a supporto della diagnosi differenziale in patologia tiroidea, riducendo la percentuale di indeterminati provenienti dall'FNA di routine.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- WHO Classification of Tumors of Endocrine Organs, Edited by Ricardo V.Lloyd, Robert Y.Osamura, Günter Klöppel, Juan Rosai, 2017.
- 2017 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules .
- <https://www.agilent.com/cs/library/packageinsert/public/120814001.PDF>
- Italian Thyroid Cancer Observatory Foundation, Thyroid cancer repository, <https://www.thyroidcancer.policlinicoumberto1.it/>
- Cell Block: preparazione ed uso per immunohistochemical, EXPOSANITA' 2018, PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE: focus sugli approcci diagnostici, Valentina Bartolucci , UOC Anatomia Patologica, Università Campus Biomedico Roma.
- https://www.bio-optica.it/ftp/technical_datasheet/CFC1.pdf
- https://www.bio-optica.it/ftp/technical_datasheet/CFD1.pdf
- Utility of cell blocks in the diagnosis of thyroid aspirates, Sanchez NI, Selvaggi SM, Pubmed, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16514670> .
- Codice della Proprietà Industriale, Sez IV e V, invenzioni Biotecnologiche.
- Diagnostica in Endocrinologia Clinica, Manuale per la Valutazione e l'inquadramento delle patologie della tiroide, 2011, Roberto Attanasio, Giorgio Borretta, Luana Buonomo, Nadia Cremonini, Romolo Dorizzi, Enrico Papini, Vincenzo toscano.
- Molecular diagnostics of thyroid tumors, Nikiforov YE1, pubmed .
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21526955> .
- <https://www.qiagen.com/it/shop/sample-technologies/dna/genomic-dna/qiaamp-dna-mini-kit/#orderinginformation> .
- Patologia nodulare della tiroide: focus sugli approcci diagnostici, I MARKERS IMMUNOCITOCHIMICI: valore diagnostico e riproducibilità, EXPOSANITA' 2018, Dott.ssa Silvia Taccogna .
- PROTOCOLLO OTTIMIZZATO DELLE MATRICI POLIMERICHE, Roberto Virgili, Daniele Nicoletti, Federica Cascone , Policlinico universitario campus Biomedico di Roma.
- <https://www.ucsdiaagnostic.com/news/6/CytoMatrix>
- <http://www.itcofoundation.org/perche/il-carcinoma-tiroideo-oggi> .
- Utilizzo di matrici a polimeri per l'allestimento dell'agoaspirato tiroideo: valutazione comparativa tecnica di matrici commerciali e sperimentali, Daniele Nicoletti .
- Pub Med: Medicine (Baltimore). 2015 May;94(21):e760. doi: 10.1097/MD.0000000000000760.Prediction Table and Nomogram as Tools for Diagnosis of Papillary Thyroid Carcinoma: Combined Analysis of Ultrasonography, Fine-Needle Aspiration Biopsy, and BRAF V600E Mutation. <http://entrogen.com/web3/b-raf-codon-600-mutation-analysis-kit/>
- Pub Med: Pathol Res Pract. 2018 Feb;214(2):303-307. doi: 10.1016/j.prp.2017.09.001. Epub 2017 Sep 29.Investigation of BRAF V600E detection approaches in papillary thyroid carcinoma. Chen D1, Qi W1, Zhang P1, Zhang Y2, Liu Y2, Guan H3, Wang L4.Surgery.
- Pub Med: 2017 Jan;161(1):168-175. doi: 10.1016/j.surg.2016.04.054. Epub 2016 Nov 15.Preoperative detection of RAS mutation may guide extent of thyroidectomy. Patel SG1, Carty SE1, McCoy KL1, Ohori NP2, LeBeau SO3, Seethala RR2, Nikiforova MN2, Nikiforov YE2, Yip L4.Int J Mol Sci.
- Pub Med: 2017 Apr 12;18(4). pii: E806. doi: 10.3390/ijms18040806. Diagnostic Limitation of Fine-Needle Aspiration (FNA) on Indeterminate Thyroid Nodules Can Be Partially Overcome by Preoperative Molecular Analysis: Assessment of RET/PTC1 Rearrangement in BRAF and RAS Wild-Type Routine Air-Dried FNA Specimens.
- Pub Med: Nat Rev Endocrinol. 2017 Jul;13(7):415-424. doi: 10.1038/nrendo.2017.24. Epub 2017 Mar 31.Molecular profiling of thyroid nodule fine-needle aspiration cytology. Eszlinger M1,2, Lau L3, Ghaznavi S3, Symonds C3, Chandarana SP1,4, Khalil M5, Paschke R1,2,3,6,7.

L'UTILIZZO DELLA SCALA CLINICAL LEARNING ENVIRONMENT, SUPERVISION AND PLUS NURSE TEACHER CLES+T IN STUDENTI TIROCINANTI DI TERAPIA INTENSIVA E RIANIMAZIONE DELLA CITTA DI CAGLIARI ANNO 2017

Vargiu Stefania¹, Cesar Ivan Aviles Gonzalez², Grimalia Pitre³
Angelica Tortello⁴, Pisu Maria⁵

ABSTRACT

¹ RN Unicagliari UO Pediatria

² RN BSN MSN MS.c Ph.D

Unicagliari / AOU Cagliari

³ RN MSN Unicesar- Colombia

⁴ RN MSN Unicesar- Colombia

⁵ RN BSN MSN AOU Cagliari

Unicagliari

Parole chiave:

infermieri,
ambiente di apprendimento
clinico, tirocinio clinico,
soddisfazione, tutor,
rianimazione

Keywords:

nurses, clinical learning
environment, clinical training,
satisfaction, tutor, resuscitation

INTRODUZIONE: Lo scopo dello studio è valutare il livello di soddisfazione e l'esperienza di apprendimento clinico degli studenti del terzo anno in Infermieristica nei reparti di Rianimazione dell'Università di Cagliari.

METODO: Lo studio trasversale multicentrico è stato condotto nell'Università di Cagliari.

Sono stati coinvolti 98 studenti provenienti dall'Università di Cagliari che hanno compilato la versione italiana del questionario "Clinical Learning Environment, Supervision and Plus Nurse teacher" (CLES+T) al termine dell'esperienza nei reparti di rianimazione.

RISULTATI E DISCUSSIONE: L'alpha di Cronbach 0.98 ha stabilito la consistenza dello strumento.

Attraverso il test ANOVA si sono evidenziate le significative differenze tra una sede e l'altra di tirocinio.

CONCLUSIONI: Lo studio ha evidenziato una soddisfazione generale rispetto all'esperienza di tirocinio con numerose differenze tra le sedi di tirocinio. Lo strumento CLES+T si è rivelato consistente e può essere utilizzato per misurare la qualità degli ambienti di tirocinio clinico.

INTRODUCTION: The aim of the study is to evaluate the level of satisfaction and the clinical learning experience of third year students in nursing in the Reanimation departments of the University of Cagliari.

METHOD: The multicentric cross-sectional study was conducted at the University of Cagliari.

98 students from the University of Cagliari were involved in the Italian version of the "Clinical Learning Environment, Supervision and Plus Nurse teacher" questionnaire (CLES + T) at the end of the experience in resuscitation departments.

RESULTS AND DISCUSSION: Cronbach's alpha 0.98 established the consistency of the instrument. Through the ANOVA test the significant differences between one place and another of training were highlighted.

CONCLUSIONS: The study showed a general satisfaction with the traineeship experience with numerous differences between the internships.

The CLES + T tool has proven to be consistent and can be used to measure the quality of clinical training environments.

This article was published on
September 20, 2018,
at SIMEDET.EU.

doi.org/10.30459/2018-13
Copyright © 2018 SIMEDET.

BACKGROUND Il tirocinio rappresenta un momento importantissimo per la formazione degli studenti in infermieristica sia dal punto di vista pratico che dal punto di vista relazionale, l'occasione per mettere in pratica le competenze teoriche acquisite durante le lezioni e la possibilità di poter sviluppare competenze professionali, ragionamento diagnostico e pensiero critico, dimostrando di sapere, saper essere e saper fare: tre aspetti imprescindibili del professionista infermiere.

L'obiettivo del tirocinio è quello di conciliare la teoria appresa dallo studente con la concretezza e a difficoltà della pratica professionale, stimolando l'autonomia e la creatività dei nuovi infermieri, lontano dai conformismi, dalla rigidità e dagli autoritarismi del passato⁽¹⁾.

Il tirocinio è il percorso privilegiato per l'acquisizione delle competenze professionali dell'infermiere, l'opportunità per tradurre il sapere acquisito in sapere esperto⁽²⁾.

Si svolge negli ospedali e sul territorio, esso rappresenta almeno un terzo dei crediti formativi universitari necessari per il conseguimento del titolo.

Il passaggio dalle scuole per infermieri ai corsi di laurea ha visto un importante cambiamento dei rapporti nell'esperienza di tirocinio: dapprima la relazione tra gli studenti e il personale di reparto era sostanzialmente subordinata, ora è più interattiva e professionale. In passato lo studente, definito allievo, veniva inserito nei reparti senza essere affiancato da un tutor; ora viene stipulato un contratto formativo che responsabilizza lo studente al raggiungimento degli obiettivi definiti dal piano di studi, accettando e condividendo con il tutor il contenuto degli stessi.

Gli ambienti di apprendimento clinico sono definiti come una rete di fattori interagenti nel contesto, in grado di influenzare gli esiti dell'apprendimento degli studenti⁽³⁾.

Essi sono costituiti dallo spazio fisico, dai fattori psicosociali e di interazione, dalla cultura organizzativa e il clima e dalle componenti dell'insegnamento e dell'apprendimento. Gli studenti si trovano coinvolti in una realtà lavorativa con caratteristiche ben precise quali compiti, programmi di lavoro e attività di routine.

IL TUTOR:

L'infermiere tutor è componente fondamentale nel percorso di formazione dello studente⁽⁴⁾.

In Italia si comincia a parlare della figura del tutor nel 1980 con il DPR n° 382 e in ambito universitario la funzione tutoriale viene istituita nel 1990 con la legge n°341 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari", che identifica il tutor come colui che assiste lo studente nel corso di studi anche con iniziative individualizzate.

La Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie Italiane nel settembre 2010 individua due o tre livelli di tutorato assunti da professionisti dello stesso profilo degli studenti, la cui organizzazione risente dell'autonomia di ogni realtà universitaria.

La Conferenza Nazionale dei Corsi di Laurea in Infermieristica, che raccoglie tutti i corsi di laurea italiani ha identificato due modelli: un tutor guida-supervisore nelle sedi di tirocinio e un tutor universitario che lavora per il corso di laurea⁽⁵⁾.

Il **tutor universitario** è un professionista dell'università con competenze avanzate sia in ambito pedagogico che in ambito professionale, che collabora con il responsabile dell'attività professionalizzante alla gestione del corso e delle esperienze di tirocinio e che si occupa di condurre i laboratori infermieristici. Ci sono realtà con un rapporto 1 tutor ogni 30 studenti e realtà 1 a 100.

Il **tutor di tirocinio/guida di tirocinio** ha un rapporto diretto con lo studente, egli aiuta lo studente al raggiungimento degli obiettivi previsti dal corso di laurea.

Generalmente si tratta di infermieri di reparto che svolgono l'attività di tutorato durante l'orario di lavoro; sono scelti dal coordinatore dell'unità operativa sulla base di abilità didattiche e umane, disponibilità e conoscenza. Il tutorato è una funzione attribuita all'infermiere, limitata nel tempo e aggiuntiva rispetto alla clinica.

Il **tutor clinico** è presente solo in alcuni corsi di laurea, si tratta di un infermiere con proprio profilo, precise responsabilità e competenze cliniche, didattiche e formative⁽⁶⁾.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio e descrizione del questionario

Lo studio è stato condotto utilizzando la versione italiana della "Clinical Learning Environment, Supervision and Plus Nurse Teacher (CLES+T) scale"⁽⁷⁾.

Lo strumento, validato in 12 contesti internazionali e utilizzato in 23 paesi che indaga con 34 item:

1. Clima di apprendimento in reparto (9 item)
2. Leadership del coordinatore (4 item)
3. Qualità dell'assistenza (4 item)
4. Relazione tutoriale con il personale di reparto (8 item)
5. Ruolo del tutor universitario (9 item)

Il test individua 34 item raggruppati in 5 aree di indagine, le cui risposte vengono valutate secondo scala Likert, dove 1 significa "forte disaccordo", 2 "disaccordo", 3 "né accordo né disaccordo", 4 "accordo" e 5 "forte accordo"⁽⁸⁾.

Il CLES+T⁽⁹⁾ deriva dal CLES, un test elaborato nel 2002 da Saarikoski, docente della facoltà di Nursing di Turku in Finlandia⁽¹⁰⁾ e da lui stesso perfezionato nel 2007.

Il CLES+T approfondisce infatti il ruolo del tutor universitario nella pratica clinica, aggiungendo un'altra dimensione che possa misurare la qualità del ruolo del tutor universitario⁽¹¹⁾.

Il questionario è stato originariamente pubblicato in lingua inglese e poi tradotto in altre lingue e adattato a vari contesti culturali.

Nel 2012 è stato validato anche in Italia da Marco Tomietto⁽⁷⁾, che nel 2009 aveva già valutato il CLES in Italiano⁽¹²⁾.

Nel 2012 infatti Marco Tomietto ha coinvolto 875 studenti di tre Università Italiane con lo scopo di validare anche l'ultima versione e concludendo come questo sia uno strumento valido e affidabile per la comparazione dei modelli tutoriali nel guidare l'apprendimento clinico degli studenti infermieri⁽⁷⁾.

Il Cles+t rappresenta una consistenza interna di 0.96 (alpha di Cronbach).

Per ogni studente sono state inoltre raccolte informazioni riguardo l'età, il titolo di studio, le pregresse esperienze lavorative.

Una breve intervista rivolta al coordinatore ha inquadrato l'organizzazione del reparto, il numero di infermieri in servizio, i posti letto e il numero di studenti per ogni ciclo di tirocinio.

MATERIALI E METODI

Partecipanti e setting

Il questionario è stato compilato dagli studenti che hanno frequentato il reparto di rianimazione nell'anno accademico 2016/2017.

Lo studio ha considerato 2 popolazioni di studenti appartenenti all'università di Cagliari (canale A e canale B).

Il campionamento di convenienza non probabilistico è costituito da 114 persone, sono stati esclusi dallo studio il canale di Nuoro, appartenente all'università di Cagliari che ha in corso 30 studenti, gli studenti che hanno frequentato il tirocinio in Erasmus e gli studenti che non hanno frequentato il reparto di rianimazione.

La popolazione statistica presa in esame è composta da 98 individui, 27 maschi e 71 femmine.

I reparti oggetto dello studio sono stati 6 rianimazioni identificate da un codice numerico (1,2,3,4,5,6).

Il **reparto 1** accoglie sei studenti per ogni ciclo di tirocinio, con un organico trentaquattro infermieri, operativi dodici posti letto, tredici all'occorrenza.

Il **reparto 2** accoglie due /tre studenti ogni ciclo, con un organico di quattordici infermieri, operativi 2 posti letto .

Il **reparto 3** accoglie sei studenti ogni ciclo, con un organico di quattordici infermieri, operativi 5 posti letto, 6 all'occorrenza.

Il **reparto 4** accoglie cinque/sei studenti ogni ciclo, con un organico di diciassette infermieri, operativi 6 posti letto.

Il **reparto 5** accoglie sei/otto studenti ogni ciclo, con un organico di diciotto infermieri, operativi 7 posti letto.

Il **reparto 6** accoglie quattro studenti ogni ciclo, con un organico di ventuno infermieri, operativi 7 posti letto.

MATERIALI E METODI

Procedura di studio

Il ricercatore ha provveduto a diffondere il questionario tra gli studenti, previa autorizzazione all'utilizzo dello strumento da parte degli autori e il consenso del Presidente del Corso di Laurea, sia in modo cartaceo che on line.

La rilevazione dei dati è avvenuta nei mesi di Maggio, Giugno, Luglio 2017.

Il questionario era in forma anonima e il trattamento dei dati è stato condotto nel rispetto della privacy, secondo la normativa vigente.

Tutti i partecipanti hanno aderito volontariamente allo studio.

MATERIALI E METODI

Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati con il software SPSS della IBM (Statistical Package for Social Science).

Nella valutazione delle risposte ai singoli item, sono stati considerati i valori tra 4 e 5 come risposte positive, i valori 1 e 2 come negativi e il valore 3 come indeciso. Il test ANOVA è stato utilizzato per paragonare le medie, secondo la variabile sedi di tirocinio; sono stati considerati significativi i valori di p inferiori a 0,05.

RISULTATI

Lo studio evidenzia come gli studenti siano complessivamente soddisfatti della loro esperienza di tirocinio.

Per quanto riguarda gli item che indagano il ruolo del tutor universitario è emersa una più alta percentuale di risposte negative/neutrali rispetto agli altri item.

Nell'università di Cagliari il tutor universitario lavora esclusivamente per l'università, non segue fisicamente gli studenti durante la loro esperienza di tirocinio, ma li supervisiona intervenendo laddove si presentino difficoltà: un ruolo diverso da quello previsto dal questionario.

TAB.1 : CONFRONTO MEDIE

	UNIVERSITA' DI CAGLIARI
CLIMA	3,79
LEADERSHIP COORDINATORE	3,72
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	4,04
RELAZIONE TUTORIALE	3,93
RUOLO DEL TUTOR UNIVERSITARIO	3,12

Il test di Anova ha evidenziato rilevanti differenze di risposta, per quanto riguarda gli studenti italiani, tra le varie rianimazioni oggetto dello studio:

La tabella evidenzia come i punteggi più bassi nelle domande che si riferiscono al *Clima di Apprendimento*, si siano riscontrati soprattutto nella rianimazione 6 e nella 2, per quanto riguarda l'Italia.

TAB.2 : CONFRONTO MEDIE, CLIMA DI APPRENDIMENTO							
		UNIVERSITA' DI CAGLIARI					
		SEDE 1	SEDE 2	SEDE 3	SEDE 4	SEDE 5	SEDE 6
SOTTOSCALE		Media	Media	Media	Media	Media	Media
CLIMA	ITEM 1	3,80	4,10	4,52	4,19	4,50	2,46
	ITEM 2	3,60	3,00	4,09	4,31	4,31	2,54
	ITEM 3	3,25	3,40	3,74	3,56	4,44	2,54
	ITEM 4	3,70	3,80	4,22	4,00	4,50	2,62
	ITEM 5	2,90	2,80	4,17	3,56	4,00	2,15
	ITEM 6	3,80	3,60	4,39	4,81	4,56	3,08
	ITEM 7	4,15	3,56	4,00	3,81	4,25	2,92
	ITEM 8	4,20	3,00	4,00	3,63	4,13	2,85
	ITEM 9	4,40	3,40	4,09	3,69	4,63	2,46

Per le domande relative alla *Leadership del Coordinatore* le uniche differenze emergono nella domanda 13, *I contributi dei singoli membri erano apprezzati*; anche in questo caso i punteggi più bassi si riscontrano nella rianimazione 6.

TAB.3 : CONFRONTO MEDIE, LEADERSHIP DEL COORDINATORE							
		UNIVERSITA' DI CAGLIARI					
		SEDE 1	SEDE 2	SEDE 3	SEDE 4	SEDE 5	SEDE 6
SOTTOSCALE		Media	Media	Media	Media	Media	Media
LEADERSHIP DEL COORDINATORE	ITEM 13	3,65	3,40	4,00	4,27	4,31	2,92

Anche per quanto riguarda l' Assistenza Infermieristica le risposte con punteggio più basso provengono dalla rianimazione 6.

TAB.4 : CONFRONTO MEDIE, ASSISTENZA INFERMIERISTICA

		UNIVERSITA' DI CAGLIARI					
		SEDE 1	SEDE 2	SEDE 3	SEDE 4	SEDE 5	SEDE 6
SOTTOSCALE		Media	Media	Media	Media	Media	Media
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	ITEM 14	3,95	4,10	3,96	4,07	4,25	2,15
	ITEM 15	4,35	4,50	4,52	4,67	4,69	2,92
	ITEM 16	3,45	3,90	4,35	3,80	4,19	3,15
	ITEM 17	4,15	4,00	4,48	4,53	4,63	2,92

Circa la Relazione Tutoriale, le risposte con punteggio più basso provengono dalla rianimazione 6.

TAB.5 : CONFRONTO MEDIE, RELAZIONE TUTORIALE

		UNIVERSITA' DI CAGLIARI					
		SEDE 1	SEDE 2	SEDE 3	SEDE 4	SEDE 5	SEDE 6
SOTTOSCALE		Media	Media	Media	Media	Media	Media
RELAZIONE TUTORIALE	ITEM 18	4,60	3,88	4,22	4,47	4,56	2,50
	ITEM 19	4,25	3,25	3,04	4,00	4,31	1,77
	ITEM 20	4,26	3,38	3,73	3,93	4,25	1,92
	ITEM 21	4,35	3,71	3,83	3,93	4,38	2,31
	ITEM 22	4,45	3,75	4,04	4,00	4,63	2,38
	ITEM 23	4,50	3,75	4,09	4,00	4,69	2,33
	ITEM 24	4,65	3,88	4,35	4,27	4,63	2,75
	ITEM 25	4,50	3,75	4,43	4,13	4,44	2,50

DISCUSSIONE

Complessivamente gli studenti oggetto dello studio sono soddisfatti della loro esperienza di tirocinio, seppure con le differenze descritte e sono state rilevate percentuali di soddisfazione più elevate rispetto ad altri autori o sovrapponibili con quelle di altri studi.

Uno studio del 2010⁽¹³⁾, che ha coinvolto gli studenti di nove programmi universitari dell'Europa Occidentale, ha rivelato come i partecipanti fossero generalmente soddisfatti della loro esperienza con medie inferiori rispetto a quelle riscontrate in questo studio, fatta eccezione del ruolo del tutor universitario.

Uno studio svedese⁽¹⁴⁾, condotto tra il 2011 e il 2012, ha visto coinvolti 42 studenti di infermieristica, con una percentuale di soggetti di sesso femminile pari al 98%, quindi analoga a quelli coinvolti in questo studio. L'esperienza è stata valutata complessivamente positiva, seppure con differenze di gradimento tra le dimensioni indagate. Hanno ottenuto maggiori consensi le dimensioni: Ruolo del tutor universitario, Clima di apprendimento, Relazione di tutorato; hanno ottenuto consensi inferiori le dimensioni: Leadership del coordinatore ed Erogazione dell'assistenza infermieristica nel reparto contrariamente a questo studio.

Uno studio Svedese del 2012⁽¹⁵⁾, che ha visto coinvolti 260 studenti dopo un'esperienza di 5 settimane nelle case di cura, ha evidenziato come questi fossero complessivamente soddisfatti della loro esperienza, seppure con differenze di punteggio tra i vari item e con punteggi più bassi per quanto riguarda la leadership del coordinatore, contrariamente a quanto evidenziato da questo studio.

Uno studio Italiano del 2014⁽⁸⁾, cui hanno partecipato 324 studenti, al termine del primo tirocinio clinico, provenienti da cinque sedi universitarie ha dimostrato come l'esperienza fosse complessivamente positiva ma ha evidenziato come le medie fossero più basse per quanto riguarda la relazione con il tutor universitario e come ci siano differenze tra le varie sedi, analogamente a questo studio.

Il CLES+T è stato utilizzato nel 2016 anche per valutare il grado di soddisfazione degli studenti di ostetricia⁽¹⁶⁾, dopo l'esperienza al primo anno di tirocinio e da questa analisi è emersa una complessiva soddisfazione degli studenti, seppure con medie inferiori rispetto a quelle riscontrate in questo studio; infatti i punteggi medi variano da 3.53 per il clima di apprendimento a 3,08 per la relazione di tutorato.

DISCUSSIONE

L'esperienza di tirocinio ha un ruolo fondamentale nella formazione del futuro infermiere, rappresenta, infatti, il primo contatto con la professione e difficilmente questo verrà dimenticato, che sia positiva o che sia negativa.

L'impatto che questa ha nel professionista obbliga a importanti riflessioni circa la qualità di questa esperienza. La laurea e l'esame di stato abilitano all'esercizio professionale ma non sono sufficienti senza una valida e rilevante esperienza pratica.

La competenza dell'infermiere non è soltanto teorica, ma anche pratica e relazionale; difficilmente la relazione può essere imparata sui libri o durante le lezioni teoriche, è invece frutto di molteplici esperienze vissute durante l'esperienza nei reparti.

Gli studenti devono acquisire competenze per poter garantire efficacia e efficienza, sulla base di evidenze scientifiche.

All'interno del contesto lavorativo in cui si inseriscono, gli studenti imparano a lavorare in equipe, raggiungono per gradi l'autonomia propria della professione, imparano a relazionarsi con i pazienti, familiari e con il personale del reparto.

Coloro che ora sono studenti saranno poi formatori di altri studenti: molto della capacità di formare deriva dall'esperienza personale durante il tirocinio clinico. Lo studio ha evidenziato una soddisfazione generale rispetto all'esperienza di tirocinio. Lo strumento CLES+T si è rivelato consistente e può essere utilizzato per misurare la qualità degli ambienti di tirocinio clinico.

ALLEGATO 1: QUESTIONARIO ITALIANO



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Gentile Studente/ studentessa

sono una laureanda del Corso di Laurea in Infermieristica e ai fini della stesura del mio lavoro di tesi dal Titolo: **Valutazione del setting di tirocinio nei reparti di rianimazione**, ti propongo la compilazione di un breve questionario il cui obiettivo principale è quello di valutare il grado di soddisfazione degli studenti al terzo anno di tirocinio nei reparti di rianimazione.

Il raggiungimento di tale obiettivo dipenderà direttamente dalla collaborazione che ciascun intervistato potrà e vorrà offrire.

A garanzia della massima riservatezza, il questionario è del tutto anonimo (i dati riferiti verranno trattati nel rispetto della normativa vigente -Legge 675/1996 e del D.Lgs 196/2003-) e saranno richiesti, come dati personali, solo età, sesso e i titoli di studio conseguiti, pertanto nessuno avrà modo di risalire a Te.

Chiedo la tua gentile collaborazione nel compilare il questionario.

Ti ringrazio fin da ora per la tua preziosa collaborazione.

Distinti saluti

Stefania Vargiu

QUESTIONARIO

Data di compilazione :

1. **Sesso:** M F
 2. **Anno di nascita**
 3. **Il tuo titolo di studio:**
 - Diploma Laurea specialistica
 - Maturità Altro
 - Laurea triennale
 4. **Esperienze lavorative :**
 - Nessuna
 - Pregresse
 - In corso
 5. **Canale**
 6. **Rianimazione frequentata nel mese di**
- presidio**.....

ALLEGATO 1: QUESTIONARIO ITALIANO

**CLINICAL LEARNING ENVIRONMENT AND SUPERVISION (CLES) evaluation scale
plus NURSE TEACHER scale**

Scala di valutazione:

1=forte disaccordo; 2=disaccordo; 3=né accordo né disaccordo; 4=accordo; 5=forte accordo

Clima di apprendimento nel reparto					
1. Tutta l'equipe si è dimostrata disponibile nei miei confronti.	1	2	3	4	5
2. Durante i momenti di discussione sui pazienti (es.: consegne, discussione dei casi) mi sono sentito a mio agio nel prendere parte alla discussione.	1	2	3	4	5
3. Mi recavo volentieri in reparto per iniziare il turno di tirocinio.	1	2	3	4	5
4. Nel reparto c'era un clima positivo.	1	2	3	4	5
5. Tutta l'equipe è stata partecipe del mio apprendimento clinico.	1	2	3	4	5
6. L'equipe si rivolgeva a me usando il mio nome.	1	2	3	4	5
7. Nel reparto ci sono state sufficienti e significative occasioni di apprendimento.	1	2	3	4	5
8. Le occasioni di apprendimento sono state multi-dimensionali, ovvero varie in termini di contenuto.	1	2	3	4	5
9. Il reparto può essere considerato un buon ambiente di apprendimento.	1	2	3	4	5
Stile di leadership del Coordinatore Infermieristico					
10. Il Coordinatore considerava l'equipe del suo reparto una risorsa determinante per la qualità dell'assistenza.	1	2	3	4	5
11. Il Coordinatore era un membro del team ("uno di loro").	1	2	3	4	5
12. I feedback del Coordinatore erano considerati agevolmente dall'equipe come occasioni d'apprendimento.	1	2	3	4	5
13. I contributi dei singoli membri dell'equipe erano apprezzati.	1	2	3	4	5
Erogazione dell'assistenza infermieristica nel reparto					
14. Il modello di assistenza infermieristica del reparto era ben definito.	1	2	3	4	5
15. I pazienti ricevevano assistenza infermieristica personalizzata.	1	2	3	4	5
16. Non c'erano problemi nei flussi di informazioni correlati all'assistenza dei pazienti.	1	2	3	4	5
17. La documentazione infermieristica (ad es. diario infermieristico) era di chiaro utilizzo.	1	2	3	4	5
La relazione di tutorato con il personale di reparto					
18. Il mio tutor clinico ha dimostrato atteggiamenti positivi verso il tutorato.	1	2	3	4	5
19. Ho sentito di aver ricevuto un tutorato personalizzato.	1	2	3	4	5
20. Ho ricevuto continui feedback dal mio tutor clinico.	1	2	3	4	5
21. Complessivamente sono soddisfatto del tutorato ricevuto.	1	2	3	4	5
22. Il tutorato clinico è stato fondato su una relazione equa e ha promosso il mio apprendimento.	1	2	3	4	5
23. Nella relazione di tutorato c'è stata un'interazione reciproca.	1	2	3	4	5
24. Nella relazione tra tutor clinico e studente hanno prevalso reciproco rispetto e riconoscimento.	1	2	3	4	5
25. La relazione di tutorato è stata caratterizzata da un senso di fiducia.	1	2	3	4	5
Ruolo del tutor universitario					
Per tutor universitario si intende un tutor assegnato a svolgere il proprio ruolo presso l'università.					
26. Secondo me il tutor universitario è stato capace di integrare la conoscenza teorica con la pratica infermieristica quotidiana.	1	2	3	4	5
27. Il tutor universitario è stato capace di dare concretezza agli obiettivi d'apprendimento di questo tirocinio.	1	2	3	4	5
28. Il tutor universitario mi ha aiutato a ridurre il gap teoria-pratica.	1	2	3	4	5
29. Il tutor universitario è considerato parte dell'equipe infermieristica di reparto.	1	2	3	4	5
30. Il tutor universitario è stato in grado di condividere la sua competenza pedagogica con l'equipe infermieristica del reparto.	1	2	3	4	5
31. Il tutor universitario e l'equipe del reparto hanno lavorato insieme per favorire il mio apprendimento.	1	2	3	4	5
32. Gli incontri periodici fra me, il tutor clinico e il tutor universitario sono stati esperienze gradevoli.	1	2	3	4	5
33. Il clima che si è creato durante gli incontri è stato partecipativo.	1	2	3	4	5
34. Gli incontri erano focalizzati sui miei bisogni di apprendimento.	1	2	3	4	5

ALLEGATO 2: AUTORIZZAZIONE VERSIONE ITALIANA CLES+T

Dear Professor,
thank you for your e-mail and your kind attention to our work. It is really interesting to share the same research topic and to compare different educational contexts.

In answering I include also Dr. Mikko Saarikoski and Camilla Strandell-Laine, so you can directly be in touch also with the creator and the owner of the scale and to receive the official documents for permission. Moreover you could receive easily the Spanish version, I have only the Italian validated version.

All the best and keep in touch
Marco Tomietto

ALLEGATO 3: AUTORIZZAZIONE AUTORE QUESTIONARIO

Camilla Strandell-Laine
RN, MNSc, Doctoral candidate
castla@utu.fi
University of Turku, Department of Nursing Science, Finland

01.01.2015

Agreement for using the Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher (CLES+T) evaluation scale

I agree to abide by the following principles in using the CLES+T evaluation scale as a research tool in my/ our empirical study:

- The CLES+T should only be used in its original form (minor alternations are permissible, for example in order to ensure the terminology of CLES+T reflects different cultural aspects). All other changes should be reported to the authors.
- Any research reports that have used the CLES+T should acknowledge the original source by using the following reference: Saarikoski et al. 2008. The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub-dimension to the Clinical Learning Environment and Supervision (CLES) scale. International Journal of Nursing Studies 45: 1233-1237.
- The instrument cannot be published in its original form (e.g. as Appendix) without the permission of the copyright holder, Elsevier Science Ltd. UK. The CLES+T scale has been published originally in the above article.
- Authors should be sent one copy of publications in which the CLES+T scale has been used as a research instrument (see the address above)

Name of the re-user:

CESAR IVAN DUTLES GONZALEZ

your signature

Research organisation:

ADU CAGLIARI / UNIVERSITA' DI CAGLIARI

Address:

CITADELLA UNIVERSITARIA
CITY MAUSSERRATO ITALY,Name of the research
(or research project):USE CLES+T IN STUDENTS
UNITEA
INTENSIVE CARE UNIT (UCI)

Language version:

COLUMBIA AND ITALY,
SPANISH / ITALIAN

We give the permission:

Camilla Strandell-Laine

Date:

22th OCTOBER 2017.

Please, complete this agreement form informing about your study and send the scanned *.pdf -document to the following email: castla@utu.fi. The filled form (signed by Strandell-Laine) will be returned to you by email.

ALLEGATO 4: ANOVA CAMPIONE ITALIA

ANOVA univariata						
		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
ITEM 1	Fra gruppi	42,493	5	8,499	9,363	,000
ITEM 2	Fra gruppi	37,891	5	7,578	7,207	,000
ITEM 3	Fra gruppi	28,718	5	5,744	3,838	,003
ITEM 4	Fra gruppi	30,486	5	6,097	7,924	,000
ITEM 5	Fra gruppi	48,696	5	9,739	9,301	,000
ITEM 6	Fra gruppi	31,389	5	6,278	5,871	,000
ITEM 7	Fra gruppi	16,847	5	3,369	4,192	,002
ITEM 8	Fra gruppi	24,230	5	4,846	5,283	,000
ITEM 9	Fra gruppi	44,321	5	8,864	9,117	,000
ITEM 10	Fra gruppi	9,068	5	1,814	2,876	,019
ITEM 11	Fra gruppi	1,909	5	,382	,286	,920
ITEM 12	Fra gruppi	7,688	5	1,538	1,731	,136
ITEM 13	Fra gruppi	20,416	5	4,083	4,749	,001
ITEM 14	Fra gruppi	41,444	5	8,289	10,134	,000
ITEM 15	Fra gruppi	30,610	5	6,122	9,526	,000
ITEM 16	Fra gruppi	17,083	5	3,417	4,007	,002
ITEM 17	Fra gruppi	27,964	5	5,593	7,001	,000
ITEM 18	Fra gruppi	41,656	5	8,331	7,947	,000
ITEM 19	Fra gruppi	69,796	5	13,959	9,864	,000
ITEM 20	Fra gruppi	53,543	5	10,709	7,714	,000
ITEM 21	Fra gruppi	41,621	5	8,324	6,262	,000
ITEM 22	Fra gruppi	44,672	5	8,934	9,221	,000
ITEM 23	Fra gruppi	46,559	5	9,312	9,267	,000
ITEM 24	Fra gruppi	33,584	5	6,717	7,246	,000
ITEM 25	Fra gruppi	39,315	5	7,863	7,970	,000

BIBLIOGRAFIA

1. White R, Ewan C. *Il tirocinio: l'insegnamento clinico del nursing*. Sorbona; 1994.
2. Scalorbi S, Burrai F. *La qualità del tirocinio nel Corso di Laurea in Infermieristica . Indagine sulla soddisfazione degli studenti della Sezione Formativa*. *Prof Inferm*. 2008;61(2):67-73.
3. Dunn S V, Burnett P. *The development of a clinical learning environment scale*. *J Adv Nurs*. 1995 Dec;22(6):1166-73.
4. Sasso L, Lotti A, Gamberoni L. *Tutor per le professioni sanitarie*. Carocci Faber; 2003.
5. Destrebeca A. *La formazione infermieristica professionalizzante italiana e la sua silente rivoluzione*. *Assist Inferm Ric*. 2017;36(2017 Gennaio-Marzo):2-4.
6. Pellegata C. *Tutor clinico tra Università e Azienda sanitaria: ruolo o funzione per il professionista infermiere? L'infermiere* , 5-6. 2010;45-8.
7. Tomietto M, Saiani L, Palese A, Cunico L, Cicolini G, Watson P, et al. *Clinical learning environment and supervision plus nurse teacher (CLES+T) scale: Testing the psychometric characteristics of the Italian version*. *G Ital Med Lav Ergon*. 2012;34(2 SUPPL. B).
8. Comparicini D, Simonetti V, Tomietto M, Al. E. *Percezione degli ambienti di tirocinio e soddisfazione degli studenti infermieri nel primo tirocinio clinico: studio osservazionale [Nursing students' satisfaction and perception of their first clinical placement: observational study]*. *Prof Inferm*. 2014;67(1):41-7.
9. Saarikoski M, Isoaho H, Warne T, Leino-Kilpi H. *The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale*. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(8):1233-7.
10. Saarikoski M, Leino-Kilpi H. *The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument*. *Int J Nurs Stud*. 2002 Mar;39(3):259-67.
11. Nicotera R, Altini P, Dimonte V. *Un confronto degli strumenti di misurazione più utilizzati per valutare la qualità degli ambienti di apprendimento clinico degli studenti infermieri*. *Assist Inferm Ric*. 2017;36(2017Gennaio-Marzo):31-40.
12. Tomietto M, Saiani L, Saarikoski M, Fabris S, Cunico L, Campagna V, et al. *Assessing quality in clinical educational setting: Italian validation of the clinical learning environment and supervision (CLES) scale*. *G Ital Med Lav Ergon*. 2009;31(3 Suppl B):B49-55.
13. Warne T, Johansson UB, Papastavrou E, Tichelaar E, Tomietto M, Bossche K Van de, et al. *An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries*. *Nurse Educ Today*. 2010;30(8):809-15.
14. Gustafsson M, Blomberg K, Holmefur M. *Test-retest reliability of the Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher (CLES + T) scale*. *Nurse Educ Pract*. 2015;15(4):253-7.
15. Carlson E, Idvall E. *Nursing students' experiences of the clinical learning environment in nursing homes: A questionnaire study using the CLES+T evaluation scale*. *Nurse Educ Today*. 2014;34(7):1130-4.
16. Comparicini D, Tomietto M, Simonetti V, Zambri F, Cicolini G. *Percezione e soddisfazione degli studenti in ostetricia al primo anno di tirocinio clinico: Studio osservazionale multicentrico*. *Prof Inferm*. 2016;69:95-102.

CASE REPORT

OFF-LABEL TREATMENT WITH OMALIZUMAB: A CASE REPORT

Grasso N¹, A.Solito¹, M.Donis¹, E.Giglione², E.Uga², E.Dondi², A.Valori², G.Cosi²

ABSTRACT

INTRODUCTION: Omalizumab is a monoclonal anti-IgE antibody, indicated as an add-on therapy in patients with severe uncontrolled asthma.

Therapy is guided by a nomogram based on total IgE and patients' weights.

AIM: Aim of this case is to describe off-label treatment with omalizumab and demonstrate effectiveness of this treatment despite high total IgE.

CASE PRESENTATION: We present a case of a patient followed in our Paediatric Allergology Centre since 2012 for allergic severe persistent asthma, treated with maximal dosage of fluticasone, montelukast, continuous salmeterol and steroid cycles, without clinical and spirometric changes. Despite high total IgE of the patient and with his consent, we decided to initiate treatment with omalizumab (600 mg every 15 days) with progressive improvement of spirometry and negative bronchodilation tests. At the end of treatment, we noticed a sudden worsening of spirometry and a significant asthma exacerbation over period of 6 months of treatment with omalizumab. Based on these data, he has renewed omalizumab.

CONCLUSIONS: We reported a case of an adolescent treated off-label with omalizumab. The case tests how patients with severe allergic asthma can benefit from therapy with omalizumab despite high total IgE.

Further studies will be necessary to evaluate the long-term beneficial effects of this therapeutic choice.

¹ SCU of Pediatrics,
Department of Health Sciences,
University of Eastern Piedmont,
Novara

² Department of Pediatrics,
Sant'Andrea General Hospital,
Vercelli, Italy

Parole chiave:

pediatria, anticorpi, terapia,
off-label, allergia, asma

Keywords:

pediatrics, antibodies, off-label
therapy, allergy, asthma

This article was published on
September 20, 2018,
at SIMEDET.EU.

doi.org/10.30459/2018-14
Copyright © 2018 SIMEDET.

BACKGROUND Asthma, a chronic heterogeneous airway inflammatory disease, is common in children with a reported prevalence ranging from 5 to 15% ⁽¹⁾⁽²⁾.

About 70% of asthmatic patients have an allergic phenotype characterized by elevated serum levels of allergen-specific IgE ⁽³⁾.

Although most children respond well to safe and evidence-based stepwise pharmacological treatment, about <5% of children show a severe therapy-resistant asthma phenotype ⁽⁴⁾.

Here, we present a case of a 16years boy, followed in our Paediatric Allergology Centre since 2012 for allergic severe persistent asthma.

Since 2012, he was treated with maximal dosage of fluticasone, montelukast, continuous salmeterol and steroid cycles, without clinical and spirometric changes.

Before treatment with Omalizumab, spirometry revealed a Tiffenau index equal to 50%, severe mixed obstructive ventilatory defect and a positive bronchodilation test. He weighted 77 kg and has 1916 IU/mL of total IgE.

TAB.1

	STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4	STEP 5
PREFERRED CHOICE	-	Low dose ICS	Low dose ICS/LABA	Medium/High dose ICS/LABA	Add anti-IgE
ALTERNATIVE CHOICES	Low dose ICS	LTRA	Medium/High dose ICS	Add Tiotropium	Add Tiotropium
		Low dose theophylline	Low dose ICS+LTRA	High dose ICS+LTRA	Add low dose OCS
			Low dose ICS + theophylline	High dose ICS + theophylline	

theophylline is not recommended for children 6-11 years, while Tiotropium is not indicated in patients <18 years

ICS inhaled corticosteroids, LTRA leukotriene receptor antagonist, LABA long-acting β_2 - agonist, anti-IgE anti-immunoglobulin E therapy, OCS oral corticosteroids

Children with poor asthma control have an increased risk of severe exacerbations and progressive loss of lung function, which results in the relevant use of health resources and impaired quality of life (QoL) ⁽⁵⁾.

According to recent international guidelines, patients with uncontrolled asthma require a prolonged maintenance treatment with high-dose inhaled corticosteroids (ICS) in association with a long-acting beta2-agonist (LABA) plus oral leukotriene receptor antagonist (LTRA) ⁽⁶⁾.

Recommended options for initial controller treatment in children and adults according to GINA Guidelines ⁽⁶⁾

Despite the fact that the level of total serum IgE was not within the recommended range, we opted to treat him with omalizumab.

Based on the nomogram, it was started a 6 months off-label therapy with omalizumab 600 mg every 15 days with progressive improvement of spirometry with Tiffenau index always higher than 70% and negative bronchodilation tests.

There were no serious adverse events and no exacerbations during the follow-up.

At the end of treatment, we noticed a sudden

worsening of spirometry.

Furthermore, he was hospitalised for acute asthma attack with the need of oxygen for two days.

He presented again a Tiffenau index <70%, severe obstructive ventilatory defect and positive bronchodilation tests, despite the maximal background therapy.

Currently, he is treated with maximal dosage of fluticasone spray, montelukast, salmeterol and several steroid cycles per month.

At the last spirometry, Tiffenau index was equal to 66%. On February 2018, total IgE were 964.0 IU/mL. Based on these data, he has renewed omalizumab.

DISCUSSIONS AND CONCLUSIONS

Omalizumab is a recombinant DNA - derived humanized monoclonal antibody.

It is an immunoglobulin E (IgE)-specific, IgG1 κ antibody that targets circulating free IgEs ⁽⁷⁾.

It is an advanced humanized IgG1 monoclonal anti-IgE antibody specially designed to target circulating free IgE and prevent its interaction with the high- and low-affinity IgE receptors, thus interfering with cell activation and mediator release and comprehensively reducing allergic inflammation ^{(7) (8)}.

In particular, omalizumab decreases levels of circulating IgE by binding to the constant region (Cε3) of the IgE molecule, which prevents free IgE from interacting with high-affinity and low-affinity IgE receptors (FcεRI and FcεRII) ⁽⁹⁾.

The reduction of free IgE levels following omalizumab administration leads to a downregulation of FcεRI expression on inflammatory cells ⁽⁹⁾.

In addition, it has been demonstrated that omalizumab also reduces FcεRI in vivo expression on dendritic cells, which may lead to a reduction in allergen presentation to T cells and attenuation in the Th2-mediated allergic pathway ⁽¹⁰⁾.

FIG. 1: MECHANISM OF ACTION OF OMALIZUMAB. MACMILLAN ET AL, NATURE IMMUNOL, 2008.

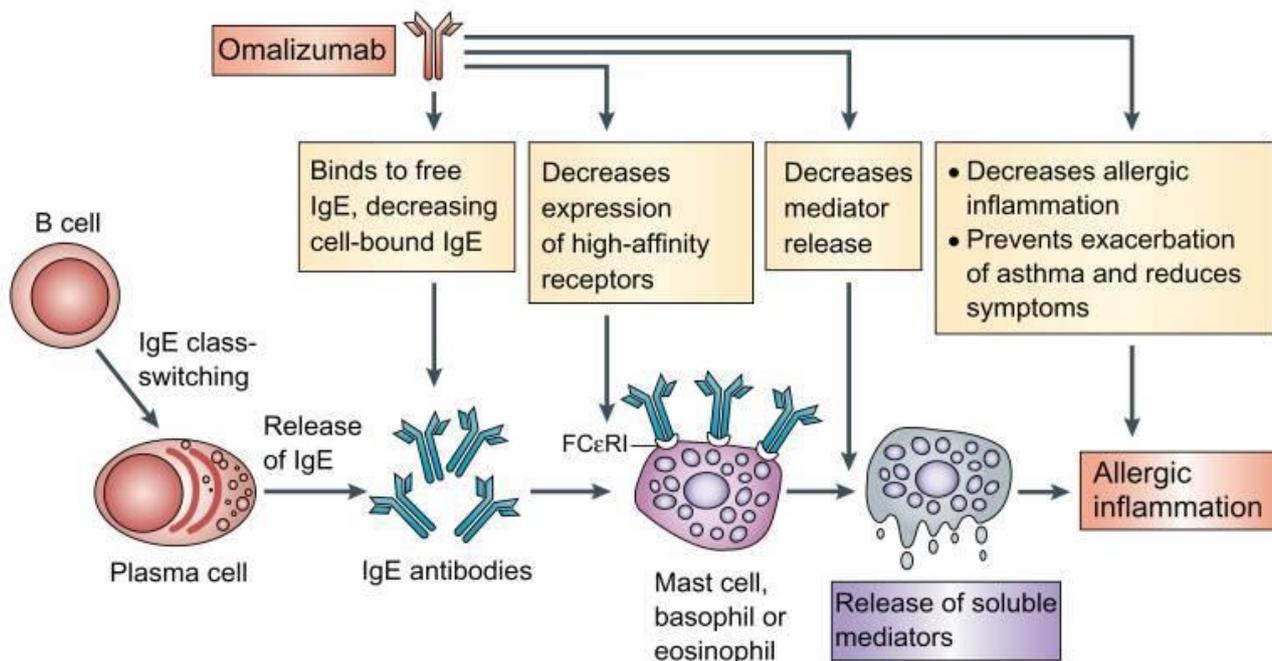
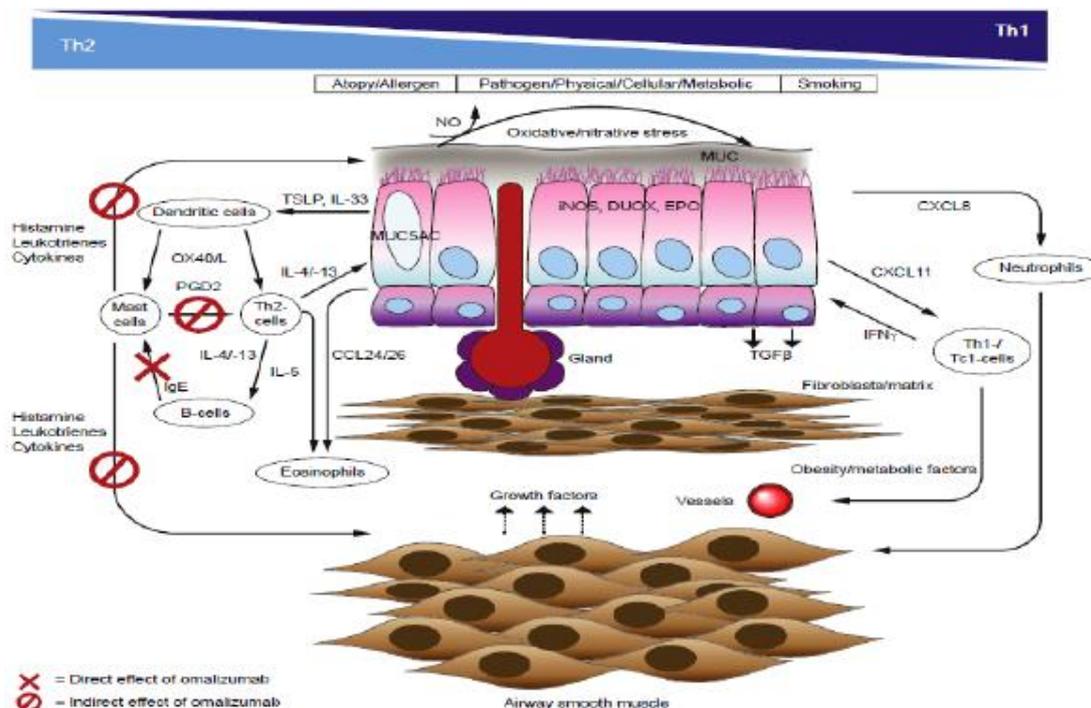


FIG. 2: IMMUNE AND ANTI-INFLAMMATORY EFFECTS OF OMALIZUMAB. BRADLEY ET AL, J ALLERGY IMMUNOL, 2017



To date omalizumab is the only biological drug currently licensed as add-on therapy in children >years with moderate-to-severe and severe allergic asthma uncontrolled after treatment with high dose of inhaled corticosteroids (ICS) plus-acting inhaled beta2-agonist (LABA) ⁽¹¹⁾.

In Italy, omalizumab is indicated as add-on therapy to improve asthma control in adolescents (aged >12 years) and children (aged 6 to <12 years) with severe persistent allergic asthma who have a positive skin test or in vitro reactivity (blood test) to a perennial aeroallergen and who have frequent daytime symptoms or nighttime awakenings and who have a multiple documented severe asthma exacerbations despite daily high dose ICS plus LABA.

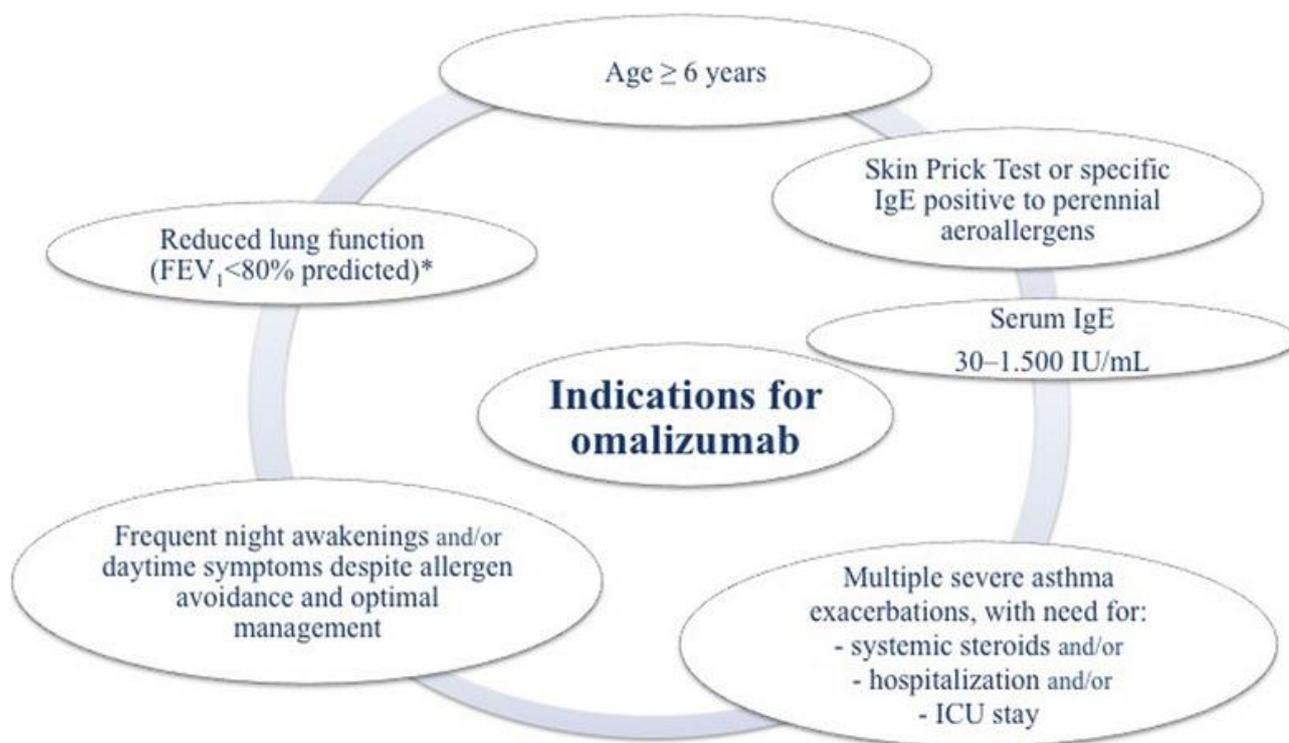
Patients aged >12 years must also have reduced lung function (forced expiratory volume in 1 s (FEV1) less than 80% of normal ⁽¹²⁾ .

In clinical practice, omalizumab is administered by subcutaneous injection every 2 or 4 weeks. Dose and frequency of administration are guided by a nomogram that is derived from total serum IgE level at baseline (eligible between 30-1500 IU/ml) and patients' weight ⁽¹³⁾.

The results of the ICATA study, a multicenter RCT of 419 inner-city children, adolescents and young adults with persistent allergic asthma, showed that, compared to placebo, omalizumab reduces the number of days with asthma symptoms and the proportion of participants with at least one exacerbation by approximately 25% and 19%, respectively ($p < 0.001$) ⁽¹⁴⁾.

Another multicenter RCT of inner-city children and adolescents showed that the addition of omalizumab to ongoing guidelines-based care before patients return to school reduces fall asthma exacerbations (odds ratio, 0.48) ⁽¹⁵⁾.

FIG. 3: INDICATIONS FOR OMALIZUMAB. MIRRA ET AL. BMC PEDIATRICS, 2018



* Not applicable in children less than 12 years

Abbreviations: IgE (immunoglobulin E); FEV₁ (forced expiratory volume in 1 second); ICU intensive care unit.

In the first Italian multicenter observational study conducted in 13 pediatric allergy and pulmonology tertiary centers in Italy, the lung function improved over the 12 months of treatment with omalizumab with FEV₁ increasing from 79% pred at baseline to 90% pred and 91% pred at 6 and 12 months, respectively (16).

Nevertheless, according to the literature, children with severe asthma often have a normal FEV₁ that does not improve after bronchodilators, indicating that spirometry may be a poor predictor of asthma severity in childhood (17) (18) (19).

In a systematic review of pediatric RCTs of 1381 children and adolescents with moderate-to-severe allergic asthma, omalizumab decreased the number of patients with at least one exacerbation (risk ratio, 0.69; $p < 0.001$), the mean number of asthma exacerbations per patient (risk ratio, 0.35; $p < 0.001$), and the asthma symptom score (mean difference, 0.12; $p = 0.005$) when compared to placebo (20).

Also, the results presented in Sztafinska et al. study provided findings on how the improvement in quality of life in asthmatic children and adolescents observed after omalizumab correlates with the improvement of quality of life in caregivers and reduction in ICS use (21).

Several studies have assessed the long-term safety of omalizumab in children and adults. A pooled analysis of 67 RCTs conducted over 2 decades on 4254 children and adults treated with omalizumab showed no association between omalizumab treatment and risk of malignancy ⁽²²⁾.

In an RCT evaluating 225 school-aged children, omalizumab was well tolerated, there were no serious adverse events, and the frequency and types of all adverse events were similar to the placebo group ⁽²³⁾.

These results have been further confirmed by a recent systematic review of RCTs that concluded that treatment with omalizumab does not result in increased risk of malignancy or hypersensitivity reactions ⁽²⁰⁾.

While the efficacy of omalizumab is supported by several studies, the duration of treatment is still under discussion.

Results from published studies suggest that omalizumab should be continued for > 1 year ^{(24) (25)}.

In a retrospective study of adults and children with uncontrolled severe asthma treated with omalizumab, after the discontinuation of treatment, loss of asthma control was documented in 69.2% of the patients who had received omalizumab for < 1 year, 59.1% of the subjects treated for 1–2 years, and 46.1% of the cases treated for > 2 years ⁽²⁴⁾.

Another study of Licari et al. the first Italian multicenter observational study, supports the existing evidence that omalizumab therapy reduces asthma exacerbations and healthcare utilization, has a steroid-sparing effect and improves lung function ⁽¹⁶⁾.

In conclusion omalizumab significantly improves the clinical management of severe and uncontrolled pediatric asthma; however, pre-treatment IgE levels limited the use of omalizumab in some patients ⁽²⁶⁾.

However, in literature, a few studies showed the efficacy of omalizumab in the case the level of total serum IgE are not within the recommended range.

Nobuhiro et al. demonstrated that omalizumab could be useful in patients with severe persistent asthma that remains uncontrolled despite multi-drug therapy, even when the total serum IgE level is higher or lower than the recommended range ⁽²⁷⁾.

Further studies will be necessary to evaluate the long-term beneficial effects of this therapeutic choice.

BIBLIOGRAFIA

1. Global Initiative for Asthma Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2016 www.ginasthma.com
2. Anandan C., Nurmatov U., van Schayck O.C., Sheikh A. Is the prevalence of asthma declining? Systematic review of epidemiological studies. *Allergy*. 2010;65:152–167. [[PubMed](#)]
3. Froidure A., Mouthuy J., Durham S.R., Chanez P., Sibille Y., Pilette C. Asthma phenotypes and IgE responses. *Eur. Respir. J.* 2016;47(1):304–319. [[PubMed](#)]
4. Bozzetto S., Carraro S., Zanconato S., Baraldi E. Severe asthma in childhood: diagnostic and management challenges. *Curr. Opin. Pulm. Med.* 2015;21(1):16–21. [[PubMed](#)]
5. O'Byrne PM, Pedersen S, Schatz M, Thoren A, Ekholm E, Carlsson LG, et al. The poorly explored impact of uncontrolled asthma. *Chest*. 2013;143:511–513. doi: 10.1378/chest.12-0412. [[PubMed](#)]
6. Global Initiative for Asthma Report. Global strategy for asthma management and prevention (updated 2016). <https://www.ginasthma.org>. Accessed 07 June 2017.
7. Licari A., Marseglia G., Castagnoli R., Marseglia A., Ciprandi G. The discovery and development of omalizumab for the treatment of asthma. *Expert Opin. Drug Discov.* 2015;10(9):1033–1042. [[PubMed](#)]
8. Ciprandi G., Marseglia G.L., Castagnoli R., et al. From IgE to clinical trials of allergic rhinitis. *Expert Rev. Clin. Immunol.* 2015;11(12):1321–1333. [[PubMed](#)]
9. Holgate S, Casale T, Wenzel S, Bousquet J, Deniz Y, Reisner C. The anti-inflammatory effects of omalizumab confirm the central role of IgE in allergic inflammation. *J Allergy Clin Immunol.* 2005;115:459–465. doi: 10.1016/j.jaci.2004.11.053. [[PubMed](#)]
10. Prussin C, Griffith DT, Boesel KM, Lin H, Foster B, Casale TB. Omalizumab treatment downregulates dendritic cell FcεpsilonRI expression. *J Allergy Clin Immunol.* 2003;112(6):1147–1154. doi: 10.1016/j.jaci.2003.10.003. [[PubMed](#)]
11. Chung K.F., Wenzel S.E., Brozek J.L., et al. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *Eur. Respir. J.* 2014;43(2):343–373. [[PubMed](#)]
12. European public assessment report (EPAR) for Xolair. EMA http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000606/WC500057293.pdf [cited: 3rd Dec 2016]
13. Omalizumab for treating severe persistent allergic asthma (review of technology appraisal guidance 133 and 201). NICE National Institute for Health and Care Excellence <http://www.nice.org.uk/Guidance/TA278>.
14. Busse WW, Morgan WJ, Gergen PJ, Mitchell HE, Gern JE, Liu AH, et al. Randomized trial of omalizumab (anti-IgE) for asthma in inner-city children. *N Engl J Med.* 2011;364:1005–1015. doi: 10.1056/NEJMoa1009705. [[PubMed](#)]
15. Teach SJ, Gill MA, Toghiani A, Sorkness CA, Arbes SJ, Jr, Calatroni A, et al. Preseasonal treatment with either omalizumab or an inhaled corticosteroid boost to prevent fall asthma exacerbations. *J Allergy Clin Immunol.* 2015;136:1476–1485. doi: 10.1016/j.jaci.2015.09.008. [[PubMed](#)]
16. Licari A, Castagnoli R, Denicolò C, Rossini L, Seminara M, Sacchi L, et al. Omalizumab in Children with Severe Allergic Asthma: The Italian Real-Life Experience. *Curr Respir Med Rev.* 2017;13(1): 36–42. [[PubMed](#)]
17. Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL, Bush A, Castro M, Sterk PJ, et al. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *Eur Respir J.* 2014;43:343–353. doi: 10.1183/09031936.00202013. [[PubMed](#)]
18. Montella S, Baraldi E, Cazzato S, Aralla R, Berardi M, Brunetti LM, et al. Severe asthma features in children: a case-control online survey. *Ital J Pediatr.* 2016;42:9. doi: 10.1186/s13052-016-0217-z. [[PubMed](#)]
19. Fitzpatrick AM, Gaston BM, Erzurum SC, Teague WG, National Institutes of Health/National Heart, Lung, and Blood Institute Severe Asthma Research Program Features of severe asthma in school-age children: Atopy and increased exhaled nitric oxide. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;118:1218–1225. doi: 10.1016/j.jaci.2006.08.019. [[PubMed](#)]
20. Rodrigo GJ, Neffen H. Systematic review on the use of omalizumab for the treatment of asthmatic children and adolescents. *Pediatr Allergy Immunol.* 2015;26:551–556. doi: 10.1111/pai.12405. [[PubMed](#)]
21. Sztajfinska A, Jerzynska J, Stelmach W, Woicka-Kolejwa K, Stelmach I. Quality of life in asthmatic children and their caregivers after two-year treatment with omalizumab, a real-life study. *Postepy Dermatol Alergol.* 2017;34(5):439–447. [[PubMed](#)]
22. Busse W, Buhl R, Fernandez Vidaurre C, Blogg M, Zhu J, Eisner MD, et al. Omalizumab and the risk of malignancy: results from a pooled analysis. *J Allergy Clin Immunol.* 2012;129:983–989. doi: 10.1016/j.jaci.2012.01.033. [[PubMed](#)]
23. Milgrom H, Berger W, Nayak A, Gupta N, Pollard S, McAlary M, et al. Treatment of childhood asthma with anti-immunoglobulin E antibody (omalizumab) *Pediatrics.* 2001;108:E36. doi: 10.1542/peds.108.2.e36. [[PubMed](#)]
24. Molimard M, Mala L, Bourdeix I, Le Gros V. Observational study in severe asthmatic patients after discontinuation of omalizumab for good asthma control. *Respir Med.* 2014;108:571–576. doi: 10.1016/j.rmed.2014.02.003. [[PubMed](#)]
25. Busse WW, Trzaskoma B, Omachi TA, Canvin J, Rosen K, Chipps BE, et al. Evaluating Xolair persistency of response after long-term therapy (XPORT) *Am J Respir Crit Care Med.* 2014;189:A6576.
26. Poddighe D, Brambilla I, Licari A, Marseglia GL. Omalizumab in the therapy of pediatric asthma. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discover.* 2018. doi: 10.2174/1872213X12666180430161351. [Epub ahead of print]
27. Asai N, Ohkuni Y, Komatsu A, Matsunuma R, Nakashima K, Kaneko N. Severe persistent asthma responsive to off-label use of omalizumab despite high and low levels of total serum IgE. *J Bras Pneumol.* 2011;37(4):567–570. [[PubMed](#)]

MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO ANALITICO DELLE EMOCOLTURE NELLE SEPSI E RIDUZIONE DEL TAT

Alessia Cabrini¹

ABSTRACT

Blood culture is a gold standard laboratory technique for the microbiological diagnosis of bacteremia or sepsis, with the aim of detecting the presence of microorganisms (bacteria or fungi) which, once the host's immune defenses are overcome, are poured into the blood causing severe clinical pictures⁽¹⁾. The effectiveness and clinical significance of blood culture in the diagnosis of bacteremia or sepsis depend on multiple methodological and interpretative aspects⁽²⁾.

In the preanalytic phase the withdrawal modalities, the number of blood culture samples and the Tourn Around Time (TAT), the time interval between the decision of the clinician to request a laboratory assessment and the receipt of its result, represent elements of fundamental importance for rapid diagnosis and targeted therapy.

This project includes the present project to improve the analytical process of the emocolture, conducted in the UOC of Microbiology and Virology of the University Hospital of Padua, in order to verify the possibility of reducing the TAT of blood cultures carried out following the clinical suspicion of sepsis, using a new automated **BacT / ALERT® VIRTUO™ (Biomerieux)** microbial detection system compared to the traditional **BacT / ALERT® 3D (Biomerieux)** method, which in addition to demonstrating greater functionality in the preanalytic phase, should above all highlight the ability to identify more quickly the pathogens of the blood infections.

L'emocoltura è una tecnica di laboratorio gold standard per la diagnosi microbiologica di batteriemia o sepsi, con lo scopo di individuare la presenza di microrganismi (batteri o funghi) che superate le difese immunitarie dell'ospite si riversano nel sangue causando quadri clinici severi⁽¹⁾. L'efficacia ed il significato clinico dell'emocoltura nella diagnosi di batteriemia o sepsi dipendono da molteplici aspetti metodologici ed interpretativi⁽²⁾.

Nella fase preanalitica le modalità di prelievo, il numero dei campioni di emocoltura e il Tourn Around Time (TAT), cioè l'intervallo di tempo che intercorre tra la decisione del clinico di richiedere un accertamento di Laboratorio e la ricezione del suo risultato, rappresentano elementi di fondamentale importanza per una diagnosi rapida e una terapia mirata.

In questo ambito si inserisce il presente progetto di miglioramento del processo analitico delle emocolture, condotto nella U.O.C di Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova, al fine di verificare la possibilità di ridurre il TAT delle emocolture eseguite a seguito del sospetto clinico di sepsi, utilizzando un nuovo sistema automatizzato di rilevamento microbale **BacT / ALERT® VIRTUO™ (Biomerieux)** rispetto al tradizionale metodo **BacT / ALERT® 3D (Biomerieux)**, che oltre a dimostrare una maggiore funzionalità nella fase preanalitica, dovrebbe evidenziare soprattutto la capacità di individuare più rapidamente i patogeni delle infezioni del sangue.

¹ UOC Microbiologia Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova,
Dottore Magistrale in Tecniche Sanitarie Diagnostiche,
Presidente Nazionale ANTEL

Parole chiave:
microbiologia, sepsi,
laboratorio, emocolture,
diagnosi

Keywords:
microbiology, lab test,
blood cultures, sepsis, diagnosis

This article was published on
September 20, 2018,
at SIMEDET.EU.

doi.org/10.30459/2018-15
Copyright © 2018 SIMEDET.

BACKGROUND

Le infezioni ematiche sono associate ad alta morbilità e mortalità nei pazienti ospedalizzati.

In Europa, la sepsi si presenta in oltre il 35% dei pazienti ricoverati in terapia intensiva e oltre il 50% dei pazienti che vanno incontro a shock settico non sopravvivono.

La rapida rilevazione dei microrganismi nel sangue mediante emocoltura ha un ruolo essenziale nella diagnosi ed è uno dei compiti cardine del Laboratorio di Microbiologia. Numerosi sono i microrganismi che possono raggiungere il torrente ematico, batteri “comuni”, micobatteri, miceti, virus e in casi particolari anche elminti.

L'emocoltura costituisce dunque un mezzo di grande utilità diagnostica per poter pervenire ad una diagnosi accurata di infezione da batteri e miceti nel torrente circolatorio. Tale esame non è idoneo per la ricerca di parassiti, virus e micobatteri.

Secondo i criteri dei Centers for Disease and Prevention (CDC), si definisce come infezione ematica da batteri (bloodstream infection; BSI, in inglese), batteriemia, la presenza di batteri vitali nel sangue documentata da un'emocoltura positiva ⁽³⁾.

I batteri possono penetrare nel sangue:

- da un focus d'infezione presente in un sito corporeo
- da una sede superficiale colonizzata da microrganismi, normalmente presenti, che riescono ad oltrepassare la cute o le mucose a causa di soluzioni di continuità delle stesse
- dal tratto gastrointestinale
- attraverso dispositivi come i cateteri intravascolari o nel corso di manipolazioni, interventi chirurgici o indagini diagnostiche di vario tipo.

Le batteriemie possono essere classificate in transitorie, intermittenti, persistenti o continue; in particolare la batteriemia persistente è caratterizzata dal fatto che numerose, ripetute emocolture risultano positive per un lungo periodo, da parecchie ore a diversi giorni.

Tali batteriemie si verificano particolarmente nei processi a sede intravascolare come l'endocardite, la tromboflebite settica, l'arterite, l'aneurisma micotico. Una batteriemia persistente si verifica anche durante i primi stadi di alcune infezioni batteriche sistemiche, come la brucellosi e la febbre tifoide ⁽⁴⁾.

La percentuale di positività che riflette il carattere transitorio, intermittente o continuo della batteriemia nelle diverse condizioni cliniche è la seguente: 85 – 95 % nelle endocarditi ed infezioni endovascolari, 80 – 90 % nell'epiglottite acuta, 50 – 80 % nella meningite batterica, 30 – 50 % nella pielonefrite ascendente, 30 – 50 % nell'osteomielite ematogena, 5 – 30 % nella polmonite batterica ^{(5) (6)}.

Varia negli ascessi endoaddominali e varia nella febbre di origine sconosciuta.

BATTERIEMIA CATETERE CORRELATA:

Una temibile complicanza associata alla presenza di un catetere venoso centrale (CVC), e/o di altri cateteri endovascolari a permanenza, è rappresentata dal possibile instaurarsi di una infezione dovuta a microrganismi che si annidano in biofilm adesi alla superficie interna dei cateteri (colonizzazione della cannula o hub) o che prima colonizzano la superficie esterna, causando infezione poi, a partire dalla sede di inserzione della cannula (o exit site) ⁽⁷⁾.

Nella pratica quotidiana, per ogni emocoltura in età adulta si utilizza un SET di flaconi da inoculare; il SET per l'età adulta è costituito da un flacone per aerobi (BacT/Alert FA o FAPLUS a tappo verde) ed uno per anaerobi (BacT/Alert FN o FNPLUS a tappo arancione).

Nel sospetto di sepsi catetere correlata si raccomanda di eseguire in rapida sequenza, oltre al prelievo di un set tramite il catetere, anche il prelievo di un secondo set da vena periferica mediante venipuntura e di immettere la stessa quantità di sangue in ciascun flacone.

Nella pratica clinica, l'asepsi della cute, il numero di culture, e il volume di sangue sono i fattori più importanti per il rilevamento di batteriemia, oltre che la rapida consegna dei flaconi dal reparto al laboratorio il più presto possibile dopo il prelievo, al fine di ridurre il tempo di rilevamento della positività (8) (9).

La diagnosi di infezione catetere correlata si basa anche sull'uso di emocolture comparative (diagnosi conservativa), avendo avuto in precedenza l'accortezza di eseguire in rapida sequenza il prelievo sia da CVC che da vena periferica. Si pone diagnosi microbiologica di infezione CVC-correlata quando si ha la crescita di colonie morfologicamente identiche e appartenenti alla stessa specie microbica da entrambi i prelievi incubati contemporaneamente nella strumentazione automatizzata.

L'infezione è suggestiva soprattutto quando il campione prelevato da CVC presenta una crescita di batteri più rapida (120' nell'adulto, 150' nel bambino) rispetto a quello prelevato da vena periferica per gli stessi microrganismi.

Per TurnAround Time (TAT) s'intende l'intervallo di tempo che intercorre fra il momento del check-in dei flaconi pervenuti in laboratorio e la refertazione definitiva (10) (11).

Nella nostra U.O.C di Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova, il TAT per le emocolture negative è attualmente di 5 giorni, mentre per quelle positive è di circa 48 ore dal momento della positivizzazione se vengono utilizzati i tradizionali metodi microbiologici per l'identificazione di specie e l'antibiogramma (12) (13).

Scopo del presente lavoro è la possibilità di ridurre sia il TAT delle emocolture a seguito del sospetto clinico di sepsi, che i tempi di incubazione delle stesse, identificando e valutando le principali criticità emerse nel nostro laboratorio utilizzando il tradizionale metodo di rilevamento microbiale **BacT/ ALERT® 3D** rispetto al nuovo sistema automatizzato **BacT / ALERT® VIRTUO™** (14).

NUMEROSE SONO LE PROBLEMATICHE EMERSE CON IL METODO TRADIZIONALE (SISTEMA BACT/ALERT® 3D):

1) Il tempo pratico di carico e scarico delle bottiglie di emocolture che risulta essere prolungato ed indaginoso da parte dell'operatore; infatti risulta impiegare più tempo ad inserire i flaconi nell'incubatore nella fase iniziale dopo l'accettazione (check-in), soprattutto se si verificano problemi di etichettatura dei flaconi, ad es. per errata anagrafica del paziente, e successivamente nello scarico degli stessi poiché, non essendo automatizzato ma invece manuale, comporta un periodo maggiore (secondo uno studio del produttore Bactec/Alert® 3D ha richiesto più tempo pratico di BacT / ALERT VIRTUO (31,2 min vs 13 min) per il carico e lo scarico 200 bottiglie). Inoltre la capacità di contenimento dei flaconi non è particolarmente elevata (240 posti contro i 428 del Virtuo).

2) All'interno dell'incubatore le celle di contenimento dei flaconi di emocultura tendono a "sporcarsi" facilmente nel tempo, allarmando il sistema e richiedendo pertanto una calibrazione di qualità manuale da parte dell'operatore stesso.

3) I volumi dei flaconi (range di attendibilità +/- 10 ml di sangue) devono essere controllati visivamente prima del caricamento, non essendo il sistema BacT / ALERT® 3D automatizzato per questa fase.

4) La tracciabilità dei pazienti nel tempo risulta essere difficoltosa (es. in caso di rilevazione di "Falsi positivi"), rappresentando pertanto un problema in termini di rischio e sicurezza del paziente stesso. Per risolvere e migliorare tali criticità ed ottimizzare il flusso di lavoro della diagnostica delle emocolture dalla fase preanalitica alla fase analitica, è stato introdotto nel nostro Servizio di Laboratorio il nuovo sistema automatizzato BacT / ALERT® VIRTUO™ che dovrebbe dimostrare un'elevata e maggiore adeguatezza in termini di funzionalità, fornendo oltre che risultati efficienti e rapidamente attuabili, anche in via definitiva un miglioramento dell'outcome dei pazienti.

METODI E MATERIALI

Nella nostra routine, i flaconi per emocoltura, dopo le procedure di prelievo, vengono inviati in laboratorio e incubati a 37° C negli incubatori automatici (sistema BacT/ALERT® 3D e VIRTUO).

I microrganismi eventualmente presenti nel campione metabolizzano i substrati presenti nel terreno di coltura producendo anidride carbonica.

La produzione di CO₂ fa sì che il sensore sul fondo del flacone assuma una colorazione più chiara.

Un diodo a emissione luminosa (LED) illumina il sensore e la luce riflessa viene misurata da un fotorivelatore.

In caso di rilevazione di una variazione lo strumento segnala il campione come positivo. In assenza di segnale di positività, i campioni rimangono in osservazione continua per complessivi 5 giorni prima di essere refertati come negativi.

Il segnale della presenza di microrganismi è costituito dal viraggio del colore del fondo dei flaconi dal colore verde (segnale di negatività) al colore giallo (segnale di crescita microbica).

Nel caso di viraggio verso il colore giallo, il campione deve essere seminato e deve essere allestito il vetrino per l'esame microscopico (**Fig.1**).

Con il nuovo sistema automatizzato **BacT /ALERT® VIRTUO™**, essendo dotato di un nuovo algoritmo per la lettura colorimetrica più sensibile, si evidenzia una maggiore capacità di rilevazione della Crescita batterica rispetto a quelle dell'incubatore tradizionale, con un'abbreviazione del segnale di positività del campione di emocoltura per la determinata specie batterica.

Seguendo le indicazioni del produttore (Biomérieux) per il controllo di qualità delle performance di crescita batterica, nel nostro Laboratorio si eseguono mensilmente dei CQI, inoculando dei ceppi ATCC nei flaconi di emocolture in uso accettati e trattati come qualunque campione clinico secondo una specifica procedura laboratoristica.

I flaconi dovendo simulare una emocoltura positiva, devono essere inoculati con una concentrazione standardizzata di microrganismi (400 UFC/flacone) a cui viene aggiunto del brodo Muller Hinton Blood in quantità di 1-2 ml costituendo così il surrogato del sangue umano.

I microrganismi utilizzati sono rappresentati da un ceppo ATCC 25285 di *Bacteroides fragilis* che è stato inoculato nel set di emocolture per adulti, e da un ceppo ATCC49619 di *Streptococcus pneumoniae* inoculato nel flacone pediatrico.

Entrambi, il set per adulti e il flacone pediatrico, sono stati messi ad incubare il più rapidamente possibile, in ognuna delle unità BacT/Alert® 3D e nell'incubatore BacT/Alert® VIRTUO™.

Dai risultati attesi, tutti gli organismi devono risultare positivi entro 48 ore, quelli anaerobi devono risultare positivi entro 72 ore. Nel flacone aerobio del set per adulti non deve esserci crescita.

Dalla messa in funzione di BacT/Alert® VIRTUO™ sono state eseguite tre prove di qualità nei tre incubatori (**BacT/Alert 1, BacT/Alert 2 e Virtuo**) attualmente presenti nel nostro laboratorio, nel periodo da **Marzo a Maggio 2018**.

FIG. 1: FLACONI BACT/ALERT



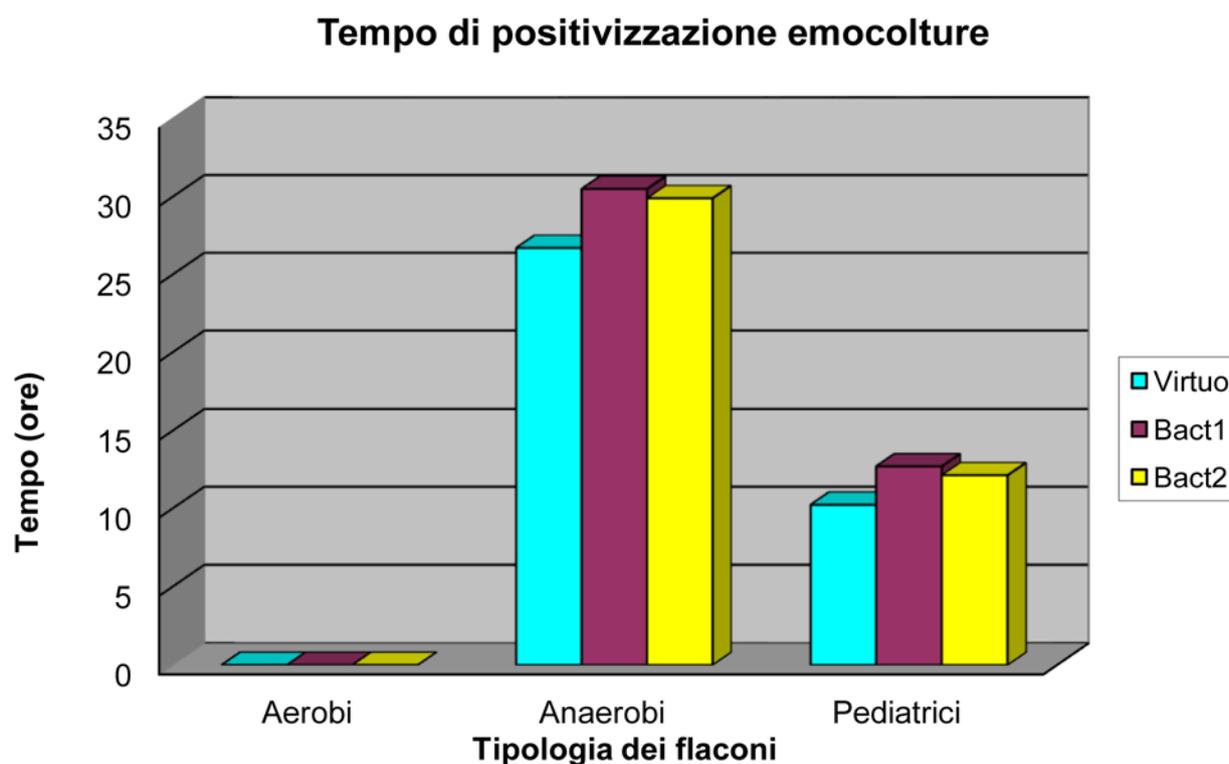
- . **Fondello giallo: positività**
- . **Fondello verde: negatività**

RISULTATI Dall'analisi dei risultati strumentali risulta che la media del tempo di crescita batterica dei ceppi di microrganismi *Bacteroides fragilis* è di n.30.5 ore (Bact/Alert 1) , di n. 29.9 ore (Bact/Alert 2) e di n. 26.7 ore (Bact/Alert 3 Virtuo) .
Mentre per i ceppi di *Streptococcus pneumoniae* il tempo medio di positività batterica è di n. 12.7 ore (Bact/Alert 1) , di n. 12.13 (Bact/Alert 2) e di n. 10.23 ore (Bact/Alert 3 Virtuo). (**TABELLA 1**)

Prova QC Marzo 2018	RISULTATO STRUMENTALE POSITIVO
BACT/ALERT 1	Flacone aerobio: nessuna crescita Flacone anaerobio : <i>Bacteroides fragilis</i> ore 27.7 Flacone pediatrico : <i>Streptococcus pneumoniae</i> ore 13.0
BACT/ALERT 2	Flacone aerobio: nessuna crescita Flacone anaerobio : <i>Bacteroides fragilis</i> 27.5 Flacone pediatrico : <i>Streptococcus pneumoniae</i> 12.6
VIRTUO	Flacone aerobio: nessuna crescita Flacone anaerobio : <i>Bacteroides fragilis</i> 26.9 Flacone pediatrico : <i>Streptococcus pneumoniae</i> 10.7
Prova QC Aprile 2018	RISULTATO STRUMENTALE POSITIVO
BACT/ALERT 1	Flacone aerobio: nessuna crescita Flacone anaerobio : <i>Bacteroides fragilis</i> ore 35.0 Flacone pediatrico : <i>Streptococcus pneumoniae</i> ore 13.3
BACT/ALERT 2	Flacone aerobio: nessuna crescita Flacone anaerobio : <i>Bacteroides fragilis</i> ore 33.5 Flacone pediatrico : <i>Streptococcus pneumoniae</i> ore 12.1
VIRTUO	Flacone aerobio: nessuna crescita Flacone anaerobio : <i>Bacteroides fragilis</i> ore 26.8 Flacone pediatrico : <i>Streptococcus pneumoniae</i> ore 10.1
Prova QC Maggio 2018	RISULTATO STRUMENTALE POSITIVO
BACT/ALERT 1	Flacone aerobio: nessuna crescita Flacone anaerobio : <i>Bacteroides fragilis</i> ore 28.8 Flacone pediatrico : <i>Streptococcus pneumoniae</i> ore 12.0
BACT/ALERT 2	Flacone aerobio: nessuna crescita Flacone anaerobio : <i>Bacteroides fragilis</i> ore 28.8 Flacone pediatrico : <i>Streptococcus pneumoniae</i> ore 11.7
VIRTUO	Flacone aerobio: nessuna crescita Flacone anaerobio : <i>Bacteroides fragilis</i> ore 26.6 Flacone pediatrico : <i>Streptococcus pneumoniae</i> ore 9.9

Si evidenzia un trend positivo a favore di **BacT / Alert 3 Virtuo** con una riduzione del tempo di incubazione di almeno **4 ore** ($\approx 15\%$) per la crescita del microrganismo *Bacteroides fragilis* e di circa **2-3 ore** ($\approx 16\%$) per lo *Streptococcus pneumoniae*. (FIG. 2)

FIG. 2



CONCLUSIONS **R**iducendo l'incubazione si hanno dei vantaggi; in primis la possibilità di ridurre il TAT delle emocolture eseguite a seguito del sospetto clinico di sepsi, e l'interruzione della terapia antibiotica empirica nei pazienti con emocolture negative, con una conseguente migliore compliance e gestione, riduzione dei tempi di degenza e dei costi della spesa sanitaria.

In conclusione si può affermare che l'utilizzo del nuovo sistema automatizzato **BacT / ALERT® VIRTUO™** rappresenta sicuramente una risposta più adeguata di quella fornita dal tradizionale incubatore microbiale Bact/Alert® 3D dimostrando una maggiore funzionalità nella gestione del processo delle emocolture dalla fase preanalitica alla fase analitica

evidenziando soprattutto la capacità di individuare più rapidamente i patogeni delle infezioni del sangue con conseguente miglioramento del processo.

Inoltre con la misurazione in automatico del volume dell'inoculo, **BacT / ALERT® VIRTUO™** fornisce un dato oggettivo utilizzabile per aggiornamenti mirati con i reparti ospedalieri sulle modalità di prelievo delle emocolture.

BIBLIOGRAFIA

1. XXXVII Congresso Nazionale AMCLI - Infezioni del torrente circolatorio. Stresa, 5-8 ottobre 2008
2. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI), *Principles and Procedures for Blood Cultures, Approved Guidelines*. CLSI M47-A 2007 (ISBN 1-56238-641-7)
3. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections. In: Olmsted RN, ed. *APIC infection control and applied epidemiology: principles and practice*. St. Louis: Mosby, 1996:A1-20.
4. Seifert H. *The clinical importance of microbiological findings in the diagnosis and management of bloodstream infections*. Clin Infect Dis. 2009 May 15; 48 Suppl 4:S238-45.
5. Urbano P. *l'emocoltura* <http://www.ao.careggi.toscana.it/microbiologia.htm>, 2009
6. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections. In: Olmsted RN, ed. *APIC infection control and applied epidemiology: principles and practice*. St. Louis: Mosby, 1996:A1-20.
7. *Clinical Practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America*
8. Horan T.C. et al. CDC/NHSN Surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *AJIC: American Journal of Infection Control*, June 2008 (Vol.36, Issue 5, pages 309-332)
9. *Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock*. *Intensive Care Med* 2013; 39(2): 165-228 and *Crit Care Med* 2013;41(2): 580-637
10. Andrew Lee et al. *Detection of Bloodstream infections in Adults: How many blood cultures are needed?* *J. Clin. Microbiol.* 2007, 45(11):3546.
11. Baron E J et al. *A Guide to Utilization of the Microbiology Laboratory for Diagnosis of Infectious Diseases: 2013 Recommendations by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM)*
12. Doern GV1 et al. *Four-day incubation period for blood culture bottles processed with the Difco ESP blood culture system*. *J Clin Microbiol.* 1997 May;35(5):1290-2.
13. Soloaga R1 et al. *Utility of prolonged incubation and terminal subcultures of blood cultures from immunocompromised patients*. *Argent Microbiol.* 2001 Jul-Sep;33(3):177-81
14. www.biomerieux.it/diagnostica-clinica/prodotti-e-servizi

Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM)

Istruzioni per gli Autori

«*Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM)*» è una rivista scientifica che pubblica lavori originali, rassegne, brevi note e lettere su argomenti di medicina, dalla prevenzione alla diagnosi e cura, alla ricerca. La rivista è rivolta non solo ai medici ma anche agli esercenti le professioni sanitarie quali i tecnici di laboratorio biomedico, di anatomia patologica, agli infermieri e a tutte le professioni sanitarie regolamentate per legge.

I contributi non devono essere già stati pubblicati o presentati ad altre riviste. Gli articoli, per favorire una maggiore diffusione, potranno essere presentati in lingua sia inglese (preferibile) che italiana, a parte l'abstract che andrà sempre redatto in ambedue le lingue.

Tutti gli articoli devono essere inizialmente inviati per posta elettronica (alla mail: scientifico@simedet.eu) alla Redazione della Rivista dove saranno sottoposti all'attenzione dei Revisori che si riservano la facoltà di suggerire modifiche o di respingerli. Gli Autori verranno informati delle motivazioni che hanno portato la Redazione a formulare suggerimenti o giudizi negativi. Le opinioni espresse dagli Autori non impegnano la responsabilità della Rivista.

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

I lavori dovranno essere redatti utilizzando Microsoft Word per Windows, carattere Times New Roman 12, interlinea 1.5 e margine 2.5 su entrambi i lati. Mediamente il testo (titolo, Autori, affiliazioni e bibliografia esclusi) dovrebbe prevedere una lunghezza compresa tra 6.000 – 15.000 caratteri, spazi esclusi. Tutte le pagine, compresa la bibliografia, dovranno essere numerate progressivamente e portare indicato il nome del primo autore e le prime parole del titolo dell'articolo; analoga indicazione deve figurare sulle tabelle e sulle figure.

RIASSUNTO:

Il riassunto dovrà essere redatto in Inglese e Italiano e strutturato nelle sezioni: Introduzione/Background, Obiettivi/ Objectives, Metodi/Methods, Risultati/Results, Discussioni/Discussion e Conclusioni/Conclusions. In ciascuna lingua il riassunto dovrebbe prevedere una lunghezza mediamente compresa tra 1000 – 2000 caratteri, spazi esclusi.

PRIMA PAGINA:

Nella prima pagina dell'articolo deve essere indicato il titolo, il cognome e l'iniziale del nome dell'autore o degli autori, l'istituzione di appartenenza di ciascun autore, l'indicazione delle eventuali fonti di finanziamento del lavoro e l'indirizzo completo dell'autore responsabile della corrispondenza. Nella stessa pagina dovranno essere indicate almeno 3 parole chiave.

TABELLE:

Le tabelle dovranno essere riportate in pagine separate dal testo e numerate progressivamente con numeri arabi. La didascalia deve contenere le informazioni necessarie ad interpretare la tabella stessa. La tabella, all'interno del testo, deve essere citata per esteso (es.: Table 1 - Tabella 1). Le tabelle devono essere elaborate in word per Windows, in modo che risultino modificabili. Non devono essere salvate come immagini.

FIGURE:

Le figure devono essere numerate in successione con numeri arabi; le didascalie devono essere separate dalle figure. Per fotografie, disegni, grafici: risoluzione almeno 300 dpi, formato JPEG, TIFF.

Nel caso gli autori intendano pubblicare figure o grafici tratti da altre riviste o libri, dovranno previamente ottenere il permesso scritto dall'autore e dalla casa editrice, copia del quale deve essere inviata alla redazione della rivista; nell'articolo gli autori dovranno indicare le fonti da cui il materiale stesso è tratto.

PRESENTAZIONE DEGLI ARTICOLI:

Nella stesura del lavoro si prevede di seguire la seguente suddivisione: Introduzione/Background, Obiettivi/Objectives, Metodi/Methods, Risultati/Results, Discussione/Discussion, Conclusioni/Conclusions, Riassunto/Abstract, Bibliografia.

Per la descrizione di metodi già noti e riportati in letteratura è sufficiente citare gli articoli originali. Nella presentazione dei risultati si deve evitare di ripetere nel testo i dati presentati nelle tabelle e nelle figure.

Presentazione di un contributo scientifico dedicato alla descrizione di casi clinici di particolare interesse e suddiviso nelle sezioni: introduzione, caso clinico o casistica clinica, discussione, conclusioni, bibliografia.

Il testo (titolo, Autori, affiliazioni e bibliografia esclusi) dovrebbe prevedere una lunghezza compresa tra 3.000 – 4.000 caratteri, spazi esclusi.

LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO:

In una lettera di accompagnamento (da inviare anch'essa all'indirizzo di posta elettronica scientifico@simedet.eu), l'autore responsabile della corrispondenza dovrà dichiarare che tutti gli autori hanno letto e condiviso il contenuto e l'interpretazione del lavoro inviato. La lettera d'accompagnamento dovrà riportare anche la dichiarazione firmata dall'autore responsabile sull'esistenza di rapporti finanziari che configurino un potenziale conflitto d'interesse con le materie trattate nel lavoro stesso.

BIBLIOGRAFIA:

La correttezza e la completezza delle citazioni bibliografiche è sotto la responsabilità degli autori. Le citazioni vanno elencate in ordine progressivo numerico.

Nel testo i riferimenti bibliografici dovranno essere indicati con numeri arabi tra parentesi corrispondenti al numero delle citazioni in bibliografia.

Nella citazione bibliografica, se il numero degli autori è più di 4 vanno citati i primi 3 seguiti da et al; se, invece, sono 4 o meno di 4 vanno citati tutti. La numerazione delle pagine non va abbreviata, ma lasciata per esteso. Il nome della rivista deve essere abbreviato secondo le norme dell'Index Medicus.

CONFLITTO DI INTERESSE:

Il conflitto d'interesse sussiste quando il giudizio professionale su un interesse primario, quale l'interpretazione dei propri risultati o di quelli ottenuti da altri, potrebbe essere influenzato, anche in maniera inconsapevole, da un interesse secondario, quale un tornaconto economico o una rivalità personale. Un conflitto d'interesse non è di per sé antietico. Tuttavia, esso deve essere pubblicamente ed apertamente riconosciuto. Tale riconoscimento non avrà alcun valore ai fini della decisione sulla pubblicazione. Pertanto, in conformità con le indicazioni dell'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) dell'ottobre 2008, all'atto dell'invio di un lavoro per pubblicazione su Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM), nella lettera d'accompagnamento allegata al

manoscritto, ciascun autore dovrà dichiarare l'esistenza o meno di legami finanziari (rapporti di consulenza, proprietà di azioni, brevetti o licenze, etc) che possano configurare un potenziale conflitto d'interesse in relazione alle materie trattate nel lavoro stesso. In caso di sussistenza di tali legami finanziari, gli autori interessati dovranno indicarli con una breve ma esauriente definizione. In assenza di conflitto digitare NESSUNO.

BOZZE:

L'autore responsabile del manoscritto il cui contributo sarà accettato per la pubblicazione riceverà le bozze dell'articolo per controllare eventuali errori tipografici. Sulle bozze non potranno essere apportate modifiche sostanziali. La correzione delle bozze solleva la redazione da ogni responsabilità per eventuali errori presenti nel testo.

La rivista è sotto la tutela delle leggi internazionali sulla proprietà letteraria.

LEGGE SULLA PRIVACY:

Nomi e indirizzi e-mail inseriti in questo sito saranno trattati esclusivamente per gli scopi dichiarati di questa rivista e non verranno utilizzati per altre finalità.

Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM)

Instructions to Authors

The Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM) is a scientific journal that publishes original articles, reviews, notes, editorials and letters focusing on prevention, diagnosis, cure and research in the medical field. IJPDTM journal is designed for health professionals.

Submission of an article implies that the work described has not been published previously and is not currently under consideration for publication elsewhere. To ensure a larger distribution all articles are in Italian and, preferably, English. The abstract must be in both languages.

All manuscripts must be submitted via e-mail to scientifico@simedet.eu and a committee of scientific reviewers will assess the contributions for suitability with corrections where required. Authors will be informed on the opinion of the reviewers. IJPDTM Journal does not reflect authors' opinions.

SCIENTIFIC CONTRIBUTIONS

Articles must be submitted in Microsoft Word for Windows, Times New Roman font 12-point type, paragraph spacing 1.5 and margin 2.5 on both sides.

Articles are expected to be between 6,000 and 15,000 characters –without spaces- not including title, authors' names, affiliations and bibliography. All pages must be progressively numbered and show the name of the first author and the first words of the title of the article; same procedure must be applied to tables and pictures.

ABSTRACT:

Abstract, in English and Italian, must be arranged as follows: Introduzione/Background, Obiettivi/Objectives, Metodi/Methods, Risultati/Results, Discussioni/Discussions, and Conclusioni/Conclusions. Total length of the abstract for each language should be between 1,000 and 2,000 characters, without spaces.

FIRST PAGE:

The first page of the article must report the title, surname and name initials of the author(s), the institute (each) author is affiliated to, details of the sponsor(s), if any, who provided financial support for the research, and full address of the author(s). In the same page at least three key words in Italian and English must be included.

TABLES:

Tables should be separate from the text and progressively numbered in Arabic numerals; explanatory notes must accompany each table with all necessary information. Tables in the text must be labeled without abbreviations (e.g.: Table 1 – Tabella 1) and must be saved in Word for Windows format to allow for editing where necessary. Tables cannot be saved as images.

PICTURES:

Pictures must be progressively numbered in Arabic numerals; legends must be separate from pictures. Photographs, sketches and graphs must have a resolution of at least 300 dpi, format JPEG, TIFF.

PRESENTATION OF THE ARTICLES:

Articles must be arranged with the following headings: Introduzione/Background, Obiettivi/Objectives, Metodi/Methods, Risultati/Results, Discussioni/Discussions, Conclusioni/Conclusions, Riassunto/Abstract, Bibliografia/Bibliography.

When describing well-known methods it will suffice to name the original sources. When reporting results, data already included in tables and pictures should be omitted.

Scientific contributions describing clinical cases of particular interest shall be divided in the following sections: Introduzione/Background, Caso (casistica) clinico/Clinical case, Discussioni/Discussions, Conclusioni/Conclusions, Riassunto/Abstract, Bibliografia/Bibliography.

Texts must have a length of 3,000 to 4,000 characters without spaces, not inclusive of title, authors, affiliations and bibliography.

COVER PAGE:

A cover page should be sent via e-mail to scientifico@simedet.eu. In this letter the author responsible for the submission of a manuscript declares that all coauthors have read and agreed on the content and version of the submitted manuscript. A signed declaration of the author responsible will also be included in the letter, reporting existing financial interests that may be in conflict with the content of the manuscript.

REFERENCES:

Authors will be the sole responsible for the corrected and complete list of citations in the submitted manuscripts. Citations must be in progressive numerical order. Bibliographical references in the manuscript must be numbered by Arabic numerals -in parentheses- in the order in which the corresponding citation appears.

When the number of authors in a citation exceeds four, the first three will be reported, followed by et al; in case the number equals or is less than four, all names must be cited. Page numbering cannot be abbreviated. The name of the journal must be abbreviated according to the Index Medicus guidelines.

DECLARATION OF INTEREST:

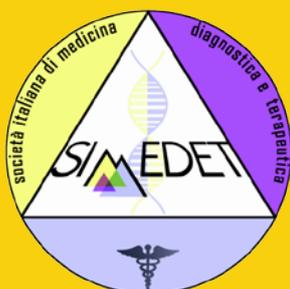
A conflict of interest arises whenever the professional opinion on the interpretation of a research could be biased, albeit unconsciously, by secondary interests such as financial or personal reasons. A declaration of interest must be publicly disclosed and it will not determine or influence the final decision on the publication of the work. In accordance with the guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (October 2008), authors of manuscripts submitted for publication to the Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM) are required to disclose any competing interests in the cover page (including employment, consultancies, stock ownership, patent registrations, grants etc.) that might affect the interpretation of the content of the author's work. If there are no interests to declare, then please state 'Declaration of interest: none'.

PRESENTATION OF THE ARTICLES:

The author responsible for a contribution that has been accepted for publication will receive proofs of the manuscript to check for possible corrections. Substantial changes on the proofs are not permitted. Proofreading is solely the author's duty and will release the Editor from any responsibility.

PRIVACY:

Names and addresses that appear on this site will be treated exclusively for the purposes indicated in this journal and will not be utilized for any other intention.



Rivista Ufficiale della Società Italiana
di Medicina Diagnostica e Terapeutica
(SIMEDET)

Sede legale: Via dei Baldassini, 14 Roma 00163

Recapito telefonico: 3382843188

Web site: www.simedet.eu

E-mail: info@simedet.eu

presidente@simedet.eu

scientifico@simedet.eu

social@simedet.eu

ufficiostampa@simedet.eu