

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LXIII

3

ISSN 2038-0712

**MAGGIO-GIUGNO
2019**



FNOPI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Organo ufficiale della Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)

INDICE

 EDITORIALE

Un nuovo Codice deontologico per accompagnare la professione infermieristica nel futuro
di Barbara Mangiacavalli

 SCIENZE INFERMIERISTICHE

Il numero di pazienti assistiti da ogni infermiere, le cure mancate, la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti. Alcuni dati italiani dello studio RN4CAST per una riflessione condivisa
di Loredana Sasso, Annamaria Bagnasco, Gianluca Catania, Milko Zanini, Antonella Santullo, Roger Watson, Walter Sermeus, Linda Aiken

L'associazionismo professionale: uno studio qualitativo descrittivo su infermieri e ostetriche italiani

di Caterina Galletti, Federico Ferro, Fabiana Cassano, S. Augenti, G.P. Bartolillo, D. De Rosa, F. Cammareri, F. Cassano, D. Ciocca, M. Circuri, S. Copetti, L. Costa, C. Coviello, R. Cozzolino, R. D'Alterio, G. De Isidoris, I. Erba, M. Fanfarillo, F. Ferro, C. Frassetto, G. Genovese, N. Login, A. Lumaca, G. Maulicino, C. Mellucci, M. Milioni, F. Molfese, G. Pascarella, E. Sacco, M. Santocchi, F. Saporetti, L. Sebastio, N. Tofani, P. Varriale, Pasquale Varriale

 CONTRIBUTI

La Medicina Narrativa questa sconosciuta
di Rita Castelveter

Patient Blood Management in Italia: il ruolo dell'infermiere
di Sara Landriscina

Le cure palliative per i pazienti con malattia renale allo stadio terminale
di Monica Esposito, Massimo Alberio, Stefania Di Mauro

La musicoterapia: trattamento complementare del dolore nei pazienti oncologici terminali
di Federica Ilari, Martina Milanese, Lorenzo Bardone

 ESPERIENZE

Qualità dell'assistenza infermieristica in un reparto di medicina, carico di lavoro e rapporto infermieri/pazienti
di Filippo Mauceri, Francesca Mameli

Indagine sulla percezione del ruolo e la volontà di mantenerlo degli infermieri dell'Ospedale di Rovigo
di Erica Giroto, Luca Chiarello

Un aggiornamento sul morbillo: cosa deve conoscere l'infermiere
di M. Castiglione, A. Romano, S. Giordano, D. Farinella, M. Crema, P. Dones, A. Aversa

La qualità percepita per l'assistenza infermieristica ai pazienti cardiologici
di Mariangela Alberti, Massimo Moro, Anna Sponton, Sara Patella, Alice Bonomi

 SCAFFALE

Aver cura di sé
di Luigina Mortari

Triage infermieristico
di GFT Gruppo Formazione Triage



EDITORIALE

Un nuovo Codice deontologico per accompagnare la professione infermieristica nel futuro

di Barbara Mangiacavalli

Presidente Federazione Nazionale Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI)

Un nuovo Codice deontologico – quello presentato ufficialmente il 21 giugno - dopo dieci anni da quello del 2009 rinnova l'impegno degli infermieri a curare e prendersi cura della persona assistita, con competenza e umanità, senza alcuna discriminazione.

È per noi uno strumento di supporto nell'esercizio della professione e una guida per il cittadino su che cosa deve aspettarsi dall'infermiere.

Nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione con il suo assistito, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo: il tempo di relazione è tempo di cura, come è scritto a chiare lettere nel Codice stesso.

Non a caso abbiamo voluto ribadirlo, poiché il valore fondamentale della nostra professione è sempre la relazione con l'assistito, con la sua famiglia, con l'équipe di professionisti che lo prende in carico.

Non vogliamo essere misurati sui minuti, sul tempo della prestazione, soprattutto in un contesto in cui assistiamo sempre più pazienti complessi e fragili. Dobbiamo poter essere accanto a loro perché anche di questo hanno bisogno.

Il nuovo Codice è formato da 53 articoli scritti per salvaguardare la libertà di coscienza degli infermieri, riconoscere gli infermieri come persone che si relazionano con altre persone. È un'innovazione che affonda le radici nella nostra storia, ma guarda al futuro per salvaguardare la volontà espressa dalla persona da trattamenti incongrui o non ritenuti coerenti con la percezione di vita o di salute. È un'innovazione con cui salvaguardiamo la vita.

Fermo restando il restyling completo per adeguarlo alla nuova epidemiologia (il testo integrale è pubblicato sul sito istituzionale FNOPI: www.fnopi.it), alle nuove norme e alla crescita professionale vertiginosa degli infermieri negli ultimi dieci anni, i concetti chiave dal punto di vista deontologico che rappresentano il nuovo binario della deontologia ordinistica si possono articolare in un decalogo:

1. l'infermiere è agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita;
2. il tempo di relazione (dell'infermiere) è tempo di cura;
3. l'infermiere riconosce che la contenzione non è un atto terapeutico;
4. l'infermiere non si sostituisce da altre figure professionali;
5. l'infermiere ha una posizione di protezione dei confronti del cittadino assistito;
6. l'infermiere presta particolare attenzione alla cura del dolore e al fine vita;
7. l'infermiere ha libertà di coscienza;

8. l'infermiere utilizza mezzi informatici e social media, per comunicare in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto;
9. l'infermiere cura la propria persona e il decoro personale;
10. l'infermiere non svolge attività di natura consulenziale e peritale se non è in effettivo possesso delle specifiche competenze.

Ciò che deve essere chiaro è che il Codice può concorrere all'identità professionale di ciascuno di noi, ma non è l'identità professionale.

Quanto meno il Codice non può esaurirla perché l'identità professionale è sia deontologica, che scientifica, che personale. Ha una funzione fondamentale: regola il comportamento professionale che ognuno di noi poi declina sulla particolarità del caso clinico o del contesto organizzativo per offrire la migliore risposta in termini di salute, risposta che non può trovarsi nel Codice, ma dentro l'agito consapevole e ragionato di tutti gli iscritti di cui il Codice è a supporto e non il contrario.

Noi infermieri dobbiamo avere una solida identità professionale che poggia su altrettanto solide conoscenze scientifiche che sono mantenute costantemente aggiornate, messe in discussione, rivisitate e che ci aiutano a entrare in relazione con la persona assistita perché l'unico nostro strumento che rinforza e rinsalda la nostra identità non ha a che fare con la tecnologia o con il management, anche loro importantissimi nella nostra professione, ma è la relazione con l'assistito che è, e deve essere sempre, dal punto di vista della competenza, all'altezza della situazione di cura che si presenta.

Il Codice deontologico è anche uno strumento fondamentale per lo sviluppo della professionalità degli infermieri, uno strumento che non può essere calato dall'alto, ma deve arrivare a compimento con un processo democratico importante.

Per questo abbiamo ritenuto di fare un percorso durato anni, con passaggi temporali legati al fatto che durante questo periodo sono cambiate le norme ed è stato necessario adeguarsi.

Ora, abbiamo la responsabilità di lavorare oggi per quella che sarà la nostra professione dei prossimi dieci anni perché dieci anni passano in fretta così come sono passati e appena terminati quelli dalla stesura del precedente Codice. E dobbiamo farlo per capire dove vogliamo collocarla e vederla, dobbiamo capire dove è immersa oggi, in un contesto dove ad esempio medici e infermieri stanno invecchiando in servizio. Non era così dieci anni fa. Si sta molto modificando l'età media degli infermieri e molti infermieri mancheranno in misura rilevante nei prossimi anni.

Mi rendo anche conto che parlare di deontologia professionale e di sviluppo della professione e di professionalità guardando nel contesto organizzativo attuale, fa pensare che forse è il caso di ragionare di quali sono gli sviluppi non solo etico-deontologici per gli infermieri. Ma su questo fronte stiamo lavorando con tutti i livelli istituzionali, a livello nazionale e regionale, perché abbiamo bisogno di portare questo tema in tutte le agende politiche istituzionali, perché da qui a dieci anni non saremo solo più vecchi noi, ma saranno più vecchi anche i nostri cittadini. L'Italia sarà un Paese più vecchio, più povero e più solo e il tema della solitudine è un tema che sta diventando fondamentale per l'assistenza.

Abbiamo bisogno di ragionare su modelli innovativi, su professionalità innovative su competenze innovative e questo Codice vuole accompagnare questi dieci anni di percorso della nostra professione.

Dieci anni su cui abbiamo le idee chiare per ciò che vogliamo realizzare, in cui si deve fare in modo che questo Codice diventi veramente un vestito che tutti gli infermieri possono indossare e che li fa sentire a loro agio nella relazione con l'assistito. Perché se perdiamo il privilegio che la nostra professione ha, di relazionarsi con la persona assistita, abbiamo finito di esistere: il valore fondamentale della nostra professione è la relazione con l'altro.

Con il nuovo codice vogliamo accontentare le esigenze di chi ha bisogno degli infermieri, ma anche stupire chi non opera e vive, come noi, professionalmente al loro fianco perché il Codice è degli infermieri e per gli infermieri e i cittadini che sono il loro primo pensiero, il loro primo obiettivo. Li rappresenta e mette nero su bianco la loro promessa di prendersi cura fatta da sempre agli assistiti.

Il numero di pazienti assistiti da ogni infermiere, le cure mancate, la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti. Alcuni dati italiani dello studio RN4CAST per una riflessione condivisa.

Loredana Sasso,¹ Annamaria Bagnasco,¹ Gianluca Catania,^{1,4} Milko Zanini,¹ Antonella Santullo,[†]
Roger Watson², Walter Sermeus³, Linda Aiken⁴

¹Dipartimento Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Genova, IT

[†]Deceduta 21 Maggio 2017

²School of Health & Social Work, University of Hull, Hull, UK

³KU Leuven Institute for Healthcare Policy, Leuven, Belgium

⁴Center for Health Outcomes and Policy Research, School of Nursing, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

Corrispondenza: l.sasso@unige.it

RIASSUNTO

Introduzione Diversi studi internazionali hanno dimostrato come *staffing*, formazione, *skill mix*, ambiente di lavoro, *turnover*, *burnout* e *missed care* impattano sugli esiti dei pazienti. Obiettivo di questo studio era ridefinire i modelli previsionali del fabbisogno infermieristico in Italia.

Materiali e metodi Sono state coinvolte 292 unità operative di medicina e chirurgia generale, in 40 ospedali su 13 regioni. Complessivamente sono stati inclusi 3716 pazienti e 3667 infermieri.

Risultati Lo *staffing* medio era pari a 9,5 ($\pm 4,92$) pazienti per infermiere. Il 40% di infermieri dichiarava una scarsa qualità di cure erogate; il 23% un livello scadente di sicurezza. Le cure mancate medie erano pari al 41%. Il punteggio medio generato dalle 5 sottoscale che descrivono l'ambiente di lavoro era pari a 2,45.

Lo *skill mix* era pari al 56% con variazioni sensibili nell'ambito delle differenti realtà regionali, il 39% degli infermieri evidenziava un preoccupante rischio di *burnout*. Più di un infermiere su tre (36%) affermava che, se avesse avuto l'opportunità, avrebbe lasciato la professione nei successivi 12 mesi.

Conclusioni L'Italia oggi dispone di dati per avviare scelte evidence-based sullo *staffing* al fine di garantire esiti migliori. In assenza di standard nazionali si generano variazioni critiche dell'offerta sanitaria che determina elevata variabilità del rispetto dei principi etici di giustizia ed equità. L'Italia, al pari di altri Paesi occidentali, necessita di una normativa che definisca quali esiti sono garantiti ai cittadini sulla base dei livelli di *staffing*.

Parole chiave: staffing, cure mancate skill mix, turnover, qualità delle cure, sicurezza del paziente, work environment, cure essenziali, burnout.

Descriptive analysis of nurse staffing, missed care, quality of care and patient safety: a shared reflection about Italian RN4CAST study

ABSTRACT

Introduction Several international studies showed how staffing, education, skill mix, work environment, turnover, burnout and missed care impact on patient outcomes. The aim of this study was to redefine the predictive models of nursing staffing needs in Italy.

Methods Two hundred ninety-two operative units of Medicine and General Surgery of 40 hospitals in 13 Italian regions were involved. A total of 3716 patients and 3667 nurses were enrolled.

Results The average staffing was 9.5 (± 4.92) patients per nurse. Forty per cent of nurses reported a poor quality of care provided; 23% a reduced level of patient safety. The average missed care was 41%. Average score from the five work environment subscales was 2.45. The skill mix was 56%; 39% of the nurses showed a significant risk of burnout. More than one in three nurses (36%) reported that if he/she had had the chance, he/she would have left the nursing profession in the following 12 months.

Conclusions Italy currently holds data to initiate evidence-based choices on staffing in order to ensure better outcomes. In the absence of national standards, critical shifts in the supply of healthcare are engendered, resulting in significant variations in compliance with the ethical principles of justice and equity.

Key words: staffing, missed care, skill mix, turnover, quality of care, patient safety, work environment, fundamentals of care, burnout

INTRODUZIONE

La discussione quotidiana intorno alla carenza di personale sanitario infermieristico, la scarsità di risorse disponibili e soprattutto le conseguenze di queste carenze sulla sicurezza dei pazienti hanno determinato, negli ultimi anni, studi e ricerche atte a determinare e dimostrare relazioni e conseguenze tra queste variabili.

Il ruolo ricoperto dagli infermieri negli ospedali costituisce la principale fonte d'informazione per il medico rispetto alla identificazione e comunicazione delle variazioni di salute del paziente. In particolari circostanze, sulla base della sorveglianza, del giudizio clinico, e di competenze specifiche gli infermieri erogano interventi in emergenza, spesso, in assenza del prescrittore al fine di prevenire eventi avversi o esiti infausti.

La relazione tra assistenza infermieristica e mortalità fu inizialmente dimostrata a partire dalla metà del XIX secolo, periodo in cui avvenne la riforma degli ospedali britannici condotta da Florence Nightingale durante la guerra di Crimea. All'epoca fu evidenziata l'associazione tra attività infermieristiche, più o meno erogate, e il loro impatto su una serie di esiti del paziente, inclusa la mortalità (Aiken & Smith et al., 1994).

Sebbene da allora i sistemi sanitari siano stati professionalità all'interno del gruppo (*skill mix*), il modo di ognuno di "stare" nel gruppo, ovvero la gratificazione, la soddisfazione o l'intenzione di cambiare ospedale (*turnover*) o addirittura lasciare la professione di infermiere, e il *burnout* giocavano un proprio ruolo.

Da queste premesse nacque lo studio Registered Nursing Forecasting (RN4CAST) finalizzato a ridefinire i modelli previsionali del fabbisogno infermieristico sulla base dell'ambiente di lavoro, dello *skill mix* degli infermieri e del loro impatto su esiti dei pazienti, *turnover* e *burnout* degli infermieri (Sermeus & Aiken et al., 2011) negli USA e in Europa. I modelli previsionali permettono di definire il numero ottimale di infermieri per rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione (Aiken et al., 2002).

Lo studio RN4CAST dimostrò, in modo inequivocabile, che la carenza infermieristica influenza negativamente i sistemi sanitari e contribuisce ad un aumento generale dei costi. In particolare, fu evidenziata l'associazione tra il numero appropriato medio d'infermieri in organico (1 inf./6 paz.) e la significativa riduzione della mortalità (-30%) e, più in generale, il raggiungimento di esiti migliori per i pazienti (Aiken & Sloane et al., 2014).

I risultati dello studio RN4CAST conclusero che ogni

oggetto di riforme che hanno contribuito ad innovare l'organizzazione degli ospedali, le principali linee di comando continuano a rimanere due: medica e amministrativa. Gli infermieri, tradizionalmente, rimangono subordinati ad entrambe le linee; pur continuando a rappresentare la principale forza lavoro che, a diretto contatto con il paziente, è in grado di produrre esiti positivi in risposta ai bisogni assistenziali della persona (Aiken & Smith et al., 1994). Infatti, è prevalentemente diffuso l'esercizio di una pratica professionale infermieristica caratterizzata da una limitata autonomia professionale, scarso controllo dell'ambiente di lavoro e inadeguata comunicazione con il personale medico rispetto alle decisioni cliniche importanti (Sasso & Bagnasco et al., 2017).

A partire dal 1981 negli Stati Uniti alla University of Pennsylvania, la prof.ssa Linda Aiken iniziò a studiare le necessità numeriche di infermieri in rapporto al numero dei pazienti, per determinare la migliore assistenza infermieristica e i migliori risultati per gli assistiti. Da questi studi emerse fin da subito, che non solo il rapporto numerico infermiere paziente aveva ricadute dimostrabili sugli esiti, ma anche la composizione del gruppo di assistenza (*staffing*), il livello di formazione raggiunta da ciascun membro del gruppo, la composizione tra varie volta che il rapporto pazienti-infermiere è inferiore o uguale a 6:1 la mortalità diminuisce del 20% nelle medicine e del 17% nelle chirurgie (Griffiths & Ball et al., 2016). Inoltre, la riduzione della mortalità è pari al 30% quando almeno il 60% del personale assistenziale possiede una formazione specifica infermieristica (Aiken & Sloane et al., 2014).

Gli studi disponibili dimostrano come i pazienti ricoverati in ospedali con determinate caratteristiche raggiungano esiti migliori rispetto a pazienti con caratteristiche cliniche e demografiche simili, ricoverati in ospedali con caratteristiche differenti. Ad esempio, in uno studio condotto in ambito cardiologico, fu dimostrata una differenza del 42% di probabilità di sopravvivenza nei pazienti con arresto cardiaco e caratteristiche cliniche simili ma trattati in ospedali diversi (Merchant & Berg et al., 2014). Uno dei fattori che spiegava i differenti livelli di esito era la variabilità nell'identificare un arresto cardiaco ospedaliero ed avviare una risposta appropriata e tempestiva.

Studi come questo confermano che il principale sistema di sorveglianza in ambito ospedaliero è rappresentato dagli infermieri: osservazione e valutazione continue sono tra le due principali caratteristiche che definiscono, infatti, l'assistenza infermieristica.

La responsabilità infermieristica implica un monitoraggio sistemico di allerta precoce, la diretta conoscenza delle condizioni e l'identificazione precoce delle variazioni cliniche del paziente (Page, 2004). Essi infatti, nell'esempio riportato, sono i primi professionisti ad essere presenti fin dai primi segni e sintomi di arresto cardiaco del paziente, avviano il trattamento iniziale e coordinano le attività per salvare la vita del paziente. Per questi motivi gli infermieri sono nella posizione ideale per identificare un arresto cardiaco ospedaliero e avviare interventi salvavita (Kutney-Lee & Lake et al., 2009).

In linea con il protocollo di ricerca internazionale RN4CAST, nel 2015 la prof.ssa Sasso dell'Università degli Studi di Genova ha replicato lo studio con l'obiettivo di ridefinire il fabbisogno infermieristico in Italia sulla base di: staffing, ambiente di lavoro, *skill mix*, *turnover* e *burnout* degli infermieri e del loro impatto sugli esiti dei pazienti.

MATERIALI E METODI

Questo studio osservazionale trasversale è stato condotto in ospedali identificati sulla base dei criteri di eleggibilità definiti a livello ospedale, infermiere e paziente. Erano inclusi ospedali i cui direttori generali avevano espresso il consenso informato a partecipare allo studio, con unità operative di medicina e chirurgia generale e assimilabili, e con un numero di posti letto >200. A livello infermiere erano considerati eleggibili coloro che firmavano il consenso informato e prestavano assistenza clinica diretta al paziente in regime di degenza.

I criteri di inclusione a livello paziente comprendevano: il consenso informato, ≥ 18 anni, ricovero da almeno 24 ore, capacità a compilare il questionario.

I dati sono stati raccolti attraverso un set di strumenti multi-paese validati, incluso l'Italiano (Squires et al., 2012), su quattro diversi livelli: *aziendale*, *infermiere*, *amministrativo* e *paziente* (Sermeus & Aiken et al., 2011).

Il livello *aziendale*, valutato con domande *ad hoc*, riguardava il rilevamento delle caratteristiche generali dell'ospedale come numero di posti letto, livello tecnologico, capacità formative dell'ospedale. Il livello *infermiere* indagava: ambiente di lavoro infermieristico (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index – PES-NWI), *burnout* (Maslach Burnout Inventory – MBI), sicurezza delle cure (Agency for Healthcare Research and Quality safety culture questionnaire), le cure mancate (Misscare survey). Sono state valutate con domande sviluppate *ad hoc* e validate dagli autori del lavoro originale RN4CAST le seguenti variabili: qualità delle

cure erogate, possibilità o meno da parte degli infermieri di raccomandare ad amici e familiari l'ospedale in cui lavoravano, soddisfazione professionale, intenzione di lasciare l'ospedale (Squires et al., 2012).

A livello *amministrativo* sono stati raccolti i dati relativi a mortalità ospedaliera, reingressi e altri esiti sui pazienti, misurati con nomenclatori specifici: International Classification of Disease – ICD-9 e ICD-10 e Diagnosis Related Groups – DRG.

Infine, il quarto livello era rappresentato dalla raccolta dati sulla percezione dei *pazienti* rispetto alla comunicazione tra professionisti, informazioni ricevute durante la somministrazione dei farmaci e alla dimissione.

Ai pazienti, inoltre, era richiesto di indicare se ritenevano o meno consigliabile, a familiari e amici, l'ospedale in cui erano ricoverati. Lo strumento utilizzato era la versione ridotta validata del Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems survey (CAHPS) (Squires et al., 2012).

Lo studio è stato avviato dopo parere unico favorevole del comitato etico del centro coordinatore dello studio (#028REG2015). Tutti i soggetti invitati a partecipare allo studio hanno ricevuto il foglio informativo e il modulo di consenso informato. Ai soggetti che accettavano la partecipazione allo studio era richiesta la firma del consenso informato. Gli infermieri inclusi nello studio hanno compilato la versione elettronica del questionario, mentre i pazienti hanno ricevuto la versione cartacea del questionario paziente. Al fine di ridurre il bias di misurazione, la raccolta dati nelle unità operative coinvolte è avvenuta a cura di studenti infermieri dei corsi di laurea magistrale in scienze infermieristiche o infermieri di unità operative non coinvolte nello studio.

L'avvio dello studio è stato preceduto da un evento formativo di 4 ore, erogato ai responsabili locali della ricerca, nel quale sono stati illustrati gli obiettivi e le procedure al fine di uniformare la raccolta dati nei diversi centri partecipanti.

Per questo studio descrittivo le variabili qualitative sono state sintetizzate in termini di frequenza assoluta e percentuale, mentre le variabili quantitative con indici di centralità, media, e di dispersione, deviazione standard.

Il livello di staffing e di *skill mix* sono stati calcolati sulla base della risposta degli infermieri alle domande che indagavano il numero di pazienti assistiti nell'ultimo turno di lavoro, e il numero di infermieri e operatori socio-sanitari presenti nell'ultimo turno. Tutte le analisi sono state condotte con il software SPSS versione 21.

RISULTATI.

Questo articolo riporta i risultati principali generati dalla survey condotta a livello infermiere. Lo studio RN4CAST in ambito italiano è stato condotto complessivamente in 292 unità operative di medicina e chirurgia generale e assimilabili, distribuiti in 40 ospedali su 13 regioni, con una adesione pari all'81%. Complessivamente sono stati inclusi 3716 pazienti e 3667 infermieri (Sasso & Bagnasco et al., 2017).

La tabella 1 riporta le caratteristiche demografiche/professionali principali del campione in studio.

Per quanto riguarda lo *staffing* degli infermieri, lo studio italiano ha rilevato una media nazionale di 9,5 ($\pm 4,92$) pazienti per ogni infermiere nei reparti di medicina e chirurgia generale e assimilabili.

Nello studio italiano la percentuale di infermieri che hanno dichiarato un livello scadente o basso di qualità delle cure erogate è pari al 40%; la percentuale di infermieri che hanno dichiarato un livello scadente o mediocre di sicurezza è pari al 23%.

Il 9,8 % degli infermieri percepisce regolarmente il rischio di commettere errori nella somministrazione della terapia, il 15 % il rischio di insorgenza di lesioni da decubito, l'11,3 % il rischio di ferite in seguito a caduta, il 28,4 % il rischio di insorgenza di infezioni urinarie, il 13,2 % infezioni sistemiche e il 19,7 % infezioni polmonari (Tabella 2.).

Rispetto alle analisi sulle cure mancate, i dati italiani dimostrano che la percentuale media di cure mancate era pari al 41%.

Il numero medio di attività non svolte per mancanza di tempo dal singolo infermiere è pari a 3,8 ($\pm 2,5$).

Tra le cure mancate identificate dagli intervistati emergono le seguenti: igiene orale, educazione terapeutica al paziente e alla sua famiglia, cambio della postura, pianificazione delle cure, sorveglianza adeguata al paziente, comfort e dialogo al paziente, preparazione alla dimissione.

Il 59% degli infermieri intervistati dichiara di svolgere attività varie non assistenziali (ad esempio, attività burocratiche, compilazione di moduli per servizi non infermieristici, trasporto di pazienti, e altre).

I dati sull'ambiente di lavoro in Italia, definito come l'insieme di caratteristiche organizzative del contesto lavorativo atte a facilitare o ostacolare l'assistenza, hanno evidenziato un punteggio medio pari a 2,45 - su una scala da 1 a 4 il cui valore neutro è fissato a 2,5; i risultati inferiori al valore neutro indicano che la dimensione analizzata è un punto di debolezza dell'Azienda; superiori al valore neutro rappresentano un punto di forza (Lake, 2002).

Tabella 1. Caratteristiche del campione

Caratteristiche	Media	DS
Età (anni)	41.29	8.69
Esperienza (anni)	15.8	9.15
Caratteristiche		%
Maschi		21
Full-time		91.6
Laureati		52.1
N=3667		
DS= Deviazione Standard		

Tabella 2. Percentuale di infermieri che riportano esiti negativi sul paziente e sugli infermieri

Esiti sul paziente	%
Qualità e sicurezza dell'assistenza	
Scadente/bassa qualità dell'assistenza	40
Scadente/mediocre sicurezza	23
Rischi sul paziente	
Cure mancante	41
Infezioni urinarie	28.4
Infezioni polmonari	19.7
Insorgenza lesioni da decubito	15
Infezioni sistemiche	13.2
Ferite da caduta	11.3
Errori di terapia	9.8
Esiti sugli infermieri	
Burnout	39
Intenzione di lasciare l'ospedale	36
N=3667	

Rispetto all'indice complessivo di *skill mix*, ovvero il rapporto di assistenza tra personale qualificato e non qualificato nel team assistenziale, il dato italiano era pari al 56% con variazioni sensibili nell'ambito delle differenti realtà regionali.

I dati relativi allo studio condotto in Italia indicavano che il 39% degli infermieri evidenziava un preoccupante rischio di *burnout*. Inoltre, i dati sulla soddisfazione hanno permesso di evidenziare come la maggior insoddisfazione sia determinata da diversi fattori, inclusi: scarsa autonomia professionale, scarse prospettive di carriera, limitate opportunità formative, e livello salariale.

Più di un infermiere su tre (36%) affermava che, se avesse l'opportunità, lascerebbe la professione nei successivi 12 mesi (Sasso & Bagnasco et al., 2017).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Per la prima volta in Italia, grazie allo studio RN4CAST, si è potuto descrivere il livello di *staffing* e le caratteristiche dell'ambiente di lavoro, e un insieme di esiti infermieristici tra cui le cure non erogate per mancanza di tempo (*missed care*) l'intenzione di lasciare l'ospedale e il *burnout*.

Questi dati permetteranno al nostro paese di procedere con una valutazione complessiva delle condizioni e degli ambienti di lavoro degli infermieri e dell'impatto dell'infermieristica sugli esiti dei pazienti.

Il dato medio italiano del livello di *staffing* pari a 9,5 pazienti per infermiere rappresenta un risultato preoccupante che si discosta dal dato medio europeo di 8 pazienti per singolo infermiere, e indica un livello molto elevato rispetto al dato indicato dalla letteratura come appropriato e sicuro per il paziente pari a 6 pazienti per infermiere (Aiken & Sloane et al., 2013; Ausserhofer & Schubert et al., 2013).

Aiken et al., hanno dimostrato come per ogni paziente in più assistito da un infermiere si producano esiti negativi per i pazienti in termini di un aumento della mortalità pari al 7% e, a livello infermiere, esiti negativi rappresentati da un aumento del *burnout* pari al 23% e dell'insoddisfazione sul lavoro del 15% (Aiken & Sloane et al., 2014; Aiken & Sloane et al., 2013).

Il confronto dei dati italiani con i dati internazionali porta alla conclusione che potenzialmente in Italia per ogni paziente in più assistito da un infermiere il rischio di mortalità aumenta del 21% rispetto agli ospedali italiani dove ogni infermiere assiste 6 pazienti.

In particolare, infatti, lo studio di Aiken pubblicato su The Lancet nel 2014 (2014), ha dimostrato che aumentare il carico di lavoro del singolo infermiere di un solo paziente produce un aumento del rischio di mortalità a 30 giorni dal ricovero del 7%, mentre aumentare del 10% il numero di infermieri determina una riduzione del rischio del 7%.

Queste associazioni indicano che negli ospedali in cui il 60% degli infermieri è laureato e ciascun infermiere assiste un numero di pazienti non superiore a 6 (1:6), si determina una riduzione della mortalità pari al 30%.

Rispetto a possibili soluzioni quali ad esempio l'implementazione nello staff clinico di figure tecniche (es. operatori socio-sanitari), la letteratura invita alla cautela.

Studi più recenti, infatti, hanno evidenziato che sostituire un infermiere con un operatore di supporto ogni 20 pazienti produce un aumento del rischio di

mortalità del 21% (Aiken & Sloane et al., 2017).

I risultati relativi alle *missed care*, e alla sicurezza e alla qualità delle cure percepite dagli intervistati forniscono, complessivamente, informazioni sul collegamento tra ambiente di lavoro, livelli di *staffing* ed esiti nei pazienti.

In particolare, queste variabili evidenziano ciò che non avviene nel processo assistenziale, quali sono le cure infermieristiche omesse e come queste limitino la possibilità degli infermieri di erogare assistenza di qualità e impediscano, quindi, ai pazienti di ottenere prestazioni sicure ed esiti migliori.

Ad esempio si è dimostrato come la mancata deambulazione del paziente abbia prodotto esiti negativi nei pazienti, inclusi: nuovi esordi di delirio, polmonite, ritardo nella guarigione di lesione, aumento delle lesioni da pressione, aumento della degenza e ritardo nella dimissione, aumento del dolore e del discomfort, perdita muscolare e spossatezza, disabilità fisica.

Il dato italiano medio sulle cure mancate per mancanza di tempo pari al 41% includeva attività assistenziali come l'igiene orale, la mobilitazione, il dialogo, l'educazione al paziente e alla famiglia, la sorveglianza appropriata, e lo sviluppo/aggiornamento dei piani assistenziali.

Questi risultati dimostrano che gli infermieri italiani tendono a tralasciare attività distintive dell'infermieristica e specifiche per le competenze degli infermieri e, prevalentemente, erogano attività pratiche come la somministrazione di farmaci, e trattamenti e procedure prescritti da altri professionisti. Inoltre, confermano un ambiente di lavoro misto, tendente allo sfavorevole (punteggio medio italiano 2,45) con una linea di comando medica e amministrativa che probabilmente limita e non favorisce l'attuazione di una condotta autonoma da parte degli infermieri e rafforza una subordinazione ad entrambe le linee alle quali, quasi certamente, manca il *background* e la prospettiva infermieristica.

Questi risultati sono sovrapponibili con i dati disponibili in letteratura dai quali emerge come l'ambiente di lavoro influisca in modo significativo sulla qualità dell'assistenza erogata (Aiken & Sloane et al., 2017).

Infatti, nell'ottica della qualità e dell'efficacia del ruolo infermieristico descritti da Irvine (Irvine & Sidani et al., 1998), i dati dimostrano che le organizzazioni sanitarie mettono gli infermieri italiani nelle condizioni di esercitare una pratica quasi esclusivamente basata sul ruolo dipendente a scapito del ruolo indipendente e interdipendente nei quali sono espressi responsabilità e autonomia professionale.

Questo dimostra il fallimento di quelle organizzazioni sanitarie che, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità definito dall'Agency for Healthcare Research and Quality, omettono di sviluppare implementare e valutare i processi legati al ruolo e alle funzioni dell'Infermieristica.

Inoltre, il sistema oltre a non supportare gli Infermieri nel praticare i ruoli di efficacia del nursing descritti in letteratura - ruolo dipendente, indipendente, interdipendente - dimostra il naufragio delle condizioni essenziali e necessarie atte a promuovere e ottimizzare il potenziale della forza lavoro infermieristica.

Dobbiamo sottolineare che altri paesi oltre all'Italia soffrono questa situazione. Non a caso la letteratura internazionale indica che c'è qualcosa di culturalmente sbagliato nel modo in cui si eroga assistenza, in particolare sulle cure di base – *fundamental of care* – e alla mancanza di modelli pragmatici implementati per garantire ai pazienti l'inclusione dei loro bisogni fisici e psicosociali nella pratica e nei processi mentali, riflessivi e di valutazione da parte degli infermieri.

Alcuni autori (Kitson et al., 2013), infatti, hanno definito le *fundamental of care* come l'insieme delle attività di vita quotidiana riconosciute e affrontate dagli infermieri sotto la lente della relazione assistenziale persona-infermiere, della dimensione fisica e psicosociale dell'assistenza centrata sulla persona come ad esempio nutrizione, idratazione, eliminazione, comfort (inclusa la gestione del dolore) e il rispetto per la dignità e le scelte della persona (Tabella 3.).

Tabella 3. *Fundamentals of care*

Sicurezza, prevenzione e trattamenti
Comunicazione ed educazione
Respirazione
Nutrizione e idratazione
Eliminazione
Igiene personale
Controllo della temperatura
Ritmo sonno-veglia
Comfort – inclusa la gestione del dolore
Dignity
Riservatezza
Rispetto delle scelte
Mobilità
Espressione della propria sessualità
Adattato da Kitson et al, 2013

Gli *stakeholder* dell'Infermieristica in Italia conoscono questi temi e le ricadute in termini di assistenza di base compromessa come anche i

nostri risultati hanno evidenziato.

Infatti, sebbene la situazione si possa definire complessa è bene indicare che diverse realtà nel nostro paese implementano modelli focalizzati sull'assistenza centrata sul paziente, la continuità di cura e la presa in carico. Questi sforzi che gli infermieri compiono nell'attuare i processi previsti da questi modelli permettono, infatti, di coinvolgere attivamente il paziente nel processo assistenziale, di sviluppare piani assistenziali individualizzati attuati nel contesto assistenziali appropriato.

Alcuni autori (Aiken & Sloane et al., 2013) hanno affermato che è disponibile letteratura sufficiente, costantemente in aumento e aggiornata che suggerisce come gli attuali livelli di *staffing* e gli ambienti di lavoro non stiano determinando il livello di sicurezza e di qualità dell'assistenza atteso dai sistemi sanitari (Schubert & Ausserhofer et al., 2013; McHugh & Kutney-Lee et al., 2011) e richiesto dai pazienti e da tutti gli *stakeholder* coinvolti, inclusi gli ordini professionali.

La scarsa attenzione che tutt'oggi le linee di comando dei sistemi sanitari e delle aziende riservano agli studi sui modelli previsionali del fabbisogno infermieristico determinano, oltre ad un aumento dei rischi per i pazienti, una crescente insoddisfazione degli infermieri per il proprio lavoro, e un aumento delle spese sanitarie.

Questo studio ha dei punti di forza, in particolare ha reso disponibili per la prima volta in Italia dati su *staffing*, *missed care* e ambiente di lavoro raccolti su un ampio numero di ospedali italiani che complessivamente rappresentano circa il 20% degli ospedali con un numero di posti letto superiore a 200.

Lo studio presenta dei limiti tra cui il disegno trasversale che non permette di trarre conclusioni di tipo causale e il contesto di studio limitato alle medicine e chirurgie generali e assimilabili.

L'Italia oggi dispone di dati confrontabili con gli altri paesi europei per avviare scelte *evidence-based* rispetto ai livelli di *staffing*, e all'ambiente di lavoro finalizzati a garantire esiti migliori e a ridurre l'esposizione dei pazienti a rischi noti come mortalità e cure mancate.

La grande variabilità dei servizi sanitari regionali genera una complessità tale che solo attraverso l'analisi di più dimensioni, ben definite in letteratura, ci potrà rendere maggiormente comprensibile il fenomeno. In assenza di standard nazionali si generano variazioni critiche dell'offerta sanitaria che determina elevata variabilità del rispetto dei principi etici di giustizia ed equità.

L'Italia, al pari di altri paesi occidentali, dovrebbe produrre una normativa che permetta di definire quali esiti sono garantiti ai cittadini sulla base dei livelli di *staffing*

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Lo studio è stato condotto grazie ai finanziamenti incondizionati di Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera (ANIMO), Nursind, Regione Liguria.

BIBLIOGRAFIA

- Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, et al. *Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care*. *BMJ Qual Saf*. 2017;26(7):559-68. 10.1136/bmjqs-2016-005567.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. *The Lancet*. 2014;383(9931):1824-30. 10.1016/s0140-6736(13)62631-8.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W, Consortium RC. *Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe*. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):143-53. 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. *JAMA*. 2002;288(16):1987-93.
- Aiken L. H., Smith H. L., T. LE. *Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care*. *Medical Care* 1994;32(8):17.
- Ausserhofer D, Schubert M, Desmedt M, Blegen MA, De Geest S, Schwendimann R. *The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey*. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):240-52. 10.1016/j.ijnurstu.2012.04.007.
- Griffiths P, Ball J, Murrells T, Jones S, Rafferty AM. *Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study*. *BMJ Open*. 2016 Feb 9;6(2):e008751. doi:10.1136/bmjopen-2015-008751. Erratum in: *BMJ Open*. 2016 May 05;6(5):e008751corr1.
- Irvine D, Sidani S, Hall LM. *Linking outcomes to nurses' roles in health care*. *Nurs Econ*. 1998 Mar-Apr;16(2):58-64, 87.
- Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. *Do staffing levels predict missed nursing care?* *Int J Qual Health Care*. 2011;23(3):302-8. 10.1093/intqhc/mzr009.
- Kitson AL, Muntlin Athlin A. *Development and preliminary testing of a framework to evaluate patients' experiences of the fundamentals of care: a secondary analysis of three stroke survivor narratives*. *Nurs Res Pract*. 2013;2013:572437. doi: 10.1155/2013/572437. Epub 2013 Jun 20.
- Kutney-Lee A, Lake ET, Aiken LH. *Development of the Hospital Nurse Surveillance Capacity Profile*. *Res Nurs Health*. 2009;32(2):217-28. 10.1002/nur.20316.
- Lake, E.T. *Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index*. *Res Nurs Health*. 2002;25(3):176-188.
- McHugh MD, Rochman MF, Sloane DM, Berg RA, Mancini ME, Nadkarni VM, et al. *Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients*. *Medical Care*. 2016;54(1):74-80. doi: 10.1097/MLR.0000000000000456.
- McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, LH. A. *Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care*. *Health Affairs*. 2011;30(2):202-10. doi:10.1377/hlthaff.2010.0100.
- Page A, Institute of Medicine. *Patient Safety Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington, United States: National Academies Press; 2004.
- Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. *Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies*. *Int J Health Plann Manage*. 2014;29(1):3-25. 10.1002/hpm.2160.
- Sasso L, Bagnasco A, Zanini M, Catania G, Aleo G, Santullo A, et al. *The general results of the RN4CAST survey in Italy*. *J Adv Nurs*. 2017;73(9):2028-30. 10.1111/jan.13066.
- Schubert M, Ausserhofer D, Desmedt M, Schwendimann R, Lesaffre E, Li B, et al. *Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals--a cross sectional study*. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):230-9. 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016.
- Scott PA, Harvey C, Felzmann H, Suhonen R, Habermann M, Halvorsen K, Christiansen K, Toffoli L, Papastavrou E. *Resource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper*. *Nurs Ethics*. 2018 Jan 1:969733018759831. doi:10.1177/0969733018759831. [Epub ahead of print].
- Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. *Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology*. *BMC Nurs*. 2011;10(6):6. 10.1186/1472-6955-10-6.
- Squires A, Aiken LH, van den Heede K, Sermeus W, Bruyneel L, Lindqvist R, Schoonhoven L, Stromseng I, Busse R, Brzostek T, Ensio A, Moreno-Casbas M, Rafferty AM, Schubert M, Zikos D, Matthews A. *A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies*. *Int J Nurs Stud*. 2013 Feb;50(2):264-73. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.02.015. Epub 2012 Mar 23

Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare tutti i pazienti, i Direttori Generali, i Dirigenti Infermieristici, i Coordinatori, gli Infermieri e gli studenti che hanno collaborato alla realizzazione dello studio RN4CAST@IT.

In ricordo di Antonella Santullo che ha collaborato al progetto RN4CAST@IT.

L'immagine sorridente e luminosa di Antonella resterà con noi, ci accompagnerà nel nostro lavoro. Nel nostro essere Infermieri tutti i giorni.

L'associazionismo professionale: uno studio qualitativo descrittivo su infermieri e ostetriche italiani

Caterina Galletti,¹ Federico Ferro,² Fabiana Cassano,³ S. Augenti⁴, G.P. Bartolillo⁴, D. De Rosa⁴, F. Cammareri⁴, F. Cassano⁴, D. Ciocca⁴, M. Circuri⁴, S. Copetti⁴, L. Costa⁴, C. Coviello⁴, R. Cozzolino⁴, R. D'Alterio⁴, G. De Isidoris⁴, I. Erba⁴, M. Fanfarillo⁴, F. Ferro⁴, C. Frassetto⁴, G. Genovese⁴, N. Login⁴, A. Lumaca⁴, G. Maulicino⁴, C. Mellucci⁴, M. Milioni⁴, F. Molfese⁴, G. Pascarella⁴, E. Sacco⁴, M. Santocchi⁴, F. Saporetti⁴, L. Sebastio⁴, N. Tofani⁴, P. Varriale⁴, Pasquale Varriale⁵

¹ Coordinatore attività pratiche e di tirocinio, Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

²Infermiere fellow di ricerca, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

³Infermiere, studente II anno Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

⁴Gruppo di ricerca dei professionisti in formazione magistrale I anno di corso 2017/18, Università Cattolica del S. Cuore Roma

⁵Infermiere Dipartimento Scienze Cardiovascolari, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

Corrispondenza: caterina.galletti@unicatt.it,
caterina.galletti@pec.ipasvi.roma.it

RIASSUNTO

Introduzione L'associazionismo professionale è una delle caratteristiche distintive di una professione. Le associazioni infermieristiche e ostetriche sono enti utili per aiutare a sviluppare cultura e visione della professione. In un'epoca di cambiamenti, in cui le modalità associative si sono modificate e parte della vita di relazione si svolge con i *social network*, è importante esplorare il fenomeno dell'associazionismo e conoscere cosa pensano i professionisti e se e come partecipano alla vita associativa. L'obiettivo dello studio è descrivere come infermieri e ostetriche percepiscono l'associazionismo e le associazioni professionali e comprendere le motivazioni che spingono ad appartenere o meno ad una associazione professionale.

Materiali e metodi E' stato condotto uno studio qualitativo descrittivo su un campione propositivo di 140 professionisti infermieri e ostetriche italiani. I dati sono stati raccolti attraverso un questionario costruito *ad hoc*.

Risultati L'analisi delle risposte ha fatto emergere le diverse percezioni dei partecipanti circa l'associazionismo. I risultati evidenziano una non chiara conoscenza circa le funzioni delle associazioni professionali e della loro distinzione con il sistema ordinistico. Il 60% degli intervistati non è iscritto a nessuna associazione.

Conclusioni I partecipanti hanno dichiarato che l'associazionismo può contribuire allo sviluppo della professione e si dimostrano interessati alla possibilità di iscriversi anche se la decisione di essere membro o meno di un'organizzazione professionale sembra sia proporzionale al rapporto costi/benefici. Considerando l'insufficiente ricerca in Italia in questo ambito vengono suggeriti ulteriori studi per una comprensione più ampia del fenomeno.

Parole chiave: associazioni professionali, partecipazione alle associazioni, infermieri/ostetriche, motivazioni all'associarsi, membership professionale, content analysis.

Professional associations: a qualitative study amongst Italian nurses and midwives

ABSTRACT

Introduction Professional membership is one of the distinctive hallmarks of a profession. Nursing and midwifery associations are important bodies for developing the culture and vision of these professions. In an age of transformation, in which the associative patterns have changed and part of the relationship life goes on through social networks, it is important to explore the phenomenon of associationism and to know what professionals have to say and if and how they participate in the associative life. The main purpose of this study is to investigate and describe how nurses and midwives experience professional associations and personal membership and to understand the underlying reasons for joining or not joining a professional association.

Methods A qualitative descriptive study was conducted on a conventional sample of 140 Italian nurses and midwives. Data were collected through an "ad hoc" questionnaire.

Results The analysis of the responses showed the differing perceptions of the participants about associationism. The results highlighted a lack of knowledge about the functions of professional associations and their distinctiveness from the ordinistic system. 60% of the respondents weren't members of any association.

Conclusions The participants stated that associationism can contribute to the development of the profession and showed an interest in the possibility of applying, even if the decision seems to be proportional to the cost-effectiveness ratio. Given the scarce research in Italy in this field, further studies are recommended for a broader understanding of the phenomenon. It is also important to promote new forms of association for excluded categories

Key words: professional associations, participation in associations, nurses/midwives, motivation to join, professional membership, content analysis

INTRODUZIONE

La formazione dei professionisti e lo sviluppo dell'identità professionale, quale acquisizione dei valori e della cultura distintivi della professione di riferimento, non può prescindere dalla promozione della partecipazione alla sfera associativa, pubblica e politica della famiglia professionale a cui si appartiene.

Le associazioni professionali sono gruppi di individui che condividono gli stessi interessi e decidono di unire i loro sforzi per raggiungere obiettivi comuni (Treccani vocabolario online, 2018); costituiscono un'importante risorsa per aiutare a sviluppare cultura e visione della professione (Prandstraller, 1995), consentono ai professionisti di aggregarsi e operare, con impegno continuativo, per perseguire progetti specifici, condivisi e sinergici, e per elaborare strategie di intervento mirate al superamento di criticità e al potenziamento dei ruoli professionali (Matthews, 2012).

L'associazionismo infermieristico e ostetrico riveste un importante ruolo per sostenere lo sviluppo della professione, migliorarne l'immagine sociale, incrementare gli standard dell'assistenza (Esmaeili et al., 2013).

Le associazioni professionali sono efficaci per promuovere la professione soprattutto quando, con i loro affiliati, supportano lo sviluppo di azioni di politica professionale e assumono ruoli di *advocacy* per la difesa della salute dei cittadini (DeLeskey, 2003).

Essere membro di un'associazione professionale significa dedicare parte del proprio tempo a partecipare attivamente allo scambio di idee, ad ampliare e approfondire conoscenze e competenze professionali; richiede di avere un atteggiamento cooperativo per lo sviluppo di progetti, per promuovere la qualità dell'assistenza e migliorare le condizioni di lavoro dei professionisti (Kaeryn, 2005; Bauman, 2008).

In Italia, le associazioni professionali sono state catalizzatrici di idee e movimenti finalizzati al riconoscimento, alla tutela e alla valorizzazione della figura dell'infermiere e dell'ostetrica (Calamandrei, 1986; Sironi, 2012; Galletti et al., 2017). Infatti, quelle più rappresentative, a livello nazionale e internazionale, hanno partecipato attivamente al processo per individuare le funzioni specifiche e le

norme che regolano le professioni (un esempio è il Codice deontologico dell'infermiere 2019) e per determinare le relazioni con altri gruppi di possibili competitori (Prandstraller, 1995).

In tempi recenti, l'importanza delle associazioni professionali, enti ben distinti dagli Ordini delle professioni sanitarie (Legge 11 gennaio 2018, n. 3, art. 4), è stata richiamata dall'art. 5 della Legge n. 24/2017 che riconosce alle 'associazioni tecnico-scientifiche' una funzione chiave ai fini della promozione dell'*evidence-based practice*.

Nel nostro Paese l'associazionismo professionale ha dato luogo all'istituzione di una pluralità di gruppi associativi, alcuni di carattere disciplinare-generalista, altri collegati ad ambiti gestionali, altri ancora ad ambiti assistenziali specifici infermieristici e ostetrici. Sono state censite circa 57 associazioni professionali infermieristiche (FNOPI, 2018) mentre per le ostetriche vi sono 3 associazioni scientifiche riconosciute e diverse associazioni regionali multidisciplinari di cui manca un elenco ufficiale (dati forniti dalla Presidente della Società italiana di scienze ginecologico-ostetriche-neonatali). È molto difficile conoscere il numero di infermieri e ostetriche che sono effettivamente associati e la tipologia di attività scientifico-culturali operativamente svolte.

La numerosità delle associazioni infermieristiche e ostetriche è indice dello sviluppo raggiunto in differenti contesti clinico-assistenziali ma potrebbe altresì agire da fattore critico, per due motivi:

- nell'elenco delle associazioni sono presenti più organizzazioni che rappresentano i medesimi ambiti clinico-assistenziali e altre che si collegano, attraverso la denominazione o lo statuto, a associazioni mediche. Questi aspetti meritano attenzione in quanto, per non ridurre la specificità clinica alla sola capacità tecnica, è opportuno che le associazioni si ancorino al *core* delle rispettive discipline e non perdano il senso generale della professione (Manara, 2007; Marmo, 2014);
- la pluralità di associazioni è un importante indicatore di un fluire vario e democratico d'idealità e contributi ma vi è la necessità di prevedere forme di integrazione e collaborazione. Il rischio infatti è che, su istanze particolari e individuali, si continuino a strutturare associazioni disperdendo le energie

in piccoli rivoli localistici mentre il valore delle associazioni è nel grado di coesione che generano tra i membri (Rapp e Collin, 1999; Patterson et al., 2007) e con altre associazioni con cui si condividono le finalità.

Un'importante azione per limitare queste criticità è stata posta in essere, nel 2017, dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI (attuale FNOPI) che ha promosso la creazione di una Consulta delle associazioni infermieristiche come luogo di confronto, in merito a tematiche professionali, tra ordine e associazioni (FNOPI, 2017).

Nell'epoca attuale la scelta dei professionisti di essere membri di un'associazione e il senso di appartenenza a una famiglia professionale hanno subito importanti modifiche. Infatti, la globalizzazione e la rivoluzione tecnologica, hanno dato origine alla riorganizzazione dell'intera struttura sociale, caratterizzata anche dal mutamento dei codici cognitivi e comunicativi e dall'avvio di processi di trasformazione delle forme dell'interazione sociale (Moorley e Chinn, 2013).

In ambito professionale l'utilizzo incrementale dei *social media*, sia come *social networking*, *media sharing*, *blogging* e *tweeting*, ha favorito la diffusione di cultura professionale e potenziato la comunicazione *online* tra professionisti (Ventola, 2014). Tale fenomeno ha però un impatto sulla professionalità, l'etica e la privacy, facendo emergere una nuova forma di socializzazione ai comportamenti professionali: l'*e-professionalism*. Cain e Romanelli (2009) hanno definito l'*e-professionalism* come le attitudini e i comportamenti che riflettono i paradigmi della professionalità tradizionale, ma si manifestano attraverso i media digitali. L'*e-professionalism* si interessa a come i professionisti si presentano e rappresentano negli ambienti virtuali ma va oltre il semplice concetto di *netiquette*. Infatti, lo sviluppo di comunità *online* richiede che la professione infermieristica faccia evolvere la propria identità estendendo gli attributi di persona e professionalità a un ambiente non reale (Cain e Romanelli, 2009; Casella et al., 2014; Mugavin, 2014) ma salvaguardando la dignità e il decoro professionale.

Pochi studi hanno analizzato l'uso dei *social* da parte delle associazioni. Alcuni siti incoraggiano le associazioni ad utilizzare il mezzo *social* per raggiungere gli iscritti, per velocizzare il contatto tra associazione e iscritto, per informare sulle attività e per attrarre nuovi iscritti (Santoro, 2012).

Ventola (2014) evidenzia i benefici nell'uso dei *social*, tra cui la possibilità di *crowdfunding*, la condivisione di esperienze tra differenti professionalità, la formazione a distanza. Emergono però anche aspetti negativi, infatti un recente studio ha dimostrato che l'utilizzo dei *social network* può

rappresentare una minaccia per l'adesione a un'associazione professionale nel caso in cui venga diffusa pubblicità negativa dai membri o ex membri (Farina et al., 2016).

Le associazioni professionali infermieristiche e ostetriche sono importanti per lo sviluppo culturale e per consolidare l'appartenenza alla famiglia professionale, ma dopo gli importanti cambiamenti in ambito sociale, formativo e organizzativo che hanno caratterizzato l'ultimo decennio, pochi studi hanno cercato di rappresentare il sentire dei professionisti in merito all'associazionismo e le motivazioni che spingono o meno ad appartenere a un'associazione, oggi.

Pertanto un gruppo di ricerca composto dagli studenti del I anno del corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma ha condotto uno studio qualitativo per esplorare come infermieri e ostetriche italiani percepiscono e partecipano all'associazionismo professionale.

Gli obiettivi dello studio sono: raccogliere vissuti e opinioni di infermieri e ostetriche in merito alle associazioni professionali infermieristiche e ostetriche; comprendere le motivazioni che spingono ad appartenere o meno ad una associazione professionale.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio: studio qualitativo descrittivo.

È stato individuato un approccio qualitativo poiché favorisce l'espressione di percezioni e vissuti consentendo di dare senso e significato alle esperienze personali (Bengtsson, 2016) di infermieri e ostetriche sul fenomeno oggetto di studio.

Setting e partecipanti

Il gruppo di ricerca ha selezionato un campione propositivo di 337 professionisti, infermieri e ostetriche, individuati tra i colleghi di lavoro o di università e che avessero differenti età anagrafiche, percorsi formativi ed esperienze lavorative.

I professionisti sono stati informati telefonicamente delle finalità dello studio ed è stata loro chiesta la disponibilità a partecipare rispondendo ad un questionario *online*.

Strumento indagine

I dati sono stati raccolti con un questionario strutturato *ad hoc* e composto da domande a risposte aperte.

Le domande sono state costruite nel seguente modo: definita la domanda di ricerca, tutto il gruppo di ricerca ha dato origine a un *brainstorming* per determinare quali aree avrebbero dovuto essere indagate. Sono state così individuate 4 aree:

1. percezione del professionista circa l'associazionismo professionale;
2. l'opinione del professionista circa il contributo che l'associazionismo apporta allo sviluppo della professione;
3. l'esperienza del professionista circa la partecipazione ad una associazione professionale;
4. le motivazioni della non adesione ad una associazione professionale.

A partire da queste aree, 8 membri del gruppo di ricerca hanno formulato le domande che sono state

successivamente sottoposte alla revisione e al consenso di tutto il gruppo di ricerca per verificare che gli elementi indispensabili per la finalità dell'indagine fossero stati tutti inclusi e che le domande fossero chiare, comprensibili e non condizionassero le risposte dei partecipanti.

La validità di fattibilità dello strumento d'indagine (Corbetta, 1999) è stata testata dall'intero gruppo di ricerca.

Ottenuta la versione definitiva delle domande queste sono state organizzate per aree e disposte secondo successione logica (Tabella 1).

Tabella 1: Set di domande del questionario.

Domande per rilevare il vissuto degli infermieri/ostetriche circa l'associazionismo professionale

1. Cosa è per lei l'associazionismo professionale?

2. Pensa che l'associarsi possa contribuire allo sviluppo della professione?

3. È iscritto ad una associazione professionale?

a) Per chi risponde SI seguono queste domande:

Da membro di un'associazione professionale, può rappresentare la sua esperienza? Quali sensazioni, pensieri, emozioni, etc.?

Indichi a quale/i associazione/i è iscritto

Perché è iscritto?

Quale contributo/supporto riceve dall'associazione?

Quale contributo/supporto dà lei all'associazione?

Quale contributo/supporto dà l'associazione alla comunità degli infermieri/ostetriche

b) Per chi risponde NO seguono queste domande:

Se ha usufruito dei servizi proposti da un'associazione (corsi, seminari, etc.) può raffigurare la sua esperienza?

Quali sensazioni, pensieri, emozioni, etc.?

Perché non è iscritto?

Le piacerebbe farne parte?

Quale contributo vorrebbe lei ricevere da una associazione?

Quale contributo/supporto potrebbe lei dare all'associazione?

Quale contributo/supporto potrebbe dare l'associazione alla comunità degli infermieri/ostetriche?

Al termine del questionario sono state inserite 7 domande di tipo socio-anagrafico (età anagrafica, genere, titolo di studio e regione in cui è stato conseguito, anni di esperienza lavorativa, regione in cui attualmente lavora).

Raccolta dati

A coloro che hanno accettato di partecipare allo studio è stata inviata per posta elettronica una lettera di presentazione della ricerca, le modalità per rispondere alle domande e un link che rimanda al questionario, da compilare *online* attraverso la piattaforma Google moduli®. Questa modalità di esecuzione è stata scelta sia per raggiungere i rispondenti sparsi su una area geografica estesa, sia per dare agli intervistati la più ampia possibilità di rispondere alle domande grazie all'autonoma scelta del momento.

Un promemoria per la compilazione del questionario è stato inviato dopo 10 giorni dal primo invio.

I dati sono stati raccolti nel periodo marzo - aprile 2018.

Considerazioni etiche

Per questa indagine non è stata necessaria l'approvazione del comitato etico.

La partecipazione è avvenuta su base volontaria e tutti i rispondenti sono stati informati che l'invio delle risposte del questionario *online* sarebbe stato considerato come esplicito consenso alla partecipazione.

Tutti i dati sono stati resi anonimi dal sistema di registrazione per garantire ai partecipanti l'anonimato e la privacy.

Analisi dei dati

Le risposte alle domande aperte sono state analizzate con la *content analysis* (Elo e Kyngas, 2008), metodo scelto in ragione della sua flessibilità e dell'efficacia nel rilevare i tratti esperienziali dei partecipanti.

In questo studio i dati sono stati sottoposti a una *content analysis* induttiva perché vi sono poche e frammentate conoscenze sull'argomento (Bengtsson, 2016).

A garanzia dell'anonimato i testi sono stati resi anonimi attribuendo a ciascun partecipante un codice

alfa numerico (in cui la R sta per rispondente, il numero è stato casualmente attribuito all'intervistato e 's' sta per chi è iscritto a un'associazione mentre 'n' sta per chi non è iscritto).

Le risposte al questionario sono state acquisite tabulandole su foglio Excel®.

Non sono stati usati software di elaborazione. Tutte le risposte sono state lette per avere una visione generale, quindi si è proceduto alla categorizzazione individuando le etichette descrittive e successivamente le sotto-categorie. Con un processo di astrazione, le sotto-categorie sono state tra loro combinate e sono state accorpate in temi, individuati utilizzando il più possibile parole/concetti espressi dai rispondenti.

Il rigore del processo è stato garantito da sei componenti del gruppo di ricerca che indipendentemente hanno seguito il processo di analisi e al termine condiviso i loro risultati per individuare similitudini e differenze nell'analisi. Al termine tre ricercatori hanno proceduto un'integrazione dei temi emersi e prodotto i risultati finali di sintesi.

I dati quantitativi sono stati analizzati con metodi di statistica descrittiva.

RISULTATI

Descrizione del campione

Il tasso di risposta complessivo è stato del 42%.

Essendo i questionari completi in tutte le loro parti sono stati tutti inclusi nello studio.

Per quanto riguarda il campione è risultato composto da 121 infermieri (87%), 6 infermieri pediatrici (4%) e 13 ostetriche (9%).

L'età media è di 32 anni (range 22 – 62). Per quanto riguarda il genere 94 (67%) sono donne e 46 (33%) uomini.

Il titolo di studio abilitante è stato conseguito in un arco temporale che va dal 1980 al 2018; il 74% del campione si è laureato dopo il 2002; l'esperienza lavorativa media in anni di servizio è di circa 10.3 (range 0 – 40); il 51% del campione ha una esperienza lavorativa tra 1 e 5 anni.

I contesti in cui i rispondenti lavorano sono eterogenei (tabella n. 2), tra le unità operative più rappresentate vi sono i reparti del livello 2 di assistenza (area chirurgica, medica e materno-infantile) e del livello 1 (terapie intensive e sub-intensive).

I partecipanti sono stati infine invitati a indicare la regione nella quale hanno conseguito il titolo abilitante e quella in cui lavorano. Complessivamente, si sono formati o lavorano in 13 regioni, ma la maggior parte del campione si è laureato nel Lazio (49%) e nel Lazio lavora (44%), in Emilia-Romagna (14%) e ivi lavora (18%), in Lombardia (13%) e ivi lavora (12%).

Tabella 2: Contesti operativi, per l'ambito ospedaliero le risposte sono state organizzate seguendo il modello organizzativo per intensità di cure (Regazzo & Pignatto, 2015).

Contesti lavorativi	
OSPEDALE	n. 78
DEU (Pronto soccorso e breve osservazione)	15
Liv.1 Terapie intensive e sub-intensive	20
Liv.2 Area chirurgica, medica e materno-infantile	27
LIV.3 Day Care e ambulatori	4
Blocco operatorio	12
TERRITORIO	n. 18
Assistenza Domiciliare Integrata	7
Residenze Sanitarie Assistenziali	6
Servizio di emergenza territoriale	3
Liberi professionisti	2
RICERCA, FORMAZIONE, DIRIGENZA E COORDINAMENTO	n. 13
Professori Universitari	9
Coordinatori e Dirigenti	3
Ricercatori	1

Risposte al questionario

La categorizzazione delle risposte (tabella 3) ha fatto emergere interessanti temi (nel testo sottostante evidenziati in grassetto) che descrivono il fenomeno indagato.

L'associazionismo professionale è stato descritto attraverso 4 temi: **gruppo di professionisti** ma anche **ente di rappresentanza e tutela** accentuando l'aspetto amministrativo e legale del termine associazione; viene inoltre rappresentato come modalità per lo **sviluppo di competenze** e per la **promozione della professione**. Coerentemente con queste risposte, alla domanda se l'associazionismo può contribuire allo sviluppo della professione ben 135 soggetti (97%) hanno risposto sì (solo 5 soggetti (4%) hanno risposto no).

Si dichiarano iscritti a una associazione professionale 56 soggetti (40%) mentre 84 soggetti (60%) non sono iscritti a nessuna associazione.

Coloro che sono iscritti ad un'associazione sono soggetti con età media di 39 anni (range 25 – 62; 2 ostetriche e 54 infermieri); le associazioni professionali alle quali sono iscritti sono presentate nella tabella 4. I rispondenti hanno rappresentato la loro esperienza come membri di un'associazione con 4 temi: **condivisione**, **crescita** e apprezzamento dei **servizi**. Alcuni hanno rappresentato la propria partecipazione all'associazione come **negativa**.

La motivazione dell'iscrizione è descritta da 3 temi: **motivi formali** ma anche per ricevere **formazione-informazione** e dare **sostegno alla professione**.

Circa il contributo che si riceve dall'essere associato 9 soggetti hanno risposto nulla, dalle altre risposte emergono 3 temi: l'**aggiornamento-formazione**, la **condivisione** e anche **motivi formali**.

Sul contributo dato dall'iscritto all'associazione 12 soggetti hanno indicato nessuno. Dalle altre risposte è possibile individuare 3 temi: il contributo economico,

il contributo organizzativo e la partecipazione. Sul contributo dato dall'iscritto all'associazione 12 soggetti hanno indicato nessuno. Dalle altre risposte è possibile individuare 3 temi: il **contributo economico**, il **contributo organizzativo** e la **partecipazione**. Al contributo dato dall'associazione alla comunità professionale 9 soggetti indicano nessuno. Dalle altre risposte è possibile individuare 3 temi: **promozione della professione**, **condivisione/informazione** e anche **rappresentanza e tutela**.

Coloro che non sono iscritti ad un'associazione sono soggetti con un'età media di 29 anni (range 22 – 53; 6 infermieri pediatrici, 11 ostetriche e 68 infermieri). Sui motivi della non iscrizione emergono 4 temi: **motivi economici** e **situazione lavorativa**. Ma viene anche indicata la **non conoscenza** e la **manca di interesse**.

Alla domanda in cui si chiedeva se hanno usufruito dei servizi proposti da un'associazione, in 59 (70%) hanno indicato che non ne hanno usufruito e la motivazione è stata il costo elevato; coloro che invece ne hanno usufruito descrivono l'esperienza come **positiva** perché è stata arricchente. Circa il desiderio di appartenere ad una associazione professionale 20 rispondenti hanno detto no.

Coloro ai quali piacerebbe iscriversi hanno motivato il desiderio con 3 temi: l'**appartenenza**, la **formazione** e per ricevere **servizi e tutele**. Sul contributo che, se iscritti, potrebbero dare all'associazione emerge il tema della **partecipazione**. Circa il contributo che l'associazione potrebbe dare alla comunità professionale emergono 2 temi: il **riconoscimento** della professione e la **crescita professionale**.

DISCUSSIONE

Gli infermieri e le ostetriche che hanno partecipato allo studio sono per la maggior parte giovani professionisti; il 70% del campione sono *Millennials*¹ (età compresa tra i 22 e i 37 anni) con la peculiarità di essere 'nativi digitali' (Stevanin et al., 2015).

Questo aspetto si riflette nei testi delle risposte, in molti casi non particolarmente articolati e formulati a mo' di messaggistica istantanea.

Dai partecipanti non traspare una chiara conoscenza circa le funzioni dell'associazionismo e sulla distinzione tra associazioni professionali (di natura privatistica) e sistema ordinistico (enti sussidiari dello Stato). I temi rilevati, infatti, evidenziano un'ampiezza di 'visioni': dal far parte di un gruppo di professionisti a essere iscritti a un ente di tutela e rappresentanza. Le associazioni sono espressione della vita sociale. Merton definisce un'associazione professionale come un'organizzazione di professionisti competenti che si

uniscono per svolgere funzioni/attività sociali che non potrebbero svolgere come singoli individui (Matthews, 2012); sono importanti per aiutare i professionisti a risolvere i propri problemi e per scambiare idee e opinioni (Esmaeili et al., 2013).

Un aspetto molto presente, più volte richiamato dai partecipanti, è quello di percepire le associazioni come luoghi per la valorizzazione del ruolo e la promozione della professione, ciò potrebbe anche essere dovuto ad un modo di 'sentire' nell'attuale momento storico. Infatti, lo sviluppo professionale, inteso anche come visibilità della professione e *accountability*, è un aspetto critico in tutto il mondo e studi dimostrano che gli infermieri non ricevono dal pubblico il dovuto riconoscimento per la loro professionalità (Baldwin et al., 2017).

Le associazioni professionali e le organizzazioni professionali (*professional association* e *professional organization*) sono particolarmente importanti per generare energie, nuove idee, e mantenere una professione proattiva che difenda i bisogni dei pazienti e degli infermieri, e la fiducia che la società ripone nei professionisti (Matthews, 2012).

Partecipare alle attività associative consente ai professionisti di sviluppare una 'coscienza collettiva' e acquisire consapevolezza circa sé stessi e la propria professione (Kim-Godwin et al., 2010), aspetti che favoriscono l'*empowerment* del professionista e lo rendono capace di entrare con maggior appropriatezza e incisività nei contesti socio-sanitari. Tutti i partecipanti individuano le associazioni come gruppi per promuovere lo sviluppo di conoscenza e visione condivisa. Tale sviluppo è visto principalmente come formazione-informazione che si ottiene con la partecipazione a corsi di aggiornamento ma anche come crescita personale data dal confronto e dalla partecipazione. Questo aspetto è confermato dalla letteratura di settore, infatti un'associazione professionale aiuta i membri a realizzare e mantenere uno status professionale, a far sviluppare abilità specifiche attraverso interventi formativi, a definire standard per la pratica professionale, ad agire politicamente per lo sviluppo di una comunità basata su norme e valori condivisi (Philips e Leahy, 2012).

Alcuni dei partecipanti indicano che le associazioni favoriscono la partecipazione politica. In letteratura la voce collettiva delle associazioni infermieristiche è indicata come la più grande risorsa per influenzare le politiche professionali; inoltre essere membro di un'associazione è rapportato positivamente ad una più attiva partecipazione politica (DeLeskey, 2003). Dei partecipanti allo studio, coloro che dichiarano di essere iscritti ad un'associazione professionale fanno parte per l'83% dei *Baby Boomers*, per il 69% della

¹ Nel nostro Paese attualmente sono presenti in ambito lavorativo infermieri appartenenti a tre generazioni: Baby Boomers (nati tra gli anni 1945 e il 1964),

Generazione X (nati tra gli anni 1965 e il 1980), Generazione Y o Millennials (nati tra gli anni 1981 e il 1996) (Stevanin et al., 2015).

Generazione X e solo per il 27% dei *Millennials*. Questi dati sono indicativi di un diverso modo di intendere l'appartenenza alla famiglia professionale da parte delle nuove generazioni di infermieri (Mugavin, 2014).

La letteratura di settore indica che nessuna delle caratteristiche personali come età, sesso e razza sono motivanti all'aderire o a raccomandare ad altri di aderire ad un'associazione professionale (Ki, 2018). È stato però riscontrato che l'adesione è più rilevante per gli infermieri che lavoravano da più tempo e per gli infermieri disoccupati o in cerca di lavoro (Festová e Bártlová, 2013); ed è fortemente influenzata nell'ambiente di lavoro dal gruppo dei pari (Bauman, 2008; Philips e Leahy, 2012). Coloro che si iscrivono ad una associazione hanno un *background* formativo più ampio (Taft e Nanna, 2008).

Infatti, non solo gli infermieri con istruzione superiore, in particolare con laurea magistrale, aderiscono più spesso ad organizzazioni professionali ma i membri di un'associazione scientifica professionale tendono ad avere maggiori aspettative in termini di crescita professionale rispetto ai non membri (Niebuhr et al., 2007). Questi ultimi elementi sono riscontrabili anche nelle caratteristiche socio-culturali dei partecipanti al presente studio.

I partecipanti indicano diverse associazioni professionali a cui sono iscritti, ma per alcune sorge il dubbio che i rispondenti non abbiano chiaro il concetto, infatti indicano di essere iscritti all'Albo e ad "Infermiere oggi". Altri indicano la loro iscrizione alla FNOPI/FNOPO e l'appartenenza a sindacati di categoria. Quest'ultime due indicazioni sono coerenti con alcuni fattori che i partecipanti hanno indicato come motivanti l'iscrizione ad una associazione: motivi istituzionali (Albo professionale) e tutela del professionista. Le associazioni infermieristiche e ostetriche hanno la funzione di rappresentare gli interessi delle rispettive professioni (Tarvydas et al., 2009), di tutelare gli interessi dei membri, fornendo loro benefici che non è possibile ricevere senza l'adesione a tale organizzazione (DeLeskey, 2003).

La partecipazione alle organizzazioni professionali è quindi un modo con cui la persona tutela anche i propri interessi individuali (Olson, 2000).

Altri fattori indicati da tutti i partecipanti come motivanti l'adesione ad un'associazione sono: il sostegno, la formazione e l'aggiornamento professionale, l'informazione, la curiosità personale o il suggerimento di colleghi. Elementi già indicati dalla letteratura di settore (DeLeskey, 2003). Mentre tra i benefici dell'essere membro di un'organizzazione professionale vengono elencati formazione, incontri annuali, *networking*, certificazioni, aiuto nel trovare lavoro, *web side*, interazione con i colleghi (Esmaeili et al., 2013), mantenimento della certificazione (Thackeray et al., 2005). Tutti i partecipanti

considerano utile il contributo che l'associazione può dare con riviste e *newsletter* e partecipazione a convegni, corsi di aggiornamento in senso generale. Si tratta di servizi propri di un'associazione professionale e conosciuti da vari decenni (Yeager 1981; Shelander 1998).

In letteratura viene anche ricordata l'importanza dello sviluppo delle conoscenze con *webinar* e *web-based media*, nuovi strumenti per aiutare e rafforzare l'apprendimento (Greggs-McQuilkin, 2005; Baldwin et al., 2017). Questo aspetto non viene evidenziato nelle risposte date dal campione nonostante la presenza di molti *Millennials*.

Le associazioni professionali hanno sia strumenti organizzativi sia *expertise* che consentono la disseminazione di conoscenze avanzate (*advanced knowledge*) in aree professionali specifiche. È proprio attraverso associazioni professionali specifiche che è possibile sviluppare ricerche e pubblicazioni, dare un supporto *evidence-based* alla pratica infermieristica e aiutare a migliorare l'assistenza (Baldwin et al., 2017). Alcuni partecipanti indicano anche che le associazioni devono dare contributi puntuali su specifiche aree afferenti al lavoro e supporto scientifico (Linee guida, *best practice*). Quest'ultimo aspetto è sicuramente un segno dei tempi e della Legge n. 24/2017.

Interessante è il concetto che l'associazionismo può rafforzare la professione perché aiuta ad acquisire più elevati livelli di competenze ma anche motivazionali. In letteratura è stato dimostrato che i membri di associazioni professionali dichiarano una maggiore soddisfazione lavorativa (Taft e Nanna, 2008).

Inoltre, la soddisfazione personale e professionale è fondamentale per il mantenimento dell'appartenenza (Ki e Wang, 2016), in questo senso il membro di un'associazione professionale percepisce la quota che versa come un investimento (Ki, 2018). Alcuni partecipanti hanno indicato anche l'aspetto della condivisione.

Infatti, nelle associazioni, specialmente se piccole, il contatto immediato tra i membri (riunirsi, parlare, condividere) consente loro di identificarsi e di avere un'esperienza diretta di vita.

Invece, nelle grandi associazioni, dove il contatto personale è meno intenso, emerge l'aspetto di organismo di difesa dei diritti della propria comunità e di conquista di più ampi margini di autonomia (Donati e Vincenzi Amato, 1991).

Considerando l'intero campione, coloro che dichiarano di non essere iscritti a un'associazione professionale appartengono per l'85.7% ai *Millennials*.

Questo dato è in linea con quanto riportato in letteratura, infatti sebbene infermieri e ostetriche costituiscano il gruppo più numeroso di operatori sanitari, i più giovani sono poco propensi ad impegnarsi in associazioni professionali (DeLeskey 2003).

I partecipanti indicano tra i motivi della non iscrizione la mancanza di conoscenza circa le associazioni professionali, ma anche l'incertezza perché non ci si sente rappresentati o perché non si ravvede la necessità. In letteratura come ostacoli alla partecipazione ad una associazione sono indicati il non capire/vedere i benefici, il non dividerne le finalità, il non sentirsi in grado di dare un contributo come membro (Alotaibi, 2007).

Vengono indicate anche motivazioni personali come le responsabilità familiari, la mancanza di tempo, i costi o la collocazione della sede dell'associazione (White e Olson, 2004; Niebuhr e Biel, 2007; Alotaibi 2007; Taft e Nanna, 2008; Festová e Bártilová, 2013). I partecipanti indicano anche una motivazione non presente in letteratura: essere neo-laureato e lavorare in uno stato estero. In effetti, la provenienza geografica di formazione del campione evidenzia una prevalenza dal Lazio (vedi anche Polillo 2015) con la necessità, dopo la laurea di trasferirsi, per lavorare, in altre regioni o in un altro paese UE. Questo fenomeno di mobilità lavorativa è lo specchio di una nuova realtà che si è delineata negli ultimi anni in Italia (Quotidiano Sanità, 2017).

Tra coloro che non sono iscritti a un'associazione professionale l'87% ha dichiarato che gli farebbe piacere iscriversi, probabilmente perché, anche attraverso questa indagine, sono stati sollecitati a riflettere su questa modalità per uno sviluppo personale e professionale.

Quest'aspetto potrebbe essere un suggerimento per le associazioni professionali affinché non solo si rendano più visibili ma anche cerchino di far convergere in modo organico gli ambiti di operatività evitando duplicazioni e frammentazioni.

Differentemente dalle aspettative del gruppo di ricerca, i partecipanti non hanno sviluppato con le loro risposte l'aspetto dei *social media* e delle *community* come modalità alternative o innovative dell'associazionismo professionale. Probabilmente la famiglia infermieristica e ostetrica è più lenta nel realizzare il potenziale applicativo e di innovazione che può essere dato dalle nuove tecnologie (Ferguson, 2013).

Limiti

La percentuale di rispondenti non è stata alta ma il campione composto da soggetti di differenti età e provenienti da diversi contesti formativi e lavorativi è uno spaccato della realtà professionale infermieristica e ostetrica italiana.

Alcuni dei soggetti reclutati hanno riferito di non aver

risposto al questionario in quanto hanno trovato difficili le domande, probabilmente alcune richiedevano di esprimere esperienze personali e riflessioni sull'associazionismo per cui, per coloro che non conoscono il fenomeno, rispondere poteva essere difficoltoso.

Cosa lo studio apporta di nuovo

In Italia il fenomeno dell'associazionismo, sebbene sia stato fondamentale per lo sviluppo della professione infermieristica e ostetrica, è poco conosciuto e l'essere membro di una associazione professionale sembra essere un aspetto legato più a una 'occasione' personale di entrare in contatto con colleghi con i quali si condividono esperienze e interessi di formazione specifica che una operativa necessità per sostenere lo sviluppo culturale e scientifico della professione.

Un dato interessante, rilevato con questo studio, è che la gran parte degli infermieri e ostetriche non membri hanno dichiarato interesse ad associarsi ad un'organizzazione professionale, ravvedendone alcuni benefici. Dalle risposte è possibile tratteggiare l'associazione ideale che i non iscritti immaginano, una 'multi-service' che dà ai propri associati: tutela, rappresentazione/immagine, servizi di collocamento, aggiornamento/informazione, formazione scientifica e specifica in un determinato ambito lavorativo.

Emerge quindi la 'visione' di un'unica associazione, non distinta tra aspetti di sviluppo culturale-scientifico e aspetti di tutela e rappresentanza professionale.

Implicazioni per la pratica

I risultati dello studio sono utili per le associazioni infermieristiche e ostetriche per attivare una riflessione critica sulle proprie finalità e sulle loro capacità aggregative. Infatti, vi è bisogno di consapevolezza circa le aspettative e i bisogni di giovani professionisti non solo per essere attrattive e incrementare il numero dei propri iscritti ma anche per indirizzare finalità e scopi delle associazioni. Sarebbe utile promuovere e incentivare associazioni rivolte a categorie non considerate o escluse dalle attuali associazioni professionali riconosciute, tra cui giovani in formazione e novizi. È auspicabile l'attivazione di forme di integrazione, comunicazione e collaborazione tra le realtà associative già esistenti, non solo afferenti al medesimo ambito disciplinare, per avviare nuove sinergie e promuovere la cultura interprofessionale. Considerando i pochi studi italiani in questo ambito, sarebbe utile avviare, partendo dai risultati della presente indagine, ulteriori studi per una comprensione più ampia del fenomeno e oggettivare alcune criticità che sono emerse (poca conoscenza, scarsa partecipazione, etc.).

CONCLUSIONI

Al termine del presente lavoro un dato molto importante su cui riflettere fin da subito è la disinformazione circa l'associazionismo professionale.

Sarebbe utile parlare con gli infermieri e le ostetriche, fin da quando sono studenti, circa le associazioni professionali, le ragioni per cui diventarne membri, i benefici per sé stessi e la propria famiglia professionale.

La qualità della vita professionale, il suo avanzamento, il riconoscimento che spesso viene denunciato come insufficiente, dipendono dalla partecipazione e dalla capacità di sviluppare proposte operative. In tempi di continui cambiamenti, come l'attuale, in cui falsi miti e vere falsità (*fake news*) minano la corretta informazione/comunicazione e possono influenzare negativamente chi opera in un ambito delicato come la sanità e minacciare la fiducia del cittadino nei professionisti, l'influenza delle

associazioni può fare la differenza.

L'appartenere ad una associazione, non inteso come 'semplice stare insieme' ma come momento di 'responsabilità sociale' in cui vengono svolte attività finalizzate e strutturate, ha un impatto trasformativo nelle forme di pensiero e nelle abilità (*capabilities*) dei professionisti che operano nei servizi e nelle organizzazioni.

L'associazionismo è un percorso in primo luogo culturale che dà forza e linfa nuova alla partecipazione.

Corsi di studio, associazioni, sindacati, ordini, *media* sono i corpi intermedi che mediano tra chi è al lavoro sul campo e chi è nelle aule legislative, aule in cui professionisti sanitari devono essere presenti e attivi perché l'adeguatezza o meno delle politiche professionali non può che venire da loro stessi, dalla forza delle posizioni degli infermieri e delle ostetriche (Galletti et al., 2018) e delle loro associazioni.

Tabella 3: Estratto della categorizzazione delle risposte date al questionario.

Etichette descrittive	Sottocategorie tematiche	Tema
Domanda 'cosa è per lei l'associazionismo professionale'		
Un'associazione ha il compito di valorizzare la figura professionale (R_27_s) (...) promuovere l'elevazione professionale e culturale dell'infermiere professionale (R_28_n) Creazione di una rete in grado di sviluppare la professione infermieristica valorizzandone le competenze e il ruolo (R_34_n) (...) strumento per condividere esperienze e per contribuire alla creazione di una immagine dell'infermiere (R_36_s) (...) è la possibilità di dare alla professione infermieristica più dignità - è interazione multidisciplinare (R_38_n) (...) far fronte alla crisi globale di oggi e rispondere al meglio alle problematiche dei pazienti (R_46_s) (...) rilevare le criticità della professione col fine di sopprimerle e migliorare la qualità assistenziale (R_118_n) (...) migliorare la professione e quando occorre trovare la soluzione ai problemi (R_89_s)	migliorare l'assistenza e la professione valorizzare il ruolo professionale e le competenze	promozione professione
(...) è sentirsi parte con la propria storia professionale della storia della professione. (R_8_s) (...) raggiungere un fine comune nell'ambito di una professione e di rafforzare l'identità di un gruppo di individui accomunati da caratteristiche simili (R_12_n) Un gruppo di professionisti riuniti per conseguire uno stesso fine (R_50_n) (...) associazioni professionali hanno lo scopo di promuovere l'elevazione professionale e culturale della professione (R_117_n) Professionisti che si uniscono per perseguire gli interessi e lo sviluppo della professione stessa. (R_109_n) Insieme di persone appartenenti ad una determinata professione. (R_134s) (...) associazionismo professionale si intende la facoltà che hanno due o più professionisti di potersi unire in una singola associazione (R_73_s) (...) un gruppo di professionisti che appartengono ad una stessa categoria professionale (R_103_s)	insieme di professionisti accregono la professione sentirsi parte della professione	gruppo di professionisti
(...) definire, basando su studi scientifici e ricerche, i migliori protocolli per erogare un'assistenza (R_1_n) (...) valorizzazione dell'infermiere si ha anche attraverso la crescita con strumenti quali la ricerca, lo studio e la divulgazione scientifica. (R_20_n) (...) l'ass. prof permette l'implementazione di processi assistenziali di qualità basati su evidenze scientifiche (R_40_n) Un modo per aggiornarsi su un determinato tema (R_41_n) (...) attraverso la partecipazione a vari corsi di aggiornamento e alla proposta di eventi educativi (R_43_s) (...) associazioni professionali per la formazione e lo sviluppo della professione (R_46_s)	sviluppare pratica clinica su evidenze formazione - aggiornamento sviluppare identità e conoscenze	sviluppo competenze
Ente costituito per tutelare una determinata attività (R_6_n) (...) la partecipazione attiva alle politiche proposte dagli organi preposti (R_46_s) (...) rappresenta e tutela gli interessi di una specifica professione (R_70_s) (...) un'associazione di persone che si pone come obiettivo quello di tutelare il lavoratore (R_19_n) Al fine di supportare, consigliare o rinforzare l'ordine/i professionali (R_106_s) (...) un ente con o senza fine di lucro uniti da un obiettivo comune (R_110_s) (...) unione di professionisti che rappresentano la propria categoria in modo specifico e che l'unanime scopo di tutelare i diritti della professione nonché i doveri (R_137_s)	ente per perseguire obiettivi comuni ente per tutelare una attività rappresentanza e tutela controllo professionale difesa di interessi partecipazione alle politiche	ente di rappresentanza e tutela
Per chi è iscritto a un'associazione, domanda 'indichi la sua esperienza quale membro di un'associazione'		
(...) l'appartenenza associativa mi stia aiutando a rafforzare il mio senso di appartenenza verso la professione e mi dà la possibilità di esprimere taluni aspetti che non sono realizzabili nel contesto lavorativo (R_36_s) (...) confronto con altri professionisti e quindi di conseguenza essere poi più soddisfatti nel svolgere il proprio lavoro (R_63_s) Appartenenza e la sensazione di avere un punto di riferimento (R_87_s) Senso di appartenenza con persone che non lavorano nel mio stesso contesto (R_99_s) Ci si sente parte di un qualcosa e insieme si organizzano eventi e si discute su come migliorarci (S_132_s) (...) gioia quando si riesce a generare cultura professionale (R_84_s)	condivisione professionale senso di appartenenza impegno lavorativo insieme	condivisione

(...) approfondire alcuni aspetti del mio lavoro essere aggiornata sulle evidenze scientifiche (R_63_s) (...) l'associazione mi ha arricchito dal punto di vista professionale e umano (R_81_s) (...) un grande esempio e mi hanno stimolato voler sempre ricercare le ragioni che sottendevano al mio "fare" (R_27_s) (...) incontrando persone con esperienze e di realtà lavorative anche differenti, un valore aggiunto non da poco (R_42_s) Ho avuto sensazioni positive in quanto tale esperienza mi ha permesso di confrontarmi con gli altri membri favorendo così uno scambio di opinioni e di informazioni. (R_59_s)	accrescere conoscenza crescita professionale	crescita
Credo sia un'esperienza molto interessante e vantaggiosa per i professionisti. (R_9_s) L'associazione a cui sono iscritto, oltre a fornirmi l'assicurazione necessaria allo svolgimento del mio lavoro, mi chiarisce eventuali dubbi in merito a questioni burocratiche di cui non sono esperto. (R_21_s) L'associazione alla quale sono iscritta mi garantisce la possibilità di esercitare la mia professione e tutela i miei diritti in maniera precisa. (R_70_s)	fornitura di servizi	servizi
Poteniale sprecato, difficilmente supporta i professionisti (R_73_s) (...) sensazione di obbligo e esperienza negativa nel contatto con l'Ordine (R_17_s) MI SEMBRA UN CIRCOLO RISTRETTO DI POCHE PERSONE, NON SI APRONO ALL'ESTERNO (R_78_s) (...) fatica nel lavorare gratis fuori orario lavorativa (R_15_s)	negativa fatica a lavorare insieme	esperienza negativa
Per chi è iscritto a un'associazione, domanda 'perché è iscritto'		
(...) per poter svolgere la professione Infermieristica è obbligatorio (R_92_s) (...) facilitare quando occorre il rapporto tra professionista e datore di lavoro (R_132_s) (...) difendere interessi di categoria (R_137_s) (...) tutelare i miei interessi nel luogo di lavoro. (R_71_s) (...) sostenere il ruolo del Coordinatore e per valorizzarlo (R_84_s)	obbligo tutela	motivi formali/interesse
La necessità di un'evoluzione culturale e organizzativa della professione; creazione di diversi livelli di competenza infermieristica basati su conoscenze avanzate specifiche e retribuzione economica differenziata (R_26_s) (...) perché credo sia un modo per promuovere e valorizzare la cultura (R_55_s) (...) ne condivido l'esperienza lavorativa e gli interessi perseguiti (R_93_s) Perché penso che insieme a tanti iscritti, possiamo ottenere tanto (R_130_s)	evoluzione culturale condivisione di obiettivi sostenere la professione	sostegno alla professione
Mi piaceva poter fare qualcosa di più e poter fare esperienza nel campo dell'emergenza/urgenza (R_30_s) (...) elabora materiale interessante da consultare (R_87_s) (...) forma di approfondimento professionale (R_105_s) (...) per portare contributo e ricevere possibilità di effettuare esperienze interessanti (R_43_s) (...) ambiente della Sala Operatoria mi affascina molto e mi piace essere aggiornata. (R_59_s) (...) perché mi interessano gli argomenti trattati (R_54_s)	interesse personale aggiornamento informazione scambio professionale	formazione-informazione
Per chi è iscritto a un'associazione, domanda 'quale contributo riceve dall'associazione'		
(...) newsletter informative, promozione per la partecipazioni ad eventi congressuali (R_54_s) Aggiornamenti periodici mediante riviste e congressi organizzati. (R_59_s) Possibilità di fare corsi di formazione con ECM e se ne avessi necessità un supporto di tutela professionale e legale. (R_92_s) (...) aggiornamento continuo sulle evidenze scientifiche tramite lavori e progetti di ricerca (R_18_s) Linee guida e revisioni (R_87_s)	informazione formazione supporto scientifico	aggiornamento-formazione
(...) minima copertura assicurativa, avvocato etc (R_110_s) Posta elettronica certificata (R_130_s) Tutela dei diritti dei lavoratori, eventuale assistenza legale, assicurazione necessaria per la pratica infermieristica, chiarimenti di carattere tecnico/burocratico. (R_21_s)	servizi tutela	motivi formali
(...) mi ha permesso di conoscere personalità di spicco, mi piace poter essere presente durante i momenti pensati per la popolazione, mi interessa aggiornarmi su temi all'avanguardia. (R_15_s) (...) è una finestra sul mondo professionale anche a livello internazionale (R_27_s) Un contributo professionale dato dalla condivisione con i colleghi e umano dato dall'incontro con diverse realtà assistenziali e dai cittadini che incontriamo. (R_42_s) Il contributo fondamentale è il confronto con i colleghi (R_46_s)	conoscere altre persone confronto	condivisione
Per chi è iscritto a un'associazione, domanda 'quale contributo dà lei all'associazione'		
(...) quando possibile presentare e quindi condividere le esperienze professionali del gruppo al quale appartengo (R_95_s) Condivisione e scambio di vedute professionali (R_108_s) Partecipo alle riunioni. (R_89_s)	condivisione professionale partecipazione	condivisione

Oltre a quello economico, la professionalità quotidiana. (R_70_s) Mi limito a pagare la rata annuale. (R_71_s)	contributo monetario	contributo economico
(...) segreteria / accreditamento e organizzazione corsi ecm (R_15_s) Aiuto come posso sia nella gestione burocratica sia nella preparazione di materiali utili alla promozione della salute (R_99_s) Fornisco il mio tempo e le mie idee per sviluppare progetti, eventi formativi, ecc (R_36_s) (...) sono membro e ricopro al suo interno cariche direttive (R_116_s) Referente locale; divulgazione scientifica della Mission dell'Associazione a titolo gratuito (R_18_s)	organizzazione eventi cariche associative	contributo organizzativo
Per chi è iscritto a un'associazione, domanda 'quale contributo dà l'associazione alla comunità infermieristica/ostetrica'		
È una strada per crescere assieme, lontano dalle scelte politiche del singolo. Ci si trova uniti per lo sviluppo professionale (R_26_s) Rete di collegamento con altri colleghi esperti in una determinata materia. (R_54_s) I corsi che vengono svolti di approfondimento sono rivolti a professionisti che presentano la voglia di approfondire le proprie conoscenze le proprie abilità tecnica (R_63_s)	condivisione professionale	condivisione/informazione
(...) di sviluppo di rapporti con professionisti anche di altre professioni. (R_42_s) Di visibilità anche in ambito organizzativo e di contributo alla diffusione della cultura infermieristica e delle politiche sanitarie (R_42_s) (...) organizza progetti per promuovere il ruolo sociale dell'infermiere, agisce da "stakeholder professionale" presso gli Ordini e altre associazioni (R_36_s) VISIBILITA ALLA SOCIETA' (R_78_s)	promozione professionale elevazione culturale visibilità	promozione della professione
Tutela la singola figura professionale nei vari ambiti e contribuisce alla formazione (R_51_s) Tutela dei diritti dei lavoratori (R_21_s) Difesa del profilo professionale, evita la confusione dei ruoli (R_137_s)	rappresentanza tutela	rappresentanza e tutela
Per chi NON è iscritto a un'associazione, domanda 'perché non è iscritto'		
Non lo ritengo necessario al fine professionale. (R_60_n) (...) non mi interessa, e altrettanto non mi è mai stata posta la possibilità di iscrivermi (R_67_n) Perché non ne ho ancora avuto opportunità e poi per scelta personale (aspetto di trovare un impiego per poi dedicarmi a pieno ad una associazione). (R_83_n) Ho conseguito la laurea da pochi mesi e sto valutando (R_107_n)	manca di utilità manca di interesse manca di occasioni	no interesse
manca di tempo (R_11_n) Perché sono già impegnato in altre attività di educazione sanitaria nelle scuole (R_14_n) Perché al momento non lavoro come infermiera e ho rimandato l'iscrizione (R_16_n) Perché al momento non lavoro in Italia (R_23_n)	manca di tempo disoccupata estero neoassunta	situazione lavorativa
Non ho ancora avuto occasione di trovare un'associazione che mi rappresenti. (R_5_n) Perché non saprei a quale associazione iscrivermi e non ne conosco. (R_37_n) Perché forse non mi sono informata abbastanza per trovarne una interessante (R_38_n)	manca di conoscenza/informazione	non conoscenza
(...) perché l'iscrizione costa troppo rispetto all'offerta data (R_115_n) Non ne ho avuto l'occasione. Inoltre non ne avrei disponibilità economiche. (R_139_n)	costi disponibilità economica	questioni economiche
Per chi NON è iscritto a un'associazione, domanda 'perché mi piacerebbe iscrivermi a un'associazione professionale'		
Si in futuro per usufruire dei servizi e delle tutele (R_121_n) Sì, per avere supporto (R_126_n) Penso possa essere un vantaggio per lo sviluppo professionale (R_45_n)	tutela vantaggio	tutela e servizi
Mi piacerebbe farne parte perché riunisce persone con gli stessi obiettivi e con una professionalità tale da garantire l'avanzamento della professione. (R_76_n) Sì, per avere più informazioni legate ai corsi di aggiornamento ed alla professione in toto. (R_67_n) Forse potrei avere delle risposte che riguardano la mia professione, potrei avere per esempio informazioni su corsi che spesso sono a pagamento. (R_104_n) Sì, per essere sempre aggiornata (R_5_n)	crescita professionale informazione/formazione	formazione
Sarebbe fantastico sentirsi parte di una associazione di professionisti accomunati da più di un semplice profilo professionale o codice deontologico. (R_16_n) Per sentirmi parte di un gruppo che come scopo ha quello di tutelare e rappresentare non solo me, ma migliaia di colleghi che hanno i miei stessi diritti e interessi. (R_57_n) Sì, per avere sempre un confronto diretto con altre realtà lavorative ed imparare sempre cose nuove sempre su base scientifica (R_74_n) Sì! Per collaborare con altre colleghe e mettere insieme punti di vista diversi della nostra stessa professione (R_90_n)	senso di appartenenza condivisione confronto	appartenenza

Per chi NON è iscritto a un'associazione, domanda 'quale contributo potrebbe lei dare ad un'associazione professionale'		
(...) formando e informando gli altri membri sul preciso ambito/campo professionale in cui opero e viceversa (R_90_n) (...) le mie idee/conoscenze basandomi sulle linee guida (R_125_n) Porterei la mia esperienza personale per poter migliorare carenze o difetti eventualmente riscontrati (R75_n) Partecipare attivamente a iniziative e studi, contribuire a sviluppare la professione nei confronti del malato (R45_n) Potrei dare la mia disponibilità e contributo per la ricerca e preparazione di seminari e congressi allo scopo di formare altri colleghi interessati ad approfondire le proprie conoscenze su un dato argomento. (R_57_n)	contributo confronto esperienza partecipazione attiva	partecipazione
(...) contribuire economicamente e nei congressi e fare pubblicità (R_2_n) (...) facendo pubblicità così da far conoscere le associazioni e far sentire la nostra voce. (R_6_n) Contribuire a divulgare l'informazione (R_52_n)	contributo economico pubblicità	contribuire
Domanda 'cosa potrebbe dare un'associazione professionale alla comunità degli infermieri/ostetriche'		
Se ci fosse una integrazione reale tra associazioni e sistema sanitario, aumenterebbe anche la credibilità della figura infermieristica tra i cittadini oltre che un miglioramento nella pratica quotidiana. (R_24_n) Un'associazione alla comunità infermieristica ed ostetrica potrebbe dare forza e importanza alla professione. Dare un aiuto e supporto ai colleghi su tutto il territorio, ma anche aiutare gli studenti o i neo laureati ad informarsi sul mondo del lavoro. (R_50_n) Potrebbe fare da tramite tra quelle che sono le novità scientifiche e la realtà lavorativa, aumentare la voglia di mettersi in gioco e di essere sempre aggiornati su qualsiasi cosa, dare l'idea di protezione, perché insieme si è più forti (R_60_n)	riconoscimento sociale sostegno professionale	riconoscimento
Opportunità di miglioramento professionale durante l'intera carriera (R_3_n) Miglioramento della professione (R_23_n) (...) contributo nella ricerca e nell'avanzamento professionale (R_76_n) Approfondire i punti principali di una professione per cercare soluzioni sempre migliori (R_91_n) Crescita di tutti noi professionisti per un'outcome migliore nell'assistenza ai pazienti (R_74_n)	sviluppo conoscenze crescita professionale	crescita professionale

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

- Alotaibi M (2007) *Factors affecting nurses' decisions to join their professional association*. International Nursing Review, 54(2),160-5.
- American Nurses Association (2011) *Principles for Social Networking and the Nurse. Guidance for Registered Nurses*. Silver Spring, Maryland.
- Baldwin A, Mills J, Birks M, Budden L (2017) *Reconciling professional identity: A grounded theory of nurse academics' role modelling for undergraduate students*. Nurse Education Today, 59, 1-5.
- Bauman S (2008) *To Join or Not to Join: School Counselors as a Case Study in Professional Membership*. Journal of Counseling & Development, 86, 164-177.
- Bengtsson M (2016) *How to plan and perform a qualitative study using content analysis*. NursingPlus Open, 2, 8-14.
- Brabham B (1988) Editorial: *Rehabilitation and hunting quail*. Journal of Rehabilitation, 54(1), 5-6.
- Brubaker DR (1981) *Identity and organizational problems in professional rehabilitation*. Journal of Rehabilitation, 47(1), 54-58.
- Cain J, Romanelli F (2009) *E-professionalism: a new paradigm for a digital age*. Currents in Pharmacy Teaching and Learning, 1, 66-70.
- Calamandrei C (1986) *L'assistenza infermieristica: storia, teoria, metodi*. Urbino: NIS. ISBN: 9788843000982.
- Casella E, Mills J, Usher K (2014) *Social media and nursing practice: Changing the balance between the social and technical aspects of work*. Collegian, 21(2),121-126.
- Corbetta P (1999) *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino. ISBN: 8815067922.
- DeLeskey K (2003) *Factors affecting nurses decisions to join and maintain membership in professional associations*. Journal of Perianesthesia Nursing, 18(1), 8-17.
- Donati P, Vincenzi Amato P (1991) *Associazioni*. Enciclopedia delle scienze sociali, Enciclopedia Treccani online; consultato il 19 aprile 2018, disponibile all'indirizzo: <http://www.treccani.it/enciclopedia/associazione>.
- Elo S, Kyngas H (2002) *The qualitative content analysis process*. Journal of Advanced Nursing, 62(1), 107-113.
- Esmaeili M, Dehghan-Nayeri N, Negarandeh R (2013) *Factors impacting membership and non-membership in nursing associations: A qualitative study*. Nursing and Health Sciences, 15, 265-272.
- Farina CA, Wilson W, FitzSimmons K, (2016) *Exploring Strategies to Increase and Sustain Membership in the American Association of Nurse Anesthetists*. American Association of Nurse Anesthetists, 84(6), 396-403.
- Ferguson C (2013) *It's time for the nursing research: how diffusion of innovation theory can help uptake*. Journal of Advanced Nursing, 70(3), e3-e5, 0309-2402.

- Festová AS, Bártlová S (2013) *Involvement of Nurses in Professional Organisations – Foreign Study*. Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation, 3-4, 154-158.
- FNOPI, *Associazioni infermieristiche italiane*; consultato il 21 giugno 2018, disponibile all'indirizzo: <http://www.ipasvi.it/static/indirizzi-utili/associazioni-infermieristiche-italiane.htm>.
- FNOPI, *Muove i primi passi la Consulta delle associazioni infermieristiche*; consultato il 30 agosto 2018, disponibile all'indirizzo: <http://www.fnopi.it/attualita/muove-i-primi-passi-la-consulta-delle-associazioni-infermieristiche-id2105.htm>.
- Galletti C, Gamberoni L, Marmo G, Martellotti E (2017) *Professione infermiere alle soglie del XXI secolo*. Santarcangelo di Romagna (RN): Carocci Faber. ISBN: 8891621573.
- Galletti C, Anderson G, Casasanta D, Barbera C, Battista M, Bochicchio R, Cerfeda D, Dussi G, Gammone MR, Gaspari C, Gigante L, Lamberti F, Marinozzi E, Ortolani I, Pandolfi D, Pizziconi V, Pompei S, Riccobono A, Tosini C, Bizzaglia G (2018) *Politiche professionali: studio qualitativo sulle percezioni e le opinioni dei professionisti infermieri/ostetriche e degli studenti della Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche*. Professioni infermieristiche, 71(4), 221-231.
- Greggs-McQuilkin D (2005) *Why join a professional nursing organization?* consultato il 29 marzo 2018, disponibile all'indirizzo: <https://journals.lww.com/nursing>.
- Kaeryn F (2005) *Benefits of professional nursing organization membership*. AORN Journal, 82, 13-4.
- Ki EJ, Wang Y, (2016) *Membership benefits matter: Exploring the factors influencing members' behavioral intentions in professional associations*. Nonprofit Management & Leadership, 27(2), 199-217.
- Ki EJ (2018) *Determinants of health care professional association members' intention to renew and recommend membership to others*. Int J Nonprofit Volunt Sect Mark. 2018;23:e1610.
- Kim-Godwin YS, Baek HC, Wynd CA (2010) *Factors influencing professionalism in nursing among Korean*. American Registered Nurses Journal of Professional Nursing, 26(4), 242-249.
- Legge 8 marzo 2017, n. 24, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie* (GU serie generale n. 64 del 17-03-2017).
- Legge 11 gennaio 2018, n. 3, *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute* (GU serie generale n. 25 del 31-01-2018).
- Manara DF (2007) *Un grimaldello per scardinare le nostre gabbie mentali: la filosofia dell'assistenza infermieristica*. Nursing Oggi, 4, 6-20.
- Marmo G (2014) *Leggendo il documento 'Defining nursing' e riflettendo sull'infermieristica*. Rivista L'Infermiere 5; consultato il 30 agosto 2018, disponibile all'indirizzo: <http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-23-articolo-272.htm>.
- Matthews JH (2012) *Role of Professional Organizations in Advocating for the Nursing Profession*. ANA Periodicals OJIN 17 (1); consultato il 29 marzo 2018, disponibile all'indirizzo: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No1-Jan-2012/Professional-Organizations-and-Advocating.html>.
- Mills D (1980) *The first year*. Journal of Rehabilitation, 46(3), 9.
- Ministero della sanità, *Decreto 14 settembre 1994, n. 739, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*. (GU serie generale n. 6 del 09-01-1995).
- Moorley CR, Chinn T (2013) *Nursing and Twitter: creating an online community using hashtags*. Collegian, 21(2), 103-109.
- Mugavin ME (2014) *Millennials usher us in: Nursing and emerging virtual environment of care*. Journal of Nursing Education and Practice, 14(9), 69-76.
- Niebuhr B, Biel M (2007) *The value of specialty nursing certification*. Nurs Outlook, 55, 176-181.
- Oliverio MA (1979) *Editorial*. Journal of Rehabilitation, 45(4), 3.
- Olson M (2000). *The Logic of Collective Action: Public Goods and The Theory of Groups*, 18th ed., Massachusetts: Harvard. ISBN: 06-745-3751-3.
- Patterson JB, Pointer MP (2007) *A model for preparing leaders and promoting leadership skills within professional associations*. Journal of Rehabilitation Administration, 31, 101-112.
- Polillo R (2015) *Laurea infermieristica. Il 'monopolio' di Roma: nelle quattro università capitoline si laurea il 47% di tutti gli aspiranti infermieri italiani*. Quotidiano sanità; consultato il 9 agosto 2018, disponibile all'indirizzo: http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=33271.
- Quotidiano Sanità (2017) *In cinque anni aumento del 30% di domande di professionisti sanitari italiani per lavorare all'estero e del 40% delle richieste dall'estero verso l'Italia. Le statistiche Umem, Amsi e Uniti per Unire*. Consultato il 12 settembre 2018, disponibile all'indirizzo http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=53208.
- Prandstraller GP (1995) *Un approccio al nursing e alla professione infermieristica*. Milano: FrancoAngeli. ISBN: 9788820492137.
- Phillips BN, Leahy MJ (2012) *Prediction of Membership in Rehabilitation Counseling Professional Associations*. Rehabilitation Counseling Bulletin, 55(4), 207-218.

- Rapp LA, Collins PA (1999) *Reasons why nurses do or do not join their professional organization: A research study done in New Hampshire*. Nursing News, 49(5), 1–8.
- Regazzo C, Pignatto A (2015) *L'Organizzazione per intensità di cura*. In Calamandrei C. "Manuale di management per le professioni sanitarie". Milano: McGraw Hill Education, 75-96. ISBN: 8838646139.
- Santoro E (2012) *I social media nella strategia comunicativa delle associazioni no-profit: una miniguia all'uso* (Parte I). @Partecipasalute; consultato il 30 agosto 2018, disponibile all'indirizzo: https://www.partecipasalute.it/cms_2/node/1912.
- Shelander S (1998) *Membership: to be or not to be, why is that a question?* Breathe Line, 18, 5.
- Sironi C (2012) *L'infermiere in Italia: storia di una professione*. Roma: Carocci Faber. ISBN: 978-88-7466-630-0.
- Treccani enciclopedie online; consultato il 15 marzo 2018, disponibile all'indirizzo: http://www.treccani.it/enciclopedia/associazione_res-eba8a53d-45f8-11e2-8bbb-00271042e8d9/.
- Stevanin S, Gregori D, Poletti P (2015) *Generations of Italian nurses compared: an exploratory study*. Professioni Infermieristiche, 68(4), 211-8.
- Taft SH, Nanna KM (2008) *What Are the Sources of Health Policy That Influence Nursing Practice?* Policy, Politics & Nursing Practice, 9(4), 274-287.
- Tarvydas VM, Leahy MJ, Zanskas SA (2009) *Judgment deferred: Reappraisal of rehabilitation counseling movement toward licensure parity*. Rehabilitation Counseling Bulletin, 52, 85–94.
- Thackeray R, Neiger BL, Roe KM (2005) *Certified Health Education Specialists' Participation in Professional Associations: Implications for Marketing and Membership*. American Journal of Health Education, 36(6), 337-344.
- Ventola CL (2014) *Social Media and Health Care Professionals: Benefits, Risks, and Best Practices*. Pharmacy and Therapeutics, 39(7), 491-499.
- White MJ, Olson RS (2004) *Factors affecting membership in specialty nursing organization*. Rehabilitation Nursing, 29(4), 131–7.
- Whitten EB (1961) *Membership*. Journal of Rehabilitation, 27(1), 2.
- Yeager SJ (1981) *Fostering the development of professionalism: An exchange theory perspective of the decision to join a professional association*. Southern Review of Public Administration, 5, 314–338.



CONTRIBUTI

La Medicina Narrativa questa sconosciuta

di Rita Castelvete, Infermiera- Torino

Master di Medicina Narrativa Università del Piemonte Orientale

Corrispondenza: rita.castelvete@gmail.com

*“La Medicina Narrativa non è una disciplina,
ma è da considerarsi un atteggiamento mentale”
Bert, 2007*

È possibile accostare due realtà così diverse come la medicina e la narrazione? La pratica della cura e l'arte del raccontare?

Le origini della Medicina Narrativa

*La medicina è la mia legittima sposa,
mentre la letteratura è la mia amante:
quando mi stanco di una, passo la notte con l'altra.
Anton Pavlovic Čechov*

La Medicina Narrativa, successivamente denominata **Narrative Based Medicine (NBM)**, si è inizialmente sviluppata all'interno della Harvard Medical School, dove predominavano l'approccio ermeneutico e fenomenologico. Figure di riferimento della NBM sono, ancora oggi, **Arthur Kleinman** e **Byron Good**, secondo i quali la medicina è innanzitutto un sistema culturale, un insieme di significati simbolici che modellano il vissuto del malato.

Kleinman nel 1988 ha distinto la malattia in **disease e illness**.

Con il termine **disease** si intende la malattia in senso biomedico, una lesione organica causata da agenti interni o esterni, mentre **illness** indica il vissuto, l'esperienza soggettiva della malattia.

La narrazione della malattia riguarda questo secondo costrutto: le “storie di malattia” costituiscono la narrazione del vissuto soggettivo dell'individuo, ciò che per lui costituisce la sua “malattia”.

In seguito si è aggiunto il concetto di **sickness**, relativo alla malattia come riconoscimento sociale.

Verso la fine degli anni novanta, grazie a **Rita Charon e Rachel Naomi Remen**, il concetto di Medicina Narrativa si è affacciato sulla scena internazionale.

I termini utilizzati da questi autori indicavano una modalità di affrontare la malattia volta a comprenderne il significato in un quadro complessivo, sistemico, ampio e rispettoso della persona assistita.

Il lavoro svolto da Remen e Charon ha avuto come scopo principale quello di sensibilizzare il mondo medico ad utilizzare un approccio narrativo nella relazione con il paziente.

La medicina narrativa è un modello empatico in grado di favorire un'elevata aderenza al trattamento da parte del paziente e di offrire all'operatore una metodica per la rilevazione del vissuto soggettivo di malattia. Essa arricchisce le cure attraverso l'utilizzo, anche in senso terapeutico, dei racconti dei pazienti, dei medici, degli infermieri e di quanti operano nel sistema sanitario, valorizzando in particolare la prospettiva e la visione della malattia dal punto di vista del soggetto e dei suoi familiari.

NBM è nata in contrapposizione all'Evidence Based Medicine (EBM), per enfatizzare l'importanza della narrazione della patologia da parte del paziente al medico, al pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa. Il modello sottolinea l'importanza delle "storie" nel valutare la qualità delle cure e del rapporto medico-paziente.

Esso prevede anche una ricerca qualitativa, attraverso la raccolta di dati sui vissuti del paziente (es: tristezza, sentirsi soli, provar dolore, sconforto) e sulla modulazione delle relazioni che egli vive nell'ambiente di cura. Il costrutto narrativo prodotto dalla sofferenza presenta una ricchezza semantica che va oltre la valutazione della qualità delle cure percepita dal paziente (soddisfazione/insoddisfazione), ma mira a ridefinire la pratica clinica nel suo complesso. Le narrazioni di malattia sono quindi in primo luogo uno strumento di comprensione della relazione del paziente con la malattia stessa.

NBM nasce anche in contrapposizione a un modello di scientificità arida, che ha contribuito a una perdita di umanità in ambito medico, tuttavia la Medicina Narrativa non rinnega l'approccio scientifico né la EBM: la connotazione "qualitativa" che usualmente è attribuita alla medicina narrativa non costituisce un ostacolo, ma uno sprone ad utilizzare procedure e protocolli il più possibile rigorosi e ripetibili.

Negli ultimi decenni il mondo della salute e della sanità ha assistito a varie profonde fasi di cambiamento. Un cambiamento demografico-epidemiologico: l'invecchiamento della popolazione e la crescente esposizione a fattori nocivi per la salute (comportamentali, ambientali, socio-economici) hanno fatto crescere a dismisura in tutto il mondo, e non solo nei paesi industrializzati, la prevalenza e la mortalità per malattie croniche. Parallelamente, scoperte scientifiche e innovazioni tecnologiche, hanno cambiato radicalmente l'organizzazione degli ospedali, la tipologia di molti interventi e, cosa più importante, migliorato il decorso e la prognosi di molte malattie.

La medicina è una pratica sociale che ha nella sua essenza la cura delle persone affette da malattie, ma le categorie tecnologiche, economiche e politiche ci portano verso il concetto di “salute”. Credere che conoscere la malattia e il suo trattamento sia sapere come curare il malato contribuisce all'idea che il medico conti poco come individuo, dando per scontato che la conoscenza scientifica delle patologie acquisita dal medico, in base allo studio e all'esperienza possa curare i pazienti. Inoltre è diffusa l'idea che sia la tecnologia medica disponibile nei centri di eccellenza a curare e a guarire il malato: ma curare le malattie e curare gli ammalati sono due concetti profondamente diversi.

La Medicina Narrativa come metodo può rappresentare un modo per insegnare a conoscere davvero l'esperienza di malattia nella sua dimensione di vissuto. Un vissuto di malattia non può essere spiegato scientificamente, ma solo compreso nella sua singolarità: per coglierlo sono necessarie capacità osservative, interpretative e di costruzione del significato dell'esperienza di malattia.

Nella formazione medica si privilegiano spesso le competenze scientifiche, tralasciando quelle umanistiche. Ma, oltre al sapere scientifico, è importante sviluppare anche la capacità di ascoltare, capire e rispettare il paziente. La letteratura ci permette di attingere a vissuti emotivi, narrazioni ed esperienze, che ci consentono di riflettere sul difficile ruolo del paziente, ma anche su quello, altrettanto difficile, del medico. Riteniamo che in tale maniera si possa imparare molto sulla condizione del malato, sui suoi sentimenti e sul rapporto che egli stabilisce con i tanti medici che incontra nel suo lungo percorso di sofferenza.

Professionisti, operatori e familiari, che vivono a diverso titolo il mondo della medicina e della cura, raccontano il rapporto che hanno con le parole, ciascuno con un tema caratterizzante.

A guidare le loro riflessioni, l'idea che la lingua sia un punto di vista privilegiato per la conoscenza dell'essere umano, con l'obiettivo di delineare un itinerario di confronto, dialogo e ascolto tra contesti che, sebbene liminari, nella crescente complessità dei sistemi, non necessariamente si conoscono e si comprendono.

Un rapporto fondamentale lega la medicina alla parola e al linguaggio, sia come mezzo di comunicazione nella relazione di cura, sia come strumento d'espressione di un sapere.

Questo lo si vede particolarmente in alcune tra le principali criticità legate alla comunicazione medico-paziente, nelle problematiche relative all'interazione

tra differenti figure professionali e familiari, in tutte le fasi della malattia, nella necessità di avvicinare i servizi al contesto di vita della persona bisognosa di cura; inoltre non si deve dimenticare l'aspetto sociologico e culturale dei singoli pazienti.

Medicina Narrativa e Narrazione

Fondandosi sul dualismo cartesiano, che distingue mente e corpo, la medicina contemporanea

spesso ha messo al centro del processo di cura gli aspetti tecnico-scientifici e le conoscenze

del professionista sanitario, concentrandosi sul “disease”, non tenendo sufficientemente conto degli aspetti relativi a illness e sickness, ovvero i vissuti del paziente, dei famigliari e della percezione sociale della malattia.

La Medicina Narrativa, presupponendo una concezione unitaria della natura umana, rappresenta un'importante risorsa per modificare questa prospettiva.

Durante la Conferenza avvenuta ne **Il Congresso Internazionale “Narrative Medicine and Rare Disease”** nel giugno 2014, si è coniata la corrente definizione di Medicina Narrativa:

“Con il termine Medicina Narrativa (mutuato dall'inglese Narrative Medicine) si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza narrativa.

La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere ed integrare i diversi

punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura.

Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura). La Medicina Narrativa (NBM) si integra con l'Evidence-Based Medicine (EBM) e, tenendo

conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate. La narrazione del malato e di chi se ne prende cura, è un elemento inscindibile dalla medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagonisti del processo di cura.”

I Quattro Approcci Teorici alla Medicina Narrativa

Si possono individuare quattro approcci teorici alla Medicina Narrativa:

- Approccio terapeutico
- Approccio umanistico-narratologico
- Approccio fenomenologico-ermeneutico
- Approccio socio-antropologico

-Approccio fenomenologico-ermeneutico: affonda le sue radici nella fenomenologia husserliana, in Heidegger, nell'ermeneutica di Gadamer e nella filosofia di Ricoeur e Taylor. Questo approccio mette in discussione l'oggettività dell'utilizzo della narrazione di malattia.

L'incontro clinico può essere letto in chiave ermeneutica, in quanto caratterizzato da una pluralità di significati in base ai punti di vista espressi nella narrazione.

Il curante deve essere in grado di facilitare la condivisione delle storie e la loro comprensione.

-Approccio umanistico-narratologico: fa riferimento alla teoria di Rita Charon, che definisce la medicina narrativa come *"Un'arte di tipo umanistico la quale permette di riconoscere, interpretare ed essere spinti all'azione dalle difficoltà dei pazienti"*; secondo la sua teoria, la dimensione narrativa è parte integrante del processo di cura.

Le implicazioni di questo approccio non si fermano all'ascolto della narrazione del paziente, ma anche alle pratiche narrative che favoriscono la riflessione del professionista.

-Approccio fenomenologico-ermeneutico: affonda le sue radici nella fenomenologia husserliana, in Heidegger, nell'ermeneutica di Gadamer e nella filosofia di Ricoeur e Taylor.

Questo approccio mette in discussione l'oggettività dell'utilizzo della narrazione di malattia.

L'incontro clinico può essere letto in chiave ermeneutica, in quanto caratterizzato da una pluralità di significati in base ai punti di vista espressi nella narrazione.

Il curante deve essere in grado di facilitare la condivisione delle storie e la loro comprensione.

-Approccio socio-antropologico: parte dal presupposto che la medicina sia un sistema culturale

che modella la realtà clinica e l'esperienza che il malato fa della propria malattia, dal punto di vista antropologico e sociologico. A partire da queste considerazioni assume particolare importanza la differenza tra *disease*, *illness* e *sickness*, precedentemente spiegata.

Le storie non si limitano a raccontare le esperienze di malattia, ma le costituiscono, collegando l'esperienza del singolo al più generale contesto in cui esse avvengono.

Concludendo non esiste uno strumento migliore dell'altro, l'importante è lasciare libero l'intervistato/paziente di usare la modalità narrativa a lui più consona, tenendo conto dell'unicità e irripetibilità del paziente.

La Qualità Comunicativa e la Narrazione

La qualità comunicativa che si riesce ad ottenere nel dialogo tra medico e malato, contribuisce alla comprensione che i pazienti hanno della malattia,

dei rischi e dei benefici del trattamento (Osterberg & Blaschke, 2005), in quanto migliora la ricerca di informazioni cliniche e psicosociali (Falvo & Tippy, 1988; Waitzkin, 1985), coinvolge il paziente nel processo decisionale (Charles, Gafni, & Whelan, 1997; Greenfield, Kaplan, & Ware, 1985; Guadagnoli & Ward, 1998), permette una discussione chiara su benefici, rischi ed ostacoli all'aderenza (Chewning & Sleath, 1996; O'Connor, Legare, & Stacey, 2003; Stewart et al., 1999), aiuta a costruire un rapporto di fiducia (Fiscella et al., 2004) e fa sentire il paziente supportato ed incoraggiato, sia attraverso il linguaggio verbale che non verbale (Beck, Daughtridge, & Sloane, 2002).

Rita Charon ha evidenziato come senza un serio uso della narrazione nell'incontro clinico, la valenza comunicativa tra medico e paziente sia destinata a rimanere a margine, compromettendo criticamente la qualità della cura (Charon, 2006).

Acquisire l'abilità che definisce della "competenza narrativa" è fondamentale nella pratica medica, poiché permette di dare senso ai racconti, spesso confusi dei pazienti (Charon, 1993).

Le competenze narrative del medico, così come le abilità relazionali e comunicative, non si basano solo sulle doti naturali o sul talento personale. La medicina narrativa richiede da parte del medico una formazione specifica e continua.

Per concludere le competenze narrative sono costituite da un insieme di:

- capacità testuali, che permettono di comprendere e interpretare le narrazioni del paziente;
- capacità creative, che permettono di costruire una nuova narrazione insieme al paziente;
- capacità affettive, che aprono alla relazione empatica e prevengono situazioni di burnout.

La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere ed integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura.

Il fine è la costruzione condivisa di un percorso comune di cura personalizzato.

La narrazione del paziente, e di chi se ne prende cura, è un elemento imprescindibile della

medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagonisti del processo di cura.

La Relazione Medico-Paziente

Hollender individua tre modelli di base per mettersi in relazione nel processo di cura; nessuno di questi è migliore rispetto all'altro, è necessario adattarli alle varie situazioni.

1. Attività-Passività - Rapporto Madre-Lattante: il medico ha totale potere decisionale,

mentre il paziente è totalmente passivo; lo si ritrova nelle situazioni di urgenza;

2. Direzione-Collaborazione - Genitore-Adolescente: c'è un recupero di attività da parte del paziente che comprende ciò che gli viene spigato dal medico, così come il ragazzino riconosce l'autorità del genitore, e accetta le sue indicazioni. Questo meccanismo presuppone il fidarsi dell'altro; ne sono un esempio le malattie acute.

3. Partecipazione Reciproca - Adulto-Adulto: è un rapporto paritario, in cui il paziente può partecipare in modo adulto alla sua cura.

Durante il colloquio non bisogna correre il rischio che "dal linguaggio si cada in conversazione, dalla conversazione in chiacchiere, dalla chiacchiera alla confusione"

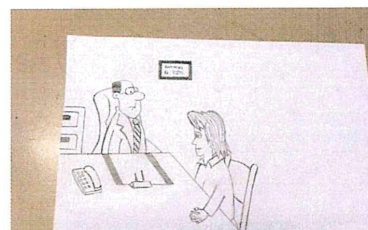
Un linguaggio chiaro presuppone tre condizioni: che si sappia ciò che si vuole dire, che l'ascoltatore sia in stato di veglia e che chi parla e chi ascolta usino una lingua in comune.

Il colloquio non è una conversazione, una discussione, un'intervista, un interrogatorio.

Nel colloquio ci sono reciproche influenze: la personalità dei soggetti, ma anche il contesto determina i comportamenti degli interlocutori stessi.

Inoltre esistono alcune variabili del colloquio:

- il luogo e il tempo
- gli stereotipi dei gruppi sociali
- il contesto
- le posizioni spaziali degli interlocutori
- lo status e il ruolo sociale
- l'età, il sesso
- l'idea che ciascuno si fa prima del colloquio
- le reazioni affettive immediate: simpatia e antipatia.
-



Nella raccolta dell'anamnesi sono importanti le domande che possono essere: aperte, chiuse, affettive e "Domande perché".

Le "Domande perché" si fanno per chiedere informazioni, soddisfare curiosità, manifestare interesse, incoraggiare un'ulteriore conversazione, facilitare la

comprensione, scoprire quello che gli altri sentono o pensano, controllare e confermare le risposte già date, mettere le persone a proprio agio.

Il modo in cui si risponde dipende: da chi fa la domanda, dal suo tono di voce, dal suo linguaggio corporeo, dal momento in cui viene formulata la domanda, dal contesto, dalla relazione instaurata.

Il colloquio clinico ha due scopi: stabilire un contatto umano e ottenere informazioni.



L'anamnesi considera: la malattia attuale, l'atteggiamento del paziente nei confronti della "sua malattia" e la concezione che si è formato. L'anamnesi descrive quello che c'è, non formula ipotesi diagnostiche: non ha mai termine e il medico dovrebbe rispettare i tempi del paziente.

La comunicazione che attuano i medici riguarda per il 64% contenuti tecnici e per il 23% contenuti che possono influenzare la qualità della vita del paziente. Mentre la comunicazione del paziente riguarda per il 41% contenuti tecnici e per il 48% problemi relativi alla qualità della vita. Dopo un colloquio con il medico almeno il 30% dei pazienti si sente come se non avesse ricevuto informazioni adeguate sulla propria malattia, ma non si osano chiedere spiegazioni.

La Struttura Narrativa del Colloquio Medico-Paziente

"Non c'è niente di peggio delle risposte che arrivano prima delle domande"
Oscar Wilde

Sempre più frequentemente il medico si lascia relegare solo ad un ruolo tecnico, come un "meccanico".

Il fatto è che il malato non è un oggetto e il medico non è un tecnico: medico e paziente sono innanzitutto due persone. Il medico non è sempre in grado di individuare e "riparare il guasto" assicurando una "restitutio ad integrum".

Il medico a questo punto si trova nella condizione di dover parlare con il “proprietario dell'organo malato” allo scopo di proporgli gli interventi diagnostici, terapeutici, i cambiamenti di stile di vita, le rinunce.

L'incontro tra due persone con un relativo coinvolgimento si dice relazione. Comunicazioni di questo tipo richiedono che tra gli attori si instauri una relazione di profonda fiducia reciproca.

Il malato difficilmente accoglierà le proposte del medico, per quanto razionali esse siano, se non si riesce a creare una relazione in cui il malato si senta libero di confidare al medico le sue ipotesi, i suoi dubbi, le sue incertezze e le sue paure per quanto irrazionali siano.

Come in tutte le relazioni il rispetto è molto importante e il medico deve tener conto dell'universo del malato con la sua identità, cultura e i suoi sistemi di riferimento; tutto questo non può venire eliminato e sostituito dalla pura razionalità scientifica del discorso medico.

Per ottenere una buona relazione medico-paziente è opportuno che sia il medico a condurre i “negoziati”, con le relative modifiche ad personam, altrimenti le modifiche avverranno lo stesso, ma con un risultato imprevedibile e magari pericoloso (es. scarsa compliance).

Per negoziare bisogna a volte rinunciare al proprio ruolo tecnico, conoscendo la realtà dell'altro e per esplorare il mondo dell'altro è necessario che si instauri una relazione.

Tra esseri umani la relazione è uno scambio di narrazioni, in questo caso narrazioni tra medico e paziente. Ogni malattia può essere narrata in diversi modi; la costruzione di un'alleanza terapeutica richiede una narrazione condivisa, che si costruisce visita dopo visita e non è mai definitiva.

La medicina in realtà è stata da sempre narrativa, non a caso l'anamnesi è chiamata storia clinica. Il malato fa un racconto della sua malattia: esordio, sintomatologia, decorso, fino all'incontro con un medico. Nell'incontro clinico avviene uno scambio di narrazione e una negoziazione di significati. La Medicina Narrativa valorizza questo scambio di narrazione tra paziente e medico e stimola la co-costruzione narrativa di una storia di cura, fornisce degli strumenti pratici e concettuali per comprendere il paziente, la sua malattia e la relazione umana tra il medico ed il malato.

Attraverso la Medicina Narrativa i medici e tutti gli operatori sanitari possono coltivare ed ampliare le proprie capacità empatiche, riflessive, di ascolto e riuscire a prendersi cura della persona con le sue emozioni, paure e speranze, oltre che curare la malattia.

“La narrazione è il discorso in cui qualcuno dice a qualcun altro che qualcosa è accaduto”.

Barbara Herrnstein Smith

La malattia stessa viene raccontata secondo un andamento storico: prima stavo bene, poi ho iniziato a stare male, così mi sono curato e infine sono guarito. Anche la storia clinica è una narrazione, è la narrazione che fa il medico, costruendo una trama sulla base delle sue

competenze mediche e scientifiche.

Quando un paziente entra in uno studio medico, senza saperlo inizia a raccontare la sua storia

di malattia, con lo stesso ordine di una trama. La narrazione è infatti il modo in cui diamo un

senso ai fatti, mettendoli in ordine, in una trama; la narrazione esprime un significato.

Potremmo sintetizzare le caratteristiche della narrazione come segue:

1. Presuppone un narratore ed un ascoltatore.
2. È strutturata secondo una linea temporale.
3. Riguarda il singolo individuo, ed un sapere ideografico.
4. Esprime i fatti accaduti attraverso il “filtro” della coscienza del soggetto narrante.
5. Rivela altre informazioni oltre ai fatti accaduti.
6. Coinvolge l’ascoltatore in un processo interpretativo.

All'interno del colloquio la narrazione del medico si concentra sulle informazioni biomediche:

la malattia raccontata dal medico è fatta di organi, di cellule, di atomi e molecole.

La narrazione del paziente include anche altri aspetti oltre a quelli biologici, aspetti psicologici, sociali, culturali, esistenziali (talvolta è fatta principalmente di questi), biografici.

La malattia raccontata dal paziente può essere *illness* e *sickness*, non solo *disease*.

Non si tratta solo di ascoltare le storie raccontate dai pazienti, ma di acquisire l’abilità di ascoltare il corpo nel suo insieme e la persona che lo abita. È molto importante che il medico inizi il suo colloquio con queste due semplici parole: “Mi racconti...”.

Il malato ha bisogno di raccontare i suoi sintomi, ma anche le emozioni, le fantasie, i timori e le attese che li accompagnano; è umiliante sentirsi solo come il portatore di una malattia.

Come ci insegnano i sociologi, bisogna tenere conto dell'agenda del paziente la quale è organizzata attorno alle seguenti categorie:

- i sentimenti, con particolare attenzione alle paure e alle ansie generate dalla malattia;
- le idee e le interpretazioni, i punti di vista sul disturbo del quale si è affetti;
- le interconnessioni tra malattia e il contesto familiare, sociale, culturale e lavorativo.

Tutto questo potrebbe essere utilizzato come griglia di lettura del vissuto di malattia dal medico. Bisogna inoltre stare attenti al livello di comprensione del malato: nel colloquio clinico infatti viene spesso usato da parte dei professionisti un gergo tecnico scarsamente comprensibile all'interlocutore, il "medichese".

L'utente deve quindi sempre essere attivo nel colloquio, usando la retrazione, cioè la capacità di dare e ricevere un feedback. Una delle tecniche da utilizzare a questo scopo è la parafrasi, cioè la riformulazione e la ricapitolazione chiesta al paziente, dopo aver ascoltato il discorso del medico, al fine di verificarne la comprensione (checking skill).

Molti operatori sanitari pensano che seguire la storia del malato sia una perdita di tempo e che li intrappoli per ore ad ascoltare delle informazioni inutili.

Invece spesso, a parità di tempo, si ottengono molti dati clinicamente utili, per non parlare del fatto che la stima e la fiducia che il paziente avrà verso il medico sarà maggiore; si sentirà considerato e coinvolto nella relazione e quindi più propenso ad aderire alle proposte diagnostiche e terapeutiche del medico (Moja, Vegni, 2000).

Il paradigma narrativo diventa poi indispensabile quando ci si accosta a chi è affetto da patologie croniche e con vari gradi di disabilità; in questi casi il soggetto e la sua famiglia entrano a pieno titolo come protagonisti e co-autori del percorso di cura.

Le metodologie che sin dalla fine degli anni Sessanta hanno caratterizzato l'analisi del materiale narrativo, scritto e orale, si possono identificare in tre filoni principali:

- Analisi Tematica: si conteggia la frequenza di parole e di temi proposti dal paziente;
- Analisi Linguistica: si differenziano le narrazioni per complessità di genere;

- Analisi di Contenuto: si seguono varie procedure per la rilevazione quantitativa della struttura della narrazione e del suo contenuto qualitativo.

Per concludere la Medicina Narrativa, questa sconosciuta...da quando ho iniziato ad occuparmene e a conoscerla, mi sono divertita a fare un piccolo sondaggio tra i vari medici che frequento nella mia realtà lavorativa, presso l'ospedale Molinette di Torino.

Nel momento in cui li incrociavo gli chiedevo quasi a bruciapelo: "Tu sai cos'è la Medicina Narrativa?"

Dopo un breve momento di stupore, con relativo sollevamento di sopracciglia e gote arrossate, ammettevano, a fatica, di non sapere di che cosa si trattasse; subito dopo, con voce flebile mi dicevano: "interessante... ma che cos'è?"

La mia opinione, è che invece quest'argomento dovrebbe essere conosciuto dagli operatori sanitari, per renderlo proprio in modo da poterlo applicare.

Infine, ruberò una citazione televisiva dell'ormai conosciuto Dr. House:



"Sono diventato medico per curare le malattie, non i malati"
Dott. House

Dr.ssa Rita Castelvetera

BIBLIOGRAFIA

- Agosti, A., (2003) (a cura di), *Il cinema per la formazione*, Franco Angeli, Milano.
- Bert, G., (2007) *Medicina Narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Cenci, C., (2005) *Storytelling, caring narratives e medicina narrativa: perché le storie non sono tutte*. Blog Digital di Nòva. Il Sole 24Ore, 18 novembre 2015.
- Charon, R., (2001 b) *Narrative Medicine. A model for empathy, reflection, profession*

- and trust*. In journal of American Medicine Association, 286,15,pp.1897-1902
- Charon, R., (2006), *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press. New York
- Copeland, J., (2010) *Film and Cinema: Past, Present and Future Perspectives* NOVA Editor
- Fognini, G., Duca, P., Casazza, G., (2005), *Medicinema: la formazione del medico e il contributo della decima Musa*. Considerazioni su una sperimentazione didattica. In *Medic*, 13,1, pp. 50-55
- Hunt, C., (1998), *Writing with the voice of a child: Fictional autobiography and personal development*. Jessica Kinsley Publishers, London- Philadelphia.
- Launer, J., (2002) *Narrative-based Primary Care*. Radcliffe Medical Press, Abingdon, UK
- Lodo, M.R., *Patografie. Voci, corpi, trame*. Master di Medicina Narrativa 2016/0217 Università del Piemonte Orientale, Novara
- Mattana, P., (2005), *Lo specchio di Andrea Tarkoskij*. In Cappa, F., Mancino, E., (a cura di), *Il mondo non sta nel cinema, che sta nel mondo*. Mimesis, Milano
- Moja, E., Vegni, E., (2000) *La visita medica centrata sul paziente*. Raffaello Cortina, Milano
- Mucchielli, R., (1997), *Apprendere il Counseling*. Erickson, Trento
- Pianzola, A., *Laboratorio di Narrazione*, Master di Medicina Narrativa 2016/0217 Università del Piemonte Orientale, Novara
- Piovano, A., *Musica e Medicina* Master di Medicina Narrativa 2016/0217 Università del Piemonte Orientale, Novara
- Sini, S., *L'alterità contagiosa nella rappresentazione letteraria* Master di Medicina Narrativa 2016/0217 Università del Piemonte Orientale, Novara
- 63
- Torre, E., (2010) *Lezione di Psichiatria e psicologia clinica* (a cura di) Usai, C.,

- Zeppegno, P. Aracne editrice s.r.l. Roma
- Torre, E. Lezioni Master di Medicina Narrativa 2016/0217 Università del Piemonte Orientale, Novara
 - Watzlawick, P., J.H. Beavin, D.D. Jackson, M. Ferreri (Traduttore) *Pragmatica della comunicazione umana* nov 1978
 - Kleinman, A., *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books, 1988
 - Zeppegno, P., *Counseling*, Master di Medicina Narrativa 2016/0217 Università del Piemonte Orientale, Novara
 - Il Congresso Internazionale "Narrative Medicine and Rare Disease", giugno 2014
Roma, Supplemento a Il Sole 24 ORE febbraio 2015
 - Legge 2 dicembre 1975 n° 644
 - Legge 29 dicembre 1993 n° 578
 - Legge 1° aprile 1999 n° 91
 - DGR n° 39-9947 del 14.7.2003
 - Conferenza Stato-Regioni seduta del 21 marzo 2002



CONTRIBUTI

Patient Blood Management in Italia: il ruolo dell'infermiere**di Sara Landriscina***Infermiera, Azienda Ospedaliera San Giovanni - Addolorata - Roma*Corrispondenza: sara_landriscina@hotmail.it

Il Patient Blood Management (PBM) è una strategia multidisciplinare e multimodale che ha come scopo la corretta gestione del sangue del paziente (Shander, 2012).

Le strategie di PBM nascono negli Stati Uniti negli anni Ottanta, per rispondere al bisogno assistenziale della copiosa comunità dei Testimoni di Geova, la quale, come noto, per motivi religiosi rifiuta il ricorso alla terapia trasfusionale. In quello stesso periodo, di fronte all'emergenza di trasmissione dell'HIV, la popolazione mondiale era estremamente sensibile alla questione trasfusionale (Spence, 2012).

Ai giorni nostri sta emergendo che, al di là delle complicanze infettive, delle reazioni avverse (Harvey, Basavaraju et al., 2015.) e degli effetti di immunomodulazione prodotti dalle trasfusioni (Blajchman, 2002), il ricorso alla terapia con sangue allogenico è un potente fattore di rischio per molte altre complicanze comunemente osservate in pazienti ricoverati, come lesioni polmonari e infezioni nosocomiali. Si configura anche come contributore indipendente di un peggior outcome del paziente, determinando un maggior rischio di morbidità e mortalità (Shander, 2012; Gross et al., 2013; Leahy et al., 2017).

A questo va aggiunto non solo che la trasfusione di sangue è una delle cinque procedure sovrautilizzate e impiegate in maniera inappropriata (Freedman, 2016), ma anche che ad un aumento della domanda di sangue corrisponde una riduzione del pool di donatori a causa di un invecchiamento della popolazione e di una diminuzione della popolazione idonea alla donazione (Leahy, 2012; Farmer et al., 2013), dati che hanno ulteriormente influenzato l'imperativo di adottare un approccio più riflessivo e basato sull'evidenza quando si considera la necessità di trasfondere i pazienti.

Durante una sessione della *World Health Assembly* (2010) è stata adottata la risoluzione WHA63.12, che contiene raccomandazioni sulla sicurezza e disponibilità dei prodotti del sangue. La raccomandazione comprende anche una parte relativa al Patient Blood Management in cui viene sottolineato che prima dell'intervento chirurgico bisognerebbe attuare ogni ragionevole misura per ottimizzare il volume del sangue del paziente, minimizzare le sue perdite ematiche e ottimizzare la fisiologica tolleranza all'anemia del paziente, seguendo le linee guida WHO.

Questo determina diverse implicazioni per gli Stati membri, tra cui la necessità di costruire azioni con lo scopo di implementare la risoluzione WHA63.12 entro quattro anni, di implementare gli outcome dei pazienti e il programma PBM in generale.

Quali sono i punti fondamentali del PBM? In primo luogo si promuove la sostituzione della medicina emocomponente-centrica con un approccio paziente-centrico, in cui il sangue del paziente viene valorizzato e tutelato (Shander et al., 2013; Hohmuth et al., 2014).

L'obiettivo del PBM non è solo di evitare le trasfusioni, ma di applicare approcci medici e chirurgici basati sulle evidenze per gestire l'anemia, ottimizzare l'emostasi e ridurre al minimo la perdita di sangue al fine di migliorare i risultati dei pazienti (Shander, 2012).

Gli obiettivi specifici del PBM sono essenzialmente tre: il miglioramento degli outcome clinici, la prevenzione della trasfusione evitabile e la riduzione dei costi di gestione. Per raggiungerli si utilizza la strategia dei tre pilastri del PBM (Hofmann et al., 2011) (Tabella 1).

Essi sono:

- ottimizzazione dell'eritropoiesi
- contenimento delle perdite ematiche
- ottimizzazione della tolleranza all'anemia.

Lo sviluppo e l'implementazione del PBM, inoltre, conducendo i clinici ad un uso più appropriato della risorsa sangue, determina una diminuzione delle giornate di degenza, delle complicanze, delle re-ospedalizzazioni, della morbidità e mortalità e determina un innegabile risparmio economico (Hofmann et al., 2013; Shander, 2014; Leahy et al., 2017).

Tabella 1 - I tre pilastri del Patient Blood Management (adattato da Hofmann A. et al., 2011)

Periodo	Pilastro 1	Pilastro 2	Pilastro 3
	Ottimizzazione dell'eritropoiesi	Contenimento delle perdite ematiche	Ottimizzazione della tolleranza all'anemia
Pre - operatorio	- Rilevare l'anemia - Identificare e trattare la patologia di base che causa l'anemia - Rivalutare il paziente, se necessario - Trattare le carenze marziali e le anemie sideropeniche, le anemie delle malattie croniche e le carenze funzionali di ferro (la cosiddetta iron-restricted erythropoiesis) - Trattare la carenza di altri ematinici	- Identificare e gestire il rischio emorragico - Contenimento del sanguinamento iatrogeno - Attenta pianificazione e preparazione della procedura - Predeposito, in casi molto selezionati	- Valutare/ottimizzare la riserva fisiologica del paziente e i fattori di rischio - Confrontare la perdita di sangue stimata con quella tollerabile dal singolo paziente - realizzare programmi di blood management individualizzati che includano le tecniche di risparmio del sangue adeguate al singolo caso - Adozione di soglie trasfusionali restrittive
Intra - operatorio	- Adeguata programmazione dell'intervento chirurgico dopo l'ottimizzazione dell'eritropoiesi	- Emostasi meticolosa e tecniche chirurgiche - Tecniche chirurgiche di risparmio del sangue - Tecniche anestesiológicas di risparmio del sangue - Tecniche di autotrasfusione - Tecniche farmacologiche e agenti emostatici - Diagnostica point of care	- Ottimizzare la gittata cardiaca - Ottimizzare la ventilazione e l'ossigenazione - Adozione di soglie trasfusionali restrittive
Post - operatorio	- Stimolare l'eritropoiesi se necessario - Rilevare le interazioni farmacologiche che possono favorire e accentuare l'anemia post - operatoria	- Attento monitoraggio del paziente e gestione del sanguinamento post operatorio - Riscaldamento rapido/mantenimento della normotermia - Tecniche di autotrasfusione, se appropriate - Contenimento del sanguinamento iatrogeno - Gestione dell'emostasi e dell'anticoagulazione - Profilassi delle emorragie del tratto GI superiore - Profilassi/trattamento delle infezioni	- Ottimizzare la tolleranza all'anemia - Massimizzare l'apporto di ossigeno - Minimizzare il consumo di ossigeno - Adozione di soglie trasfusionali restrittive

La legislazione, le raccomandazioni, i progetti italiani

In Italia dal 2012 il Centro Nazionale Sangue (CNS) si occupa di PBM (Vaglio et al., 2017).

Il Patient Blood Management si è sviluppato ufficialmente solo nel 2013, anno in cui è citato all'interno del Programma di Autosufficienza Nazionale del Sangue e dei suoi Prodotti. Fino al 2013 solo in sporadiche realtà, ma non in maniera ufficiale e standardizzata, sono stati sviluppati programmi di corretta gestione del sangue, seguendo le indicazioni della letteratura e delle linee guida straniere.

Rara e precoce esperienza italiana risulta essere quella sviluppata nel 2006 presso l'IRCCS Policlinico San Donato in San Donato Milanese (La Torre, 2008). In questa esperienza pilota, condotta basandosi sul modello americano, si è identificato un gruppo di lavoro comprendente diverse figure professionali, sia sanitarie che amministrative, per monitorare il consumo di sangue ed implementare il suo corretto utilizzo, al fine di prevenire e gestire l'anemia preoperatoria ed ottenere un risparmio di emocomponenti trasfusi. Si individua anche la figura di un infermiere coordinatore al pari del *bloodless coordinator* statunitense, una PBM nurse che si occupa della collaborazione tra sanitari e paziente e del coordinamento dell'intero progetto.

All'interno del Programma di Autosufficienza Nazionale del Sangue e dei suoi Prodotti del 2013, si si raccomanda di definire e promuovere l'applicazione di approcci multidisciplinari evidence-based, finalizzati a migliorare in modo sostenibile l'outcome del paziente mediante il mantenimento della concentrazione emoglobinica, l'ottimizzazione dell'emostasi e la minimizzazione delle perdite ematiche. In tali ambiti, identificare i pazienti a rischio di trasfusione e definire piani di gestione clinica dello stesso (patient blood management), tesi a ridurre o eliminare il bisogno di trasfusione allogenica, riducendo al contempo i rischi ed i costi ad essa collegati.

Questa necessità è sottolineata anche nei Programmi degli anni successivi: in particolare in quello del 2015 si fa specifico riferimento ad una iniziativa nazionale chiamata "Patient Blood Management – Italy". Questa iniziativa culmina con la produzione delle "Raccomandazioni per l'Implementazione del Programma di Patient Blood Management", primo ufficiale documento di PBM italiano, pubblicato nel 2015, all'interno del quale viene esplicitamente richiamata la necessità dell'individuazione di personale infermieristico dedicato (Guerra et al., 2016).

Nello stesso anno, il Decreto del Ministro della Salute del 2 Novembre 2015, all'art. 25, comma 5, definisce ed implementa sul territorio nazionale specifici programmi (patient blood management) con particolare riferimento alla preparazione del paziente a trattamenti chirurgici programmati, sulla base di linee guida da emanare a cura del Centro Nazionale Sangue entro sei mesi dall'entrata in vigore del decreto stesso.

Nel 2016 vengono infatti emanate le Linee Guida per il Programma di Patient Blood Management, e nello stesso anno parte la campagna "Only One: una trasfusione, una decisione clinica indipendente", una politica sostenuta dal Ministero della Salute e dalle società scientifiche del settore, che incoraggia al ricorso ad una singola unità di emazie da trasfondere. La trasfusione della dose minima efficace di globuli rossi è raccomandata poiché l'impiego liberale della trasfusione non migliora lo stato clinico dei pazienti, esponendoli invece a tutti i rischi connessi alla trasfusione senza ottenere un beneficio concreto e generando un aumento dei costi (Ma et al., 2005; National Blood Authority Australia, 2014; Heyes et al., 2017).

Nel Programma di Autosufficienza Nazionale del Sangue e dei suoi Prodotti del 2016 e 2017 viene dato ancora spazio al PBM, riconosciuto come uno degli strumenti indispensabili a garantire la complessiva autosufficienza nazionale di globuli rossi (GR). Il Programma del 2018 afferma che la diminuzione dell'uso clinico dei GR è molto verosimilmente da porre in relazione alla implementazione delle nuove strategie e linee di indirizzo finalizzate alla prevenzione della trasfusione evitabile (PBM).

Il ruolo dell'infermiere in un programma di PBM

Dal punto di vista legislativo e teorico, dunque, è previsto uno spazio dedicato a personale infermieristico specializzato all'interno di programmi di PBM, identificato nei ruoli di *bloodless coordinator* e *PBM nurse*. Numerosissimi sono gli esempi di gestione di tali programmi a cura degli infermieri, in particolare negli Stati Uniti e in Australia, dove le strategie di PBM sono comunemente condotte negli ospedali da molti anni, con molte citazioni in letteratura (Tovarelli, 2005; Miller et al., 2015; De Bretan-berg, 2014; Shannon et al., 2013; Gallagher et al., 2015; Freedman, 2016; Bielby et al., 2018).

Sulla base di questi modelli, il ruolo dell'infermiere (Tabella 2) all'interno di tali programmi può essere articolato in diverse aree:

- promozione e partecipazione al programma di PBM
- educazione
- governance
- sviluppo professionale
- ricerca.

La promozione e la partecipazione al programma di PBM si declina nella collaborazione per l'elaborazione e lo sviluppo del programma, nella promozione di un team multidisciplinare, team di cui il PBM nurse coordinator è a capo insieme ad una figura appartenente all'area medica (Farmer et al., 2013; Farmer et al., 2015; Bielby e Haberfield, 2018). L'infermiere si occupa anche della gestione dei materiali, dei prodotti farmaceutici e della realizzazione di brochure informative per i pazienti, tenendo conto della loro capacità di comprensione. Infine si occupa di supervisionare l'andamento del programma e funge da raccordo tra i diversi professionisti che ruotano attorno al paziente durante il suo processo di cura (De Bretan-Berg, 2014).

L'attività di educazione è svolta attraverso lo sviluppo e l'implementazione di veri e propri programmi di formazione rivolti a professionisti sanitari, sia in loco che in modalità e-learning (Miller et al., 2015; Bielby et al., 2018). Per facilitare l'intervento formativo, l'infermiere coordinatore si occupa della produzione di poster educativi che fungano da *reminder* ai colleghi. Essi possono avere tematiche diverse, in base agli aspetti che sono ritenuti più importanti da sottolineare nella struttura. L'educazione è rivolta invece al paziente e ai familiari nella modalità di brochure informative, schede terapeutiche e nutrizionali e indicazioni circa la propria condizione clinica e le opzioni terapeutiche (Tovarelli, 2005; De Bretan-Berg, 2014). Il coinvolgimento del paziente nelle decisioni è fondamentale considerando l'ottica *patient-centred* a cui sono ispirati i programmi di PBM (De Bretan-Berg, 2014, Miller et al., 2015).

Per quanto concerne l'area della governance, il PBM nurse si occupa di collaborare nella produzione, sviluppo ed implementazione di protocolli, procedure e manuali a guida dei professionisti sanitari, oltre che di implementare le procedure esistenti, includendo la politica del *single-unite transfusion* (De Bretan-Berg, 2014). Ampio spazio è dedicato alla realizzazione di modulistica specifica, anche legata alla segnalazione di reazioni trasfusionali, e alla revisione della modulistica legata al consenso informato ai trattamenti (Miller et al., 2015; Gallagher et al., 2015).

Lo sviluppo professionale è ottenuto tramite la promozione della partecipazione a corsi di aggiornamento, master e corsi di perfezionamento in PBM in ambito universitario (Gallagher et al., 2015; Miller et al., 2015; Bielby et al., 2018). Viene incentivata anche la partecipazione a convegni e conferenze sull'argomento, sia a livello locale che nazionale che internazionale. È auspicabile la creazione di un network per permettere un rapido scambio di opinioni, casi clinici e percorsi (Miller et al., 2015; Bielby et al., 2018).

Nell'ambito della ricerca, infine, l'infermiere è responsabile della pianificazione e conduzione di audit clinici, per sviluppare la consapevolezza del team, migliorare la strategia ed individuare le criticità del programma. Si sottolinea l'importanza dell'elaborazione di database per la raccolta dati dei pazienti e la possibilità di effettuare studi clinici (Farmer et al., 2013; De Bretan-Berg, 2014; Miller et al., 2015).

Tabella 2 - Aree di responsabilità del PBM nurse

Promozione e partecipazione al programma di PBM	- Collaborazione nell'elaborazione e sviluppo del programma - Promozione dell'approccio di lavoro mediante team multidisciplinare - Gestione di materiali, prodotti farmaceutici, brochure informative - Supervisione delle dinamiche del programma di PBM
Educazione	- Sviluppare ed implementare programmi di formazione agli operatori - Produrre poster educativi - Educazione al paziente e ai familiari circa le opzioni terapeutiche
Governance	- Collaborazione nella produzione, sviluppo ed implementazione di protocolli, procedure e manuali a guida dei professionisti sanitari - Implementazione delle procedure e della modulistica legata al consenso informato ai trattamenti - Implementazione delle procedure legate a reazioni trasfusionali
Sviluppo professionale	- Promuovere la partecipazione a corsi di aggiornamento, master, corsi di perfezionamento in PBM - Promuovere la partecipazione a convegni e conferenze - Creare un network per un rapido scambio di opinioni, casi clinici e percorsi
Ricerca	- Pianificare e condurre audit clinici - Collaborazione a studi clinici - Elaborazione di database per la raccolta dati

Conclusioni

Normativa, linee guida e raccomandazioni hanno individuato la necessità di identificare una figura infermieristica dedicata nei programmi di PBM.

I benefici derivanti dall'introduzione di una figura dedicata sono molteplici ed abbracciano diversi aspetti, da quello prettamente assistenziale a quello economico. Il primo a beneficiare dell'attività del PBM nurse è il paziente, che riceve un'assistenza di qualità e vicina alle sue esigenze. Il malato è coinvolto nel proprio processo di guarigione, è informato circa le metodiche che possono essere applicate al suo caso (Shander et al., 2013; De Bretan-Berg, 2014; Miller et al., 2015), mostrerà migliori outcome (Shander et al., 2013) e verrà esposto a minori rischi legati alla trasfusione (Blajchman, 2002).

I professionisti della salute beneficiano dell'introduzione di questa figura, potendo usufruire di protocolli, procedure e linee guida aggiornate, garantendo un'assistenza in team dove le esperienze sono condivise e le competenze dei singoli sono esaltate. Infine la struttura sanitaria ottiene un risparmio economico a fronte di maggiore sicurezza per il paziente, riduzione delle giornate di degenza, di mortalità e di rischi legati alla trasfusione (Shander et al., 2012; Gross et al., 2013; Landriscina, 2016; Leahy et al., 2017).

L'infermiere dedicato all'interno di programmi di PBM può esprimere al meglio non solo la natura tecnica, relazionale ed educativa della professione, ma anche le capacità di programmazione e di gestione, nonché l'attività di ricerca, di controllo e di supervisione, garantendo una assistenza paziente-centrica di alta qualità, all'avanguardia e sostenibile dal punto di vista economico.

BIBLIOGRAFIA

- Bielby L., Haberfield A., Kelsey G., Kay S. (2018) The role of the transfusion practitioner in the multidisciplinary team. ISBT Science Series, 0, 1–9 DOI: 10.1111/vox.12408.
- Bielby L., Moss RL. (2018) Patient blood management and the importance of the Transfusion Practitioner role to embed this into practice. Transfus Med. Apr;28(2):98-106. doi: 10.1111/tme.12526. Epub 2018 Apr 16.
- Blajchman M.A. (2002) Immunomodulation and blood transfusion. Am J Ther. Sep-Oct;9(5):389-95.
- Capone S., Sambati V., Montanari E., Antonazzo M. (2017) L'infermiere tra immagine sociale e professionale: esperienze dirette, stereotipi e ruolo dei media. L'infermiere, 54:4:e62-e67.
- Centro Nazionale Sangue (2016), Linee Guida per il programma di Patient Blood Management. Disponibile da: <http://pbm.centronazionalesangue.it/MC-API/Risorse/Linee%20Guida%20per%20il%20programma%20di%20Patient%20Blood%20Management.pdf> (u.c. 01/05/2019).
- Centro Nazionale Sangue (2013), Programma di Autosufficienza Nazionale del Sangue e dei suoi Prodotti. Pubblicato in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il 13/12/2013, anno 154° - Numero 292, Disponibile da: https://www.centronazionalesangue.it/sites/default/files/d.m._29.10.2013_gu_13.12.2013_programma_nazionale_autosufficienza_2013_0.pdf (u.c. 07/05/2019).
- Centro Nazionale Sangue (2014), Programma di Autosufficienza Nazionale del Sangue e dei suoi Prodotti. Pubblicato in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il 14/11/2014, anno 155° - Numero 265. Disponibile da: <https://www.centronazionalesangue.it/sites/default/files/Programmazione%202014.pdf> (u.c. 07/05/2019).
- Centro Nazionale Sangue (2015), Programma di Autosufficienza Nazionale del Sangue e dei suoi Prodotti. Pubblicato in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il 14/07/2015, anno 156° - Numero 161. Disponibile da: <https://www.centronazionalesangue.it/sites/default/files/Programma%20Autosuff%202015.pdf> (u.c. 07/05/2019).
- Centro Nazionale Sangue (2016), Programma di Autosufficienza Nazionale del Sangue e dei suoi Prodotti. Pubblicato in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il 09/08/2016, anno 157° - Numero 185. Disponibile da: https://www.centronazionalesangue.it/sites/default/files/Decr_280616_Programma_autosufficienza_naz_sangue_e_suoi_prodotto_anno_2016-GU-185-090816.pdf (u.c. 07/05/2019).
- Centro Nazionale Sangue (2017), Programma di Autosufficienza Nazionale del Sangue e dei suoi Prodotti. Pubblicato in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il 11/09/2017, anno 158° - Numero 212. Disponibile da: https://www.centronazionalesangue.it/sites/default/files/Programma%20Nazionale%20Autosufficienza%202017_0.pdf (u.c. 07/05/2019).
- Centro Nazionale Sangue (2018), Programma di Autosufficienza Nazionale del Sangue e dei suoi Prodotti. Pubblicato in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il 09/10/2018, anno 159° - Numero 235. Disponibile da: <https://www.centronazionalesangue.it/sites/default/files/Programma%20Nazionale%20di%20Autosufficienza%202018.pdf> (u.c. 07/05/2019).
- De Bretan-Berg M. (2014). Blood conservation coordinators and the ONTraC program. ensuring the appropriate and judicious use of blood in surgical patients. Can Nurse. Oct;110(7):14, 16.
- Decreto del Ministro della Salute del 2 Novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti". Disponibile da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/12/28/15A09709/sg> (u.c. 07/05/2019).
- Farmer S.L., Towler S.C., Leahy M. F., Hofmann A. (2013). Drivers for change: Western Australia Patient Blood Management Program (WA PBMP), World Health Assembly (WHA) and Advisory Committee on Blood Safety and Availability (ACBSA). Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 27(1) 43-58.
- Farmer SL., Trentino K., Hofmann A., Semmens JB., Mukhtar SA., Prosser G., Hamdorf JM., Rao S., and Leahy MF. (2015) A Programmatic Approach to Patient Blood Management – Reducing Transfusions and Improving Patient Outcomes. The Open Anesthesiology Journal, 9, 6-16.
- Fondazione Censis, L'infermiere protagonista della buona sanità del futuro (2012) - Disponibile da: http://www.fnopi.it/archivio_news/pagine/150/8_Sintesi_Censis.pdf (u.c. 18/12/2018).

- Freedman J. (2016). Transfusion Medicine: Time for a Change: Patient Blood Management and the Ontario ONTraC Program. *Intensive Care Nursing Perioper Crit Intensive Care Nurs*, 2:2 doi.org/10.4172/2471-9870.1000123.
- Gallagher T., Darby S., Vodanovich M., Campbell L., Tovey J. (2015). Patient blood management nurse vs transfusion nurse: is it time to merge? *British Journal of Nursing*, 24(9), 492-495.
- Gross I., Shander A., Sweeney J. (2013). Patient blood management and outcome, too early or not? *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. Mar;27(1):161-72. doi: 10.1016/j.bpa.2012.12.005.
- Guerra R., Velati C., Luimbruno GM., Grazzini G. (2016). Patient Blood Management in Italy. *Blood Transfus*, 14: 1-2 doi: 10.2450/2015.0171-15.
- Harvey AR, Basavaraju SV, Chung KW, Kuehnert MJ. (2015). Transfusion-related adverse reactions reported to the National Healthcare Safety Network Hemovigilance Module, United States, 2010 to 2012. *Transfusion*. Apr;55(4):709-18. doi: 10.1111/trf.12918. Epub 2014 Nov 5.
- Heyes J., Kelly PA., Monaghan K., Lawn M., Dhesi A., Mijovic A. (2017). A single unit transfusion policy reduces red cell transfusions in general medical in-patients. *QJM*. Nov 1;110(11):735-739. doi: 10.1093/qjmed/hcx150.
- Hofmann A, Farmer S, Shander A. (2011) Five drivers shifting the paradigm from product-focused transfusion practice to patient blood management. *Oncologist*, 16 (Suppl 3): 3-11.
- Hofmann A, Ozawa S, Farrugia A, Farmer SL, Shander A. (2013) Economic considerations on transfusion medicine and patient blood management. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. Mar;27(1):59-68. doi: 10.1016/j.bpa.2013.02.001.
- Hohmuth B., Ozawa S., Ashton M., Melseth RL., (2014) Patient-Centered Blood Management. *Journal of Hospital Medicine*, 9,(1).
- La Torre A.,(2008) Bloodless Coordinator Care: una nuova figura infermieristica. *Io infermiere*, 1, 8 – 11.
- Landriscina S., La Torre A. (2016) La Coordinatrice del Sangue: una figura infermieristica dedicata in un programma di Patient Blood Management. *Confronto Professionale*, 1, 19.
- Leahy MF, Mukhtar SA. (2012) From blood transfusion to patient blood management: a new paradigm for patient care and cost assessment of blood transfusion practice. *Intern Med J.*, Mar;42(3):332-8. doi: 10.1111/j.1445-5994.2012.02717.x.
- Leahy MF., Hofmann A., Towler S., Trentino KM., Burrows SA., Swain SG., Hamdorf J., Gallagher T., Koay A., Geelhoed GC., Farmer SL. (2017) Improved outcomes and reduced costs associated with a health-system-wide patient blood management program: a retrospective observational study in four major adult tertiary-care hospitals. *Transfusion*. Jun;57(6):1347-1358. doi: 10.1111/trf.14006. Epub 2017 Feb 2.
- European Federation of Nurses Associations (2015). EFN Competency Framework. Linee Guida EFN per l'applicazione dell'Articolo 31 all'interno di programmi nazionali di formazione infermieristica. Brussels, Belgium. Disponibile da: https://www.nurse24.it/wp-content/uploads/2015/12/EFN_Competenze_Italian_15_Dec_2015.pdf (u.c. 05/01/2019).
- Ma M, Eckert K, Ralley F, Chin-Yee I. (2005). A retrospective study evaluating single-unit red blood cell transfusions in reducing allogeneic blood exposure. *Transfus Med*. Aug;15(4):307-12.
- Miller K. et al, (2015). The Evolving Role of the Transfusion Practitioner, *Transfus Med Rev*, Apr;29(2):138-44. doi: 10.1016/j.tmr.2014.08.005. Epub 2014 Dec 18.
- National Blood Authority Australia. Single Unit Transfusion Guide Summary June 2014. Disponibile da: <https://www.blood.gov.au/system/files/documents/single-unit-transfusion-guide-summary-june-2014.pdf> (u.c. 18/12/2018).
- Shander A., Hofmann A., Isbister J., Van Haken H. (2013), Patient blood management – The new frontier. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, March,27(1), 5-10.
- Shander A. (2014). Preoperative anemia and its management. *Transfus Apher Sci*. Feb;50(1):13-5. doi: 10.1016/j.transci.2013.12.006. Epub 2013 Dec 19.
- Shander A., Van Aken H., Colomina M., Gombotz H., Hofmann A., Krauspe R., Lasocki S., Richards T., Slappendel R., Spahn D.R. (2012). Patient Blood Management in Europe. *Br J Anaesth*. Jul;109(1):55-68. doi: 10.1093/bja/aes139. Epub 2012 May 24.
- Shannon L. Farmer, Simon C. Towler, Michael F. Leahy, Axel Hofmann (2013). Drivers for change: Western Australia Patient Blood Management Program (WA PBMP), World Health Assembly (WHA) and Advisory Committee on Blood Safety and Availability (ACBSA). *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 27(1),43-58 11-12 (March 2013).
- Spence R., Erhard J., (2013). History of patient blood management. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, March 27(1), 11-15).
- The World Health Assembly The World Health Assembly Resolution on availability, Resolution on availability, safety and quality of blood safety and quality of blood products (WHA 63.12) products (WHA 63.12) Adopted May 2010.

- Tovarelli T., Valenti J. (2005). The Pregnant Jehovah's Witness How Nurse Executives Can Assist Staff in Providing Culturally Competent Care. JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation, 7(4), 105-109.
- Vaglio S., Gentili S., Marano G., et al. (2017). The Italian Regulatory Guidelines for the implementation of Patient Blood Management. Blood Transfusion, Jul;15(4):325-328.
- Vaglio S., Prisco D., Biancofiore G., Rafanelli D., Antonioni P., Lisanti M., Andreani L., Basso L., Velati C., Grazzini G., Liunbruno G.M. (2015). Raccomandazioni per l'Implementazione del Programma di Patient Blood Management – applicazione in chirurgia ortopedica maggiore dell'adulto. Disponibile da: <http://pbm.centronazionalesangue.it/MC-API/Risorse/Raccomandazioni%20Patient%20Blood%20Management.pdf> (u.c. 07/05/2019).



CONTRIBUTI

Le cure palliative per i pazienti con malattia renale allo stadio terminale

di **Monica Esposito (1)**, **Massimo Alberio (2)**, **Stefania Di Mauro (3)**

(1) Infermiera - Monza

(2) Massimo Alberio, Direttore Didattico CdL Infermieristica, Università degli Studi di Milano Bicocca, Sede ASST Monza - Monza

(3) Professore associato Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Milano Bicocca - Monza

La malattia renale allo stadio terminale (ESRD) è definita come declino irreversibile della funzione renale di una persona, ad un livello tale da risultare fatale in assenza di dialisi o trapianto. L'ESRD è inclusa nella fase 5 della classificazione nazionale *Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* di malattia renale cronica (CKD), ed interessa individui con una velocità di filtrazione glomerulare stimata inferiore a 15 ml al minuto per 1,73 m² di superficie corporea, o a quelli che richiedono dialisi indipendentemente dalla velocità di filtrazione glomerulare.

Le cure palliative nella ESRD prevedono una pianificazione preventiva delle cure e comprendono: la definizione di direttive anticipate di trattamento, la gestione clinica e psicologica, la cura etica e spirituale con professionisti della salute specializzati (Cohen et al., 2006).

L'onere del sintomo nei pazienti con insufficienza renale cronica è alto e comunemente include: edema, dolore, nausea e vomito, immobilità, problemi alla vescica e all'intestino, letargia, insonnia, dispnea, prurito e depressione (Noble et al., 2008; Murtagh et al., 2010). Più complessivamente, a causa dell'ampiezza e della gravità dei sintomi fisici e degli aspetti psicologici, i pazienti con malattia renale avanzata hanno un onere sintomatologico e un profilo di qualità della vita simili a quelli di soggetti con carcinoma avanzato. I professionisti delle cure palliative possono migliorare la presa in carico dei pazienti con malattie renali, incoraggiando la valutazione continua di questi sintomi.

L'identificazione di questi sintomi può indicare che la fine della vita si sta avvicinando. La possibilità di prospettare ad un paziente una terapia conservativa non dialitica è un'opzione sempre più frequente, date le caratteristiche demografiche e cliniche delle persone che sviluppano uremia terminale, per le quali la dialisi non rappresenta sempre la scelta più appropriata (Noble et al., 2008).

Con questa revisione narrativa si vuole indagare la definizione in letteratura di un percorso che integri le cure nefrologiche con il trattamento dei sintomi ed il prendersi cura della persona con uremia terminale, fino alla fase finale della vita.

Le evidenze disponibili

Parlando di cure palliative e interventi specifici utilizzati per migliorare la qualità della vita dei pazienti con insufficienza renale allo stadio terminale, si sottolinea l'importanza della pianificazione avanzata, in modo che i pazienti abbiano l'opportunità di scegliere di non iniziare o di interrompere il trattamento.

La comunicazione continua e aperta con i pazienti in dialisi e le loro famiglie può aiutarli a rendersi conto della realtà della malattia, delle sue complicazioni e di quali interventi medici possono e non possono essere avviati.

Decidere di porre fine alla dialisi è stato identificato come un *processo* e non come un *evento*, che richiede tempo e comunicazione.

Se si decide di entrare nella fase della palliazione e cessare tutti gli altri interventi, l'infermiere sarà un importante professionista di supporto; il fine vita può essere un momento di crisi emotiva per l'assistito e per la famiglia. L'obiettivo delle cure palliative è appunto quello di offrire conforto e supporto per il paziente e la famiglia.

La letteratura suggerisce interventi basati sull'evidenza per contribuire a promuovere la qualità della vita fino al decesso del paziente. In particolare si mette in evidenza il ruolo dei farmaci nell'assicurare un'esperienza di morte alleviata dai sintomi più onerosi, sia per il paziente che per i suoi cari (Kuebler, 2001).

E' raccomandato di identificare il carico dei sintomi, la qualità della vita e la presenza di direttive anticipate nei pazienti in emodialisi, per determinare la loro idoneità alle cure palliative.

Vi sono tre importanti fattori che permettono di mettere in luce il potenziale valore della palliazione nei pazienti in dialisi gravemente malati. Il primo riguarda il peso dei sintomi sia fisici, quali mancanza di energia, sonnolenza, intorpidimento, dolore, sia psicologici, quali preoccupazione, tristezza, irritabilità e nervosismo. Il secondo riguarda la marcata compromissione della qualità della vita. Infine le problematiche correlate alla pianificazione preventiva (Weisbord et al., 2003).

Il dolore è un problema comune nei pazienti in emodialisi. La gravità del dolore, principalmente di origine muscolo-scheletrica, è pari a quella di molti pazienti oncologici e pazienti con virus di immunodeficienza. Non ci sono dati oggettivi sulla gestione del dolore in pazienti con insufficienza renale cronica. Per essi la farmacocinetica è complessa ed hanno maggiori probabilità di sperimentare problemi di tossicità da oppioidi (confusione, mioclono e sedazione). Gli algoritmi di trattamento utilizzati nei pazienti con cancro potrebbero non essere applicabili ai pazienti con ESRD. Devono essere inclusi sia interventi farmacologici che non farmacologici, con valutazione e registrazione regolari dell'intensità del dolore, effetti avversi ed effetti sul funzionamento e sulla qualità della vita. Lo stato psicologico ha un ruolo importante nell'esperienza del dolore, che spesso è accompagnato da depressione (Davison, 2003).

Tra i fattori che influenzano l'indicazione per le cure palliative l'età, il punteggio della scala di Karnofsky modificato e la presenza di diabete sono determinanti: possono evitare trattamenti invasivi e in definitiva futili, che in queste circostanze possono essere visti come un prolungamento del fine vita.

Il trattamento con terapie inappropriate o inutili non solo non aiuta e potenzialmente danneggia il destinatario, ma dà luogo a un utilizzo inappropriato di risorse che possono invece essere risolutive per altri (Smith et al., 2003).

Dal momento della diagnosi di malattia renale cronica è importante fornire cure palliative ai pazienti, ma con la progressione della malattia renale le cure palliative assumono una priorità crescente. Esaminando l'approccio degli *hospice* verso questo gruppo di pazienti, è stato riscontrato che 13 su 20 *hospice* limitano le loro ammissioni a pazienti con malattia maligna. Questo potrebbe essere una risposta inappropriata, rapportabile a una scarsa conoscenza della malattia; quindi una formazione specifica migliorerebbe la conoscenza e la preparazione dei nefrologi per la pratica clinica in questa area (Gunda et al., 2005).

La Tabella 1 mostra una ripartizione dei sintomi e della loro frequenza nei gruppi con malattia renale e tumorale (Saini et al., 2006).

Tabella 1 – Sintomi fisici, psicologici e renali		
Symptoms	N. of renal patients with symptom (%)	N. of cancer patients with symptom (%)
Physical		
Lack of energy	11 (100)	8 (73)
Shortness of breath	9 (82)	7 (64)
Difficulty sleeping	9 (82)	3 (38)
Swelling of arms or legs	8 (73)	4 (36)
Pain	7 (64)	6 (55)
Numbness/tingling in feet	7 (64)	5 (46)
Food tastes changes	6 (55)	6 (55)
Itching	6 (55)	4 (36)
Lack of appetite	6 (55)	3 (38)
Changes in skin	6 (55)	2 (18)
Dry mouth	5 (46)	7 (64)
Cough	5 (46)	7 (64)
Feeling bloated	5 (46)	6 (55)
Sweats	5 (46)	5 (46)
Dizziness	5 (46)	4 (36)
Problems with urination	4 (36)	5 (46)
Difficulty concentrating	4 (36)	3 (38)
Diarrhoea	4 (36)	2 (18)
Sexual interest/activity	4 (45)	2 (18)
"I don't look like myself"	3 (38)	4 (36)
Weight loss	2 (18)	4 (36)
Constipation	2 (18)	4 (36)
Mouth sores	2 (18)	2 (18)
Difficulty in swallowing	1 (9)	4 (36)
Hair loss	1 (9)	4 (36)
Psychological		
Worrying	6 (55)	7 (64)
Irritability	6 (55)	5 (46)
Sadness	5 (46)	7 (64)
Nervousness	5 (46)	3 (38)
Total	156	139
Significance level (P)	NS	

'Additional renal' symptoms		
Muscle cramps	7 (64)	4 (36)
Dry skin	6 (55)	4 (36)
Bone or joint pain	6 (55)	2 (18)
Headaches	5 (46)	4 (36)
Muscle soreness	5 (46)	2 (18)
Anxiousness	3 (27)	4 (36)
Restless legs	2 (18)	4 (36)
Chest pain	1 (9)	6 (55)
Total	35	30
Significance level (P)	NS	
All symptoms		
Total median (IQR)	191 17 (11 – 24)	169 15 (5 – 23)

Il dolore e la mancanza di energia sono i sintomi più frequenti. I punteggi di qualità della vita, valutata utilizzando il questionario *Euroqol EQ-5Q*, sono simili per i due gruppi di pazienti oncologici e con insufficienza renale in fase finale. I pazienti con insufficienza renale avanzata hanno un peso sintomatico e un grado di compromissione della loro qualità di vita statisticamente indistinguibile da quello osservato nei pazienti con neoplasia terminale.

I pazienti con insufficienza renale avanzata che sono gestiti in modo conservativo possono trarre beneficio dall'introduzione di cure palliative in aree come la gestione dei sintomi fisici, ad esempio dolore e consulenza per coloro che soffrono di disagio psicologico.

Vi è quindi la necessità di sviluppare strumenti di screening efficaci, per aiutare a identificare i pazienti che necessitano di controllo dei sintomi.

Sarà anche importante esplorare come i sintomi cambiano nel tempo, in modo da poter sviluppare un modello per comprendere come i sintomi si manifestano con l'avvicinarsi della morte (Saini et al., 2006).

Quando il GFR scende sotto i 20 ml/min, ai pazienti viene offerta un'istruzione per scegliere tra diverse modalità di trattamento: emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto e nessuna dialisi.

I sintomi uremici sono valutati e palliati. I pazienti che scelgono di essere trattati in modo conservativo possono continuare a vivere con GFR molto bassi per qualche tempo, ma circa il 75% morirà entro l'anno. I pazienti che optano per un trattamento conservativo tendono a morire quando il loro GFR raggiunge circa 5 ml/min. I pazienti che si ritirano dalla dialisi stabilita hanno una sopravvivenza media di 8-11 giorni. La pianificazione anticipata delle cure dovrebbe quindi iniziare idealmente prima che la dialisi venga ritirata (Russon e Moone, 2010).

È stato creato un progetto pilota da due specialisti dell'infermieristica clinica, con lo scopo di lavorare in collaborazione per gestire una clinica che rispondesse alle esigenze di cure palliative dei pazienti allo stadio 5 della malattia renale cronica (CKD) e ai loro accompagnatori, indipendentemente dal fatto che avessero scelto il percorso di gestione conservativo o stessero pensando di ritirarsi dalla dialisi. I caregiver hanno riferito di avere una migliore comprensione della direzione della malattia in generale e una migliore idea della sua progressione e caratteristiche. Ciò li ha aiutati a sentirsi più controllati, preparati per il futuro e meno ansiosi (Harrison, Watson, 2011).

Uno studio di Johnston e Noble (2012) ha esplorato le esperienze decisionali dei pazienti con malattia renale cronica allo stadio 5 quando optano per la gestione conservativa della loro insufficienza renale, ossia la gestione attiva della malattia renale per rallentare l'ulteriore deterioramento della funzionalità renale e minimizzare le complicanze della malattia.

La maggior parte di essi riteneva di essere troppo vecchio per iniziare la dialisi, dato che la morte era inevitabile; altri hanno descritto difficoltà nel raggiungere l'ospedale, e chi faceva affidamento sul trasporto ospedaliero ha dichiarato di passare la maggior parte della giornata viaggiando verso l'unità o in dialisi; altri venivano accompagnati dai familiari, per evitare attese di molte ore il trasporto ospedaliero, facendoli sentire però un peso. I pazienti hanno riferito di voler vedere la stessa infermiera o dottore alle visite cliniche per costruire una relazione con pochi individui piuttosto che molti. La decisione di non voler intraprendere la dialisi sembra essere stata un processo semplice per alcuni pazienti. È importante notare, tuttavia, che questi avevano convissuto con la CKD per molti mesi o anni, pertanto erano stati informati del declino della funzione renale in diversi momenti verso l'ultimo stadio della malattia. Ciò potrebbe aver avuto un impatto positivo sulla assunzione della decisione.

Ci sono tre principali gruppi di pazienti che possono beneficiare di cure palliative e di supporto. Un gruppo è quello che preferisce rinunciare alla dialisi per seguire il percorso di cura conservativa. Qui l'accento è posto sul rallentamento del declino della funzione renale esistente, mentre si trattano i sintomi e le complicanze dell'insufficienza renale. La fase palliativa può durare 1-2 anni. La sfida riguarda tanto l'ottimizzazione della qualità della vita quanto la pianificazione per la loro successiva morte.

Un secondo gruppo sono quelli che iniziano la dialisi con una buona salute. Nel tempo, diventano più sintomatici e meno in grado di tollerare la dialisi. L'attenzione si sposta sul controllo dei sintomi. Ciò può includere una riduzione del carico della terapia o persino della frequenza della dialisi.

Un terzo gruppo sono quelli con condizioni inesorabilmente progressive che causano insufficienza renale e per cui la prognosi è infausta. Viene offerto un approccio combinato di controllo dei sintomi e cure palliative.

Gestione palliativa e di supporto di pazienti con ESRD devono essere centrate sul paziente per essere efficaci.

La pianificazione preventiva delle cure implica la comprensione del paziente, della sua vita e della sua famiglia prima di discutere delle priorità future e delle preferenze per la cura.

I pazienti anziani con comorbidità significativa e lento deterioramento della funzionalità renale hanno maggiori probabilità di trarre beneficio da una gestione conservativa, mentre questo potrebbe non essere un percorso appropriato per un individuo senza comorbidità o una funzione renale in rapido deterioramento. Tuttavia, la qualità della vita è un fattore che contribuisce significativamente a questo processo decisionale e ciò richiede ulteriori studi (Kane et al., 2013).

I pazienti gravemente malati che vivono con la emodialisi di mantenimento (MHD), quando si avvicina il fine vita sono consapevoli della loro morte imminente, ma vivono con l'incertezza di come e quando possa succedere. I più anziani pensano che la morte sia naturale ed esprimono la speranza per una morte improvvisa o rapida. Un peggioramento delle condizioni e la morte di altri pazienti causano paure sulla fine della vita.

Il desiderio dei pazienti di concentrarsi sulla vita è anche dimostrato dalle loro riflessioni sul ritiro dell'MHD come opzione ipotetica, ma non come una vera alternativa.

L'atteggiamento nei confronti del ritiro e le circostanze per considerarlo possono cambiare nel tempo.

Questa mutevolezza, insieme alla mancanza di conoscenza e alla paura di essere fraintesi se chiedono il ritiro, sottolinea l'importanza dell'ascolto attento e della comunicazione con i pazienti che non vogliono gravare ulteriormente sulla loro famiglia con le loro preoccupazioni esistenziali. Essi vogliono più comunicazione riguardo alla fine della vita.

I professionisti sanitari in contesti di emodialisi devono combinare competenze cliniche con capacità di ascolto e comunicazione.

Devono affrontare i pensieri e le sensazioni esistenziali, così come i problemi fisici e psicosociali, e offrire opportunità di parlare della morte e del morire, con sensibilità ai bisogni mutevoli dell'individuo. Pertanto le scoperte attuali indicano che un'integrazione della filosofia delle cure palliative nelle unità di emodialisi potrebbe aiutare a migliorare la cura di questi pazienti gravemente malati (Axelsson et al., 2012).

L'attuale integrazione delle cure palliative nella cura dei pazienti con CKD è influenzata dai valori, dalle credenze e dalle conoscenze degli operatori sanitari. Le comorbidità, la qualità della vita e il comportamento familiare e del paziente agiscono come fattori predittivi chiave per le decisioni cliniche. Tuttavia, l'indecisione familiare e/o del paziente può complicare e interrompere la pianificazione delle cure di fine vita.

La famiglia ha il diritto di essere coinvolta nelle decisioni; talvolta, però, ha avuto un forte impatto sulla decisione dei pazienti di continuare l'emodialisi contro il parere dei medici.

Stabilire un percorso di cure palliative come opzione standard nella pianificazione dell'assistenza è importante per i pazienti, le famiglie e il personale sanitario, e dovrebbe tenere conto della relazione fra questi soggetti, che è spesso fonte di confusione per il processo decisionale (Bull et al., 2014).

Durante il ritiro dall'emodialisi la comprensione delle prospettive future per i parenti è cruciale; i professionisti sanitari devono offrire l'opportunità di parlare del futuro, della prognosi e di cosa ci si può aspettare alla fine della vita, con o senza HD. È importante creare una relazione di fiducia solidale e offrire l'opportunità di parlare della morte, così come il contatto con il personale dopo la morte del familiare, per migliorare la sensazione che la persona deceduta è stata rispettata.

Può essere d'aiuto, quindi, un approccio di cure palliative nell'unità di emodialisi, in cui il supporto alla famiglia è l'obiettivo principale (Axelsson et al., 2015).

Nei pazienti con ESRD che declinano la dialisi e progrediscono verso la fine della vita, il processo decisionale mostra un flusso logico e coerente basato sulla loro comprensione della malattia e sugli effetti della dialisi, l'importanza della famiglia, il senso del completamento della vita e la caducità di questa (Seah et al., 2015).

Gli APN (infermiere di pratica avanzata) in Nefrologia sono impegnati in cure palliative per molti anni, fornendo il controllo dei sintomi per pazienti con CKD/ESRD e attraverso la cura e il sostegno di paziente e famiglia. Essi si occupano della cura del paziente totale, attiva e individualizzata, supporto per la famiglia, approccio di gruppo interdisciplinare e comunicazione efficace.

L'approccio olistico tipicamente assunto dagli APN genera un trattamento che si rivolge alla cura fisica, ma anche i domini psicosociale e spirituale sono altrettanto importanti nelle cure di fine vita. Sebbene l'attività degli APN si verifichi durante le visite periodiche, la politica, le limitazioni economiche, la mancanza di formazione e di ricerca, hanno ostacolato il riconoscimento di questo ruolo.

Sono necessari ulteriori studi per chiarire e supportare il ruolo dell'APN in Nefrologia nelle cure palliative e di fine vita per le persone con CKD progressiva e ESRD (Montoya, 2017).

Nei 12 mesi precedenti la morte in pazienti con stadio 4 e 5 della malattia renale cronica, il *Chronic Kidney Disease-Symptom Burden Index* (CKD-SBI), l'*Australian Karnofsky Performance Scale* (AKPS), la *Functional Assessment di Chronic disease Therapy Palliative-14* (FACIT PAL-14), la valutazione della qualità della vita 6 Dimensioni (AQoL-6D) e Profilo *Sheffield* per valutazione e referenza per assistenza (SPARC), hanno dimostrato che mentre il carico dei sintomi era elevato, il funzionamento fisico e la qualità della vita sono rimasti relativamente invariati nonostante gli elevati carichi comorbidi.

Questi risultati documentano il lento e lungo declino della salute sperimentato da soggetti con CKD avanzata, indipendentemente dal fatto che stiano ricevendo o meno la dialisi.

Di fronte all'elevato onere dei sintomi, i programmi strutturati che integrano le cure palliative molto prima nella consueta cura clinica della CKD possono aiutare ad alleviare i sintomi degli individui, sostenere la funzionalità indipendente e sociale e portare a una migliore qualità della vita (Bonner et al., 2018).

Come i pazienti che hanno altre malattie croniche, i pazienti con malattia renale avanzata hanno numerosi sintomi fisici ed emotivi.

Comprendere concetti chiave come la traiettoria della malattia, i benefici e gli oneri della dialisi, la prognosi e la fragilità medica è importante per i fornitori di cure palliative. Dato l'uso relativamente modesto delle cure ospedaliere nei pazienti con ESRD, l'assistenza collaborativa tra nefrologi e palliativisti può migliorare significativamente il carico dei sintomi e la qualità della vita dei pazienti che vivono con e muoiono a causa di malattie renali (Bansal et al., 2018).

CONCLUSIONI

La scarsa sopravvivenza nella ESRD rimane un problema importante nella cura dei pazienti con CKD in tutto il mondo. Tre importanti questioni evidenziano il valore delle cure palliative per questi pazienti.

Il primo dato importante è il peso marcato dei sintomi, il cui carico può essere anche superiore rispetto ai pazienti con cancro; alcuni sono alleviati dalla dialisi, ma il loro peso complessivo rimane elevato, per cui l'identificazione e il miglioramento di questi rappresentano una priorità. Ciò può realizzarsi mediante l'uso di uno strumento strutturato di valutazione dei sintomi, come la *Palliative Care Outcome Scale (POS-S renal)*.

Il secondo dato riguarda la marcata compromissione della qualità della vita dei pazienti in dialisi con malattia concomitante.

Infine vi sono i problemi significativi della pianificazione preventiva, essendo in pochi a formalizzare i loro desideri di cura, elemento questo importante visto l'alto tasso di mortalità.

I professionisti sanitari devono quindi essere preparati ad affrontare i problemi e raccomandare le cure appropriate, in un processo decisionale condiviso che includa la pianificazione preventiva delle cure (ACP), strategie terapeutiche che diano priorità alla gestione dei sintomi e considerazione della gestione non dialitica dell'ESRD, compresa la cura conservativa pianificata e il ritiro della dialisi.

Affinché sia efficace, la gestione palliativa dei pazienti con ESRD deve essere centrata sulla persona. È essenziale quindi che vengano identificati i pazienti prossimi alla fine della vita: ciò può essere facilitato dall'utilizzo del modello di Cohen, sviluppato per valutare il rischio di morte entro 6 mesi dei pazienti in trattamento emodialitico.

Il modello di Cohen si basa sull'integrazione della *Surprise Question* con altre 4 variabili: età avanzata, albuminemia ridotta, demenza e malattia vascolare periferica, garantendo così un'assistenza coordinata e continua, fornendo supporto alle famiglie e agli assistenti mediante interventi che includono il controllo dei sintomi e la pianificazione preventiva, che dovrebbe iniziare quando la risposta alla *Surprise Question* è "NO", o in presenza di un numero elevato di comorbidità con un indice di *Charlson* >8, o ancora con un'importante riduzione dell'autonomia funzionale con un indice di Karnofsky inferiore a 40.

È fondamentale che questo sia anticipato e ben coordinato al fine di affrontare le esigenze di cura spesso complesse di questi pazienti, e dovrebbe includere sia nefrologi che palliativisti, nonché il medico di base e gli infermieri di comunità, per fornire la maggior parte dell'assistenza sanitaria a casa.

Nel processo decisionale vanno coinvolti anche i parenti, che, nel bilanciare le crescenti richieste sul percorso verso la fine della vita dei membri della famiglia, hanno un crescente bisogno di supporto e interazione con gli operatori sanitari, i quali devono offrire la possibilità di parlare del futuro, della prognosi, della morte e di cosa ci si può aspettare dalla fine della vita, creando una relazione solidale.

Nella pratica quotidiana, gli infermieri possono sostenere i pazienti in questo processo attraverso il dialogo, la discussione, il confronto con l'assistito. Entra in gioco il concetto di *advocacy* laddove l'infermiere tutela i diritti e il benessere delle persone, nel rispetto dei valori e degli stili di vita del paziente stesso, aiutandolo a valutare vantaggi e svantaggi delle varie azioni riguardo la sua salute, in modo che egli possa prendere le decisioni più coerenti con le proprie convinzioni e valori; nel guidare il paziente, sarebbe utile scegliere il modello decisionale di Fry e Johnstone, con cui l'infermiere, rispondendo alle domande su quali siano i retroscena dei conflitti di valori, quale significato hanno i valori implicati, quale è il significato dei conflitti con le parti implicate e cosa si dovrebbe fare, riesca a raggiungere una personalizzazione dell'assistenza verso la persona che per sua natura è portatrice di valori.

Le cure palliative nefrologiche sono pertanto da intendersi come un percorso multidisciplinare e multiprofessionale, dove le cure finalizzate al controllo ed al trattamento delle complicanze dell'uremia vengono affiancate da un approccio centrato sulla persona malata e la sua famiglia, olistico e attento all'accompagnamento nelle diverse fasi di malattia fino al decesso.

BIBLIOGRAFIA

- National Kidney Foundation. Kidney Disease Quality Outcomes Initiative (K/DOQI). <http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines.cfm> (u.c. 2 June 2010).
- Niu, S., & Li, I. (2005). Quality of life of patients having renal replacement therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 15–21. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03455.x.
- Boudreau, J., & Dubé, A 2014, 'Quality of life in end stage renal disease: A concept analysis', *CANNT Journal*, 24, 1, pp. 12-20, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 17 July 2018.
- Bansal, A, Schell, J, Leonberg-Yoo, A, Scherer, J, & Jones, C 2018, 'Ten Tips Nephrologists Wish the Palliative Care Team Knew about Caring for Patients with Kidney Disease', *Journal Of Palliative Medicine*, 21, 4, p. 546-551, Scopus®, EBSCOhost, viewed 8 July 2018.
- Noble H., Meyer J., Bridges J. et al. (2008). Patient experience of dialysis refusal or withdrawal—a review of the literature. *Journal of Renal Care* 34(2), 94–100.
- Cohen L.M., Moss A.H., Weisbord S.D. et al. (2006). Renal palliative care. *Journal of Palliative Medicine* 9(4), 977–992.
- Bull, R, Youl, L, Robertson, I, Mace, R, Challenor, S, & Fassett, R 2014, 'PATHWAYS TO PALLIATIVE CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE', *Journal Of Renal Care*, 40, 1, pp. 64-73, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 15 July 2018.

- Davison, S.N. 2003, "Pain in hemodialysis patients: prevalence, cause, severity, and management", *American Journal of Kidney Diseases : The Official Journal of the National Kidney Foundation*, vol. 42, no. 6, pp. 1239-1247.
- Saini, T., Murtagh, F., Dupont, P.J., McKinnon, P.M., Hatfield, P. & Saunders, Y. 2006, "Comparative pilot study of symptoms and quality of life in cancer patients and patients with end stage renal disease", *Palliative medicine*, vol. 20, no. 6, pp. 631-6.
- Harrison, K. & Watson, S 2011, 'Palliative care in advanced kidney disease: a nurse-led joint renal and specialist palliative care clinic', *International Journal Of Palliative Nursing*, 17, 1, pp. 42-46, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed.
- Axelsson, L, Randers, I, Lundh Hagelin, C, Jacobson, S, & Klang, B 2012, 'Thoughts on death and dying when living with haemodialysis approaching end of life', *Journal Of Clinical Nursing*, 21, 15/16, pp. 2149-2159, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed.
- Johnston, S, & Noble, H 2012, 'Factors influencing patients with stage 5 chronic kidney disease to opt for conservative management: a practitioner research study', *Journal Of Clinical Nursing*, 21, 9/10, pp. 1215-1222, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed.
- Axelsson, L, Klang, B, Lundh Hagelin, C, Jacobson, S, & Gleissman, S 2015, 'Meanings of being a close relative of a family member treated with haemodialysis approaching end of life', *Journal Of Clinical Nursing*, 24, 3/4, pp. 447-456, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed.
- Montoya, V 2017, 'Advanced Practice Nurses and End-of-Life Care for Patients with Progressive Chronic Kidney Disease and End Stage Renal Disease', *Nephrology Nursing Journal*, 44, 3, pp. 256-259, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed.
- Bonner, A, Chambers, S, Healy, H, Hoy, W, Mitchell, G, Kark, A, Ratanjee, S, & Yates, P 2018, 'Tracking patients with advanced kidney disease in the last 12 months of life', *Journal Of Renal Care*, 44, 2, pp. 115-122, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed.
- Seah, A, Tan, F, Srinivas, S, Wu, H, & Griva, K 2015, 'Opting out of dialysis - Exploring patients' decisions to forego dialysis in favour of conservative non-dialytic management for end-stage renal disease', *Health Expectations*, 18, 5, pp. 1018-1029, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed.
- Smith, C., Da Silva-Gane, M., Chandna, S., Warwicker, P., Greenwood, R. & Farrington, K. 2003, "Choosing not to dialyse: evaluation of planned non-dialytic management in a cohort of patients with end-stage renal failure", *Nephron.Clinical practice*, vol. 95, no. 2, pp. c40-c46.
- Weisbord, S.D., Carmody, S.S., Bruns, F.J., Rotondi, A.J., Cohen, L.M., Zeidel, M.L. & Arnold, R.M. 2003, "Symptom burden, quality of life, advance care planning and the potential value of palliative care in severely ill haemodialysis patients", *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, vol. 18, no. 7, pp. 1345-1352.
- Gunda, S., Thomas, M. & Smith, S. 2005, "National survey of palliative care in end-stage renal disease in the UK", *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, vol. 20, no. 2, pp. 392-395.
- Russon, L, & Mooney, A 2010, 'Palliative and end-of-life care in advanced renal failure', *Clinical Medicine (London, England)*, 10, 3, pp. 279-281, MEDLINE, EBSCOhost, viewed.
- Kane, P.M., Vinen, K. & Murtagh, F.E.M. 2013, "Palliative care for advanced renal disease: A summary of the evidence and future direction", *Palliative medicine*, vol. 27, no. 9, pp. 817-21.
- Bansal, A, Leonberg-Yoo, A, Schell, J, Scherer, J, & Jones, C 2018, 'Ten Tips Nephrologists Wish the Palliative Care Team Knew About Caring for Patients with Kidney Disease', *Journal Of Palliative Medicine*, 21, 4, pp. 546-551, MEDLINE, EBSCOhost.



CONTRIBUTI

La musicoterapia: trattamento complementare del dolore nei pazienti oncologici terminali

di **Federica Ilari (1)**, **Martina Milanese (2)**, **Lorenzo Bardone (3)**

(1) Coordinatore Infermiere, Asl BI - Biella

(2) Infermiera - Biella

(3) Coordinatore Infermiere, Asl BI - Biella

Corrispondenza: ilari71@libero.it

Il termine musicoterapia (da *Musikè* e *Therapeia*) descrive l'uomo in movimento, la parola, il suono, l'assistenza e la cura (Antonietti, 2010).

Il corpo è uno strumento, una cassa di risonanza in grado di far propagare i suoni, per effetto delle sue cavità interne e delle sue caratteristiche muscolo-scheletriche. Quando riceve stimoli esterni risponde vibrando ed emettendo a sua volta delle sonorità, sia su frequenze udibili che non (16-16000 Hz): questo ci permette di sentire non solo con le orecchie, ma con tutto il corpo, fin dall'età gestazionale.

L'idea del corpo vibrante è alla base del lavoro in musicoterapia, attraverso il dialogo sonoro fra terapeuta e paziente (De Colle, 2014).

Nel 1996 la Federazione Mondiale di Musicoterapia definì la musicoterapia come *l'uso della musica e/o degli elementi musicali da parte di un musicoterapeuta qualificato, con un utente o un gruppo, in un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, la motricità, l'espressione, l'organizzazione e altri rilevanti obiettivi terapeutici al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive. La musicoterapia mira a sviluppare le funzioni potenziali e/o residue dell'individuo in modo tale che questi possa meglio realizzare l'integrazione intra-interpersonale migliorando la qualità della vita grazie a un processo preventivo, riabilitativo o terapeutico* (Bunt, 1997).

È fondamentale la presa in carico del paziente oncologico con un approccio globale sin dalla diagnosi, orientandosi alla creazione di un rapporto di fiducia terapeuta-paziente-famiglia. La letteratura scientifica e l'azione concomitante di alcune organizzazioni, quali l'*International Society For Music in Medicine* o la *Arts Medicine Association*, permettono di apprezzare che la musicoterapia può dare la spinta per la creazione di altre attività, risultare un mezzo efficace nella relazione interpersonale, indurre comprensione, dare conforto e favorire un atteggiamento propositivo, nonché influire positivamente modificando il tono dell'umore (Pantaleo, 2011).

I possibili procedimenti in gruppo o individuali permettono di distinguere la musicoterapia recettiva o passiva: per esempio l'ascolto di brani e suoni rappresenta la forma passiva, mentre la musicoterapia attiva si distingue per produrre musica e suoni, ed infine la musicoterapia integrata è la combinazione dei due procedimenti precedenti (Cabutto, 2000).

Nelle Cure Complementari, come la musicoterapia, l'infermiere protegge e stimola le risorse del malato, diviene un facilitatore dei progetti di benessere e della volontà della persona (Pantaleo, 2011).

L'infermiere di cure palliative applica il problem solving con azioni di natura tecnica, relazionale ed educativa, non privilegia l'efficienza e il tecnicismo, ma recupera un rapporto più antico e più profondo tra chi si prende cura e chi è curato, in altre parole cura il malato e non la malattia (Mazzini, 2017).

Nei pazienti nella loro fase finale di vita, la musicoterapia funziona meglio ponendo obiettivi come accompagnare, stimolare, gratificare, innalzare il livello globale di energia. Il progetto assistenziale consiste nell'aiutare i pazienti a gestire i cambiamenti di umore, mitigare gli effetti del dolore, aprire nuovi canali di comunicazione, lavorare sulle parti sane e attivare l'accettazione e la dignità della persona, accompagnare al fine vita, creando nuovi canali comunicativi fra i famigliari e l'equipe sanitaria (De Colle, 2014). In hospice la musica diventa uno strumento della relazione (Bagnus, 2002).

Lindstrom afferma che le cure palliative non servono a dare giorni alla vita, ma ad aggiungere vita ai giorni. Il grande potenziale della musicoterapia nella cura dei pazienti oncologici allo stadio finale della loro vita consiste nel richiamare le risorse della persona e permettere alle parti sane di attivarsi (Cerlati, Crivelli, 2015).

Il nostro studio vuole valutare l'efficacia della musicoterapia nel paziente oncologico in fase finale della vita per il controllo del dolore cronico, in quanto terapia complementare.

Sono state consultate le banche dati biomediche PubMed, Cinahl ed Embase, utilizzando le parole chiave *Music therapy, Palliative care, Oncologic patients, Cancer patients, Neoplasms, Hospice and palliative nursing, Terminally patient, Terminally ill, Terminally ill patients, End of life, Pain, Pain management*, associate con gli operatori booleani *And/Or*.

Sono stati valutati tutti gli articoli reperiti, elencandoli in una tabella sinottica riportante: autori e anno di pubblicazione, tipologia di studio, numerosità del campione, intervento, risultati e conclusioni. I titoli e gli abstract individuati sono stati valutati da due revisori in maniera indipendente: in caso di discordanze si è deciso di includere ugualmente i report. Gli articoli selezionati sono stati valutati con il *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*.

Sono stati inclusi studi primari osservazionali e sperimentali, condotti su pazienti adulti, in lingua italiana, inglese e francese, degli ultimi 20 anni (1999-2019).

Risultati

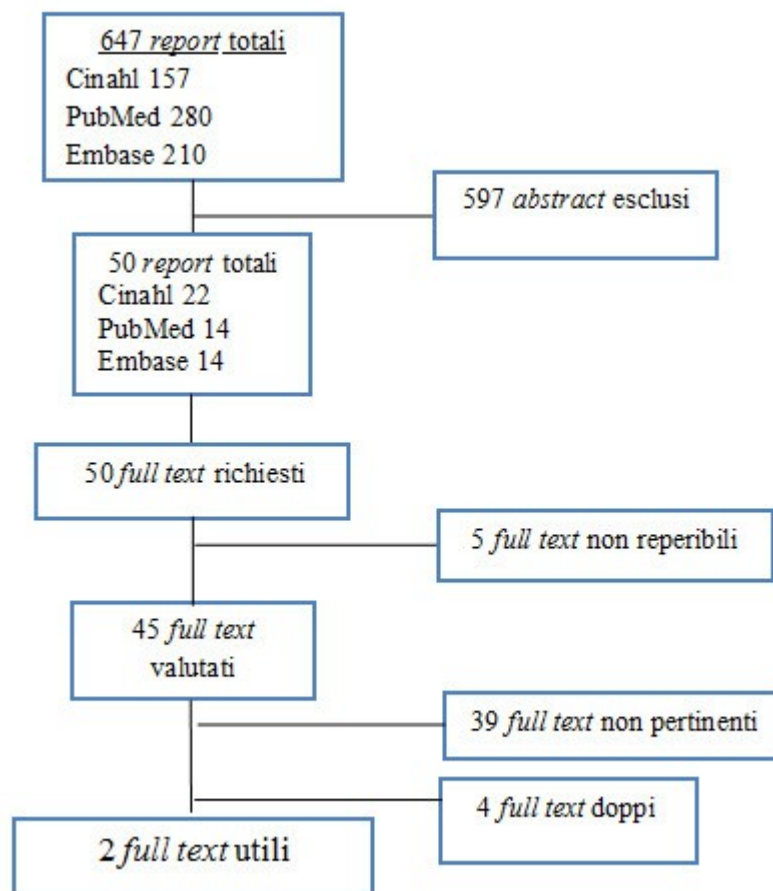
Sono stati reperiti 647 riferimenti bibliografici: 157 in Cinahl, 280 in Pubmed e 210 in Embase.

Dopo la lettura sono stati selezionati 50 articoli, 22 in Cinahl, 14 in Pubmed e 14 in Embase; 5 *full texts* non sono stati reperiti, 4 *full texts* erano compresenti nelle banche dati e 39 *full texts* non erano pertinenti. Sono stati inclusi 2 *full texts* (Figura 1 e Tabella 1).

Discussione

Dai risultati ottenuti si evince che il dolore cronico è diminuito notevolmente grazie all'intervento della musicoterapia. Lo studio *Music Therapy Reduces Pain in Palliative Care Patients, Randomized Controlled Trial* ha dimostrato, mediante l'utilizzo delle scale *Numeric Rating Scale* e *Functional Pain Scale*, che la diminuzione del dolore è stata pari al 95% nel gruppo di studio rispetto al gruppo di controllo.

Il secondo studio *The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: a randomized controlled trial* ha valutato l'efficacia del trattamento, attraverso la somministrazione di musica popolare taiwanese e americana per 30 minuti, ottenendo nel 42% del gruppo di studio il sollievo nella misura del 50% dell'intensità del dolore, rispetto all'8% del gruppo di controllo, con un $p < 0.001$.

Figura 1 - Flow chart della ricerca bibliografica**Tabella 1** - Sinossi degli articoli

Autore, anno	Tipo di studio	Campione	Interventi	Risultati	Commenti	Limiti
Kathy Jo Gutgsell et al. 5/05/2013	CRT	200 pazienti oncologici terminali adulti in hospice dal 2009 al 2011	Due scale: -Numeric Rating Scale (NRS), 0=nessun dolore 10=peggiore dolore -Functional Pain Scale (FPS) tollerabile o non tollerabile 200 pazienti: -gruppo di controllo con utilizzo della terapia analgesica	La variazione media dei punteggi del dolore è stata significativamente maggiore nel gruppo di studio pari al 95% ($P < 0,0001$)	I risultati di indicano che un singolo intervento di musicoterapia può ridurre il dolore nei pazienti oncologici terminali	Paziente di età non inferiore ai 18 anni Patologia di fine vita Dolore di 3 o superiore su scala NRS Paziente in grado di comprendere l'inglese Paziente vigile e orientato, in grado di valutare il dolore su base numerica

			-gruppo di studio: terapia analgesica associata a un intervento di musicoterapia			
Huang ST1, Good M, Zauszniewski JA. 18/04/2010	CRT	126 persone degenti con dolore oncologico	126 partecipanti: -62 nel gruppo sperimentale, ascolto per 30' di musica popolare taiwanese e americana -64, gruppo di controllo con terapia antalgica. Scala VAS prima e dopo il test	Diminuzione del dolore post-test nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo, $p < .001$. Cohen's $d = .64$, sensazione $d = .70$	I pazienti hanno riferito che la scelta di musica familiare e culturalmente appropriata ha permesso di avere una riduzione del dolore, rispetto alla sola somministrazione e di analgesico. Si consiglia la somministrazione e di musica in associazione alla terapia farmacologica	< 50% dei pazienti sottoposti a screening è idonea

Conclusioni

La prospettiva relazionale della musicoterapia valorizza le risorse personali, l'autonomia e le capacità di azione nel contesto, la rende un intervento complesso, multidimensionale, orientato alla promozione della salute e del benessere così come indicato dall'Oms.

La revisione effettuata, sebbene limitata, contribuisce ad affermare che la musicoterapia offre un valido supporto alla medicina tradizionale nell'affrontare il dolore oncologico nel paziente al termine della vita. Gli studi presi in esame hanno dimostrato una riduzione significativa del sintomo con l'introduzione della musicoterapia.

Il campo di ricerca ha messo in evidenza solo due articoli: si presuppone che ciò derivi dal fatto che la musicoterapia è una disciplina relativamente nuova, ma gli studiosi interessati al suo approfondimento e alla sua applicazione sono in aumento, quindi la speranza è che siano implementati gli studi.

Tra le nuove frontiere della musicoterapia ci sono la personalizzazione sulle esigenze dei singoli pazienti e un utilizzo olistico, tale da interagire ancora più efficacemente nei percorsi di cura e di benessere. Si mira al rafforzamento del legame con la dimensione emotiva, cognitiva e relazionale, poiché la musica, parte della nostra essenza, esprime ciò che non si riesce a dire ma che non si può tacere.

E' auspicabile una ulteriore revisione della letteratura scientifica nel tempo.

BIBLIOGRAFIA

- Antonietti A. (2010). Musica che educa musica che cura, Aracne editrice, Roma.
- Bagnus P. (2002), Prima che venga notte: la musicoterapia con pazienti oncologici in fase avanzata di malattia, Gianni Luculano Editore, Milano.
- Bunt L. (1997). Musicoterapia. Un'arte oltre le parole. Edizioni Kappa, Roma.

- Cabutto M. (2000). Musicoterapia. Edizioni Xenia, Como.
- Cerlati P, Crivelli F. (2015). Musicoterapia in oncologia e nelle cure palliative. Prendersi cura dell'altro con uno sguardo sistemico-complesso, Franco Angeli, Milano.
- De Colle D. (2014). Musicoterapia: per far risuonare la voce del cuore, Editoriale Programma, Treviso.
- Gutgsell KJ, Schluchter M, Margevicius S, DeGolia PA, McLaughlin B, Harris M, Mecklenburg J, Wiencek C. (2013). Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage. 45(5):822-31.
- Huang ST, Good M, Zauszniewski JA. (2010). L'efficacia della musica nell'alleviare il dolore nei pazienti oncologici: uno studio controllato randomizzato. Int J Nurs Stud. 2010. 47 (11): 1354-62.
- Mazzini I., Infermiere, terapia antalgica e hospice. Disponibile da <https://www.nurse24.it/specializzazioni/medico-geriatria-pediatria-psichiatria/infermiere-terapia-antalgica-e-hospice.html> (u.c. 7/03/2019).
- Pantaleo P. (2011). Al di là delle cure. Interventi complementari e di supporto in oncologia, Franco Angeli, Milano.



ESPERIENZE

Qualità dell'assistenza infermieristica in un reparto di medicina, carico di lavoro e rapporto infermieri/pazienti*di Filippo Mauceri, Francesca Mameli**Azienda Usl Toscana Sud-Est – Campostaggia**Corrispondenza: filippo.mauceri1908@outlook.it*

Sono numerosi gli studi che descrivono l'assistenza infermieristica analizzando alcune peculiarità di quest'ultima, importati al fine di comprendere il livello di tale assistenza.

Ad esempio uno studio giapponese analizza reali casi di errori, che coinvolgono il personale infermieristico. Tale studio ha cercato di identificare le cause di questi errori, provando a chiarire la relazione tra il carico di lavoro infermieristico e tali comportamenti. Sulla base di un'indagine trasversale, sono stati raccolti i casi di errore di non osservanza da tre ospedali giapponesi tra gennaio e dicembre 2014, utilizzando dati auto-risportati dagli infermieri partecipanti.

Le procedure operative standard e il contenuto dell'errore effettivo sono stati confrontati per identificare errori di mancata osservanza e carico di lavoro.

L'analisi statistica è stata utilizzata per determinare la relazione tra errore di non osservanza e carico di lavoro. Un totale di 637 casi di errore sono stati trovati nella somministrazione di farmaci, di cui 163 (25,6%) erano errori di mancata osservanza del carico di lavoro. L'analisi individuale dei 163 casi ha identificato sette problemi del carico di lavoro che hanno causato errori di non osservanza e sei categorie di errori di non osservanza. È stata inoltre chiarita la relazione tra carico di lavoro e tali errori. Dunque tali analisi mostrano una relazione decisamente importate tra il carico di lavoro e gli errori di non osservanza, mostrando una relazione direttamente proporzionale^[1].

Molti studi hanno dimostrato che un insufficiente personale infermieristico influenza negativamente gli esiti quali la mortalità, le infezioni e il mancato salvataggio. Rispetto alla maggior parte degli altri sistemi di classificazione dei pazienti che utilizzano rapporti fissi paziente-infermiere, il sistema standardizzato RAFAELA utilizza dati giornalieri riguardanti le esigenze di cura dei pazienti e il carico di lavoro del personale infermieristico.

Dunque, lo scopo principale del sistema RAFAELA è quello di garantire un'appropriata allocazione delle risorse del personale infermieristico. Questo sistema è utilizzato in circa il 90% degli ospedali in Finlandia ed è stato recentemente implementato in Islanda, Paesi Bassi, Svezia e Norvegia.

Un requisito per gli utenti del sistema RAFAELA è che l'affidabilità inter-valutatore per le misurazioni dell'intensità infermieristica dovrebbe essere testata ogni anno.

Uno studio che ha utilizzato il sistema RAFAELA descrive che nel momento in cui il rapporto pazienti/infermiere era al di sopra del livello ottimale presunto, le probabilità non corrette per un incidente di sicurezza del paziente erano 1,28 (IC 95% 1,13-1,45) rispetto al livello ottimale ipotizzato.

Gli OR (Odds Ratio) corrispondenti per gli altri tipi di incidenti, pazienti colpiti, danni al paziente sono stati 1,13 (IC 95% da 0,96 a 1,32), 1,16 (IC 95% 0,93-1,45) e 1,25 (IC 95% 0,95-1,66), rispettivamente. Gli OR per la mortalità dei pazienti erano ancora più alti con un valore di 1,42 (IC 95% 1,19-1,69). Se il rapporto era al di sotto del livello ottimale raccomandato, le OR per incidenti e mortalità dei pazienti erano inversamente inferiori o intorno a 0,67 per i diversi tipi di incidenti e 0,55 per la mortalità dei pazienti.

Le probabilità di un incidente di sicurezza del paziente erano del 10% -30% più alte, e per la mortalità dei pazienti di circa il 40% più alte, se il rapporto misurato dal sistema RAFAELA (pazienti/infermiere) era superiore al livello ottimale assunto. Se tale rapporto era sotto il livello, le probabilità per un incidente di sicurezza del paziente e per la mortalità erano di circa il 25% inferiori. Quest'ultima situazione significherebbe che gli infermieri hanno più tempo per la cura e l'osservazione di ciascun paziente, il che può ridurre il rischio di eventi avversi e di conseguenza prevenire il peggioramento delle condizioni di salute del paziente. Questo studio ha dimostrato che una situazione lavorativa superiore al livello ottimale ipotizzato aumenta il rischio di eventi avversi e la mortalità dei pazienti.

Inoltre, questo sistema potrebbe risultare utile per la valutazione dell'allocazione del personale all'interno di un ospedale, potendo valutare i reparti dove occorre un numero di personale maggiore e viceversa^[2].

Esistono ovviamente altri strumenti e metodi per valutare il rapporto paziente/infermiere; infermiere/carico di lavoro ecc. Ad esempio il metodo WAMM (Workload Action Measures Method). Esso è un modello predittivo di carico di lavoro assistenziale per i singoli pazienti. Questo metodo si basa sulla classificazione dell'assistenza clinica quantificando il carico di lavoro infermieristico. Dunque, WAMM fornisce precisi calcoli del carico di lavoro specifici per condizioni di malattia combinate con azioni di intervento infermieristico^[3].

Uno studio esplorativo osservazione, utilizzando la tecnica a tempo, è stato condotto in cliniche mediche, chirurgiche e specializzate in un ospedale universitario nel nord-ovest di San Paolo, in Brasile, con 16 infermieri partecipanti. Sono state eseguite 90 ore di osservazione, di cui il 58% (52 ore e 10 minuti) erano correlate alle attività di assistenza indiretta dei pazienti.

Le attività/gli interventi più frequenti erano: "Comunicazione": 1.852 (44,1%), media 34,6 (DS = 54); "Camminare" - 1.023 (24,3%), media 22 (SD = 49,2); e "Documentazione" - 663 (15,8%), media 82,7 (DS = 144,4). I risultati di questo studio hanno dimostrato che il 58% delle 90 ore osservate sono state spese dagli infermieri in attività/interventi di cura indiretta. È stato verificato che 13 (81,3%) degli interventi classificati nella NIC hanno consumato 27 ore e 44 minuti del tempo trascorso dall'infermiere, mentre le altre tre attività (18,7%) non descritte in questa tassonomia hanno consumato 24 ore e 26 minuti. È stato osservato che questi ultimi sono correlati alla comunicazione, al tempo di camminata e di attesa e rappresentano il 46,2% del tempo totale. Nei vari interventi NIC e attività non NIC, quelli che più occupavano il tempo di lavoro degli infermieri erano: "Comunicazione" (44%, ovvero 17 ore e 51 minuti), "Camminata" (24,3%, ovvero 6 ore e 16 minuti) e "Documentazione" 15,8% , ovvero 15 ore e 14 minuti), per un totale del 84,2%, tradotto in tempo in 39 ore e 19 minuti. I restanti interventi e attività non NIC hanno rappresentato il 15,8% del totale, corrispondenti a 12 ore e 51 minuti.

Questi risultati sottolineano la necessità di cambiamenti organizzativi e l'ottimizzazione del processo lavorativo, l'introduzione di nuove strategie tecnologiche e l'aggiornamento e il perfezionamento degli attuali strumenti di misurazione del carico di lavoro, facendo particolare attenzione a questi interventi indiretti che occupano gran parte del tempo del personale infermieristico incidendo poi di conseguenza sul numero di interventi diretti sul paziente erogati dal personale^[4].

Attualmente, la sicurezza dei pazienti è un tema ricorrente e una sfida per i servizi infermieristici e sanitari. La ricerca in questo campo indica che una pianificazione inadeguata e un iniquo rapporto tra il personale infermieristico ed il numero di pazienti possono avere ripercussioni negative sulla qualità dell'assistenza. Nonostante le crescenti prove sull'associazione tra il carico di lavoro, personale infermieristico e sicurezza del paziente negli ospedali, ci sono ancora molte lacune nella conoscenza di questa relazione e del suo impatto. In questa prospettiva, studi recenti hanno dimostrato che quando il carico di lavoro infermieristico è elevato, la vigilanza infermieristica è compromessa e vi è un aumento del rischio di eventi avversi quali cadute, infezioni del tratto urinario, infezione del catetere centrale, errori di somministrazione del farmaco e altri. I dati visualizzati fanno parte dei risultati di un progetto istituzionale, volto a valutare i fattori che interferiscono nel carico di lavoro della squadra infermieristica e hanno ripercussioni sulla sicurezza dei pazienti ospedalizzati.

Pertanto, il presente studio descrive i dati raccolti nella fase quantitativa, che aveva una struttura trasversale e sono stati condotti da ottobre 2013 a settembre 2015, compresi 24 mesi di follow-up, riducendo possibili distorsioni stagionali. Lo studio è stato condotto in un grande ospedale universitario, situato nella città di Porto Alegre, nel sud del Brasile, che funziona in una varietà di specialità ed è destinato a pazienti di tutte le età per lo più provenienti dal sistema sanitario unificato. La popolazione era composta da pazienti e professionisti che lavoravano nelle 11 unità cliniche e chirurgiche dell'istituzione, che hanno 390 posti letto per gli adulti. Il campione era intenzionale e delimitato dal periodo dell'inchiesta e riguardava 157.481 pazienti e 502 professionisti infermieristici, di cui 126 (25,1%) erano infermieri e 376 (il 74,9%) erano infermieri. I professionisti che non facevano parte delle attività o non sembravano attivi nelle scale di lavoro erano esclusi dal campione.

I risultati dell'analisi GEE hanno dimostrato un'associazione significativa tra i carichi di lavoro nelle unità ospedaliere e la durata media del soggiorno, l'infezione del tratto urinario correlata alla procedura invasiva e la soddisfazione dei pazienti con le cure infermieristiche. I risultati indicano che carichi di lavoro più elevati, cioè il numero di pazienti assegnati agli infermieri e ai tecnici infermieri nelle 24 ore e nei turni giornalieri (M + A), sono correlati a soggiorni ospedalieri più lunghi e maggiore incidenza di infezione del tratto urinario correlata a procedure invasive. Inoltre, è stata osservata un'associazione significativa inversa ($p < 0,01$) tra il carico di lavoro e il livello di soddisfazione con le cure fornite dal personale infermieristico, il che significa che un numero più elevato di pazienti assegnati a infermieri e infermieri risulta in una minore soddisfazione con le cure ricevute. Il turnover ha avuto un'associazione significativa con il carico di lavoro degli infermieri nelle 24 ore ($p < 0,04$).

Questi risultati sono coerenti con i risultati di altri studi, che indicano che un migliore personale infermieristico e il conseguente aumento delle ore di allattamento per il paziente hanno un'associazione significativa ($p < 0,01$) con tassi più bassi di ulcere da pressione, polmonite, cadute e sepsi, nonché con una riduzione degli errori e della mortalità dei farmaci.

Pertanto, si comprende che l'aumento del numero di pazienti assegnati agli infermieri è associato a risultati negativi di qualità e sicurezza per i pazienti ospedalizzati. I dati indicano che un numero più elevato di pazienti assegnati agli infermieri è associato ad un aumento della durata media del soggiorno e delle infezioni del tratto urinario in questi pazienti, risultati considerati negativi per la sicurezza del paziente. La valutazione del livello di soddisfazione dei pazienti con la cura della squadra infermieristica ha mostrato un'associazione inversa con il carico di lavoro, dimostrando che con l'aumentare del numero di pazienti per professionista, diminuisce la soddisfazione dei pazienti con le cure ricevute. Questi risultati riflettono l'importanza di un'adeguata distribuzione del personale e una corretta valutazione del carico di lavoro del personale infermieristico, al fine di fornire un ambiente di cura più sicuro con una migliore qualità dell'assistenza^[5].

IL NOSTRO PERCORSO

La nostra indagine, preceduta dall'analisi della bibliografia sul tema, è stata effettuata attraverso la somministrazione di un questionario al personale infermieristico del reparto di medicina generale dell'Ospedale Alta Val d'Elsa.

Il questionario utilizzato in forma anonima è costituito da 13 quesiti, due dei quali a risposta aperta, mentre i restanti a risposta multipla, con un complessivo di 4 e 2 risposte.

La raccolta è avvenuta nei mesi di agosto e settembre 2018. Il campione è costituito da 29 infermieri: i questionari compilati e consegnati sono stati 27.

I risultati

Il campione ($n=27$) ha un minimo di 25 anni ed un massimo di 49 anni, con una media di 35,1 anni: 17 infermieri laureati con una percentuale del 63% e da 10 infermieri diplomati con la percentuale del 37%.

Le risposte al questionario sono state le seguenti:

Cosa pensi in merito al carico di lavoro?

Il campione ha risposto con una percentuale dell'88,9% "E' eccessivo per il numero del personale infermieristico (Grafico 1).

Grafico 1 - Il carico di lavoro visto dagli infermieri

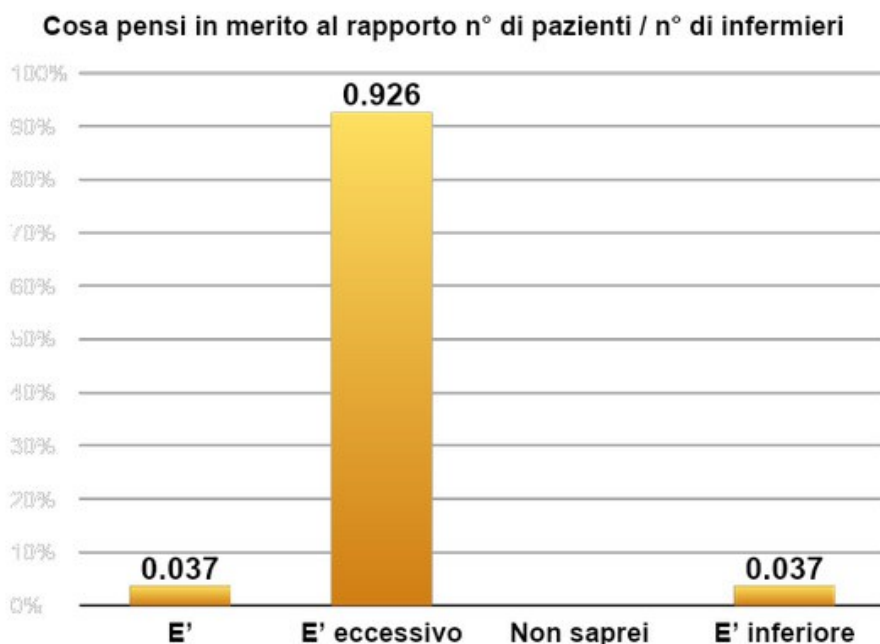


Il 7,4% ha selezionato la risposta “E' adeguato per il numero del personale infermieristico”; lo 0% ha scelto l'opzione “Non saprei dire” ed infine il 3,7% ha risposto “E' inferiore per il numero del personale infermieristico”.

Cosa pensi in merito al rapporto numero di pazienti/numero di infermieri:

A questo quesito il campione ha risposto con la percentuale del 92,6% “E' eccessivo”; il 3,7% ha optato per la risposta “E' proporzionale” ed il 3,7% ha scelto l'opzione “E' inferiore”; mentre nessun infermiere ha risposto “Non saprei dire” (Grafico 2).

Grafico 2 - Cosa pensa il personale in merito al rapporto n° pazienti/n° infermieri



Esegui le procedure seguendo le linee guida:

Risulta che il 7,4% del personale segue le linee guida “sempre”; il 59,3% le utilizza “spesso” durante l'esecuzione delle procedure infermieristiche; il 33,3% “a volte” e la percentuale dello 0% non segue in nessuna linea guida durante l'operato.

Cosa pensi in merito alla qualità dell'assistenza infermieristica del tuo reparto di medicina:

Il 37,1% ha risposto “E' ottima”; lo 0% ha scelto la risposta “E' ottima”; mentre il 55,5% ha privilegiato la risposta “E' mediocre ed infine il 7,4% ha optato per la risposta “E' scarsa” (Grafico 3).

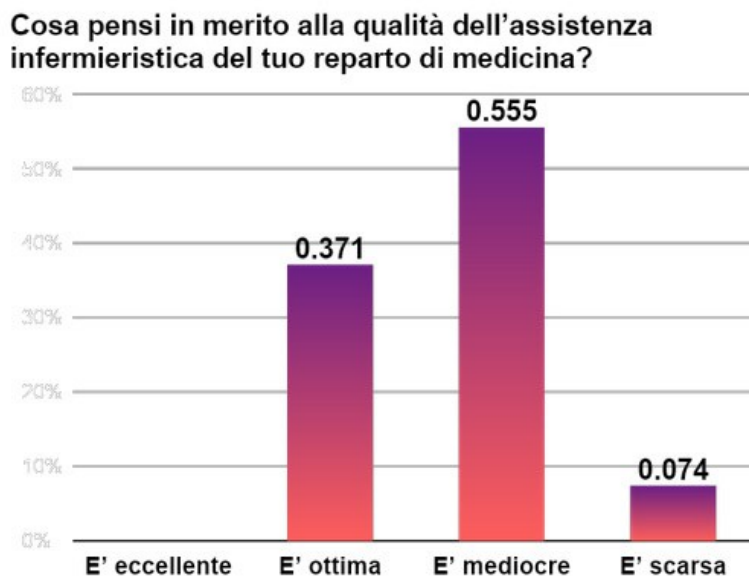
Il carico di lavoro ed il numero di pazienti da assistere può incidere sul tuo margine di errore:

Il campione con la percentuale del 25,9% ha risposto “Sempre”; il 59,3% ha scelto l'opzione “Spesso” (la percentuale cumulativa delle risposte “Sempre” e “Spesso” è pari all'85,2%); mentre il 14,8% ha risposto “A volte” e lo 0% “Mai”.

Riesci ad avere tempo durante il tuo turno lavorativo per fermarti a parlare con un paziente:

Lo 0% del personale ha risposto con la scelta “Sempre” e “Mai”; mentre l’ 11,1% ha preferito rispondere con “Spesso” e l’ 88,9% ha scelto la risposta “A volte”.

Grafico 3 - L'opinione degli infermieri riguardo la qualità dell'assistenza del loro reparto



Cosa pensi sia utile migliorare al fine di affinare l'assistenza:

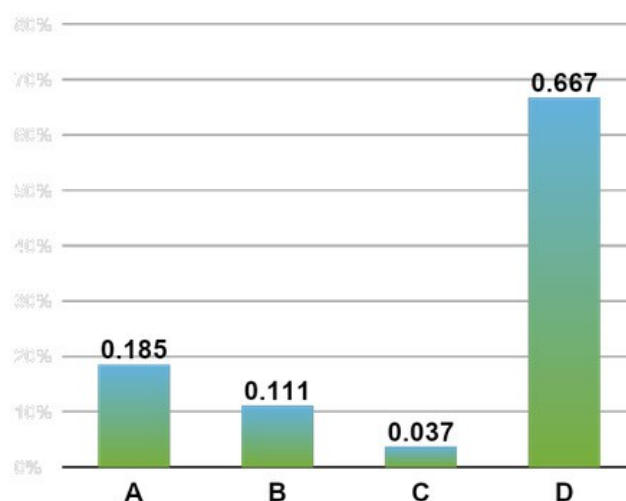
Evince che il 18,5% del personale ha risposto con “Aumentare il numero del personale infermieristico” (A); l’11,1% ha optato per la scelta “Diminuire il numero di pazienti per ogni infermiere” (B); il 3,7% pensa che sia utile “modificare il piano di lavoro” (C) e il 66,7% ritiene che per migliorare l'assistenza occorre aumentare il numero di infermieri, diminuire il numero di pazienti e modificare allo stesso tempo il piano di lavoro, infatti, tale percentuale ha scelto la risposta “Tutte le precedenti” (D) (Grafico 4).

Se pensi sia utile migliorare l'assistenza motiva la tua risposta:

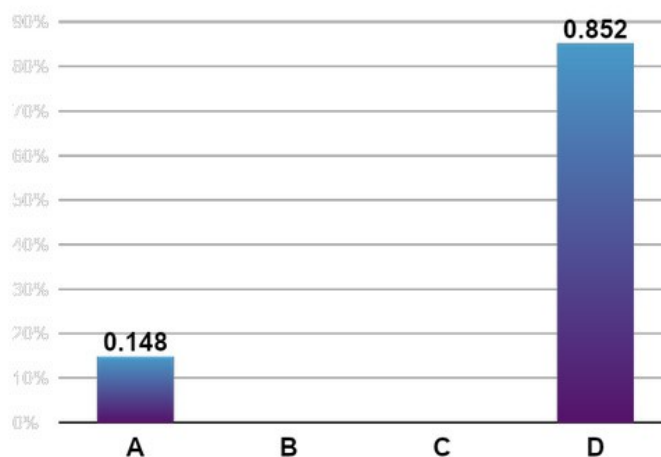
Lo 0% del campione ha scelto le risposte “Permetterebbe al personale infermieristico di eseguire tutte le procedure seguendo le linee guida” (B) e “Permetterebbe al personale infermieristico di diminuire il proprio margine di errore e di lavorare in sicurezza” (C); mentre il 14,8% ha optato per la risposta “Eviterebbe al paziente complicanze e migliorerebbe la qualità dell'assistenza” (A) ed infine l’85,2% ha risposto con “Tutte le precedenti” (D), dunque, ritenendo che migliorare l'assistenza infermieristica permetterebbe di evitare complicanze al paziente, eseguire tutte le procedure secondo le linee guida vigenti e di diminuire il margine di errore, aumentando in contrapposizione la sicurezza degli stessi lavoratori (Grafico 5).

Grafico 4 - Cosa ritiene utile il personale al fine di migliorare l'assistenza

Cosa pensi sia utile migliorare al fine di affinare l'assistenza?

**Grafico 5** - Motivazione del perché il personale pensa sia utile migliorare l'assistenza

Se pensi sia utile migliorare l'assistenza motiva la tua risposta:



CONCLUSIONI

Perché risulta importante valutare la qualità dell'assistenza infermieristica in un reparto di medicina generale? E quali componenti interagiscono con l'assistenza innalzandola o facendola regredire?

Attraverso l'analisi della letteratura e mediante le risposte degli infermieri si è potuto analizzare e valutare alcune delle sfaccettature dell'assistenza infermieristica, riguardanti la qualità e la quantità del lavoro svolto e tutte quelle caratteristiche intrinseche che riguardano la professione infermieristica.

È evidente sia dagli studi che dal parere del personale che vi è una stretta relazione tra il numero di pazienti ed il numero di infermieri. Infatti, evince che quando questo rapporto è proporzionale o addirittura in favore al personale l'assistenza raggiunge livelli ottimali di qualità. Viene dimostrato che a condizionare la qualità assistenziale vi sono delle componenti del tutto sottovalutate e spesso non indicate. Ad esempio, tra queste componenti troviamo il “camminare” ed il “documentare”. Queste due attività occupano una considerevole parte del turno lavorativo degli infermieri, ripercuotendosi poi sul tempo a disposizione che quest'ultimi hanno per effettuare tutti quegli interventi assistenziali (documentati tra i NIC), quali, ad esempio, la somministrazione della terapia, l'esecuzione di esami, l'inserimento di presidi ecc.

Questo tempo sottratto spesso si traduce nell'esecuzione di procedure infermieristiche che non seguono le linee guida; nella somministrazione della terapia in un tempo davvero limitato, che porta spesso gli operatori a commettere errori, con la conseguenza di effetti potenzialmente gravi per la salute degli assistiti; nella riduzione del tempo a disposizione per comunicare con i pazienti, che porta alla non valutazione dei pensieri e preoccupazioni, che spesso affliggono un assistito o un parente ed infine nella limitazione di tempo che l'infermiere ha a disposizione per compiere l'esame obiettivo, il quale permette di valutare costantemente tutte le componenti di un paziente, dallo stato della cute, al suo livello di autonomia ecc.

Purtroppo queste due azioni che gli infermieri compiono ogni giorno, ovvero “camminare” e “documentare” non sono ancora state inserite all'interno della classificazione internazionale NIC e di conseguenza non sono valutabili come carico di lavoro. Dunque, risulta importante e necessario rivalutare queste due azioni al fine di quantificare al meglio il carico di lavoro per ciascun infermiere e permettere al personale di eseguire ogni procedura ed intervento nel migliore dei modi.

Inoltre, non bisogna dimenticare che quanto detto è strettamente correlato con il numero di pazienti associati a ciascun infermiere, in quanto all'aumentare del suddetto numero aumentano la quantità di queste due azioni (camminare, documentare), il numero di procedure ed interventi da attuare.

Dunque, sarebbe necessario avvalersi di strumenti all'avanguardia per valutare minuziosamente il carico di lavoro del personale infermieristico.

In conclusione, quanto detto eviterebbe al personale di lavorare in situazioni stressanti, di ridurre al minimo il margine di errore nella somministrazione della terapia, di eseguire ogni procedura seguendo le linee guida e di innalzare la qualità dell'assistenza infermieristica di un reparto. Tutto ciò dunque limiterebbe tutte quelle complicità che possono portare i pazienti ad aggravarsi, aumentando di conseguenza i giorni di degenza ed il numero di interventi da attuare. Inoltre, quanto detto ridurrebbe tutte quelle spese che il SSN (Sistema Sanitario Nazionale) dovrebbe sostenere nel caso in cui, ad esempio un paziente contrae un'infezione del tratto urinario per l'inserimento in maniera non uniforme alle linee guida di un catetere vescicale, con la conseguenza di rimanere in ospedale altri giorni per ricevere costose cure antibiotiche, esami sterili (urinocoltura, antibiogramma) ecc.

Considerando i tantissimi ospedali nel suolo italiano tutto ciò si tramuta in ingenti somme di denaro che il SSN deve spendere e dunque paradossalmente aumentare il numero di infermieri, in base a tutte le considerazioni fatte significherebbe ridurre le spese per il SSN e migliorerebbe la qualità dell'assistenza infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Jin H., Chen H., Munechika M., Sano M., Kajihara C., The effect of workload on nurses' non-observance errors in medication administration processes: A cross-sectional study, Epub, 2018, 24(5), 12679.
- [2] Fagerström L., Kinnunen M., Saarela J., Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland, BMJ Open, 2018, 24,8(4), 016367.
- [3] Saba V., Whittenburg L., Electronic Method for Measuring Nursing: Workload Action Measures Method (WAMM), Stud Health Technol Inform, 2018, 250, 266-267.
- [4] Campos M.S., Oliveira B.A., Perroca M.G., Workload of nurses: observational study of indirect care activities/interventions, Rev Bras Enferm., 2018, 71(2), 297-305.
- [5] Magalhaes A.M.M., Costa D.G.D, Riboldi C.O., Mergen T. Barbosa A.D.S., Moura G.M.S.S., Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes, Epub, 2017, 51, 03255.



ESPERIENZE

Indagine sulla percezione del ruolo e la volontà di mantenerlo degli infermieri dell'Ospedale di Rovigo

di Erica Girotto (1), Luca Chiarello (2)

(1) Responsabile Area Sviluppo Professionale e Ricerca, Ulss 5 Polesana - Rovigo

(2) Infermiere - Londra

Gli infermieri sviluppano il *self-concept* dall'immagine che a loro deriva dalla società, dall'ambiente di lavoro, dal rispetto che provano nei confronti di esso, dagli insegnamenti ottenuti e dalle tradizioni sociali e culturali in cui si trovano a vivere. La società spesso percepisce gli infermieri in modo distorto rispetto a quello che sono effettivamente (Ten Hoeve, Jansen et al., 2013): emerge quindi con forza la necessità di discutere sull'immagine che l'infermiere ha di sé in un contesto globale, in particolare relativamente al *self-concept* così come inteso da Takaseet et al. (2002), definendolo come l'insieme delle informazioni e delle credenze che gli infermieri stessi hanno dei propri ruoli, valori e comportamenti.

Diversi autori hanno dimostrato l'impatto che il *self-concept* può avere sulla soddisfazione in ambito lavorativo, sullo stress, sul burnout e sulle relazioni interpersonali. La conoscenza di tale aspetto diventa fondamentale nello sviluppo e nella crescita di una professione orientata principalmente all'assistenza delle persone e non solo all'ottenimento di competenze specifiche.

Cowin (2001, 2006) ha sviluppato alcuni strumenti basati su una rigorosa revisione della letteratura, in base ai quali si può evidenziare l'importanza del concetto di sé all'interno della professione infermieristica. Il *Nursing Self-Concept Questionnaire* (Cowin, 2001) permette di valutare la globale percezione che l'infermiere ha del proprio ruolo professionale. È composto da 36 item a cui rispondere secondo una scala Likert, da "del tutto falso" a "del tutto vero". Gli item si suddividono in sei gruppi: concetto di sé generale, assistenza, relazioni con lo staff, comunicazione, conoscenze e leadership. Il *Nursing Retention Index* (Cowin 2001) è composto da 6 item rivolti a verificare la volontà o meno dell'infermiere a continuare ad esercitare la professione.

Obiettivo di questo studio è rilevare la percezione che ha l'infermiere di sé, analizzando la percezione del ruolo in generale, le relazioni con l'équipe, la comunicazione, le conoscenze e la leadership, analizzando in particolare la volontà o meno dell'infermiere a continuare ad esercitare la propria professione.

Il nostro percorso

L'indagine è stata condotta nel periodo maggio-giugno 2016, in 18 unità operative del Presidio Ospedaliero di Rovigo - Azienda Ulss 5 Polesana, coinvolgendo 420 professionisti tra infermieri e coordinatori infermieristici. Dei 420 questionari somministrati, ne sono stati restituiti compilati 245, con un tasso di risposta del 58%, con una prevalenza del sesso femminile (79,6%).

Risultati

Di seguito si riportano i risultati più significativi suddivisi per le aree indagate.

Concetto di sé generale

Questo primo gruppo di item offre una visione generale di quella che può essere l'immagine che la singola persona ha di sé e della propria professione.

Alla domanda *“trovo molto soddisfacente essere un infermiere”* il 40,4% ha risposto vero, il 18% del tutto vero, il 26,5% abbastanza vero.

Il 69% afferma di non volere trovare un altro impiego, confermando la scelta di questa professione.

In questa sezione si delinea un'immagine positiva dell'infermiere.

Assistenza

Questo secondo gruppo di item si focalizza sulle capacità assistenziali dell'infermiere. Si evidenzia una sicurezza da parte degli infermieri sui bisogni di ogni singolo paziente. Gli infermieri non sono solo convinti delle proprie capacità, ma esprimono soddisfazione del loro lavoro: tutti affermano di *“avere le capacità di prendersi cura dei miei pazienti”* e l'80% afferma interesse *“nel prendersi cura dei pazienti”*.

Relazioni con lo staff

Questa area indaga quanto gli infermieri si trovino bene a lavorare con altri professionisti sanitari in generale. Il 48,2% ritiene di *“essere in grado di creare buoni rapporti lavorativi con altri professionisti sanitari”*. Considerati i risultati complessivi si può affermare che non sono tanto i rapporti con altri professionisti sanitari a creare delle difficoltà quanto piuttosto, seppur in misura ridotta il rapporto con i colleghi nel servizio.

Comunicazione con l'utenza e colleghi

Alla domanda *“ho le competenze per una comunicazione verbale con colleghi e pazienti”* il 57,1% risponde vero. Si ritiene che l'efficacia percepita nella comunicazione sia frutto di una preparazione nel campo della psicologia clinica e nel modo in cui ci si può approcciare alle diverse tipologie di pazienti.

Conoscenze

In questa categoria si intende valutare la propensione o meno dell'individuo alla formazione o alla ricerca. Oltre il 44,5% degli intervistati *“trova stimolanti le nuove conoscenze in ambito infermieristico”*, aspetto fondamentale all'interno di una professione che evolve quotidianamente.

Leadership

Buona parte degli infermieri *“non ottiene molto rispetto per le attività di leadership”* con il 25,3% di risposte negative. All'affermazione *“affronto con sicurezza le attività di leadership”* il 28,2% non si trova d'accordo, per cui risulta plausibile che circa lo stesso numero di persone che non affronta con serenità posizioni di potere poi non riesca ad ottenere gratificazioni dai colleghi. Infine, *“mi piace avere un ruolo di leadership”* può considerarsi l'unico item che fra tutti è riuscito a dividere a metà il campione con il 46,6% di risposte negative.

Alla domanda *“È mia intenzione proseguire con la carriera infermieristica nel prossimo futuro”* l'87% risponde affermativamente.

Relativamente ai coordinatori infermieristici si sono presi in considerazione soltanto gli item della categoria Leadership dell'NSCQ, in quanto più rappresentativi per tale categoria professionale. Su un totale di 14 soggetti, si può affermare che la percezione che i coordinatori hanno del proprio ruolo è buona: si sentono non solo rispettati dagli altri membri del team, ma posseggono inoltre una forte sicurezza nelle proprie capacità. Solo un 7,14% del campione afferma di non sentirsi troppo rispettato dal team di lavoro e sostiene di non riuscire a tenere unito il gruppo di infermieri.

CONCLUSIONI

Dai risultati dell'NSCQ si delinea un quadro più che positivo, con buona propensione dei rispondenti a considerarsi un professionista a tutto tondo, forte di capacità assistenziali, ma anche comunicative e relazionali. Incoraggianti sono anche i risultati per quanto riguarda l'interesse degli infermieri nei confronti del progresso nelle conoscenze in ambito infermieristico, verso le quali essi si dimostrano molto aperti. Nonostante si tratti di poco più della metà del campione inizialmente stimato, i risultati generali possono considerarsi positivi: non vi sono infatti, se non in ridotta percentuale, evidenze di malessere espresso dal personale.

Anche nel caso dell'NRI i risultati sono positivi: pur ponendo il soggetto di fronte ad affermazioni più dirette nei confronti della professione, non si riscontrano percentuali elevate che esprimano la volontà di cambiare totalmente attività lavorativa.

L'immagine che si delinea da questa analisi è più che positiva: gli infermieri del Presidio ospedaliero di Rovigo esprimono un self-concept forte da tutti i punti di vista considerati, in linea anche con la definizione di Takase et al.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson E.P. (1993), The perceptions of student nurses and their perceptions of professional nursing during their nurse training programme. *Journal of Advanced Nursing*, 18(5), 808-15.
- Arthur D. (1992), Measuring the professional self-concept of nurses: a critical review. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 712-19.
- Cowin L. (2001), Measuring nurses' self-concept. *Western Journal of Nursing Research*, 23(3), 313-25.
- Cowin L., Hengstberger-Sims C. (2006), New graduate nurse self-concept and retention: a longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(1), 59-70.
- Takase M., Kershaw E., Burt L. (2002), Does public image of nurses matter? *Journal of Professional Nursing*, 18(4), 143-46.
- Ten Hoeve Y, Jansen G., Roodbol P. (2013), The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 295-308.

ESPERIENZE

Un aggiornamento sul morbillo: cosa deve conoscere l'infermiere

di M. Castiglione (1), A. Romano (2), S. Giordano (3), D. Farinella (4), M. Crema (5), P. Dones (3), A. Averna (6)

(1) U.O.C. MACAU Sant'Elia, Caltanissetta, Italia

(2) Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile, Università degli Studi di Palermo, Italia

(3) U.O.C. Malattie Infettive e Tropicali Pediatriche Ospedale G. Di Cristina, Palermo, Italia

(4) Direzione Medica Ospedale G. Di Cristina, Palermo, Italia

(5) U.O.S.D. Sorveglianza Sanitaria ARNAS, Civico-Di Cristina, Palermo, Italia

(6) U.O.C. Malattie Infettive Sant'Elia, Caltanissetta, Italia

Corrispondenza: mariocastiglione67@libero.it

INQUADRAMENTO

Il morbillo rimane, a livello globale, una delle principali cause di morte nei bambini piccoli e nel 2015 ha causato 134.200 decessi, la maggior parte dei quali in bambini sotto i 5 anni di età. Il 75% delle morti è avvenuto nella Repubblica Democratica del Congo, in Etiopia, India, Indonesia, Nigeria e Pakistan. Tutte le 6 regioni dell'OMS hanno obiettivi di eliminazione del morbillo. A settembre 2016 la Regione delle Americhe dell'OMS ha annunciato di avere raggiunto questo importante traguardo. L'obiettivo del Global Measles and Rubella Strategic Plan è quello di raggiungere l'eliminazione del morbillo e della rosolia in almeno 5 delle 6 Regioni OMS entro il 2020. Il morbillo è una malattia infettiva con un periodo di incubazione di 9-12 giorni, asintomatico, seguito da una fase di invasione o prodromica caratterizzata da febbre, mucositi ed enantema che dura tra i 2 ed i 5 giorni. Successivamente compare l'esantema (Figura 1) a diffusione cranio-caudale, accompagnato da rialzo termico. La febbre si attenua e scompare in 3°-4° giornata dalla comparsa dell'esantema. La fase di contagio dura circa 10 giorni: dall'inizio delle prime manifestazioni catarrali a 4-5 giorni dopo la comparsa dell'esantema. Le complicazioni sono relativamente rare, ma il morbillo è pur sempre responsabile di un numero compreso tra le 30 e le 100 morti ogni 100.000 persone colpite. Le complicazioni sono dovute principalmente a superinfezioni batteriche: otite media, laringite, diarrea, polmonite o encefaliti (infiammazioni del cervello). Si riscontrano più spesso nei neonati, nei bambini malnutriti o nelle persone immunocompromesse.

Di solito la diagnosi si fa solo per osservazione clinica, riservando non poche difficoltà nelle fasi iniziali prima della comparsa dell'esantema. Eventualmente si possono ricercare nel siero degli anticorpi specifici diretti contro il virus del morbillo, dopo 3 o 4 giorni dall'eruzione.



In vista dell'obiettivo di eliminazione del morbillo risulta importante non solo individuare tempestivamente tutti i nuovi casi, ma anche valutare le dinamiche di circolazione dei diversi genotipi del virus, per valutare la circolazione dei ceppi endemici, identificare i casi di importazione e la loro provenienza. A tale scopo è possibile eseguire su campioni di sangue, saliva, secrezioni nasofaringee o urine analisi molecolari per determinare il genotipo virale.

Il morbillo è una delle malattie più trasmissibili. Il contagio avviene tramite le secrezioni nasali e faringee per via aerea tramite le goccioline respiratorie che si diffondono nell'aria quando il malato tossisce o starnutisce.

Non esiste una cura specifica. Si possono trattare i sintomi (terapia sintomatica) ma non la causa. Esiste un rischio di prematurità per i bambini che hanno la madre infetta durante la gravidanza, tuttavia il rischio di difetti congeniti non sembra essere aumentato.

Il vaccino del morbillo appartiene ai vaccini vivi attenuati. In Italia con il decreto legge luglio 2017 è diventato obbligatorio. Il vaccino esiste sotto forma di un complesso vaccinale contro il morbillo, la parotite e la rosolia (MPR).

Si consiglia una prima dose di MPR prima del 24° mese di vita, preferibilmente al 12-15° mese, con un richiamo verso 5-6 anni o 11-12 anni. Fino al 6°-9° mese, il neonato può essere protetto dagli anticorpi che gli vengono dalla madre se questa è immunizzata. La durata di immunizzazione del neonato è inferiore se la madre è stata immunizzata da un vaccino e non dal morbillo stesso.

Come per tutti i vaccini vivi attenuati, la vaccinazione non viene effettuata negli individui con deficit immunitario o sotto terapia immunosoppressiva (corticoidi, antineoplastici, antirigetto), né, per precauzione, nelle donne gravide o che desiderano esserlo nel mese successivo. Invece, è consigliato alle persone infette da HIV che non hanno ancora sviluppato l'Aids.

CONTESTUALIZZAZIONE DEL PERCORSO DI MIGLIORAMENTO/ESPERIENZA

Nel 2017 sono stati segnalati in Italia 4991 casi di morbillo con 4 decessi. L'89% dei casi proviene da Piemonte, Lazio, Lombardia, Toscana, Abruzzo, Veneto e Sicilia. Il 95% dei casi non era vaccinato ed il 5% aveva ricevuto solo una dose di vaccino. L'incidenza maggiore si è verificata nei bambini sotto l'anno di età. Sono stati inoltre segnalati 315 casi tra gli operatori sanitari. (1)

Nel 2016 in Sicilia la media regionale delle vaccinazioni si è abbassata all'81,1%, lontano dal 95% considerata la quota ottimale per evitare il contagio ai soggetti suscettibili. Nel 2016 la situazione nelle varie province siciliane era la seguente: Messina 69,5%, a Catania il 76,6%, Siracusa il 78,8%, Trapani 83,7%, Caltanissetta 84%, Ragusa 84,9%, Palermo 85,7%, Agrigento 87,2% ed Enna 90,8%. Nel 2017 la media regionale delle vaccinazioni si attesta intorno all'85%, in rialzo, dunque, sebbene il dato sia ancora lontano di ben 10 punti dalla media attesa.

Dal gennaio 2016 all'aprile 2018 sono stati ricoverati presso l'U.O.C. di Malattie Infettive e Tropicali ad indirizzo pediatrico dell'Ospedale Pediatrico G. Di Cristina di Palermo 35 pazienti affetti da Morbillo (Tabella 1).

Si trattava di pazienti che non erano stati sottoposti a vaccinazione contro il virus del morbillo. Il 50% dei ricoveri aveva una età inferiore ai 2 anni.

Tabella 1

PAZIENTI	2016	2017	2018	♂	♀	Età	Vaccino	Complicanze
PEDIATRICI	11	21	3	20	15	2m -13aa	0	14
Polmonite	3	6	2	7	4	4m – 9aa	no	11
Ipertransaminasemia	-	3	-	3	-	4-7 aa	no	3
ADULTI	-	-	15	6	9	19-51 aa	6% (1 dose) 26% no 68% (non noto)	3
Polmonite	-	-	1	-	1	34 aa	no	1
Rabdomiolisi	-	-	1	1	-	49 aa	no	1
ARDS	-	-	1	-	1	51 aa	no	1

Dal gennaio 2018 sono stati ricoverati presso l'U.O.C. di Malattie Infettive dell'Ospedale S. Elia di Caltanissetta 15 pazienti affetti da Morbillo (Tabella 1). Il 32% dei casi non era stato sottoposto a vaccinazione antimorbillo o era stata somministrata una sola dose. Il restante 68% non aveva il ricordo della vaccinazione o della malattia.

RISULTATI

Le complicanze sono state osservate nel 34% dei casi (rispettivamente nel 40% della popolazione pediatrica e nel 20% tra gli adulti). La complicanza osservata più frequentemente è stata la polmonite con 11 casi tra i bambini ed 1 caso tra gli adulti. Nei bambini sono stati osservati anche 3 casi di ipertransaminasemia, anche se tale complicanza sembra essere più frequente tra gli adulti. Nella popolazione adulta si è avuto un caso di rabdomiolisi, complicanza non esclusiva del virus influenzale, ed un caso di Insufficienza respiratoria in un soggetto affetto da Sindrome di Down (Tabella 1).

In tutti i casi osservati sia pediatrici che adulti, la diagnosi è stata confermata con la presenza di anticorpi specifici della classe IgM. In tutti i pazienti si è avuta la guarigione senza alcun reliquato.

OBIETTIVI DEL PERCORSO

A causa dell'elevata trasmissibilità del virus del morbillo, la possibilità di contagio nelle sale di attesa delle strutture sanitarie è alta, e le persone possono infettarsi dopo un tempo di esposizione relativamente breve.

Il virus del morbillo può sopravvivere fino a 2 ore nell'aria o su oggetti e superfici e una persona suscettibile può essere infettata anche dopo che la persona malata ha già lasciato l'ambiente. Pertanto, è utile ricordare di mettere in atto i protocolli (nel nostro Pronto Soccorso non avendo un protocollo interno, vengono utilizzati e messi in atto le precauzioni standard per le malattie trasmesse per via aerea).

Per la prevenzione della trasmissione delle infezioni negli ospedali, negli ambulatori e nei Pronto Soccorso, che includono:

- il mantenimento di un elevato livello di consapevolezza tra il personale sanitario della possibilità di trasmissione del morbillo in ambito nosocomiale, mettendo in atto le basi delle misure di isolamento:
 - lavaggio delle mani, riconosciuto come la più importante misura in grado di ridurre il rischio di trasmissione di infezioni da una persona all'altra;
 - l'uso dei guanti, (non sterili) indossati per tutte le evenienze che comportano il contatto con materiale contaminato o prima di toccare mucose o cute non integra e cambiarli dopo ogni procedura;
 - maschere e protezione per occhi, per compiere procedure a rischio di esporre le mucose del viso;
 - biancheria, che si deve maneggiare e trasportare in modo da evitare l'esposizione con la cute, le mucose e i vestiti ed in modo da impedire il trasporto dei microorganismi su altri pazienti e nell'ambiente;
 - assicurarsi che il materiale per l'assistenza al paziente sia trattato opportunamente qualora contaminato;
 - controllo ambientale, stabilendo procedure per l'assistenza routinaria, la pulizia e la disinfezione delle superfici ambientali ed altre superfici frequentemente toccate.
- l'esclusione dal lavoro degli operatori sanitari suscettibili esposti nel periodo d'incubazione;
- l'immediato isolamento dei casi sospetti che si presentano al Pronto Soccorso o in qualsiasi area di attesa ambulatoriale;
- Isolamento dei casi sospetti e dei pazienti con morbillo accertato applicando le "misure di isolamento in pazienti con patologia respiratoria diffusiva";
- la ricerca dei contatti che potrebbero essere stati contagiati nelle sale d'attesa;
- l'offerta della vaccinazione post-esposizione ai contatti suscettibili;
- il rafforzamento della sorveglianza sui casi acquisiti in ospedale;
- offrire attivamente la vaccinazione ai contatti suscettibili di casi di morbillo inviandoli, entro 72 ore dall'esposizione presso i centri di vaccinazione aziendali. Nei casi in cui siano trascorse più di 72 ore dall'esposizione, offrire comunque la vaccinazione per recuperare i suscettibili eventualmente non contagiati. Tutti i nostri operatori risultano vaccinati o comunque immunizzati e nessuno ha sviluppato la malattia dopo l'esposizione.

Infine, viene sottolineata l'importanza di predisporre e diffondere materiale informativo per operatori sul morbillo e sull'efficacia e sicurezza della vaccinazione MPR.

CONCLUSIONI

Il focolaio di morbillo tra i bambini e gli adulti è stato il risultato della bassa copertura vaccinale tra i bambini e gli adulti e dell'insufficiente isolamento ospedaliero dei casi. Una severa politica di isolamento ospedaliero potrebbe ridurre la diffusione del morbillo.

Le ospedalizzazioni di bambini con il morbillo continuano a manifestarsi in aree europee dove l'eliminazione non è stata raggiunta. I bambini sotto i 2 anni di età rappresentano una popolazione vulnerabile che ha un rischio maggiore di ospedalizzazione (3).

Il morbillo è prevenibile col vaccino e l'uomo è il solo serbatoio. Per ottenere l'eradicazione di tale malattia infettiva basterebbe una copertura vaccinale del 95% della popolazione, con due dosi di vaccino. I sanitari devono promuovere e fornire la vaccinazione in tempo utile ai pazienti; considerare il morbillo tra le diagnosi differenziali in caso di malattia febbrile che si accompagna a rash cutaneo per la diagnosi rapida del caso, l'isolamento, il trattamento e per una risposta di salute pubblica appropriata.

BIBLIOGRAFIA

- (2018) Morbillo & Rosolia News. Epicentro centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/morbillo/aggiornamenti>.
- Ciofi Degli Atti M, Filia A, Bella A, Sisto A, Barbieri MA, Reale A, Raponi M (2017) Measles cases in Children Requiring Hospital Access in an Academic Pediatric Hospital in Italy, 2008-2013. *Pediatr Infect Dis J.* 36(9):844-848.

ESPERIENZE

La qualità percepita per l'assistenza infermieristica ai pazienti cardiologici

di Mariangela Alberti (1), Massimo Moro (2), Anna Sponton (3), Sara Patella (4), Alice Bonomi (5)

(1) Mariangela Alberti

(2) Massimo Moro

(3) Anna Sponton

(4) Sara Patella

(5) Alice Bonomi

Corrispondenza: mariangela.alberti@ccfm.it

La soddisfazione dei pazienti per le cure infermieristiche è un importante esito ed è stata ampiamente raccomandata come misura della qualità assistenziale (Al-Doghaither, 2000; Palese et al., 2011). Già nel 1997 tale soddisfazione era considerata il fattore predittivo più importante della soddisfazione complessiva dell'assistenza ospedaliera e ancora oggi risulta essere uno degli indicatori di risultato della qualità e dell'efficienza dei sistemi sanitari (Merkouris, 2004; El-Naggar, 2013; Bowling, 2012; Andaleeb, 2001).

Uno studio del 2008 ribadisce che la soddisfazione del paziente è un esito sensibile agli interventi infermieristici ed esistono convincenti evidenze che tale outcome rappresenti un'importante misura di esito delle cure: il livello di gradimento viene interpretato come un buon indicatore del modo in cui il paziente riporrà la propria fiducia negli operatori sanitari e di conseguenza favorirà una maggior o minore *compliance* al trattamento (Tervo-Heikkinen, 2008).

È evidente, dunque, che la misurazione della *customer satisfaction* rispetto all'assistenza infermieristica ricevuta richiede la disponibilità di strumenti sensibili, specifici, validi, affidabili capaci di rilevare differenze tra modi diversi di erogare le cure.

In letteratura è presente uno strumento validato che risponde a tale esigenza: il *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale* (NSNS) elaborato e aggiornato negli anni sulla base delle considerazioni dei pazienti riguardo la negativa o positiva qualità dell'assistenza ricevuta, ottenute attraverso interviste qualitative e focus group (McColl, Thomas, 1996; Thomas et al., 1996). Tale questionario misura esclusivamente la soddisfazione riguardo l'assistenza infermieristica dei pazienti adulti degenti in reparti medico-chirurgici. È stato tradotto e validato in alcuni Paesi, tra cui Polonia (Gutysz-Wojnicka, 2013), Turchia (Akin, 2007), Brasile (Dorigan, 2014) e Giordania (Alasad, 2003). Dal 2007, a seguito del processo di validazione del gruppo dell'Università degli Studi di Tor Vergata di Roma, è fruibile anche in Italia (Piredda, Cossu, 2007; Piredda et al., 2015).

Alla luce di tali premesse, è stato avviato uno studio, utilizzando lo strumento NSNS, allo scopo di misurare il grado di soddisfazione del paziente rispetto l'assistenza infermieristica ricevuta presso il Centro Cardiologico Monzino (CCM).

Indirettamente, in tale indagine, si intendeva anche far emergere le criticità assistenziali in modo da poter attuare progetti di miglioramento rispetto all'intervento infermieristico.

Il nostro percorso

Nel periodo gennaio 2016 - settembre 2016 sono stati reclutati i pazienti della degenza di Cardiologia e di Cardiochirurgia del CCM. Sono stati inclusi nello studio i soggetti maggiorenni, con almeno due giorni di degenza, in grado di leggere e comprendere la lingua italiana.

I questionari totali distribuiti sono stati 600; la somministrazione è avvenuta da parte di un rilevatore esterno, che ha reso noto ad ogni assistito l'obiettivo dello studio e le modalità di compilazione. Il ritiro dei questionari è avvenuto in busta chiusa.

Il questionario NSNS è composto da tre sezioni:

- *Sezione 1* - 26 item riguardanti le *Esperienze di assistenza infermieristica ricevuta* con scala Likert a 7 punti (sono completamente in disaccordo/ sono completamente d'accordo)
- *Sezione 2* - 19 item riguardanti la *Soddisfazione dell'assistenza infermieristica ricevuta* con scala Likert a 5 punti (per niente soddisfatto/ completamente soddisfatto)
- *Sezione 3* - comprendente dati sociodemografici e 2 item di giudizio complessivo con scala Likert a 7 punti (pessima/ottima).

RISULTATI

Sono stati riconsegnati compilati 532 dei 600 questionari distribuiti (89%).

I rispondenti sono stati per il 71% uomini, quasi la metà (49,50%) con età compresa fra 60-80 anni; il 42,86% erano pensionati. La media del numero di notti per degenza è stata di 4,52.

I 26 item della *sezione Esperienze di assistenza infermieristica* sono stati raggruppati, tramite un'analisi fattoriale, in 5 domini di cui è stato calcolato il punteggio medio. Considerando come cut-off la risposta 4 (*non sono d'accordo né in disaccordo*), solamente il dominio *ascolto e tempestività* è risultato essere quello con punteggio più basso (3,81/7), mentre i migliori risultati si sono ottenuti per i domini *accoglienza ed informazione* (5,86/7) e per *relazioni interpersonali e capacità comunicative* (5,63/7) (Figura 1).

Dei 19 item della *seconda sezione, la competenza degli infermieri nel loro lavoro* è risultato essere quello con valore medio più elevato (4,26/7), mentre quello con valore medio inferiore è stato *il modo in cui gli infermieri hanno rassicurato parenti ed amici* (3,55/5) (Tabella 1).

In generale è risultata una buona soddisfazione del paziente rispetto all'assistenza ricevuta: di fatto l'item relativo al giudizio complessivo sulla soddisfazione per l'assistenza infermieristica della *sezione 3* ha ottenuto un punteggio medio di 5,78/7 e quello sul giudizio complessivo del ricovero ha ottenuto 5,82/7 (Figura 2).

Correlando i risultati ottenuti alle caratteristiche dei rispondenti, non è emersa alcuna differenza statisticamente significativa rispetto al genere (6,14/7 uomini e 6,24/7 donne), mentre invece emerge rispetto alla professione e all'età.

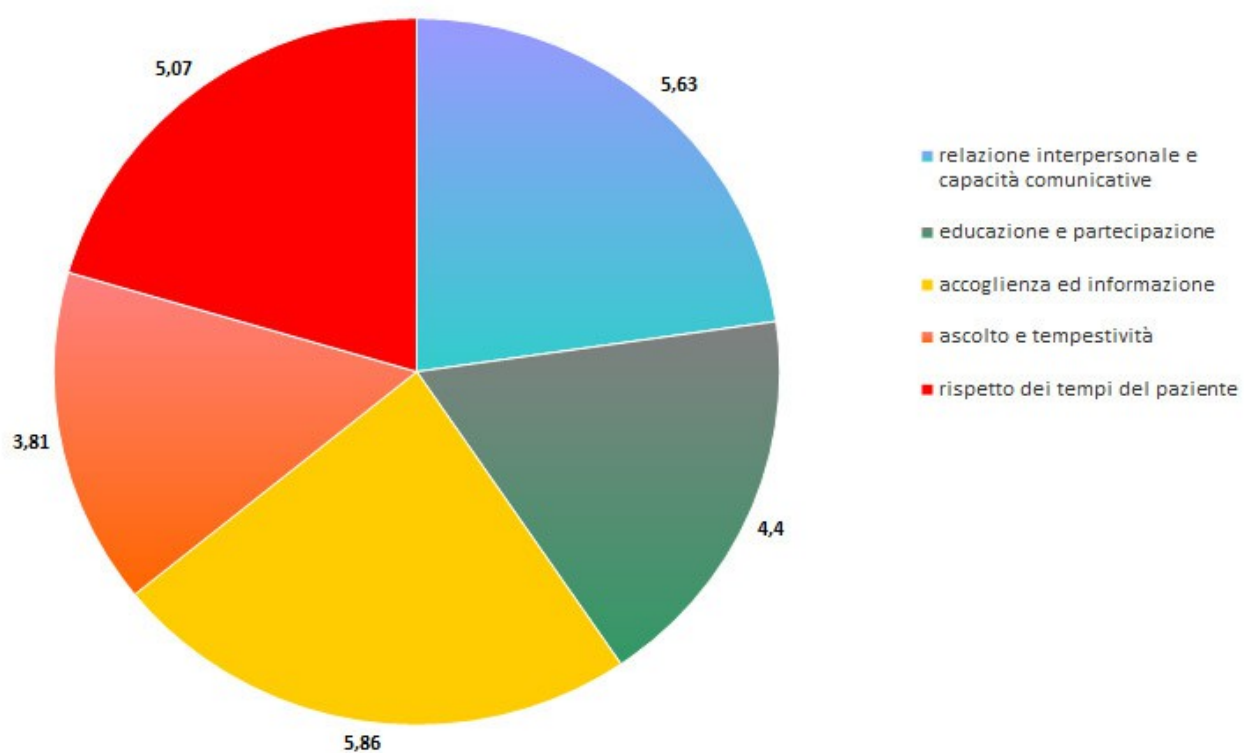
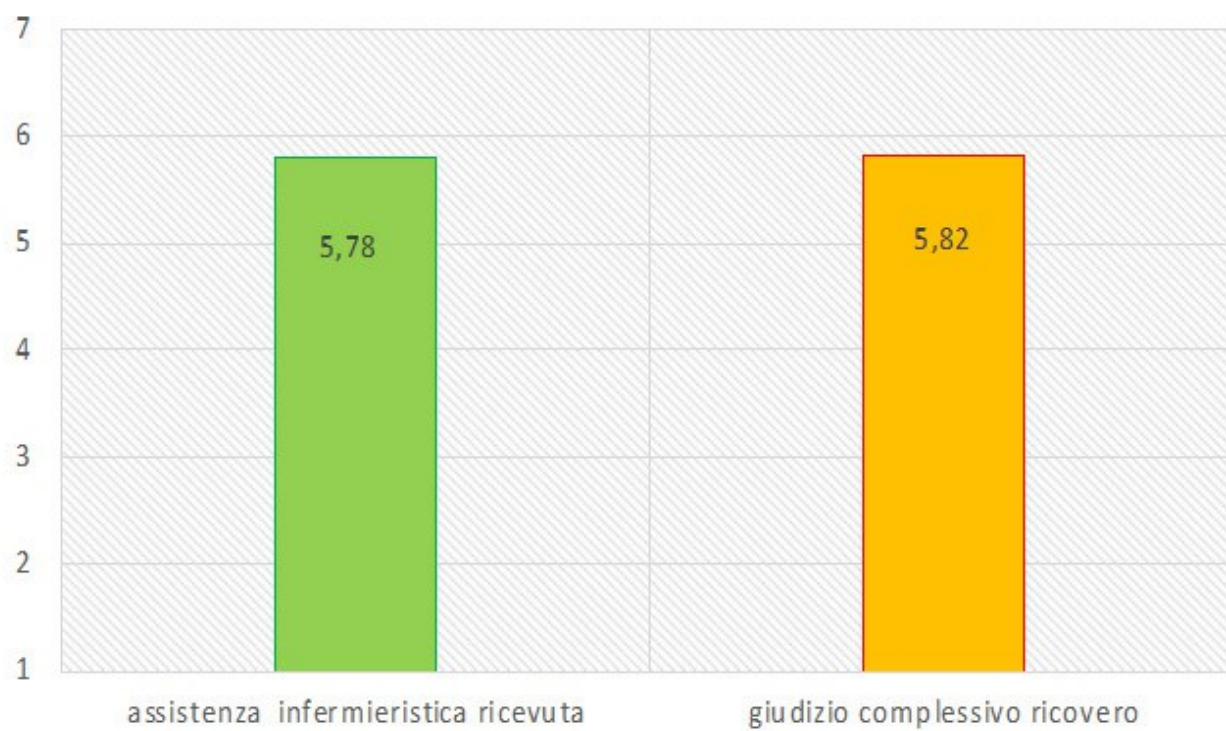
Figura 1 - Esiti per i 5 domini della sezione 1 del Questionario**Figura 2** - Punteggio medio degli item della sezione 3 del Questionario

Tabella 1 - Dettaglio dei risultati della sezione 2 del Questionario

Item	Punteggio medio (1 - 5)
La competenza nel loro lavoro	4,26
La riservatezza e il pudore che le è stato garantito	4,20
L'essere trattato come persona	4,19
Il modo in cui gli infermieri svolgevano il loro lavoro	4,17
Il modo in cui l'hanno fatta sentire a suo agio	4,16
La libertà che le è stata concessa in reparto	4,12
L'aiuto ricevuto dagli infermieri	4,09
La disponibilità a rispondere alle sue richieste	4,05
La prontezza con cui sono arrivati quando li ha chiamati	4,02
La loro consapevolezza dei suoi bisogni	3,97
La quantità di tempo che le hanno dedicato	3,95
Presenza di un infermiere quando ne aveva bisogno	3,90
Come hanno ascoltato le sue preoccupazioni ed ansie	3,85
La frequenza con cui controllavano che lei stesse bene	3,83
Il modo in cui le hanno spiegato le cose	3,82
Le conoscenze degli infermieri sul suo caso	3,82
La quantità di informazioni date sulla sua salute e terapia	3,72
Le informazioni date sul suo stato di salute e trattamento	3,62
Il modo in cui hanno rassicurato parenti ed amici	3,55

DISCUSSIONE

Lo studio effettuato ha permesso di rilevare la soddisfazione dei pazienti degenti presso alcune unità operative del CCM.

L'analisi ha evidenziato un buon livello di gradimento (5,78/7), esito che si sovrappone a studi simili presenti in letteratura (Merkouris, 2004; Gutysz-Wojnicka, 2013; Akin, 2007; Alasad, 2003; Alasad, Tabar, AbuRuz, 2015; Findik, 2010; Alhusban, 2009).

Il buon livello di soddisfazione ottenuto è verosimilmente riconducibile alla competenza infermieristica (item n.2 della sezione 2 punteggio medio 4,26/5).

Anche se in questo studio non è stata correlata la *customer satisfaction* con le caratteristiche socio-demografiche del personale, va tenuto presente che all'interno delle unità operative del CCM l'assistenza è svolta da infermieri con esperienza decennale in ambito cardiologico e l'organizzazione segue modelli di riferimento atti a mettere al centro delle cure l'assistito.

L'indagine fa spiccare la natura relazionale ed educativa della professione infermieristica come prevede il Profilo Professionale (DM 793/94) ed enfatizza il consenso alle norme valoriali del Codice Deontologico dell'infermiere.

Gli aspetti assistenziali maggiormente apprezzati risultano essere la competenza, la capacità relazionale, la riservatezza garantita, l'essere trattato come persona e l'impegno nel mettere a proprio agio i pazienti.

Dall'indagine emergono anche delle criticità che dovranno essere leva per un miglioramento, come l'ascolto, la tempestività e la capacità degli infermieri di agire in autonomia.

Si devono anche considerare aspetti dell'assistenza su cui intervenire, quali l'informazione e la comunicazione con i parenti. In letteratura è stata discussa l'importanza di una comunicazione efficace con il paziente e quanto questa possa influire positivamente sulla qualità percepita (Ervin, 2006).

Infine per quanto riguarda le variabili di contesto, in questa indagine non sono risultate differenze statisticamente significative rispetto al genere dei pazienti, mentre in altri studi presenti in letteratura risulta disomogeneamente soddisfatto in alcuni casi il genere femminile (Alasad J A. T., 2015; Bodil W L, 1999; Alhusban MA, 2009), in altri quello maschile (El-Nagger, 2013; Hargraves et al, 2001; Johansson et al, 2002).

Anche la correlazione col livello di istruzione non ha evidenziato differenze significative, come invece è risultato in altre ricerche in cui è emerso che i pazienti con livello di istruzione superiore sono risultati meno soddisfatti (Brèdart et al, 2003; Radwin, 2003; Alasad, Ahmad, 2003; Bodil, 1999).

Sono invece state individuate differenze significative rispetto alla professione (gli impiegati risultano i più soddisfatti) e all'età (maggior soddisfazione per pazienti con un'età compresa fra 50-59 anni, minore tra i pensionati con età fra 80-89 anni); questo dato non è risultato in linea con la letteratura consultata (Akin, 2007; Alasad, 2015; Bodil, 1999; Alhusban, 2009).

In questo studio non è stata indagata la relazione fra la qualità percepita e la patologia del paziente, reparto di degenza o durata della degenza: alcune ricerche hanno dimostrato che i pazienti dei reparti chirurgici sono più soddisfatti di quelli dei reparti medici (Alasad, 2003; Findik, 2010; Resnick et al, 2008; Thiedke, 2007) e che i pazienti con lunghe degenze sono meno soddisfatti di quelli che affrontano brevi degenze (Bodil, 1999; Nguyen Thi et al, 2002; O'Connell, 1999).

Un altro aspetto che sarebbe stato interessante analizzare è la relazione fra qualità percepita dal paziente e soddisfazione del personale infermieristico.

Nonostante l'attiva collaborazione ottenuta dai pazienti, la complessa e lunga compilazione del questionario è stata la difficoltà maggiore da loro riferita.

CONCLUSIONI

Riuscire ad identificare il livello di qualità percepita dai pazienti rispetto le cure infermieristiche è un ottimo indicatore della qualità dell'assistenza, un outcome che dovrebbe essere rilevato e monitorato in modo costante.

I risultati ottenuti da questa indagine hanno permesso di ottenere informazioni preziose sugli aspetti che migliorano o ostacolano la soddisfazione dei pazienti, facendo emergere i punti di forza e debolezza dell'assistenza infermieristica fornita al CCM.

Lo studio ha sottolineato le caratteristiche relazionali della professione: la competenza comunicativa di fatto è risultata ancora una volta un punto di forza dell'infermiere, in quanto permette di creare quel rapporto fiduciario con il paziente utile nel processo di cura.

La valutazione da parte dell'assistito va comunque rilevata con costanza e periodicità: solo così può diventare veicolo per il miglioramento concreto da parte dell'organizzazione.

BIBLIOGRAFIA

- Akin S., Erdogan S., (2007). The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4):646-53. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x.
- Alasad J., Abu Tabar N.A., AbuRuz M., (2015). Patient Satisfaction With Nursing Care: Measuring Outcomes in an International Setting. *Journal of Nursing Administration*, 45(11):563-8. doi:10.1097/NNA.0000000000000264.
- Alasad J, Ahmad M, (2003). Patients' satisfaction with nursing care in Jordan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(6):279-285. doi:10.1108/09526860310495660.
- Al-Doghaither A. H, (2000). Inpatients satisfaction with nursing services at King Khalid university hospital, Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Family & Community Medicine*, 7(3):37-45.
- Alhusban MA, Abualrub R. F, (2009). Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 17(6):749-58. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00927.x.
- Andaleeb SS, (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine*, 52(9):1359-1370. doi:10.1016/S0277-9536(00)00235-5.
- Bodil W L, (1999). Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *Journal of Clinical Nursing*, 8(6):693-700. doi:10.1046/j.1365-2702.1999.00311.x.
- Bowling A, Rowe G, Lambert N, (2012). The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technology Assessment*, 16(30):1-509. doi:10.3310/hta16300.
- Brédart A et al., (2003). Patients' satisfaction ratings and their desire for care improvement across oncology settings from France, Italy, Poland and Sweden. *Psycho-oncology*, 12(1):68-77. doi:10.1002/pon.620.
- Dorigan GH, (2014). Validation of the Brazilian version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a partial least squares path modeling approach. *Journal of Nursing Measures*, 22(3):451-60.
- El-Nagger N. S. et al., (2013). Patients' Satisfaction Regarding Nursing Care Provided in Different Hospitals in Makkah AL Mukramah. *Life Science Journal*, 10(2):421-429.
- Ervin N. E, (2006). Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? *Journal of Nursing Administration*, 36(3):126-30.
- Findik U. Y, Unsar S, Sut N, (2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing Health Science*, 12(2):162-9. doi:10.1111/j.1442-2018.2009.00511.x.
- Gutysz-Wojnicka A, Dyk D, Cudak E, (2013). Measuring patient satisfaction with the Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 27(2):311-8. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01034.x.
- Hargraves JL et al. (2001). Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. *Medical Care*, 39(6):635-41.
- Johansson P, Olèni M, Fridlund B, (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16(4):337-44.
- Mahon P. Y, (1997). Review of measures of patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, 65(3):196-197. doi:10.1111/j.1547-5069.1997.tb01557.x.
- McColl E, Thomas L. H, (1996). A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nursing Standard*. 10(52):34-38. doi:10.7748/ns.10.52.34.547.
- Merkouris A. et al., (2004). Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *International Journal of Nursing Studies*, 41(4):355-367. doi:10.1016/j.ijnurstu.2003.10.006.
- Nguyen Thi PL et al. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science e Medicine*, 54(4):493-504.

- O'Connell B, Young J, Twigg D, (1999). Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. *International Journal of Nursing Practice*, 5(2):72-7.
- Palese A. et al., (2011). Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviors: a descriptive and correlational study in six European countries. *J Nurs Scholarsh*, 43(4):341-50. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01413.x.
- Piredda M, Cossu L, Amato S. et al., (2007). A measure of patient satisfaction with nursing care: The Italian version of "Newcastle Satisfaction with Nursing Scales". *International Nursing Perspectives*, 7(2):25-31.
- Piredda M. et al., (2015). Psychometric evaluation of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scales. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(1):84-92. doi:10.1097/NCQ.0000000000000078.
- Radwin L. E, (2003). Cancer patients' demographic characteristics and ratings of patient-centered nursing care. *Journal of Nursing Scholarsh*, 35(4):365-70.
- Resnick AS et al. (2008). Contributions of surgical residents to patient satisfaction: impact of residents beyond clinical care. *Journal of Surgical Education*, 65(3):243-252. doi:10.1016/j.jsurg.2008.01.005.
- Tervo-Heikkinen T. et al., (2008). Nurses' work environment and nursing outcomes: a survey study among Finnish university hospital registered nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 14(5):357-65. doi:10.1111/j.1440-172x.2008.00707.x.
- Thiedke C. C, (2007). What do we really know about patient satisfaction? *Family Practice Management*, 14(1):33-6.
- Thomas L. H, (1996). Measuring patients' satisfaction with nursing: 1990–1994. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4):747-756. doi:10.1111/j.1365-2648.1996.tb00047.x.

SCAFFALE

Aver cura di sé

di **Luigina Mortari**

Editore: Raffaello Cortina Editore

Collana: Saggi

Anno prima edizione: 2019

pagine 190, euro 14,45



Un testo che si propone come un vero e proprio manuale. Uno scritto che in un momento storico in cui aver cura dell'altro sembra aver perso di significato riprende il discorso da noi stessi quale indispensabile passaggio di crescita e consapevolezza per poi allargare la "cura" a chi incontreremo. Un viaggio che passa attraverso la consapevolezza che il tempo va riempito di senso per non lasciare che "semplicemente passi, senza che nessun filo di senso possa essere disegnato nello spazio seppur breve del proprio divenire" con questo concetto l'autrice apre ai lettori la prima indispensabile presa di coscienza. Suddiviso in quattro capitoli il libro accompagna il lettore in un percorso che, affondando le radici nella filosofia e nella storia dei "pensatori" quali Platone, Aristotele, D'Aquino passando da Foucault, Heidegger al più contemporaneo Mortari, attualizzandolo e rendendolo fruibile, ricco di citazioni che l'autrice elabora per affrontare il cammino.

Forti i riferimenti alla spiritualità quale componente

indispensabile affinché il pensiero e la mente possano aiutarci a conoscerci poiché "il conoscere sé stessi porta a sapersi e sapersi significa muoversi con una certa libertà". Il viaggio in cui si viene accompagnati è anche di carattere pratico, l'autrice infatti afferma che "conoscere se stessi si realizza in -atti della riflessione- nei quali la vita della mente diventa oggetto di analisi e viene colta concettualmente. La riflessione è quel gesto della mente nel quale il soggetto del pensare osserva ciò che accade in sé stesso...". Vengono anche forniti suggerimenti di tecniche meditative/riflessive per aiutare il lettore nell'impegnativo percorso di conoscenza di sé, attraverso il metodo fenomenologico la riflessione si configura come autoindagine per perseguire un'adeguata conoscenza di sé. Se pensare riflessivamente accende una luce interiore che illumina il flusso del vivere, condizione essenziale affinché le ombre del quotidiano e del superfluo non confondano la conoscenza vera, l'autrice mette in guardia sull'eccessivo teorizzare e rischio di perdere il legame tra l'"essere" interiore e la materia che lo contiene la cui unione rende completo l'Uomo. Essere presenti al qui e ora come la pratica della mindfulness, che rientra pienamente tra gli esercizi della mente e del pensiero, ci aiuta a vivere consapevolmente.

Affinchè il viaggio interiore possa avere una valenza “pratica” l’autrice consiglia la scrittura, la narrazione, quale metodo indispensabile affinché sentimenti, emozioni, impressioni e pregiudizi che il vivere costruisce, possano essere analizzati anche a posteriori e trovino la forza della verità, il più possibile scevra da confondimenti, per poi essere messi alla prova nella pratica. Trovare tempo da dedicarsi è primo il passo per la cura di sé, tendere alla conoscenza richiede disciplina e tecnica. L’autrice mette però in guardia sul rischio dell’eccessiva concettualizzazione e intellettualismo che potrebbero rendere “freddo” un viaggio che in realtà chiede entusiasmo per la verità, passione e dedizione per esserci veramente con gli altri e amore per le cose (*agàpe*). Il manoscritto richiede tempo e meditazione per essere assimilato e coglierne i passaggi che guidano il cammino, ma al termina si avrà delineata una strada che porta ad “aver cura di sé”.

Aurelio Filippini

SCAFFALE

Triage infermieristico

di GFT Gruppo Formazione Triage

Quarta edizione

Editore: Mc Graw-Hill

Anno: 2019

pagine 449, euro 37,00



Triage infermieristico, un testo giunto ormai alla sua quarta edizione.

Questo traguardo basta a sottolineare la pregnanza dei suoi contenuti peraltro rivisti e rivisitati in ogni edizione alla luce delle ultime evidenze, di nuove metodologie e di diversi approcci.

Approcci a un'attività che si può considerare la norma per la maggior parte delle strutture di pronto soccorso del nostro Paese e che finalmente non viene più messa in discussione né dai pazienti né da alcuni addetti ai lavori.

E' un'attività molto complessa quella del triage; un passaggio fondamentale a indirizzare il percorso in relazione ai bisogni delle persone che accedono al pronto soccorso.

Come afferma la Dottoressa Ferrari – Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza di Reggio Emilia – nella premessa, *il pronto soccorso è un luogo dove non si*

affronta solo l'emergenza urgenza ma si gestiscono e si risolvono situazioni di ogni tipo.

Sovraffollamento, lunghe attese caratterizzano questo ambito e definire priorità di visita medica in questo contesto e in queste condizioni è tutt'altro che semplice.

Solo con una grande collaborazione tra i due professionisti maggiormente coinvolti, infermiere e medico, e con una formazione mirata, specifica e continua questo può avvenire.

In questa direzione, questa quarta edizione si presenta ampliata e rinnovata sia nella prima parte – generale e metodologica – sia nella seconda – aspetti clinici.

Nello specifico, nella prima parte trovano spazio e approfondimento, il triage al paziente straniero, il triage nelle maxi-emergenze, il triage al paziente fragile, le modalità di definizione e gestione dei protocolli di valutazione.

Nella seconda parte gli aspetti clinici vengono proposti e strutturati secondo il modello del triage globale e alle tematiche già presenti nelle precedenti edizioni se ne sono aggiunti altri come i problemi osteoarticolari non traumatici, le alterazioni della temperatura, i disturbi del ritmo e il cardiopalmo, le ferite e le amputazioni.

Infine, come indicato dalle società scientifiche dell'emergenza, tutti gli algoritmi sono stati rivisti alla luce del nuovo sistema di codifica a 5 livelli di priorità.

Insomma, un manuale da non perdere, utile e di indirizzo non solo per i professionisti al pronto soccorso ma anche per i professionisti che gestiscono l'emergenza sul territorio per aumentare la sinergia tra gli uni e gli altri, per migliorare la risposta agli utenti e non da ultimo per i professionisti tutti dentro e fuori le strutture per promuovere, conoscendo il sistema, l'educazione all'uso e all'eccesso ai servizi, del pronto soccorso in questo caso.

Marina Vanzetta

COLOPHON

Direttore responsabile

Barbara Mangiacavalli

Comitato editoriale

Cosimo Cicia, Giancarlo Cicolini, Nicola Draoli, Barbara Mangiacavalli,
Beatrice Mazzoleni, Auslia Pulimeno, Franco Vallicella

Redazione

Laura D'Addio, Alberto Dal Molin, Annamaria Ferraresi, Silvestro Giannantonio,
Marina Vanzetta

Segreteria di redazione

Antonella Palmere

Progetto grafico

Ennio De Santis
Vladislav Popov

Editore

Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi
Via Agostino Depretis, 70 – 00184 Roma
tel. 06 46200101 fax 06 46200131

Internet

www.fnopi.it

Periodicità

Bimestrale

Registrazione

del Tribunale di Roma n. 181 del 17/6/2011

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'Editore

Indicizzata su **CINAHL** (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) in **Ebscohost**

Le norme editoriali sono pubblicate sul sito www.fnopi.it, nella sezione "Formazione e Ricerca".

I lavori vanno inviati a: federazione@cert.fnopi.it