

# Ambulatorio a gestione infermieristica per la rimozione del tappo di cerume

Walk-in nursing clinic for earwax removal

Antonella Santullo<sup>1</sup>

Enzo Calabrese<sup>2</sup>

Giuliana Canova<sup>3</sup>

Giovanni Curzi<sup>4</sup>

## RIASSUNTO

Il progetto per l'apertura di un ambulatorio infermieristico per la rimozione del tappo di cerume nell'Azienda USL di Rimini nasce nel 2007 e si è implementato nel tempo dando la possibilità a infermieri esperti di agire le conoscenze acquisite. Obiettivo: dimostrare, tramite i dati di attività, che l'ambulatorio a gestione infermieristica è in grado di dare una risposta tempestiva e appropriata all'utenza. Materiali e metodi: i dati di attività sono stati analizzati con statistiche descrittive e raccolti attraverso un'analisi retrospettiva. Risultati: l'implementazione dell'ambulatorio infermieristico ha portato nel 2010 ad un incremento delle prestazioni rispetto al 2009 che risultano pari a 682; i dati di attività del 2011 e 2012 mostrano un andamento più costante e un consolidamento di giornate di apertura e del numero di prestazioni svolte per seduta; tutte le problematiche di pertinenza specialistica sono state correttamente riconosciute dall'infermiere. Conclusioni: la gratificazione professionale dimostrata degli operatori, il buon funzionamento del servizio, il mantenimento degli standard qualitativi e la richiesta minima di risorse economiche per la realizzazione del progetto indicano che, l'ambulatorio a gestione infermieristica per la rimozione del tappo di cerume, potrebbe essere replicato anche in altre realtà sanitarie. L'ipotesi di lavoro futura è rivolta alla realizzazione di un opuscolo informativo/formativo per gli utenti che soffrono di questo disturbo, un'analisi del grado di soddisfazione dell'utenza e una nuova modalità di refertazione infermieristica.

**Parole Chiave:** tappo di cerume, competenze cliniche, ruolo infermieristico

## ABSTRACT

In the USL Rimini was set up in 2007 a nursing service for the cerumen removal and it was implemented during time.

To demonstrate through recorded activities data that this service managed by nurses is able to provide a timely and appropriate response to the users. Activities data were analyzed using descriptive statistics.

The implementation of the nursing service in 2010 led to an increase (= 682) in performance compared to 2009, activities data of 2011 and 2012 show a more consistent pattern and consolidation of open days and in the number of services performed per session, all issues reported by users have been properly recognized by specialist nurse.

All positive insights in terms of improved job satisfaction, high quality standards, minimum requirement of financial resources indicate that this service, may be replicated in other health care facilities. Future developments of the service should be aimed at the development of an informative brochure for users, an evaluation of users' satisfaction and an improvement of nursing notes.

**Key words:** cerumen removal, clinical competencies, nursing role

## INTRODUZIONE

Nella pratica specialistica otorinolaringoiatrica (ORL) è frequente il riscontro di concrezioni ceruminose ad ostruzione totale o parziale del condotto uditivo esterno (Guest et al, 2004).

La pratica di rimozione del tappo di cerume può essere svolta da personale infermieristico adeguata-

mente formato/addestrato su prescrizione dello specialista o del MMG (Laurant et al., 2005)

La Direzione Infermieristica dell'azienda USL di Rimini, in collaborazione con il coordinatore infermieristico e il Direttore della UO ORL di Rimini, ha implementato nel 2007 un progetto, "ambulatorio infermieristico per la rimozione del tappo di cerume", per valorizzare la competenza clinica degli infermieri favorendo il pieno esercizio delle conoscenze e delle competenze infermieristiche mantenendo una risposta appropriata e tempestiva agli utenti.

La fase preliminare del progetto comprende la

1 Infermiera Dirigente Direzione Infermieristica e Tecnica Ausl Rimini

2 Direttore U.O. Otorino Ausl Rimini

3 Infermiera Responsabile Infermieristico Dipartimento Chirurgico Ausl Rimini

4 Statistico della Direzione Infermieristica e Tecnica Ausl Rimini

Corrispondenza: GiovanniCurzi@auslrn.net

valutazione sulla opportunità di istituire un ambulatorio a gestione infermieristica e la scelta di mantenere la metodica di "rimozione manuale" in continuità con quanto sempre svolto presso gli ambulatori specialistici dell'Azienda USL, anche in considerazione della letteratura, dalla quale si evince che non c'è differenza statisticamente significativa su quale metodo sia più sicuro ed efficace (Clegg et al., 2010; Roland et al., 2008).

Il progetto è stato presentato agli operatori attraverso un incontro con tutto il personale infermieristico della U.O. ORL; la disponibilità e la collaborazione dell'intera équipe medico-infermieristica della U.O. ORL di Rimini, ha permesso la sua realizzazione.

Il percorso preliminare, attuato nel 2008, si è realizzato in tre fasi:

- **Fase 1:** selezione del personale le cui modalità si sono basate da un lato sulla disponibilità individuale e dall'altro su requisiti professionali quali l'assunzione a tempo indeterminato e l'esperienza maturata in ambito ORL.
- **Fase 2:** realizzazione del percorso formativo/informativo: individuazione degli aderenti al progetto (1 Coordinatore e 3 Infermieri) che hanno partecipato ad un corso di formazione d'aula con lezioni di anatomia, fisiologia e patologia dell'orecchio e un corso di formazione su campo con addestramento pratico, simulazione e utilizzo del microscopio, per un totale di 10 ore; percorso informativo rivolto ai MMG per potersi avvalere di questo canale preferenziale.
- **Fase 3:** avvio di una sperimentazione dell'attività in situazione protetta per tre mesi, con momenti di confronto e riflessione rispetto alle difficoltà e alle problematiche emerse per ciascun paziente ed in seno all'organizzazione e alla gestione dell'ambulatorio; il monitoraggio della fase sperimentale ha portato alla definizione delle problematiche di pertinenza specialistica per le quali è necessaria l'attivazione del medico ORL.

Nel 2009 si ha l'avvio del progetto con registrazione dei dati di attività tramite agenda cartacea funzionale alla distribuzione degli appuntamenti e nel 2010, per rendere più agevole il recupero dei dati relativi all'andamento dell'attività, si è progettato e implementato un sistema di monitoraggio al fine di creare un sistema di report degli indicatori di attività.

## OBIETTIVO

L'obiettivo dell'articolo è quello di dimostrare

che, affidando la gestione di un ambulatorio per la rimozione del tappo di cerume a personale infermieristico adeguatamente formato, si realizza la possibilità di creare competenze cliniche avanzate in ambito ORL e dare una risposta appropriata all'utenza.

L'articolo riporta l'andamento dei dati di attività svolta presso l'ambulatorio dagli infermieri esperti. Sono evidenti il numero di attivazioni del medico ORL per problematiche di pertinenza specialistica e per riscontro di anomalie fra quanto richiesto dal MMG e l'effettiva necessità dell'utente.

## METODOLOGIA

I dati di attività sono stati analizzati con statistiche descrittive e raccolti attraverso un'analisi retrospettiva: per il periodo gennaio-ottobre 2010 la raccolta dei dati si è basata sui dati registrati in agenda cartacea mentre a partire da novembre 2010 tramite i dati inseriti all'interno di un database. Il set di dati includono elementi relativi a: dati personali (nome e cognome, provenienza e data di nascita); monitoraggio dei tempi di attesa (data richiesta appuntamento, data e ora appuntamento, data ricetta); prestazione (medico inviante, numero prestazioni svolte, numero prestazioni richieste, operatore, eventuale attivazione medico ORL).

## RISULTATI

### Percorso formativo

Il corso di formazione d'aula si è svolto il giorno 25/07/07 per 4 ore (1° edizione) ed il giorno 27/07/07 per 4 ore (2° edizione); la formazione su campo si è tenuta dal 18/02/08 al 18/04/08. Tutti i partecipanti hanno concluso positivamente il periodo di formazione e addestramento.

### Operatori coinvolti

Dall'apertura dell'ambulatorio a tutto il 2010 hanno svolto l'attività di rimozione del tappo di cerume 4 infermieri, che sono diventati 6 nel corso del 2011 e 8 nel 2012. La seguente tabella riporta le prestazioni svolte per ciascun operatore nel 2011 e 2012.

Dalla tabella 1 si evince che 4 operatori nel 2011 e 5 nel 2012 svolgono l'attività in modo costante; gli altri sono di supporto per le sostituzioni delle assenze a vario titolo e/o a garanzia di risposta tempestiva in caso di picchi di richieste da parte degli utenti.

Gli operatori che hanno svolto l'attività regolar-

	Prestazioni svolte	
	2011	2012
Operatore 1	34*	77
Operatore 2	84	42
Operatore 3	222	171
Operatore 4	112**	198
Operatore 5	272	178
Operatore 6	222	185
Operatore 7	13***	----
Operatore 8	----	21
Operatore 9	----	189
Totale	959	1061

Tabella I: Prestazioni svolte per ciascun operatore  
\*inizio attività Novembre, \*\* inizio attività luglio, \*\*\* medico specialista ORL che ha svolto una seduta extra

mente hanno mediamente svolto 141 sedute ciascuno nel 2011 e 184 nel 2012.

### Andamento dell'attività svolta:

Nel 2009, primo anno di sperimentazione del progetto, sono state effettuate 68 prestazioni suddivise in 16 giornate di 4 ore ciascuna (media 5,2 pazienti per seduta); l'intervento del medico si è reso necessario in 7 casi 5 otiti, 1 micosi e 1 importante difficoltà meccanica alla rimozione che sono state riconosciute e tempestivamente segnalate dall'infermiere.

La tabella (II) mostra i dati di attività del 2010, 2011 e 2012.

L'implementazione dell'ambulatorio infermieristico ha portato nel 2010 ad un incremento delle prestazioni rispetto al 2009 che risultano pari a 682 suddivise in 72 giornate distribuite però in modo non omogeneo nei mesi (dal minimo di 1 nel mese

di marzo ad un massimo di 11 del mese di giugno) di 4 ore ciascuna (media di 9,5 pazienti per seduta). I dati di attività del 2011 e 2012 mostrano un andamento più costante e un consolidamento di giornate di apertura e del numero di prestazioni svolte per seduta.

Nei mesi di gennaio e febbraio 2011, il numero inferiore di appuntamenti mensili, nonostante rispettivamente le 9 e 7 sedute svolte, è dovuto al fatto che gli appuntamenti venivano fissati ogni 30 minuti; dal mese di marzo dello stesso anno, grazie all'aumentata abilità operativa e esperienza sui casi degli infermieri esperti, gli appuntamenti sono stati fissati ogni 20 minuti incrementando la media di prestazioni per seduta che si è mantenuta anche nel 2012.

### Corretto riconoscimento delle problematiche

Tutte le problematiche di pertinenza specialistica definite al termine del periodo sperimentale e correttamente riconosciute dall'infermiere che ha prontamente attivato il medico ORL sono riportate nella tabella III.

Le patologie preesistenti includono flogosi, ipoacusia, acufeni, infezioni del condotto, micosi, otite, dermatosi, colesteatoma.

Dal 2011, si è deciso di monitorare anche le discrepanze tra prestazioni richieste dai MMG e le effettive prestazioni svolte; la tabella IV mostra il numero dei casi in cui l'infermiere esperto ha correttamente riscontrato la necessità di una consultazione specialistica per incongruenza fra quanto richiesto dal MMG e l'effettiva esigenza del paziente.

	GG di apertura			N. di appuntamenti			Media prestazioni per seduta		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Gennaio	2	9	9	16	66	91	8.0	7.3	10.1
Febbraio	2	7	9	19	50	72	9.5	7.1	8.0
Marzo	1	8	9	8	83	90	8.0	10.4	10.0
Aprile	3	7	10	26	73	108	8.7	10.4	10.8
Maggio	3	8	11	35	77	108	11.7	9.6	9.8
Giugno	11	8	11	122	87	118	11.1	10.9	10.7
Luglio	7	7	10	80	72	104	11.4	10.3	10.4
Agosto	9	9	8	71	95	76	7.9	10.6	9.5
Settembre	11	8	7	109	78	69	9.9	9.8	9.9
Ottobre	8	10	8	89	98	79	11.1	9.8	9.9
Novembre	7	9	9	57	92	96	8.1	10.2	10.7
Dicembre	8	9	5	50	88	50	6.2	9.8	10.0
Totali	72	99	106	682	959	1061	9.5	9.7	10.0

Tabella II: Giornate di apertura del servizio e prestazioni mensili

	2010	2011	2012
Patologia preesistente	7	7	7
Difficoltà nella rimozione	//	5	14
Paziente non collaborante	//	//	1
NON ATTIVATO	675	947	1039

Tabella III: Cause attivazione medico

Prestazioni richieste dal MMG	Prestazioni svolte dall'Inf. esperto	N. Pz.	
		2011	2012
1	2	53	55
1	N.C.	0	2
1	Nessun tappo	0	0
2	1	39	52
2	N.C.	2	6
2	Nessun tappo	11	2
N.C.	N.C.	0	1
1	1	162	150
2	2	692	793
Totale prestazioni		959	1061

Tabella IV: discrepanze tra prestazioni richieste e svolte

	2011	2012
Età media (Ds)	64,8 (18,2)	70 (18,6)
Età mediana	69	70
Età moda	77	78
Paziente più giovane	18	18
I quartile	53	53
II quartile	69	70
III quartile	79	79
Paziente più anziano	100	102
Età non riportata in 22 casi 2011 e 28 2012		

Tabella V: Caratteristiche demografiche dei pazienti

### Caratteristiche dei pazienti

Le caratteristiche demografiche degli utenti trattati sono state analizzate a partire dal 2011 al fine di verificare che la casistica trattata fosse in linea con i dati di letteratura.

Si nota che sia nel 2011 che nel 2012 il feno-

meno tappo di cerume riguarda mediamente pazienti di età superiore ai 60 anni come si evince dalla tabella V.

### DISCUSSIONE

L'epidemiologia del fenomeno "tappo di cerume", riportata in una review del 2004 (Guest et al., 2004), dimostra che la condizione è comune, infatti circa tra il 2% e il 6% della popolazione generale soffre di questo disturbo. Nel Regno Unito uno studio (Karlsrose et al, 2001) condotto su 1507 pazienti adulti sottoposti a screening per perdita dell'udito ha riportato un sospetto tappo di cerume nel 2,1% dei soggetti; sulla base di queste cifre, stima che tra 1,2 milioni e 3,5 milioni di persone nel Regno Unito soffrono di tappo di cerume.

La letteratura riporta che alcuni gruppi di popolazione sono più colpiti di altri: circa il 40% degli anziani residenti in casa di riposo (Freeman RB, 1995) soffre di questo disturbo, fenomeno in parte legato all'uso di apparecchi acustici, che stimolano la produzione di cerume e inibiscono il normale deflusso; il 20% dei pazienti con ritardo mentale (Crandell et al., 1993) soffrono di tappo di cerume e nell'8% dei casi si associa una perdita dell'udito. In un altro studio (Evenhuis HM, 1995), condotto su 70 persone anziane con disabilità intellettiva, la maggior parte dei pazienti necessita di rimozione del tappo di cerume almeno ogni anno.

Per quel che riguarda il livello locale, l'esperienza maturata presso gli ambulatori specialistici ORL dell'azienda USL di Rimini, dimostra che su 20 pazienti che si presentano per un qualsiasi tipo di problematica almeno 4 necessitano di rimozione di tappo di cerume (20%), dato che aumenta al 25-30% nei mesi estivi.

In letteratura è dimostrato che interventi di prevenzione, diagnosi e gestione di molte comuni malattie acute o croniche non complicate, se affidati agli infermieri sono altrettanto sicuri ed efficaci quanto quelli erogati dai medici: una revisione della Cochrane (Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2005) nella quale sono stati analizzati 4.253 articoli, in sette studi all'infermiere era affidato il primo contatto e la presa in carico: i risultati dimostrano che non sono state trovate differenze apprezzabili tra medici e infermieri sui risultati di salute dei pazienti, il processo di cura, l'utilizzo delle risorse e i costi.

In cinque studi l'infermiere era responsabile del primo contatto per i pazienti che necessitavano di una valutazione urgente del loro problema di salute. Gli outcome sono simili per infermieri e medici, ma la soddisfazione del paziente è maggiore se il primo contatto è fornito dall'infermiere (l'infermiere, infatti, dedicava più tempo e forniva maggiori informazioni ai pazienti). In quattro studi l'infermiere si faceva carico delle cure continuative a pazienti con patologie croniche. In generale, non sono state trovate differenze apprezzabili tra medici e infermieri sugli outcome, il processo di cura, l'utilizzo delle risorse o i costi.

Per quel che concerne la scelta fra le diverse metodiche per la rimozione del tappo di cerume ci si è basati sui vantaggi e svantaggi riportati nella "Clinical practice guideline: cerumen impaction" (Roland et al., 2008); la metodica optata per per l'ambulatorio dell'Ausl di Rimini è quella di "rimozione manuale" anche perché la letteratura (Clegg et al, 2010) non indica quale metodo di rimozione del tappo di cerume sia più sicuro ed efficace e che sono necessarie ulteriori ricerche per guidare gli operatori nella scelta.

La "rimozione manuale" richiede una adeguata illuminazione, visualizzazione e strumentazione ed ha il vantaggio di essere veloce, permette l'ispezione diretta del canale uditivo esterno e non espone l'orecchio ad umidità.

Il percorso formativo e di addestramento è stato svolto in risposta all'esigenza di minimizzare il rischio di sviluppo di eventi avversi e aumentare la probabilità di successo dell'intervento di rimozione come riportato nella "Clinical practice guideline: cerumen impaction" (Roland et al., 2008)

L'analisi condotta sui dati di attività dell'ambulatorio infermieristico per la rimozione del tappo di cerume dimostra che:

- la competenza clinica esperta maturata dagli operatori si è rilevata in grado di dare una risposta appropriata al problema come si evince dall'incremento del numero di prestazioni svolte, dalla tempestiva capacità degli operatori di attivare il consulto specialistico quando necessario e dall'assenza di reclami da parte dell'utenza;
- si è giunti nel tempo ad una più accurata ed efficiente programmazione e gestione del servizio visto il consolidamento del numero di giornate di apertura mensili e del numero di prestazioni per seduta;
- gli operatori coinvolti sentono la competenza maturata e agita altamente qualificante e

gratificante, come si evince dall'impegno costante nell'ambulatorio e producendo un turn over in uscita pari a zero.

## CONCLUSIONI

La possibilità di creare nuovi ambiti per lo sviluppo delle competenze infermieristiche cliniche avanzate in ambito ORL può trovare una prima risposta nel buon esito riscontrato dall'analisi dei dati di attività del progetto illustrato.

La gratificazione professionale dimostrata degli operatori, il buon funzionamento del servizio, il mantenimento degli standard qualitativi e la richiesta minima di risorse economiche per la relizzazione del progetto indicano che l'ambulatorio infermieristico per la rimozione del tappo di cerume potrebbe essere replicato anche in altre realtà sanitarie.

L'ipotesi di lavoro futura, che sta attualmente coinvolgendo gli operatori del progetto, è rivolta alla realizzazione di:

- un opuscolo informativo/formativo contenente consigli pratici e di educazione sanitaria per gli utenti che soffrono di questo disturbo,
- un'analisi del grado di soddisfazione dell'utenza
- una implementazione di documentazione infermieristica con refertazione della prestazione svolta sul paziente cui il MMG ha fatto diagnosi di "tappo di cerume" con invio presso l'ambulatorio infermieristico.

## BIBLIOGRAFIA

- Clegg AJ, Loveman E, Gospodarevskaya E, Harris P, Bird A, Bryant J, Scott DA, Davidson P, Little P, Coppin R. (2010). The safety and effectiveness of different methods of earwax removal: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 14(28):1-192. Review.
- Crandell CC, Roeser RJ (1993). Incidence of excessive/impacted cerumen in individuals with mental retardation: A longitudinal investigation. *Am J Ment Retard* 97:568-74.
- Evenhuis HM (1995). Medical aspects of ageing in a population with intellectual disability: II. Hearing impairment. *J Intellect Disabil Res* 39:27-33.
- Guest JF, Greener MJ, Robinson AC, Smith AF. (2004). Impacted cerumen: composition, production, epidemiology and management. *QJM.* 97(8):477-88. Review.

- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:CD001271.
- Karlsrose B, Lauritzen T, Engberg M, et al. (2001). A randomised controlled trial of screening for adult hearing loss during preventive health checks. *Br J Gen Pract* 51:351–5.
- Roland P, Smith T, Wetmore S, et al. (2008). Clinical practice guideline: cerumen impaction. *Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 139(3S2):S1-21.

