

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVI

4

ISSN 2038-0712

**LUGLIO - AGOSTO
2012**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● **ULTIM'ORA****Annalisa Silvestro: Una parola può fare la differenza!**

La Presidente della Federazione Ipasvi commenta "a caldo" la nuova versione del Decreto Balduzzi

● **FOCUS****Siamo stanchi di essere invisibili!**

Intervista di Cesare Fassari ad Annalisa Silvestro

● **SCIENZE INFERMIERISTICHE****Implementazione delle linee guida sul reprocessing della strumentazione endoscopica: indagine nei servizi di endoscopia digestiva e toracica della regione Friuli-Venezia Giulia**

di Maurizio Giacomini, Luca Brugnaro, Antonio Nappo, Sonja Cedrone, Renato Cannizzaro

Indagine trasversale sull'abbandono del Corso di Laurea in Infermieristica presso l'Università degli Studi di Milano

di Francesca Romana Loberto, Stefano Terzoni, Anne Destrebecq

● **CONTRIBUTI****Verso un reclutamento etico dei professionisti della salute: il Manifesto per il rafforzamento del personale sanitario**

di Gennaro Rocco, Alessandro Stievano

Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari

di Patrizia Fabbri, Luana Gattafoni, Mariarita Morigi

● **ESPERIENZE****Il paziente con insufficienza renale cronica: un intervento educativo**

di Franco Paradisi, Maria Teresa Benedetto, Gasperina Maccarelli

● **SCAFFALE****Una filosofia per la medicina, razionalità clinica tra attualità e ragionevolezza**

di Ivan Cavicchi

Infermieristica Preventiva e di comunità

di Sandra Scalorbi

Profilo di posto. Dalla concettualità, al metodo e all'operatività

di Giuseppe Marmo, Dario Gavetti, Roberto Russo



ULTIM'ORA

Annalisa Silvestro: Una parola può fare la differenza!

La Presidente della Federazione Ipasvi commenta "a caldo" la nuova versione del Decreto Balduzzi

“Bene” commenta la Presidente Silvestro nel leggere la nuova stesura dell’articolo 1 del Decreto “Balduzzi”.

Viene apprezzata l’indicazione esplicita degli *infermieri* tra le professioni coinvolte nel riordino dell’assistenza primaria e il fatto che il Ministro della salute ha mantenuto la promessa fatta nell’incontro avuto nei giorni scorsi con la Presidente della FNC Ipasvi.

“Si tratta di un primo passo per rendere visibile la figura dell’infermiere; un passo di cui apprezziamo il valore. Ora il riordino dell’assistenza primaria, delineata nell’articolo 1 del decreto, dovrà passare alla fase applicativa: verranno definite le modalità e i modelli organizzativi di riferimento. In tale fase - che vedrà il coinvolgimento delle Regioni - la Federazione e i Coordinamenti regionali Ipasvi dovranno impegnarsi in un’attenta e vigile collaborazione, basata sulla esigenza di valorizzare il rilevante apporto e contributo che gli infermieri garantiscono all’assistenza primaria.”

Non c’è però solo il Decreto Balduzzi.

“Ci preoccupa molto – continua Silvestro - la prospettiva dei nuovi tagli alla sanità introdotta con la legge di stabilità. Un ulteriore taglio manderebbe il sistema ancora più in affanno e, alla lunga potrebbe mettere in discussione la sopravvivenza del SSN. Abbiamo e garantiamo un’assistenza di buon livello anche grazie all’impegno di tutto il personale sanitario e in primo luogo degli infermieri, ma esiste un limite che non può essere valicato”.

Non viene inoltre sottovalutata la criticità di impatto che potrebbe conseguire agli interventi sulla mobilità del personale e sulla L. 104; disagi forti per una logistica impegnativa sulla quotidianità di vita e difficoltà ancora più marcate, anche economicamente, per l’assistenza a figure parentali portatrici di handicap diverse da coniuge e figli.

“Oggi il nostro impegno è quello di continuare a proporre in tutte le sedi competenti le esigenze della professione, che coincidono con l’interesse dei nostri assistiti”, conclude Silvestro.

Roma, 11 ottobre 2012



FOCUS

Siamo stanchi di essere invisibili!

Intervista di Cesare Fassari ad Annalisa Silvestro

È stata un'intervista con un orizzonte molto ampio quella che, nel tardo pomeriggio di mercoledì 3 ottobre, ha visto la presidente Annalisa Silvestro rispondere alle questioni poste da Cesare Fassari, direttore di Quotidiano Sanità.

Il decreto Balduzzi, per cominciare, che la presidente Silvestro (fresca reduce da un incontro proprio con il ministro della Salute) ha detto di ritenere piuttosto deludente, tanto più considerando che ben altre erano le aspettative, anche alla luce di certe dichiarazioni del ministro.

Nel provvedimento, ha detto Silvestro, si reiterano invece una serie di intenzioni, ma senza adottare concrete misure coerenti. Pressoché impossibile, perciò, che possa decollare l'assistenza territoriale, uno degli obiettivi dichiarati del decreto. Si continua a ragionare secondo schemi mentali e culturali vecchi che si riferiscono soltanto alla figura del medico: non si ha il coraggio di superare paradigmi organizzativi ormai desueti e inefficaci. Così si continua a mantenere "invisibile" - e come si fa a non pensare "volutamente" - la figura dell'infermiere. La questione è stata argomento dell'incontro con il ministro, che si è impegnato in proposito.

Ma, ha detto Silvestro, la cosa migliore sarebbe riscrivere completamente l'intero articolo 1 del decreto.

Altro punto dolente: l'andamento del tavolo tecnico del ministero della Salute. In proposito, ha chiesto Fassari, c'è il rischio che a livello centrale venga partorito un "nuovo mansionario", nel tentativo di indicare in maniera troppo puntuale il "chi fa che cosa" in Sanità?

La nostra professione, è stata la risposta di Silvestro, è stata coinvolta in ritardo dal tavolo tecnico e il lavoro fatto fino ad allora è stato molto deludente: una bozza di documento non condivisibile, che non va bene così com'è, che la Federazione non condivide. Non c'è bisogno di una elencazione di quello che l'infermiere può o non può fare, ha detto Silvestro, quanto piuttosto del riconoscimento delle competenze già agite e di uno sviluppo verso competenze specialistiche. Il metodo di lavoro va modificato: non si può minimizzare a un qualche colloquio il contributo della professione infermieristica che, fra l'altro deve essere valorizzata anche dal punto di vista economico. La richiesta, perciò, è che il documento abbozzato al tavolo tecnico venga ridiscusso in una prospettiva che veda sia il ministero sia le Regioni riconoscere, la necessità del coinvolgimento della Federazione Ipasvi e la necessità di una riflessione anche contrattuale sul ruolo e funzioni degli infermieri.

Ruolo e funzioni che tendono ad ampliarsi sempre più, ha sottolineato Fassari, tanto da indurre una sorta di "rigetto" della classe medica, preoccupata di perdere le proprie prerogative.

Ma gli infermieri, ha rilevato Silvestro, operano sostanzialmente in due grandi aree: una, collaborativa con il medico, che è quella più conosciuta; l'altra in cui l'infermiere si esprime autonomamente ed in cui si stanno approfondendo e ampliando le competenze specifiche: la rilevazione dei bisogni del paziente, le modalità migliori di risposta, il counseling, il supporto, la continuità delle cure.

Nessuna "invasione di campo", dunque.

Tutto questo, però, ha sottolineato la presidente – che è conseguente all'upgrading formativo – richiede un ulteriore impegno nella formazione che attualmente soffre di "incrostazioni" determinate da vecchi schemi culturali: è ora, invece, che anche alla formazione dell'infermiere venga riconosciuta una specificità che non può essere confusa né, tanto meno, subordinata con quella medica. Ed è per questo che, anche a livello accademico, è indispensabile che aumenti significativamente il numero di professori infermieri.

Proprio in questa logica, un contributo importante al percorso di crescita culturale della professione, la Federazione, ha preannunciato la presidente, garantirà l'accesso gratuito per tutti i 420 mila infermieri al database che raccoglie la maggior parte della letteratura scientifica infermieristica internazionale.

Uno sguardo, infine, alle situazioni di crisi che si sono determinate in diverse strutture sanitarie del Paese. Nessuna intenzione di "invadere" competenze proprie del sindacato e grande rispetto per il suo ruolo. Ma la situazione, ha rilevato Silvestro, si va facendo sempre più difficile, pesante, drammatica in una logica di "tagli lineari" che sta determinando grandi sofferenze e, in taluni casi, anche rabbia per come le diverse criticità vengono gestite. La Federazione vigilerà su queste situazioni e, se e quando necessario, interverrà. Non tanto nei singoli e specifici aspetti, quanto, ha precisato infine Silvestro, per sostenere interventi che siano rispettosi della tutela sia dei pazienti sia della professionalità degli infermieri coinvolti.

Il video dell'intervista, trasmessa in diretta streaming, è [visibile sul portale ipasvi](#).

Implementazione delle linee guida sul *reprocessing* della strumentazione endoscopica: indagine nei servizi di endoscopia digestiva e toracica della regione Friuli-Venezia Giulia

Maurizio Giacomini¹, Luca Brugnaro², Antonio Nappo³, Sonja Cedrone⁴, Renato Cannizzaro⁵

¹Infermiere, Struttura Operativa Complessa di Gastroenterologia, IRCCS Centro di Riferimento Oncologico, Aviano (Pordenone); ²Infermiere, Clinica Cardiologica, Azienda Ospedaliera di Padova; ³Infermiere, Struttura Operativa Complessa di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, ⁴Infermiera Coordinatrice, Struttura Operativa Complessa di Gastroenterologia, ⁵Medico, Direttore Struttura Operativa Complessa di Gastroenterologia, IRCCS Centro di Riferimento Oncologico, Aviano (Pordenone)

Corrispondenza: mgiacomini@cro.it

RIASSUNTO

Introduzione L'infezione correlata a esame endoscopico ha un'incidenza molto bassa, ma a causa dell'alto numero di esami eseguiti ogni giorno nel mondo rimane la più frequentemente associata all'uso di un dispositivo medico. L'impiego di tecniche di *reprocessing* della strumentazione endoscopica conformi alle indicazioni fornite dalle linee guida sull'argomento è la misura più idonea per prevenire il rischio di infezione legato alla procedura. Lo scopo di questa indagine è verificare lo stato dell'arte sui metodi di *reprocessing* degli endoscopi nel Friuli-Venezia Giulia, usando come riferimento le raccomandazioni della *Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008* dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) statunitensi.

Materiali e metodi Allo studio, condotto tra ottobre 2010 e febbraio 2011, hanno partecipato tutti i 22 servizi di endoscopia digestiva e toracica – pubblici, privati e privati convenzionati – operanti nel territorio regionale. Mediante un questionario autosomministrato sono state raccolte, oltre a informazioni generali sui centri e gli operatori coinvolti, informazioni su una serie di aree specifiche che includevano elementi di tipo strutturale (come ambienti e attrezzature), aspetti relativi al processo (pulizia e disinfezione della strumentazione endoscopica) e componenti riguardanti la formazione e la sicurezza degli operatori e la loro percezione sulla qualità delle procedure utilizzate.

Risultati Per quanto riguarda gli aspetti strutturali, l'esame dei dati indica che più del 70% dei centri contattati non presentava carenze importanti rispetto ai locali utilizzati per il *reprocessing* della strumentazione endoscopica, che in circa la metà dei casi erano dotati di sistemi di ventilazione adeguati. Tutti i centri avevano macchine lavaendoscopi automatiche, disinfettatrici o sterilizzatrici, e usavano disinfettanti raccomandati. Nella maggior parte dei casi il personale coinvolto nelle procedure di *reprocessing* riferiva di avere conoscenze su precauzioni e prevenzione dei rischi correlati, ma solo in circa la metà dei centri erano previsti percorsi formativi specifici. La quasi totalità dei centri aveva protocolli operativi di riferimento, anche se non sempre esaustivi; soltanto 9 centri avevano però un sistema di tracciabilità che comprendeva tutte le varie fasi del processo. Dispositivi di protezione individuale come guanti e mascherine venivano utilizzati durante le pratiche di *reprocessing* nella grande maggioranza dei centri. Controlli microbiologici venivano effettuati regolarmente, anche se con frequenze differenti, in oltre il 50% dei casi. In base alle risposte fornite dagli operatori, una scarsa aderenza alle indicazioni fornite da linee guida e protocolli poteva essere attribuita a diversi fattori. Tra questi, un eccessivo carico di lavoro (segnalato per il 31,8% dei centri), carenza di personale dedicato o di attrezzature adeguate (22,7%) e mancanza di un sistema di tracciabilità efficace (31,8%).

Conclusioni Il confronto tra la pratica clinica dei centri di endoscopia che hanno partecipato all'indagine e le raccomandazioni delle linee guida dei CDC evidenzia una serie di aspetti sicuramente migliorabili, sia in termini di procedure sia rispetto alla formazione del personale, e ribadisce la necessità di monitorare il processo per garantire la sicurezza di pazienti e operatori. Il grado di aderenza alle indicazioni fornite dalle linee guida può tuttavia essere ritenuto complessivamente accettabile, anche se le aree di non adesione risultano disomogenee.

Parole chiave: *reprocessing* degli endoscopi, linee guida, endoscopia digestiva, endoscopia toracica, infezioni correlate all'assistenza (ICA)

Survey on the implementation of guidelines for reprocessing endoscopes in the endoscopic centers of the Friuli-Venezia Giulia region

ABSTRACT

Introduction The incidence of infectious complications resulting from endoscopy is very low, but because of the high number of endoscopic procedures performed daily worldwide they remain the most frequent infections associated with the use of medical devices. Proper reprocessing of endoscopes according to established guidelines is the most effective measure to prevent the risk of pathogen transmission during endoscopy. The aim of this survey was to investigate the reprocessing techniques routinely employed in endoscopy centers in Friuli-Venezia Giulia, using as reference the *Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008* of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Materials and methods The survey, conducted between October 2010 and February 2011, involved all the 22 (public, private or semi-private) regional centers of gastrointestinal endoscopy and bronchoscopy. A self-report questionnaire was used to collect both general information about the centers and their staff and data on specific issues, such as characteristics of the facilities where endoscopes were reprocessed, equipment available, methods for cleaning and disinfection/sterilization, training and safety of the personnel assigned to reprocess endoscopes and quality monitoring procedures.

Results With regard to the structural aspects, the data collected indicate that in more than 70% of the centers the facilities used for the reprocessing of endoscopes were adequate, and equipped with a suitable ventilation system in about half of the centers. All the centers had automated endoscope reprocessors and used appropriate disinfectants. In most cases the personnel who reprocessed endoscopes had good knowledge of biological and chemical hazards, but only approximately half of the centers had specific educational programs. Almost all centers had endoscope reprocessing protocols, though not always comprehensive, but only 9 had a record-keeping system covering all steps of the process. Personal protective equipment, such as gloves or masks, was used routinely in almost all centers, and microbiological tests were performed on a regular basis in more than half of the centers. According to the reprocessing personnel, poor compliance with the recommendations provided by guidelines and protocols might be attributed to a series of factors including excessive workload (31.8% of the centers), shortage of staff or equipment (22.7%) and lack of an effective record-keeping system (31.8%).

Conclusions Overall, the level of compliance with reprocessing guidelines may be considered acceptable, even if the results obtained for the various centers were heterogeneous. However, there is clearly still room for improvement, both in terms of procedures and quality of staff training.

Key words: endoscope reprocessing, guidelines, gastrointestinal endoscopy, bronchoscopy, healthcare-associated infections (HAIs)

INTRODUZIONE

Le attrezzature mediche sono un potenziale veicolo per il trasferimento di microrganismi patogeni e una sorgente significativa di infezioni nosocomiali (Schabrun, Chipchase, 2006). In particolare, anche se l'incidenza stimata è molto bassa (pari a 1 infezione su 1.800.000 procedure, 0,000056%), dato l'alto numero di esami effettuati ogni giorno in tutto il mondo le infezioni correlate a procedure endoscopiche rimangono quelle più frequentemente associate all'uso di un dispositivo medico (Andrieu et al., 1995; ASGE, 2001; Kimmey et al., 1993; Regione Emilia-Romagna, Agenzia Sanitaria Regionale, 2006a; Rutala et al., 2008; Schembre, 2000; Spach et al., 1993). Sebbene non sempre sia possibile stabilire un nesso causale, va sottolineato che le indagini condotte a questo proposito sono concordi nel ritenere che la quasi totalità delle infezioni contratte in seguito a un esame endoscopico sia riconducibile all'impiego di tecniche di pulizia e disinfezione non ottimali. Nella

grande maggioranza dei casi la trasmissione di infezioni potrebbe essere evitata mediante un *reprocessing* della strumentazione endoscopica corretto, eseguito secondo le indicazioni fornite dalle linee guida sull'argomento; inoltre, l'implementazione dei sistemi di sorveglianza porterebbe a una riduzione degli oneri clinico-finanziari attribuibili alle infezioni esogene endoscopia-correlate (FISMAD, 2004; Regione Emilia-Romagna, Agenzia Sanitaria Regionale, 2006a, 2006b; Rutala et al., 2008; Seoane-Vazquez et al., 2007). Nel corso degli anni diverse organizzazioni e società scientifiche, come i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) statunitensi e in Italia l'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna, hanno aggiornato sistematicamente le raccomandazioni mirate a ridurre il rischio di infezioni correlate a esami endoscopici. Rimangono, costanti nel tempo, elementi di efficacia provata a sostegno dell'attuazione di validi programmi di prevenzione che includono una pulizia meccanica meticolosa della strumenta-

Tabella 1. Classificazione delle raccomandazioni delle linee guida dei CDC (Rutala et al., 2008)

Prove di livello IA	Indicazioni la cui applicazione è fortemente raccomandata e fortemente supportata da studi sperimentali, clinici o epidemiologici ben disegnati
Prove di livello IB	Indicazioni la cui applicazione è fortemente raccomandata e supportata da alcuni studi sperimentali, clinici o epidemiologici e da un forte razionale teorico
Prove di livello IC	Indicazioni richieste dalla legislazione locale
Prove di livello II	Indicazioni la cui applicazione è suggerita e supportata da studi clinici o epidemiologici o da un razionale teorico
Assenza di raccomandazioni	Tema non risolto – pratiche sulla cui efficacia non ci sono prove sufficienti o consenso

zione, misura di importanza fondamentale in quanto in grado di eliminare la maggior parte della contaminazione microbica. L'esecuzione di procedure adeguate, da parte di personale sanitario addestrato e accreditato e con monitoraggio regolare dell'intero ciclo di *reprocessing*, risulta essenziale per garantire la sicurezza di pazienti e operatori (Leung, 2000).

Il trasferimento e l'implementazione nella pratica clinica delle conoscenze e delle indicazioni oggi disponibili è però lento e non omogeneo nei differenti contesti sanitari, per vari motivi; tra questi, le difficoltà nella diffusione delle informazioni scientifiche più recenti, la complessità delle modifiche necessarie per adottare nuovi protocolli operativi, la presenza di questioni specifiche ancora non risolte e problemi legati ai singoli contesti organizzativi, inclusa la carenza di risorse umane, economiche o strutturali.

Con questa indagine multicentrica ci siamo proposti di ottenere un quadro della situazione relativa ai servizi di endoscopia digestiva e toracica della regione Friuli-Venezia Giulia, utilizzando come riferimento le raccomandazioni principali fornite dalla *Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008* dei CDC (Rutala et al., 2008)¹; il *grading* delle raccomandazioni è riportato nella **Tabella 1**. Lo studio ha inoltre valutato la percezione degli operatori sanitari coinvolti nel *reprocessing* della strumentazione endoscopica rispetto ai fattori che influenzano l'implementazione di tali indicazioni.

MATERIALI E METODI

L'indagine è stata condotta nel periodo compreso tra ottobre 2010 e febbraio 2011, utilizzando un questionario autosomministrato che è stato proposto a tutti i servizi di endoscopia digestiva e toracica – pubblici, privati e privati convenzionati – della regione Friuli-Venezia Giulia. Il questionario è stato inviato ai centri

inclusi nello studio via fax o e-mail; la restituzione dei questionari, compilati da operatori direttamente coinvolti nel *reprocessing* della strumentazione endoscopica, è avvenuta mediante le stesse vie.

Il questionario è stato costruito, dal punto di vista concettuale e metodologico, in base agli indicatori utilizzati dal gruppo di lavoro della Regione Emilia-Romagna nella scheda di raccolta dati per la conduzione di *audit* sul *reprocessing* degli endoscopi in servizi di endoscopia digestiva e respiratoria (Regione Emilia-Romagna, Agenzia Sanitaria Regionale, 2006a).

La sezione iniziale riguarda informazioni generali sulle caratteristiche dei centri e del personale sanitario, mentre la parte centrale si articola in 4 aree principali: struttura (che comprende ambienti, attrezzature, formazione degli operatori, protocolli), processo (pulizia, disinfezione), esito (tracciabilità, controlli microbiologici) e sicurezza (dispositivi di protezione, percezione della qualità delle procedure). La sezione finale, a risposta multipla, è dedicata alla valutazione dei fattori che possono determinare una mancata adesione alle indicazioni disponibili per un *reprocessing* corretto della strumentazione endoscopica.

I dati raccolti, espressi in termini di frequenze assolute e relative, sono stati elaborati con Microsoft Excel 2003; le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando il programma SPSS (versione 17.0). Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Indipendente del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (protocollo n. 43-2010).

RISULTATI

Hanno partecipato all'indagine tutti i 22 centri contattati, corrispondenti alla totalità dei servizi di endoscopia digestiva e toracica operanti nel territorio regionale; le loro caratteristiche generali sono riassunte nella **Tabella 2**.

¹ Successivamente alla conduzione di questo studio sono state pubblicate dall'American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) le linee guida aggiornate *Multisociety guideline on reprocessing flexible gastrointestinal endoscopes: 2011* (Gastrointest Endosc, 73, 1075-1084; disponibile all'indirizzo: www.asge.org), che confermano quanto raccomandato dalle linee guida CDC 2008 riguardo agli aspetti indagati.

Tabella 2. Caratteristiche generali dei centri inclusi nello studio

	Endoscopia digestiva (n=17, 77,3%)	Endoscopia toracica (n=4, 18,2%)	Endoscopia digestiva e toracica (n=1, 4,5%)
Pubblici	14	4	0
Privati convenzionati	2	0	1
Privati	1	0	0

Al momento della rilevazione personale infermieristico era presente con una media di 4,6 unità/centro, coadiuvato da personale di supporto nel 50% dei casi.

Ambienti, attrezzature, disinfettanti

In 16 centri (72,7%) i locali utilizzati erano destinati esclusivamente al *reprocessing* della strumentazione endoscopica, mentre negli altri la destinazione era promiscua. Dodici centri (54,5%) erano dotati di un sistema di ventilazione per il ricambio dell'aria. Quasi tutti i centri presentavano piani di lavoro lavabili e disinfettabili con lavelli in acciaio adatti all'immersione degli strumenti; 16 centri (72,7%) avevano sorgenti di aria compressa e 13 (59,1%) sistemi per il vuoto.

Macchine lavaendoscopi automatiche, disinfettrici o sterilizzatrici erano presenti in tutti centri (sterilizzatrici nel 50% dei casi); apparecchi a ultrasuoni, utili per la pulizia meccanica degli accessori, erano di-

sponibili in 21 centri (95,5%). Tre centri (13,6%) praticavano sporadicamente cicli di alta disinfezione manuale.

I disinfettanti impiegati per il *reprocessing* della strumentazione endoscopica erano eterogenei, e in alcuni servizi venivano usati più principi attivi. L'82% circa dei centri utilizzava soluzioni di acido peracetico, il 6% soluzioni di glutaraldeide, mentre il 3% usava soluzioni di ortoftalaldeide, acqua superossidata o composti di ammonio quaternario (vedi **Box 1**).

Formazione del personale

Personale infermieristico partecipava alle attività di endoscopia in 21 centri (95,5%); in 4 (18,2%) era presente personale (infermieri o personale di supporto) dedicato esclusivamente al *reprocessing* della strumentazione. In 9 centri (40,9%) gli operatori neo-inseriti non avevano partecipato a eventi formativi sulle pratiche di *reprocessing*, mentre in 10 (45,5%)

Box 1. Raccomandazioni delle linee guida dei CDC 2008: ambienti, attrezzature, disinfettanti

- I locali destinati all'uso e alla disinfezione della strumentazione endoscopica dovrebbero essere progettati in modo da fornire un ambiente sicuro per operatori e pazienti. Dovrebbe essere previsto un sistema di ricambio dell'aria per ridurre il rischio di esposizione a vapori potenzialmente tossici. *Prove di livello IB, IC.*
- Quando si utilizzano macchine lavaendoscopi automatiche, collegare tutti i connettori seguendo le istruzioni del costruttore in modo da garantire la perfusione della soluzione disinfettante in tutte le superfici interne dell'endoscopio. *Prove di livello IB.*
- Quando si utilizzano macchine lavaendoscopi automatiche, verificare che la disinfezione avvenga in maniera adeguata anche per strumenti particolarmente critici (come duodenoscopi dotati di elevatore). Se necessario procedere alla pulizia e disinfezione manuale. *Prove di livello IB.*
- Scegliere disinfettanti compatibili con lo strumento. Evitare l'uso di principi attivi sconsigliati dai produttori dell'endoscopio e che possono danneggiarlo. *Prove di livello IB.*
- Utilizzare sterilizzanti o disinfettanti di alto livello approvati dalla Food and Drug Administration. *Prove di livello IA.*
- Dopo la pulizia, utilizzare disinfettanti che contengano come principi attivi glutaraldeide, glutaraldeide con fenolo/fenato, ortoftalaldeide, perossido di idrogeno e perossido di idrogeno con acido peracetico per ottenere una disinfezione di alto livello. *Prove di livello IB.*
- Dopo ogni procedura pulire meccanicamente gli accessori riutilizzabili inseriti negli endoscopi (come pinze da biopsia) che superano la barriera della mucosa (lavare con apparecchi a ultrasuoni) e poi sottoporli a sterilizzazione. *Prove di livello IA.*
- Utilizzare apparecchi a ultrasuoni per rimuovere materiale organico da accessori riutilizzabili. *Prove di livello II.*

non erano previsti percorsi di formazione-inserimento sui rischi correlati alle procedure di disinfezione. In 12 centri (54,5%) il personale coinvolto nel *reprocessing* non aveva partecipato, nel biennio 2008-2009, a eventi formativi specifici della durata complessiva di almeno 4 ore. Otto centri (36,4%) avevano un sistema di monitoraggio delle competenze; in 13 (59,1%) gli obiettivi formativi dei piani di inserimento comprendevano elementi relativi al *reprocessing*. Il personale coinvolto nelle pratiche di *reprocessing* riferiva di avere conoscenze in merito alle precauzioni standard e aggiuntive o conoscenze sulla prevenzione e gestione dei rischi chimici rispettivamente nell'81,8% e nel 77,3% dei casi (vedi **Box 2**).

Protocolli operativi e tracciabilità del processo

Un protocollo di riferimento, comprendente indicazioni relative alle varie fasi del *reprocessing* (decontaminazione, pulizia, disinfezione, sterilizzazione e stoccaggio della strumentazione endoscopica) e alla sicurezza degli operatori, era presente nel 95,5% dei casi (21 centri). Soltanto 13 centri (59,1%) avevano però un protocollo con istruzioni precise sulla pulizia e disinfezione delle macchine lavastumenti, mentre in 10 centri (45,5%) il protocollo prevedeva la definizione della matrice delle responsabilità e disposizioni sulle modalità di trasporto degli strumenti (sporchi o puliti). In 16 centri (72,7%) il protocollo includeva indicazioni riguardanti lo smaltimento dei rifiuti e in 18 (81,8%) la disinfezione di ambienti e superfici.

Per 16 centri (72,7%) si riportava l'esistenza di un sistema di tracciabilità mirato a garantire la corretta esecuzione delle procedure, che in 12 centri (54,5%) comprendeva la registrazione di dati specifici come identificativi di pazienti e operatori ma che solo in 9 casi (40,9%) coinvolgeva tutte le fasi del processo. Per 15 centri (68,2%) si definiva come sistema di tracciabilità la presenza di *print-out* delle macchine impiegate, che interessava unicamente la fase di disinfezione. I centri che utilizzavano un sistema di valutazione del *reprocessing*, inteso come raccolta dati sulle pratiche adottate mediante *check list* o possibili momenti di *audit*, erano 4 (18,2%) (vedi **Box 3**).

Fasi del *reprocessing*

In 18 centri (81,8%) gli endoscopi sporchi erano abitualmente sottoposti a un iniziale controllo visivo di integrità; in tutti venivano detersi con una soluzione enzimatica, eliminata dopo ogni uso in 14 centri (63,6%). Per la pulizia dei canali in 10 centri (45,5%) si impiegavano scovolini o spazzolini pluriuso, che in 5 casi (22,7%) non venivano riproces-

Box 2. Raccomandazioni delle linee guida dei CDC 2008: formazione del personale

- Fornire al personale che si occupa del *reprocessing* degli endoscopi le informazioni specifiche necessarie per garantire l'esecuzione di procedure di pulizia, disinfezione o sterilizzazione corrette. Verificare regolarmente le competenze di tutti gli operatori coinvolti. *Prove di livello IA.*
- Istruire tutti gli operatori coinvolti in procedure che richiedono l'uso di disinfettanti sui possibili rischi biologici, chimici e ambientali correlati a tali procedure. *Prove di livello IB, IC.*

Box 3. Raccomandazioni delle linee guida dei CDC 2008: protocolli operativi e tracciabilità del processo

- Sviluppare protocolli che permettano agli utilizzatori di identificare facilmente gli endoscopi già sottoposti a *reprocessing* e pronti per l'uso. *Prove di livello II.*
- Predisporre un sistema di registrazione delle procedure che includa: identificativo del paziente, tipo di procedura, data, medico che ha eseguito l'esame, metodi utilizzati per il *reprocessing* dell'endoscopio e numero di serie o altro identificativo dello strumento. *Prove di livello II.*

sati tra un utilizzo e l'altro. In 19 centri (86,4%) gli accessori riutilizzabili (come pinze e anse) erano sottoposti a un ciclo di detersione con apparecchi a ultrasuoni prima della sterilizzazione, effettuata nella totalità dei centri. I contenitori e i connettori per l'irrigazione del canale aria/acqua venivano riprocessati quotidianamente in 17 centri (77,3%).

In tutti i centri gli endoscopi erano sottoposti a procedure di alta disinfezione/sterilizzazione automatica; in 8 (36,4%) gli strumenti venivano trattati con alcol (etilico o isopropilico al 70%) e aria compressa.

In 20 centri (90,9%) gli endoscopi erano stoccati in posizione verticale in armadi sprovvisti di un sistema di aerazione; in 17 centri (77,3%) gli accessori sterilizzati erano conservati in un ambiente chiuso e al riparo da polvere, luce e umidità. Cicli a vuoto di autopulizia delle macchine lavastumenti venivano eseguiti quotidianamente in 6 centri (27,3%), settimanalmente in 8 (36,4%) e mensilmente in 1 (4,5%), mentre 4 centri (18,2%) non li effettuavano mai. In 3 centri

(13,6%) la strumentazione endoscopica era sottoposta a *reprocessing* a inizio giornata (vedi **Box 4**).

Sicurezza e controlli

Per quanto riguarda l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, nella quasi totalità dei centri durante le pratiche di *reprocessing* gli operatori usavano guanti (22 centri) e mascherine con visiera (21 centri), mentre cuffie e copricamiche erano di norma indossati rispettivamente nel 77,3% e nel 63,6% dei casi.

In 17 centri (77,3%) venivano effettuati controlli microbiologici, che nel 72,7% dei casi contemplavano anche la strumentazione endoscopica; i controlli erano eseguiti regolarmente in 12 centri (54,5%), con frequenza settimanale (13,6%), mensile (22,7%) o semestrale (18,2%). Sempre in 12 centri i controlli microbiologici includevano le macchine lavastrumenti, con cadenza settimanale, mensile o semestrale rispettivamente nel 4,5%, nel 13,6% e nel 9,1% dei casi. Otto centri (36,4%) avevano un sistema di documentazione della pulizia e disinfezione routinaria delle macchine lavaendoscopi.

In 10 centri (45,5%) erano presenti protocolli o istruzioni operative per la registrazione delle complicanze correlate alle pratiche endoscopiche. Nel caso di un evento epidemico, erano previste campionature mi-

crobiologiche sugli endoscopi in 9 centri (40,9%), sulle macchine lavastrumenti e sulle superfici di lavoro in 7 centri (31,8%), sulle superfici ambientali in 4 centri (18,2%) (vedi **Box 5**).

Percezione della qualità delle procedure

La parte finale del questionario indagava la percezione degli operatori sulla qualità effettiva delle pratiche abituali di *reprocessing* della strumentazione endoscopica. A questo proposito, secondo il personale di 16 centri (72,7%) in molte delle procedure non si rispettavano completamente i passaggi previsti dai protocolli raccomandati. La scarsa aderenza alle raccomandazioni veniva attribuita a differenti fattori: eccessivo carico di lavoro o mancanza di un sistema di tracciabilità efficace (31,8% dei centri), carenza di personale preposto o di attrezzature adeguate (22,7%), assenza di controlli microbiologici (18,2%), protocolli interni non aggiornati o inesistenti (9,1%).

DISCUSSIONE

Le indicazioni contenute nelle linee guida dei CDC hanno come obiettivo fondamentale la riduzione dei tassi di infezioni correlate all'assistenza attraverso l'uso di metodiche appropriate per la pulizia e la di-

Box 4. Raccomandazioni delle linee guida dei CDC 2008: fasi del *reprocessing*

- Subito dopo l'uso pulire meticolosamente l'endoscopio con un detergente enzimatico compatibile. La pulizia è necessaria prima della disinfezione automatica o manuale. *Prove di livello IA.*
- Scollegare e smontare completamente (per quanto possibile) lo strumento e immergere tutte le sue parti nel detergente enzimatico. *Prove di livello IB.*
- Utilizzare spazzole e scovolini adatti alle dimensioni dei canali e delle altre parti dell'endoscopio (le setole devono entrare in contatto con tutte le superfici). Il materiale impiegato per la pulizia dello strumento (come panni e scovolini) dovrebbe essere monouso; se non lo è dovrebbe essere pulito accuratamente e sottoposto a cicli di alta disinfezione o sterilizzazione dopo ogni utilizzo. *Prove di livello II.*
- Eliminare dopo ogni utilizzo i detergenti enzimatici, che non hanno attività microbica. *Prove di livello IB.*
- Tutti gli endoscopi e gli accessori che entrano in contatto con mucose sono da considerarsi semicritici e devono essere sottoposti almeno a un processo di alta disinfezione dopo ogni esame. *Prove di livello IA.*
- Dopo procedure di alta disinfezione, risciacquare gli endoscopi e irrigare i canali con acqua sterile, filtrata o di rubinetto per prevenire possibili effetti avversi (come coliti) causati dalla presenza di residui di disinfettante; quindi risciacquare con alcol etilico o isopropilico al 70%-90%. *Prove di livello IB.*
- Per prevenire la proliferazione di microrganismi patogeni in ambiente umido, dopo aver irrigato tutti i canali con alcol asciugarli con aria compressa. *Prove di livello IB.*
- Stoccare gli endoscopi in posizione verticale per facilitarne l'asciugatura. *Prove di livello II.*
- Conservare gli endoscopi in sedi appropriate per proteggerli da danni e contaminazioni. *Prove di livello II.*
- Non utilizzare, per lo stoccaggio o il trasporto degli strumenti nei vari locali della struttura sanitaria, i contenitori impiegati per il trasporto di endoscopi puliti e riprocessati all'esterno della struttura. *Prove di livello II.*
- Sottoporre a sterilizzazione o alta disinfezione, almeno una volta al giorno, i contenitori dell'acqua utilizzati durante le procedure endoscopiche; i contenitori devono essere poi riempiti con acqua sterile. *Prove di livello IB.*

Box 5. Raccomandazioni delle linee guida dei CDC 2008: sicurezza e controlli

- Per ridurre i rischi di esposizione ad agenti chimici e microrganismi patogeni (come HBV), gli operatori dovrebbero usare in maniera appropriata dispositivi di protezione individuale (come guanti, camici, occhiali, mascherine o schermi facciali e dispositivi di protezione delle vie respiratorie). *Prove di livello IB, IC.*
- Non sono previste raccomandazioni in merito alla necessità di eseguire controlli microbiologici di routine sugli endoscopi come garanzia di qualità del processo. *Tema non risolto.*
- Se si eseguono controlli microbiologici, utilizzare tecniche microbiologiche standard. *Prove di livello II.*
- In caso di evento infettivo epidemico correlato a procedure endoscopiche, indagare potenziali vie di trasmissione e serbatoi. *Prove di livello IA.*
- Segnalare a tutti gli organismi responsabili gli eventi infettivi correlati a procedure endoscopiche. *Prove di livello IB, II.*

sinfezione/sterilizzazione di ambienti e dispositivi sanitari. L'indagine condotta aveva lo scopo di investigare le procedure abitualmente utilizzate per il *reprocessing* della strumentazione endoscopica nei servizi di endoscopia del Friuli-Venezia Giulia, per poi valutarle alla luce delle principali raccomandazioni di efficacia provata fornite a questo proposito dalle linee guida. Sono state inoltre raccolte informazioni sui fattori che secondo il personale coinvolto potevano ostacolare l'implementazione di tali raccomandazioni. All'indagine hanno partecipato tutti i centri di endoscopia toracica e digestiva operanti nel territorio regionale: il quadro ottenuto può quindi essere considerato rappresentativo e significativo.

Dall'esame degli elementi strutturali sono emerse in alcuni casi carenze relative agli ambienti; in circa un quarto dei centri il *reprocessing* degli endoscopi avveniva infatti in locali a destinazione promiscua, mentre quasi la metà era priva di sistemi di ventilazione idonei a prevenire rischi quali l'esposizione ai vapori dei disinfettanti. I requisiti minimi raccomandati da normative e linee guida non trovavano pertanto completa applicazione. In tutti i centri erano però presenti macchine disinfettatrici-sterilizzatrici, il cui impiego assicurava, rispetto alle procedure manuali, una maggiore standardizzazione e affidabilità del processo; inoltre, 21 centri erano dotati degli apparecchi a ultrasuoni consigliati per la pulizia degli accessori. Positivi sono anche i dati relativi ai disinfettanti utilizzati, con la diffusione di principi attivi (come l'acido peracetico) potenzialmente meno dannosi per operatori, pazienti e ambiente.

Per quanto concerne la formazione del personale, va sottolineato lo sforzo nella diffusione della cultura della sicurezza: nella grande maggioranza dei centri gli operatori avevano ricevuto nozioni in merito a precauzioni standard e aggiuntive e sulla prevenzione e gestione dei rischi chimici e biologici. D'altra parte, i momenti di sviluppo di conoscenze e competenze si

limitavano spesso alla fase di inserimento del nuovo personale, e solo in circa la metà dei centri erano previsti eventi educativi specifici e programmi di formazione continua. In molti casi si è rilevata la mancanza di una valutazione sistematica del fabbisogno formativo; soltanto in 8 centri era presente un sistema di monitoraggio delle competenze.

Quasi tutti i centri avevano un protocollo che definiva le fasi basilari del *reprocessing* e che nella maggior parte dei casi includeva indicazioni sullo smaltimento dei rifiuti e sulla disinfezione di superfici e ambienti. In circa la metà dei centri venivano fornite disposizioni precise anche su pulizia e disinfezione delle macchine lavastumenti, modalità di trasporto degli endoscopi e matrice delle responsabilità ("chi fa che cosa"), elementi forse non essenziali ma comunque meritevoli di una corretta definizione metodologica. In generale le procedure utilizzate sono risultate conformi alle raccomandazioni delle linee guida, soprattutto rispetto ai punti più critici del processo.

Per almeno una parte dei centri rimanevano però aree specifiche migliorabili mediante l'adozione di misure più appropriate, come l'eliminazione delle soluzioni detergenti enzimatiche dopo ogni utilizzo o l'impiego di materiale monouso per la pulizia degli strumenti. In alcuni casi indubbiamente suscettibile di miglioramenti era anche il sistema di tracciabilità utilizzato, che soltanto in 9 centri comprendeva tutte le fasi del processo e che in circa un terzo dei centri non prevedeva la registrazione di dati salienti quali gli identificativi di pazienti e operatori.

Rispetto ai risultati di indagini precedenti (Brusaferro et al., 2000), progressi notevoli si sono riscontrati soprattutto nel contenimento del rischio chimico e nell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, in particolare per mezzi di barriera come mascherine e copricamiche.

Pur ravvisandone l'opportunità, i CDC non raccomandano esplicitamente l'effettuazione routinaria di

controlli microbiologici, che venivano comunque eseguiti regolarmente in oltre la metà dei centri. Meno del 50% dei centri aveva invece un sistema di registrazione delle complicanze correlate a esami endoscopici; sistema necessario, nel caso di procedure invasive complesse, per monitorare efficacemente gli esiti e allertare eventuali strutture di sorveglianza.

Lavorare in un contesto sicuro: i dati raccolti nel corso dello studio evidenziano che in più di due terzi dei centri gli operatori che si occupavano del *reprocessing* della strumentazione endoscopica avevano la percezione che le procedure attuate non rispettavano completamente le indicazioni di protocolli e linee guida. I fattori individuati come possibili cause di questa scarsa aderenza alle raccomandazioni disponibili includevano gli alti carichi di lavoro e la carenza di personale o attrezzature, ma anche componenti più specificamente legate al processo come la mancanza di sistemi di certificazione delle sue varie tappe, di protocolli aggiornati o di indicatori di risultato (controlli microbiologici) a garanzia dell'appropriatezza delle pratiche in uso.

CONCLUSIONI

Lo studio che abbiamo condotto ha permesso di rilevare il grado di implementazione delle raccomandazioni fornite dalle linee guida sul *reprocessing* della strumentazione nei centri regionali di endoscopia digestiva e toracica e di quantificarlo rispetto alle diverse componenti e fasi del processo; si propone quindi come punto di partenza per ulteriori indagini e ricerche finalizzate alla progettazione formativa degli operatori e alla progettazione organizzativa del lavoro. Lo studio può essere utilizzato sia per sostenere ipotesi di ricerca sulle "questioni irrisolte", come le variabili che determinano una mancata aderenza alle raccomandazioni prese in esame, sia per verificare l'efficacia di approcci impiegabili nei processi di implementazione delle raccomandazioni quali la formazione sul campo, percorsi diagnostici e terapeutici, valutazioni economiche di tecnologie e metodiche relative alle dimensioni di costo, efficacia, beneficio o qualità percepita.

Anche se nel complesso il livello di aderenza alle raccomandazioni può essere ritenuto accettabile, dal confronto con le linee guida dei CDC emergono aree di sviluppo professionale e di pratica clinica non consolidate, con carenze colmabili attraverso:

- lo sviluppo di programmi formativi specifici quali opportunità di crescita professionale e di impatto sugli *outcome* della qualità assistenziale (contenimento del rischio clinico, appropriatezza, efficacia, efficienza, ecc.);
- lo sviluppo di percorsi clinico-assistenziali basati sulle prove di efficacia, adattati al contesto strutturale e alle risorse disponibili, in un'ottica dinamica rispetto alle indicazioni future delle stesse linee guida;
- lo sviluppo e l'implementazione di un sistema di indicatori robusti che mirino al contenimento dei costi, di elevata affidabilità, applicabilità e grado di sicurezza.

Le difficoltà maggiori incontrate nella fase preparatoria dello studio sono riconducibili all'individuazione delle strutture da coinvolgere nell'indagine, per la mancanza di un'anagrafica regionale e nazionale delle stesse che potrebbe essere utile ai professionisti per il confronto e il supporto. Oggi il confronto è lo strumento più efficace per risolvere i dubbi della pratica clinica, ed è utile anche al cittadino nella scelta dei servizi di cura e assistenza.

BIBLIOGRAFIA

- Andrieu J, Barny S, Colardelle P et al. (1995) *Prévalence et facteurs de risque de l'infection par le virus de l'hépatite C dans une population hospitalisée en Gastroentérologie*. Gastroenterol Clin Biol, 19, 340-345.
- ASGE, American Society for Gastrointestinal Endoscopy (2001) *Transmission of infection by gastrointestinal endoscopy*. Gastrointest Endosc, 54, 824-828.
- Beilenhoff U, Neumann CS, Rey JF et al. (2007) *ESGE-ESGENA guideline for quality assurance in reprocessing: microbiological surveillance testing in endoscopy*. Endoscopy, 39, 175-181.
- Brusaferro S, Trua N, Londero C et al. (2000) *Valutazione delle procedure di detersione, disinfezione e sterilizzazione in uso presso i servizi di endoscopia digestiva nel Friuli Venezia Giulia*. View & Review Hospital, 10 (4-5-6), 36-40.
- FISMAD, Federazione Italiana Società Malattie Apparato Digerente (2004) *X Congresso Nazionale delle Malattie Digestive*, 27-31 marzo, Torino.
- Kimmey MB, Burnett DA, Carr-Locke DL et al. (1993) *Transmission of infection by gastrointestinal endoscopy*. Gastrointest Endosc, 36, 885-888.
- Leung JW (2000) *Reprocessing of flexible endoscopes*. J Gastroenterol Hepatol, 15, G73-G77.
- Muscarella LF (2006) *Inconsistencies in endoscope-reprocessing and infection-control guidelines: the importance of endoscope drying*. Am J Gastroenterol, 101 (9), 2147-2154.
- O'Connor HJ, Axon AT (1983) *Gastrointestinal endoscopy: infection and disinfection*. Gut, 24, 1067-1077.
- Regione Emilia-Romagna, Agenzia Sanitaria Regionale (2006a) *Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative*. Dossier 133-2006. Consultato il 2 maggio 2012, di-

- sponibile all'indirizzo: http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss133.htm
- Regione Emilia-Romagna, Agenzia Sanitaria Regionale (2006b) *Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto*. Dossier 134-2006. Consultato il 2 maggio 2012, disponibile all'indirizzo: http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss134.htm
- Rutala WA, Weber DJ, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2008) *Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities*. US Department of Health & Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disponibile all'indirizzo: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf
- Schabrun S, Chipchase L (2006) *Healthcare equipment as a source of nosocomial infection: a systematic review*. J Hosp Infect, 63, 239-245.
- Schembre DB (2000) *Infectious complications associated with gastrointestinal endoscopy*. Gastrointest Endosc Clin N Am, 10, 215-232.
- Seoane-Vazquez E, Rodriguez-Monguio R, Visaria J et al. (2007) *Endoscopy-related infections and toxic reactions: an international comparison*. Endoscopy, 39, 742-778.
- Spach DH, Silverstein FE, Stamm WE (1993) *Transmission of infection by gastrointestinal endoscopy and bronchoscopy*. Ann Intern Med, 118 (2), 117-128.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione tutti i centri di endoscopia digestiva e toracica della regione Friuli-Venezia Giulia.

Indagine trasversale sull'abbandono del Corso di Laurea in Infermieristica presso l'Università degli Studi di Milano

Francesca Romana Loberto¹, Stefano Terzoni², Anne Destrebecq³

¹Infermiera, Centro Psicosociale, Azienda Ospedaliera San Paolo, Milano

²Infermiere, Docente presso il Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Polo San Paolo

³Ricercatrice confermata MED/45, Dipartimento di Sanità Pubblica, Microbiologia, Virologia –

Sezione di Infermieristica; Coordinatrice del Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Polo San Paolo

Corrispondenza: francesca.loberto@ao-sanpaolo.it

RIASSUNTO

Introduzione Secondo le stime dell'OCSE, in Italia mancano circa 100.000 infermieri; è quindi necessario supportare gli studenti motivati che intraprendono il Corso di Laurea in Infermieristica, con misure mirate a ridurre i tassi di abbandono e di insuccesso accademico senza intaccare la qualità della formazione. Data la scarsità di studi condotti nel nostro paese sull'argomento, con questa indagine ci siamo proposti di raccogliere informazioni sulle caratteristiche degli studenti che hanno abbandonato il Corso di Laurea in Infermieristica (CLI) dell'Università degli Studi di Milano tra il 2006 e il 2009.

Materiali e metodi L'indagine è stata condotta, utilizzando un questionario semistrutturato autosomministrato, su un campione formato da ex studenti che avevano abbandonato il CLI al primo anno di corso.

Risultati Il questionario compilato è stato restituito da 90 soggetti, in prevalenza di nazionalità italiana (83) e di sesso femminile (59), con un'età media di 27 anni. La maggior parte ha riportato che avrebbe preferito intraprendere altri corsi di laurea. I fattori più frequentemente indicati come cause dell'abbandono del CLI includevano la delusione delle aspettative, la pesantezza del corso di studi, il carico familiare e problemi economici o di salute.

Conclusioni Le risposte fornite dai partecipanti all'indagine indicano che spesso la scelta del CLI non è supportata da idee chiare e motivazioni forti. I dati raccolti suggeriscono, tra i possibili approcci per ridurre il rischio di insuccesso accademico degli studenti infermieri, il potenziamento del tutorato e una diversa gestione dei piani di studio.

Parole chiave: studenti infermieri, Corso di Laurea in Infermieristica, insuccesso accademico

Withdrawal from the Bachelor of Nursing course at the University of Milan: a cross-sectional survey

ABSTRACT

Introduction According to OCSE data, Italy needs about 100.000 more nurses. It is therefore necessary to support motivated nursing students, implementing measures aimed at reducing the risk of academic failure without compromising the quality of education. Given the paucity of studies on the subject, the purpose of this survey was to collect information about the characteristics of students who withdrew from the Bachelor of Nursing course at the University of Milan between 2006 and 2009.

Materials and methods The survey was conducted, using a self-report semi-structured questionnaire, among a sample of nursing students who dropped out during the first year of courses.

Results The questionnaire was returned by 90 former nursing students, mainly Italians (83), females (59), and with an average age of 27 years. More than half of them would have preferred to follow different courses. The most frequent reasons for withdrawing from nursing courses included disappointment of expectations, difficulty of the studies, family burden, and health or economic problems.

Conclusions The data collected indicate that often the choice of nursing studies is not driven by clear ideas and strong motivations, and suggest a more intensive tutoring and a different management of study programs as possible strategies to prevent academic failure of nursing students.

Key words: nursing students, Bachelor's degree in Nursing, academic failure

INTRODUZIONE

Secondo le stime dell'OCSE in Italia ci sono 7 infermieri per ogni 1.000 abitanti, contro i 9,6 della media europea; per allinearsi a quest'ultima, il nostro paese avrebbe quindi bisogno di circa 100.000 infermieri in più rispetto agli attuali (OECD, 2009). A determinare tale carenza contribuiscono gli alti tassi di abbandono, o di mancato completamento entro i tempi previsti, dei corsi universitari in infermieristica. In base agli scarsi dati disponibili il tasso di abbandono è pari al 19-20% (Destrebecq et al., 2008), mentre il tasso complessivo di insuccesso accademico – che include l'abbandono e che viene definito come criterio di misurazione dell'efficienza universitaria dal Decreto Ministeriale n. 17 del settembre 2010 – risulta intorno al 35-37% (Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 2010). Considerando il numero degli studenti immatricolati, una proiezione a 10 anni di questi dati porta a stimare una perdita di potenziali infermieri compresa tra le 57.170 e le 60.440 unità (Dante et al., 2011).

L'aumento degli studenti iscrivibili ai corsi potrebbe, da solo, non rappresentare una soluzione adeguata: bisogna attuare interventi che promuovano il successo accademico degli studenti realmente motivati, senza nel contempo trascurare l'esigenza inderogabile di mantenere alta la qualità della formazione. Per prendere provvedimenti efficaci bisogna però conoscere a fondo i diversi fattori che possono essere responsabili dell'insuccesso accademico.

La letteratura di riferimento è prevalentemente estera e comprende pochi studi di rilevanza nazionale o internazionale (Dante et al., 2011); tenendo presenti anche le differenze normative tra i vari paesi, emerge la necessità di ottenere dati più esaurienti e aggiornati sulla situazione italiana. Con questa indagine ci siamo pertanto proposti di raccogliere informazioni sulle caratteristiche di un campione di studenti che tra il 2006 e il 2009 hanno abbandonato il Corso di Laurea in Infermieristica (CLI) presso l'Università degli Studi di Milano.

MATERIALI E METODI

In assenza di strumenti validati, per svolgere l'indagine si è predisposto un questionario semistrutturato basato sugli studi che hanno investigato le cause dell'abbandono dei corsi infermieristici in Italia o all'estero. Attraverso 24 quesiti a risposta aperta o chiusa sono state indagate 3 aree:

- caratteristiche sociodemografiche quali età, sesso, studi precedenti (McCarey et al., 2007; McLaughlin et al., 2010; Pryjmachuk et al., 2009; Van Rooyen et al., 2006);
- variabili legate al CLI: scelta del corso, desiderio di

studiare altro, motivi che hanno spinto a desistere, studi universitari intrapresi successivamente;

- risultati accademici e vissuto personale: posizione nella graduatoria di ammissione, votazioni conseguite negli esami superati prima di abbandonare il CLI, valutazione delle attività di tutorato, numero di studenti e tutor (Dante et al., 2011; Fraher et al., 2010; Glossop, 2002; Palese et al., 2009).

Le domande del questionario sono state elaborate in modo da consentire una risposta dicotomica (Sì/No) o la scelta tra più alternative. La prima modalità è stata impiegata per indagare fattori come la percezione di adeguatezza del tutorato e di integrazione tra lezioni e tirocinio, la volontà di seguire altri corsi di laurea, lo svolgimento contemporaneo di un'attività lavorativa. Per i possibili motivi di abbandono principali (come delusione delle aspettative, carico familiare, problemi di salute o problemi economici) sono state usate domande a scelta multipla; i quesiti con più scelte riguardanti la delusione delle aspettative, le eventuali altre cause di abbandono o i percorsi di studio che lo studente avrebbe desiderato intraprendere erano dotati anche di un campo aperto per consentire al compilatore di rispondere con maggior precisione. Variabili quali il numero di studenti in aula, il monte ore lavorativo settimanale o il voto di maturità prevedevano l'inserimento diretto delle cifre corrispondenti.

A causa della natura delle variabili indagate, sono possibili molte situazioni personali specifiche che condividono tra loro solo pochi elementi. Si è comunque cercato di garantire l'affidabilità a priori dello strumento formulando le domande secondo una terminologia accademica standardizzata, con periodi brevi che non si prestassero a fraintendimenti; per raggiungere lo scopo, il questionario è stato sottoposto all'esame di un revisore. Il tipo di questionario rende poco praticabile una verifica statistica della consistenza interna. Per quanto riguarda la validità, quella di contenuto è stata garantita tramite l'aderenza degli item alle indicazioni della letteratura. Data la mancanza di questionari validati simili non è stato possibile saggiare la validità concorrente dello strumento.

Nel periodo compreso tra il novembre 2010 e il giugno 2011 sono stati contattati telefonicamente – mediante SMS – tutti i 770 soggetti che hanno abbandonato il primo anno del CLI dell'Università degli Studi di Milano tra il 2006 e il 2009. Considerando l'alto numero di soggetti, questo approccio è stato scelto per aumentare le probabilità di risposta. I recapiti telefonici sono stati forniti dall'ateneo; per molti ex studenti non erano disponibili indirizzi e-mail ag-

giornati, già cancellati automaticamente dai server a causa del tempo trascorso dall'abbandono del corso. Dopo il contatto iniziale si è proceduto alla presentazione dello studio e alla distribuzione del questionario tramite posta elettronica: 90 soggetti (11,7%) hanno accettato di partecipare all'indagine, hanno fornito il consenso informato e hanno restituito il questionario compilato.

I risultati sono stati aggregati in forma anonima, pur non garantendo l'anonimato al momento della loro ricezione. Le variabili numeriche sono state esaminate con test di ipotesi (χ^2 e Fisher per le tabelle a doppia entrata, Wilcoxon per valutare le differenze tra variabili continue non gaussiane). L'analisi statistica è stata condotta con il software SAS 9.1.3. Per agevolare la discussione, i concetti estratti dalle domande aperte sono stati inseriti in un *codebook* ed etichettati univocamente.

RISULTATI

Caratteristiche generali dei partecipanti

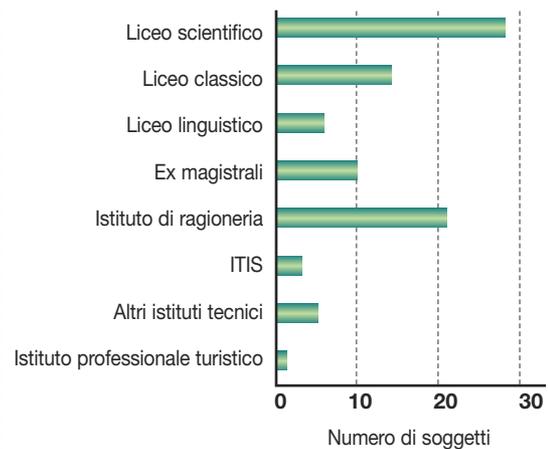
Il campione era costituito da 90 soggetti, prevalentemente di sesso femminile e di nazionalità italiana, con un'età media di 27 anni (vedi **Tabella 1**). I 7 stranieri provenivano da Perù (n=2), Albania (n=2), Romania, Ecuador e Brasile; nessuno di loro valutava "insufficiente" la propria conoscenza della lingua italiana.

Il tipo di diploma di scuola superiore conseguito è stato specificato da 88 partecipanti, che come mostra la **Figura 1** avevano per la maggior parte frequentato licei e istituti di ragioneria.

In alcuni casi, in funzione dell'età dei partecipanti, i voti di maturità erano espressi in sessantesimi; uniformandoli alla scala centesimale attualmente in vigore tramite una proporzione matematica, la votazione mediana ottenuta agli esami di scuola superiore è risultata pari a 74 centesimi (intervallo interquartile 68-82), senza differenze significative tra i 2 sessi (test di Wilcoxon: $p=0,83$). Due dei partecipanti erano laureati (uno in Giurisprudenza e uno in Scienze politiche), mentre uno era tecnico di Fisioterapia e perfusione vascolare.

Rispetto alla graduatoria di ammissione al CLI, 24 soggetti si erano classificati entro il 100° posto e al-

Figura 1. Diplomi di scuola media superiore



tri 47 entro il 250°: dato che implica l'accesso diretto al corso di laurea, senza ripescaggio.

Al momento dell'iscrizione al CLI 31 soggetti svolgevano un'attività lavorativa fissa.

Scelta del corso

All'iscrizione, il CLI era stato il primo corso di laurea indicato per 65 partecipanti (il secondo per 15, il terzo per 10). In base alle risposte fornite, 56 avrebbero però voluto seguire un corso di laurea diverso; di questi solo 20 hanno specificato quale, indicando principalmente Medicina e chirurgia (n=9, considerando anche un soggetto che ha risposto "indifferentemente Medicina e chirurgia o Farmacia") e Fisioterapia (n=6). Gli altri orientamenti emersi sono Logopedia (n=2), Scienze dell'educazione (n=1) e Farmacia (n=3, considerando anche il soggetto che ha risposto "indifferentemente Medicina e chirurgia o Farmacia").

La maggioranza di chi avrebbe desiderato studiare altro ha comunque indicato il CLI come prima scelta (n=39), anche se la correlazione tra le due variabili non è significativa ($r=0,54$, $p=0,83$). I motivi che hanno spinto questi soggetti a iscriversi al CLI, anziché ai corsi che avrebbero preferito intraprendere, includevano la difficoltà dei test di ingresso (n=4 per Medicina e chirurgia, n=1 per Farmacia, n=1 per Fisioterapia) e la durata degli studi (n=2, tra chi aveva indicato come studi alternativi Medicina e chirurgia o "indifferentemente Medicina e chirurgia o Farmacia").

Rendimento accademico

Prima di abbandonare il CLI, 45 dei partecipanti all'indagine non avevano superato esami; 30 ne avevano superati meno di 5, 14 più di 5. Tra quelli che

Tabella 1. Età media (anni) dei partecipanti all'indagine

	N	Età media (IC 95%)
Maschi	31	31±8 (28-34)
Femmine	59	25±5 (24-26)
Totale	90	27±7 (26-29)

avevano sostenuto esami con successo, uno solo aveva raggiunto una votazione media superiore a 26/30; la media dei voti ottenuti era compresa tra 23 e 25 trentesimi per 25 soggetti, inferiore a 23 trentesimi per i rimanenti. La relazione tra intenzione iniziale di studiare altro e numero di esami sostenuti non è risultata significativa (test esatto di Fisher: $p=0,81$).

Cause dell'abbandono

Molti dei partecipanti hanno indicato più motivi; quello riferito con maggiore frequenza (23 soggetti, di cui 15 avrebbero desiderato intraprendere studi universitari diversi) era la delusione delle aspettative. I fattori più spesso riportati come cause dell'abbandono del CLI includevano anche l'impegno richiesto dagli studi e dal tirocinio, il carico familiare, problemi di salute o di natura economica (vedi **Tabella 2**).

Le altre ragioni segnalate comprendevano lo svolgimento concomitante di un'attività lavorativa, componenti soggettive come incompatibilità con il proprio carattere ($n=2$) o paura del tirocinio ($n=2$) ed

eventi specifici come gravidanza ($n=1$) o lutto ($n=1$); uno dei partecipanti ha lamentato problemi con i docenti, un altro giudicava "non stimolante" la professione infermieristica.

Valutazione del tutorato

Il tutorato di tirocinio ha ricevuto 32 giudizi positivi contro 36 negativi (**Tabella 3**). Trentuno soggetti hanno dichiarato di avere avuto difficoltà di apprendimento durante le esperienze in reparto, ma solo 4 hanno segnalato problemi specifici, che in 3 casi si riferivano al rapporto con i pazienti e in uno al contatto con la sofferenza. Tra quanti hanno affermato di non essere stati seguiti in maniera soddisfacente dai tutor clinici, 2 hanno citato la paura del tirocinio come motivo di interruzione degli studi infermieristici. L'associazione rilevata tra percezione di adeguatezza del tutorato e difficoltà nell'apprendimento non era statisticamente significativa (odds ratio 1,78, $p=0,24$). Rispetto alle attività didattiche teoriche, secondo quanto riportato dai partecipanti il numero mediano di studenti in aula era pari a 80 (intervallo interquartile 60-100) e ogni tutor universitario seguiva una mediana di 25 studenti (intervallo interquartile 20-27). Il tutorato durante i periodi di insegnamento teorico ha ricevuto giudizi più positivi che negativi (54 contro 29, vedi **Tabella 4**). L'associazione tra adeguatezza del tutorato teorico e difficoltà nell'apprendimento, pur essendo protettiva, non è risultata significativa (odds ratio 0,70, $p=0,44$).

Studi intrapresi dopo l'abbandono del CLI

Al momento della rilevazione, 29 dei partecipanti all'indagine avevano rinunciato agli studi, mentre 21 erano "silenti" (non frequentavano le lezioni e non pagavano le tasse universitarie, ma non avevano

Tabella 2. Cause principali dell'abbandono del CLI

Motivo	N
Delusione delle aspettative	23
Pesantezza del corso di studi	11
Carico familiare	11
Problemi di salute	9
Problemi economici	8
Pesantezza del tirocinio	4
Selettività del corso di studi	4
Attività lavorative	3
Scarsa motivazione	3

Tabella 3. Valutazione del tutorato di reparto

Ritieni che il tutorato di reparto sia stato adeguato?	Hai avuto difficoltà nell'apprendimento durante il tirocinio?	
	No	Sì
No	22	14
Sì	15	17

Tabella 4. Valutazione del tutorato d'aula

Ritieni che il tutorato d'aula sia stato adeguato?	Hai avuto difficoltà nell'apprendimento durante le lezioni teoriche?	
	No	Sì
No	13	16
Sì	29	25

Tabella 5. Corsi intrapresi dopo l'abbandono del CLI

Corso di laurea	N
Scienze politiche	4
Farmacia	3
Psicologia	3
Fisioterapia	2
Lettere	2
Medicina e chirurgia	2
Scienze della comunicazione	2
Comunicazione interculturale	1
Scienze e tecniche psicologiche	1
Sociologia	1
Tecniche di laboratorio biomedico	1

rinunciato ufficialmente agli studi). Otto intendevano iscriversi di nuovo al CLI; 32 avevano invece deciso di iscriversi a un altro corso di laurea, specificato in 22 casi (vedi **Tabella 5**). La relazione tra i corsi che gli ex studenti infermieri avrebbero voluto seguire e quelli effettivamente intrapresi dopo l'abbandono del CLI non è risultata significativa (test esatto di Fisher: $p=0,472$, calcolato sulle risposte dei 22 soggetti che hanno indicato il corso prescelto).

DISCUSSIONE

La maggior parte dei partecipanti all'indagine avrebbe preferito studiare materie non infermieristiche, nonostante l'alto numero di coloro che al momento dell'iscrizione hanno indicato il CLI come prima scelta. Probabilmente molti si sono iscritti al corso considerandolo come un ripiego, avendo fallito i tentativi di ingresso nel percorso di studi desiderato, o spinti dalla ricettività mostrata dal mondo lavorativo nei confronti degli infermieri, almeno fino a tempi recenti (Consorzio Interuniversitario Almalaura, 2011). In ogni caso, molti sembrano avere intrapreso il CLI senza una visione chiara delle sue caratteristiche.

Il basso numero di stranieri non permette di valutare il legame tra conoscenza della lingua e rendimento accademico, peraltro noto in letteratura (Fraher et al., 2010). In generale la preparazione di base degli ex studenti infermieri appare buona; questo fattore è solitamente correlato a successo accademico (McCarey et al., 2007; Pryjmachuk et al., 2009; Van Rooyen et al., 2006), così come il sesso femminile (McLaughlin et al., 2010). Per confermare questi dati sarebbe utile un confronto con le caratteristiche degli iscritti che hanno continuato gli studi.

Il carico familiare e le difficoltà economiche sono motivi prevedibili di abbandono del corso, in linea

con quanto riportato dagli studi pubblicati sull'argomento (Dante et al., 2011; Fraher et al., 2010; Glosop, 2002), che nel campione esaminato risultano frequenti soprattutto tra i soggetti che si erano iscritti al CLI con maggiori motivazioni. Le cause di abbandono indicate più comunemente includono anche l'impegno richiesto dagli studi infermieristici, spesso superiore alle attese, e lo svolgimento contestuale di attività lavorative. Uno dei partecipanti ha scritto: "Da quando il corso di laurea è stato istituito le materie sono considerevolmente aumentate, ma la durata del corso è comunque rimasta di 3 anni. Tenendo conto che tornavo a casa ogni sera alle sette, avevo solo il weekend per studiare materie come anatomia e fisiologia". Concetti simili sono ricorrenti nelle risposte raccolte tramite il questionario.

Pochi hanno spiegato che cosa intendessero per "delusione delle aspettative", anche se il numero di risposte che citavano il problema era rilevante. La percezione della professione infermieristica appare positiva, nonostante le disillusioni personali. Un partecipante ha scritto: "Ho compreso l'importanza che tale professione ha per il miglioramento della salute di un paziente, soprattutto a livello psicologico, e la necessità di svolgerla con estrema convinzione, motivazione e serietà. Ho ritenuto che la mancanza di anche uno solo di questi presupposti fondamentali fosse controproducente". Anche in questo caso i dati ottenuti sono in linea con la letteratura: la realtà ospedaliera può portare alla delusione di attese stereotipate circa la professione (O'Donnell, 2011; Spouse, 2000; Wilson et al., 2010).

Per quanto riguarda il giudizio sul tutorato, la relazione riscontrata tra buon tutorato teorico e diminuzione delle difficoltà nell'apprendimento non è significativa; il dato, piuttosto inusuale, potrebbe essere imputabile al fatto che il tutor didattico sia responsabile solo di una minima parte degli insegnamenti impartiti durante le ore trascorse dallo studente in università. Il numero di persone seguite dai tutor appare elevato, così come quello degli studenti in aula; la letteratura riconosce la numerosità della popolazione d'aula come fattore predisponente all'insuccesso accademico (Dante et al., 2011; Palese et al., 2009). Data la scarsità delle informazioni raccolte a tale proposito, si può solo constatare la difficoltà di valutazione della qualità del tutorato clinico rispetto alla diminuzione delle difficoltà nell'apprendimento, ma è necessario vagliare la possibilità di svolgere ulteriori studi in questo senso.

La mancata randomizzazione è un limite dello studio; tuttavia i soggetti sottoposti a indagine possono considerarsi rappresentativi, considerando l'aderenza delle loro caratteristiche alla letteratura. Il disegno tra-

sversale limita i potenziali *bias* legati al processo di maturazione degli studenti. Il questionario, per quanto non validato, comprende tutti gli elementi segnalati dalla letteratura, presentati al compilatore senza spazi di interpretazione; pur nell'impossibilità di fornire dati statistici a riguardo, si ritiene che lo strumento non abbia introdotto distorsioni.

CONCLUSIONI

In base ai risultati dell'indagine, gli studenti che abbandonano il CLI hanno generalmente un buon livello di preparazione, ma spesso sono poco motivati e hanno aspettative lontane dalla realtà. Per affrontare il problema servono interventi informativi più efficaci e mirati nelle scuole superiori.

Il lavoro di riduzione dell'insuccesso accademico deve essere diretto a supportare principalmente gli studenti più motivati, tra i quali nel campione esaminato gli abbandoni sono stati proporzionalmente più numerosi. Bisogna contrastare questo fenomeno con strategie tutoriali appropriate, in aula e in reparto; *debriefing* di tirocinio, simulazioni, laboratori, approfondimenti sono attività che richiedono una presenza costante e numericamente importante di tutor.

Il forte impegno richiesto dalla frequenza del CLI può avere un impatto negativo sulla prosecuzione degli studi, specialmente per chi svolge contemporaneamente un'attività lavorativa. Il carico di studio e tirocinio non deve diminuire, essendo tarato sugli standard formativi richiesti dal mondo professionale. Si può però ritenere utile la sperimentazione che è ora in atto di alcuni ordinamenti didattici distribuiti in più anni, con per esempio una diluizione del primo anno in 4 semestri, per gli studenti lavoratori. Si dovrebbe considerare l'opportunità di un piano di studi ragionato, con una distribuzione tale da ridurre quanto più possibile l'impatto del tempo trascorso tra le esperienze di reparto.

Nel complesso, le soluzioni qui prospettate possono contribuire a contenere il rischio di insuccesso accademico degli studenti infermieri senza incidere sulla qualità formativa, che deve restare una priorità assoluta.

BIBLIOGRAFIA

Consorzio Interuniversitario Almalaura (2011) *Condizione occupazionale dei laureati delle professioni sanitarie infermieristiche 2010*. Consultato il 10 dicembre 2011, disponibile all'indirizzo: www.almalaura.it

Dante A, Palese A, Lancia L (2011) *Successo e insuccesso accademico degli studenti infermieri, tendenze inter-*

nazionali e nazionali: revisione della letteratura. L'infermiere, 48 (4), e35-e42.

Decreto Ministeriale 22 settembre 2010 n. 17 *Requisiti necessari dei corsi di studio - Allegato a*. Roma 2010.

Destrebecq A, Destefani C, Sponton A (2008) *Abandonment of nursing courses: a survey regarding the motivations which lead the students to the abandonment of the nursing degree course*. Prof Inferm, 61 (2), 80-86.

Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2010) *Indagine sulla formazione universitaria degli infermieri. Rapporto 2007/08*. Consultato il 10 dicembre 2011, disponibile all'indirizzo: www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/62/Indagine%202007-2008.pdf

Fraher E, Belsky DW, Gaul K et al. (2010) *Factors affecting attrition from associate degree nursing programs in North Carolina*. Cah Sociol Demogr Med, 50 (2), 213-246.

Glossop C (2002) *Student nurse attrition: use of an exit-interview procedure to determine students' leaving reasons*. Nurse Educ Today, 22 (5), 375-386.

McCarey M, Barr T, Rattray J (2007) *Predictors of academic performance in a cohort of pre-registration nursing students*. Nurse Educ Today, 27 (4), 357-364.

McLaughlin K, Muldoon OT, Moutray M (2010) *Gender, gender roles and completion of nursing education: a longitudinal study*. Nurse Educ Today, 30 (4), 303-307.

O'Donnell H (2011) *Expectations and voluntary attrition in nursing students*. Nurse Educ Pract, 11 (1), 54-63.

OECD (2009) *Health at a glance 2009: OECD indicators*. Consultato il 5 gennaio 2012, disponibile all'indirizzo: www.oecd-library.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312

Palese A, Dante A, Valoppi G et al. (2009) *Verso il monitoraggio dell'efficienza universitaria: fattori di rischio di abbandono e di insuccesso accademico nei Corsi di Laurea in Infermieristica*. Medicina e Chirurgia, 46, 1988-91.

Pryjmachuk S, Easton K, Littlewood A (2009) *Nurse education: factors associated with attrition*. J Adv Nurs, 65 (1), 149-160.

Spouse J (2000) *An impossible dream? Image of nursing held by pre-registration students and their effect on sustaining motivation to become nurses*. J Adv Nurs, 32 (3), 730-739.

Van Rooyen P, Dixon A, Dixon G et al. (2006) *Entry criteria as a predictor of performance in an undergraduate nursing degree programme*. Nurs Educ Today, 26 (7), 593-600.

Wilson A, Chur-Hansen A, Marshall A et al. (2010) *Should nursing-related work experience be a prerequisite for acceptance into a nursing programme? A study of students' reasons for withdrawing from undergraduate nursing at an Australian university*. Nurse Educ Today, 31 (5), 456-460.



CONTRIBUTI

Verso un reclutamento etico dei professionisti della salute: il Manifesto per il rafforzamento del personale sanitario

di *Gennaro Rocco (1), Alessandro Stievano (2)*

(1) *Direttore del Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica*

(2) *Ricercatore, Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica*

Corrispondenza: g.rocco@mclink.it, astievano@tiscali.it

Introduzione

Il nursing transculturale si è affermato come campo di studio specifico in molti aspetti della vita sanitaria, dapprima negli Stati Uniti e poi anche in altri Paesi.

Questa branca disciplinare, che sta percorrendo i suoi primi passi anche in Italia, può essere analizzata sotto differenti dimensioni:

- l'assistenza culturalmente adeguata verso l'altro, sempre più spesso proveniente da differenti contesti socio-culturali;
- una maggiore attenzione alle dinamiche di rispetto e collaborazione nel lavoro sanitario in team sempre più multietnici;
- un'attenzione verso i movimenti migratori e sociali del personale sanitario e degli infermieri, sia localmente che internazionalmente.

In questo contributo si cercherà di porre attenzione alle dinamiche della migrazione internazionale di infermieri, con particolare riguardo al fenomeno italiano, in costante ascesa e prevedibilmente ancora in incremento negli anni a venire, conseguentemente alla globalizzazione del mercato lavorativo sanitario (Kingma, 2008).

L'Organizzazione mondiale della sanità stima che ci siano circa 60 milioni di operatori sanitari nel mondo, di cui il 31,6% risiede nel continente americano, dove gli Stati Uniti comprendono una quota rilevante di professionisti sanitari (Who, 2006). Circa 60 Paesi in tutto il mondo si trovano oggi in carenza di personale sanitario, una carenza che ammonta a circa due milioni e 400 mila operatori sanitari tra infermieri, medici, fisioterapisti, logopedisti, altri. Tale trend, visto l'attuale deficit educativo a livello dei paesi avanzati, è destinato ad aumentare e porterà, se non controllato, a delle gravi ripercussioni nei Paesi meno sviluppati.

Nel medesimo tempo, in alcuni Paesi a sviluppo più avanzato, la disoccupazione e la sottoccupazione infermieristica costituiscono fattori critici di questa carenza mondiale e rappresentano una paradossalità. Il sistema italiano, che affronta gravi carenze infermieristiche in molti settori, non riesce ad impiegare il potenziale umano ritenuto necessario al funzionamento ottimale a causa di complessi fattori socio-storico-culturali. Tale paradosso accomuna Paesi a livelli di sviluppo diversificati. La carenza infermieristica spesso coesiste accanto a sacche importanti di disoccupazione professionale, dovute a politiche carenti che non enfatizzano il ruolo chiave della professione infermieristica. Questo soprattutto in relazione all'attuale transizione epidemiologica e demografica, con le conseguenti richieste assistenziali che ne derivano (Giarelli, 2003).

La mobilità internazionale degli infermieri (Kingma 2006), una volta solamente esperita tra Paesi più o meno industrializzati, è diventata più complicata, con nuovi orientamenti e schemi di mobilità in virtù della globalizzazione sanitaria.

La migrazione infermieristica è guidata da tre fattori: la globalizzazione, la forte richiesta di personale sanitario che si ha in alcuni Paesi (Stati Uniti, Gran Bretagna, Australia, Canada, altri) e fattori di attrazione/espulsione.

I fattori di espulsione (*push*) spingono un infermiere a voler lasciare il proprio Paese di origine. I fattori di espulsione identificati da Awases, Gbary, Chatora (2003) includono fattori economici (una remunerazione insufficiente), fattori istituzionali (mancanza di un lavoro specifico), fattori professionali (mancanza di opzioni di sviluppo di carriera) e fattori politici (instabilità socio-politica).

I fattori di attrazione (*pull*) attraggono un infermiere verso un Paese diverso da quello di origine, incoraggiando la migrazione infermieristica. Includono le opportunità per lo sviluppo professionale, l'aspirazione ad una migliore qualità di vita, una maggior sicurezza personale, un salario migliore e possibilità di apprendimento per tutto il corso della vita (Buchan 2001; Kingma 2001). Migliaia di infermieri migrano ogni anno in cerca di migliori situazioni occupazionali, di un migliore benessere economico, di una maggiore soddisfazione di carriera e sviluppo professionale.

La presenza degli infermieri stranieri in Italia

In un quadro di sempre maggior mobilità internazionale dei professionisti sanitari e degli infermieri in particolare, la migrazione da altri Paesi verso l'Italia di infermieri costituisce una parte sempre più importante del fenomeno. Al Nord la presenza di infermieri stranieri è doppia o tripla rispetto a quella rilevata al Sud. Gli stranieri non sembrano svolgere una funzione di sostegno strutturale del sistema al Sud, considerato che le loro presenze sono minori (4-5% del complesso degli iscritti) e si registrano proprio nelle Regioni con minore dotazione complessiva di infermieri (Sicilia, Calabria e Campania). Ciò va posto anche in relazione all'elevata disoccupazione a livello generale presente in queste stesse Regioni. Relativamente alla provenienza dei nuovi iscritti stranieri (Tabella 1), l'analisi dei dati dal 2004 al 2008 mette in evidenza la larga prevalenza di infermieri rumeni. Nel periodo considerato, le iscrizioni di rumeni ammontavano a 7.670 unità, pari al 42,2% del totale delle iscrizioni di stranieri. Seguivano, ma a molta distanza, i polacchi, con 2.487 unità (13,7%); sempre nel 2010 ha cominciato ad emergere una forte contrazione degli infermieri provenienti dalla Polonia, che sono passati dalle 621 unità del 2006 alle 106 del 2010 (Fortunato, 2012).

Il peso crescente degli stranieri è reso evidente dalle ultime iscrizioni agli Albi provinciali Ipasvi: in soli tre anni, dal 2007 al 2010, il numero di infermieri stranieri in Italia è aumentato del 25%, ovvero quasi 8.000 unità (Fortunato, 2012).

Da tale quadro emerge come la migrazione infermieristica in Italia sia un fenomeno in stabilizzazione: in alcuni settori (Rsa, case di riposo, lungodegenze) la percentuale di infermieri stranieri è ormai preponderante. Ciò, oltre a portare una polifonia e una ricchezza di sguardi assistenziali, con assistiti e infermieri ormai esponenti di un pluralismo etnico, porta, nel contempo, problemi di integrazione in un team *workforce* caratterizzato da linguaggi semantici ed assistenziali diversi.

Tabella 1 - Infermieri stranieri nuovi iscritti Ipasvi in numero assoluto per Paese di provenienza - periodo 2004-2008

Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	Italia						
Romania	2.416	Romania	2.147	Romania	2.184	Romania	223	Romania	700	Romania	7.670
Polonia	714	Polonia	592	Polonia	856	Polonia	223	Perù	165	Polonia	2.487
Perù	555	Perù	359	Perù	168	Germania	127	Brasile	148	Perù	1.259
Albania	394	Albania	313	India	164	Svizzera	110	Polonia	102	Albania	869
Spagna	348	Serbia	183	Albania	159	Albania	93	Germania	53	India	611
India	156	India	92	Spagna	106	India	26	Albania	35	Spagna	566
Tunisia	114	Spagna	86	Argentina	93	Francia	25	Paraguay	31	Germania	362
Colombia	91	Brasile	71	Filippine	89	Spagna	19	Colombia	29	Brasile	349
Bulgaria	84	Germania	68	Moldavia	73	Venezuela	17	Repubblica Dominicana	21	Serbia	278
Brasile	70	Moldavia	62	Germania	69	Ucraina	17	Svizzera	16	Svizzera	273

(Fonte: Federazione nazionale Collegi Ipasvi, 2008)

Verso un reclutamento etico dei professionisti sanitari

In una realtà infermieristica italiana dinamica e radicalmente cambiata nell'ultimo ventennio, ci deve essere equilibrio tra il diritto individuale di emigrare per trovare una migliore stabilità e opportunità di vita e la preoccupazione più utilitaristica di perdere prodotto interno lordo e lavoratori qualificati a beneficio di altri Paesi (*brain drain*). Nella seconda ottica la migrazione internazionale infermieristica minaccia la salute globale per l'impossibilità di erogare una assistenza in maniera equa (Icn, 2004).

La migrazione dei professionisti sanitari incide l'abilità dei Paesi in via di sviluppo di far fronte ai loro impegni interni e compromette il loro sviluppo (Icn, 2004). La regolamentazione negli spostamenti di professionisti sanitari è ancora carente, anche se ci sono meccanismi di controllo di questi lavoratori, specialmente a livello europeo e tra Paesi con sviluppo avanzato. Comunque, la regolamentazione infermieristica dovrebbe essere implementata sia a livello continentale che internazionale, con un maggiore coordinamento, al fine di favorire la mobilità professionale garantendo nel contempo la qualità dei servizi offerti.

Haddad (2002) prospetta che gli infermieri che emigrano non abbiano il dovuto rispetto e dignità sul luogo di lavoro, a causa di pregiudizi da parte dei professionisti sanitari autoctoni, che li vedrebbero come *outsider*. Questo costituisce un elemento da considerare per ulteriori ricerche nel settore, vista l'elevata valenza etica dell'ipotesi sovraesposta.

L'International council of nurses (2007) afferma che gli infermieri che emigrano hanno un rischio elevato di vulnerabilità a causa dell'impossibilità di verificare i termini generali dei contratti di lavoro e la situazione occupazionale nel Paese ospitante. Inoltre, il riconoscimento internazionale delle qualifiche infermieristiche non è regolamentato a sufficienza, visti anche i diversi percorsi formativi esistenti nei vari Paesi. Chiaramente, una grande immigrazione di personale infermieristico da altri Paesi non sarebbe necessaria se, sia il Paese ospitante che quello offerente, facessero uno sforzo congiunto per migliorare le condizioni lavorative, i salari, il riconoscimento degli infermieri nei Paesi di emigrazione infermieristica.

A tal proposito, l'Icn (2010) ha evidenziato cinque aree di intervento prioritario per la ritenzione di personale e per ridurre l'impatto del turnover infermieristico. Le cinque aree sono strettamente legate ai seguenti interventi:

- politiche macroeconomiche di finanziamento a livello dei singoli Paesi e in cooperazione;
- pianificazione delle politiche della forza lavoro;
- ambienti organizzativi supportivi e una buona salute organizzativa;
- politiche di assunzione e ritenzione del personale, mettendo in luce le distribuzioni del personale all'interno di ogni Paese e le politiche di emigrazione del personale infermieristico;
- un'effettiva leadership infermieristica.

L'impatto della perdita elevata di infermieri da parte di un Paese può essere forte, in quanto i Paesi si ritrovano svuotati di expertise: di conseguenza tutti i cittadini di quel Paese avranno disuguaglianze anche notevoli nella fruizione della salute. Comprendere l'estensione e le cause del turnover orienta la pianificazione di strategie di ritenzione del personale, che possono essere comparate a livello di singoli Paesi e a livello organizzativo sanitario.

La ricerca nel settore (Aiken et al., 2002; Aiken et al., 2008; Sermeus et al., 2011) ha mostrato che gli infermieri vogliono rimanere nel loro posto di lavoro quando esistono opportunità di avanzamento di carriera, gli ambienti organizzativi sono supportivi e collaborativi, oltre a promuovere la salute organizzativa. Il ruolo chiave degli infermieri, già messo in risalto dall'Icn (2010), non potrà essere svolto se l'attuale mancanza di circa 2 milioni di infermieri a livello mondiale non verrà presto colmata.

Tra i vari fattori di scarsità di risorse umane per la professione infermieristica possiamo citare per i Paesi avanzati (Icn, 2010):

- un'elevata media dell'età della popolazione infermieristica;
- condizioni economiche e lavorative spesso non competitive ed inadeguate che conducono a stress e burn-out;
- una mancanza cronica di studiosi di infermieristica occupati stabilmente nell'accademia, con conseguente scarsa legittimazione epistemologica disciplinare.

Mentre per i Paesi in via di sviluppo i fattori implicati sono costituiti da:

- limitazioni economiche per l'educazione infermieristica;
- ostacoli burocratico-amministrativi alla formazione infermieristica;
- migrazione interna ed esterna verso Paesi economicamente più avanzati.

Il Manifesto per il rafforzamento del personale sanitario

La migrazione in un contesto di risorse umane sufficienti sarebbe un grande fattore di crescita e di arricchimento dei punti di vista e delle esperienze, persino una strategia per ridurre la disoccupazione o per migliorare la situazione economica.

Ma in un contesto globale di scarsità di professionisti sanitari, il problema diventa rilevante per le realtà geografiche meno abbienti.

Sebbene l'International council of nurses (2005) creda che gli infermieri abbiano il diritto di migrare per le più svariate ragioni e ciò contribuisca a un maggiore sviluppo professionale e ad un arricchimento in cultura, allo stesso tempo riconosce che tale rilevante spostamento di professionisti dai Paesi più svantaggiati a quelli più ricchi incida negativamente sulla qualità dell'assistenza dei Paesi più poveri, depauperando forza lavoro qualificata nelle realtà che vengono così a trovarsi in forte carenza di forza lavoro.

In effetti l'International council of nurses sostiene una strategia che punta ad arricchire i professionisti per la loro mobilità temporanea, ma allo stesso tempo mette loro in luce le conseguenze che la loro prolungata permanenza all'estero potrebbe arrecare ai sistemi sanitari meno evoluti. Tale trend globale è sintomo di crisi dei sistemi sanitari e sottolinea la mancanza di una programmazione delle risorse umane sanitarie e di politiche di promozione delle condizioni lavorative per il personale coinvolto.

L'enfasi deve essere data, quindi, alle misure di ritenzione del personale sanitario nelle loro nazioni di origine, vista la complicata situazione economica a livello globale. Inoltre, in alcuni Paesi dove la dominanza medica, con conseguente scarsa autonomia professionale, è ancora presente (Hojat et al. 2003), ci sono gruppi di infermieri che decidono di non rimanere nel mercato del lavoro. La creazione, quindi, di ambienti di lavoro supportivi, con condizioni lavorative sicure e non demoralizzanti potrebbe incoraggiare un ritorno al lavoro di questi professionisti delusi e diminuire la carenza infermieristica stessa.

Il reclutamento di professionisti qualificati all'estero, in particolare dal cosiddetto Sud del mondo, praticato da molti Paesi europei oltre all'Italia, non può essere una soluzione alla cronica carenza infermieristica. L'Organizzazione mondiale della sanità ha riconosciuto l'importanza e la gravità della situazione, adottando nel maggio 2010 un Codice di condotta sul reclutamento internazionale di personale sanitario.

Da questo proposito nasce il Manifesto per il rafforzamento del personale sanitario^[1], promosso e firmato da un gruppo di organizzazioni attive sul territorio italiano nell'ambito della cooperazione sanitaria, della sanità pubblica e delle migrazioni internazionali, tra cui anche la Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi.

Abbiamo una forte convinzione, suffragata dai dati Ipasvi, che l'Italia debba investire maggiori risorse nella formazione di un numero sufficiente di infermieri, per rispondere in modo autonomo ai propri bisogni, senza ricorrere al reclutamento attivo di professionisti nei Paesi che già ne hanno una grave scarsità. È anche necessario il rafforzamento dei sistemi sanitari di provenienza, al quale l'Italia può contribuire attraverso interventi di cooperazione internazionale. Solo così si potrà realizzare il diritto alla salute per tutti, in Italia e all'estero.

L'assistenza infermieristica nelle strutture sanitarie italiane è già oggi dipendente dalla presenza di infermieri stranieri, senza i quali le organizzazioni sanitarie avrebbero una grave carenza di personale a detrimento dell'assistenza al cittadino. La loro presenza rappresenta un'opportunità per il sistema sanitario italiano, che è possibile cogliere, tuttavia, solo se le loro competenze sono pienamente riconosciute e se le loro condizioni di impiego sono eque e non discriminatorie rispetto ai colleghi italiani. Il Codice di condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario della World health organization (2010) trova quindi il proprio fondamento nel diritto alla salute per tutti, pone le basi per favorire pratiche di reclutamento eticamente accettabili e ha dato l'avvio alla realizzazione del Manifesto per il rafforzamento del personale sanitario: rispetto a quest'ultimo, ci piace sottolineare che gli stessi requisiti di accesso ai concorsi e le stesse condizioni contrattuali e di impiego debbano essere applicate senza discriminazione a tutti i lavoratori attivi nel sistema sanitario.

[1] Cfr. <http://www.manifestopersonalesanitario.it/>

BIBLIOGRAFIA

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH (2002). *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction*. JAMA, 288, 1987-1993.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T (2008). *Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes*. J Nurs Adm, 38, 223-229.
- Awases M, Gbary A, Chatora R (2003). *Migration of health professionals in six countries: A synthesis report*. World Health Regional Office for Africa.
- Buchan J (2001). *Nurse migration and international recruitment*. Nurs Inq, 8(4), 203-204.
- Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi (2008). *Iscritti stranieri agli albi Ipasvi 2008*. Disponibile presso: http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/96/Stranieri%202008.pdf
- Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi (2010). *Analisi dei flussi 2010*. Disponibile presso: <http://www.ipasvi.tn.it/pdf/AnalisiFlussi.pdf>
- Fortunato E (2012). *Gli infermieri stranieri in Italia: quanti sono, da dove vengono e come sono distribuiti*. L'infermiere (on-line), 1. disponibile presso: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-7.htm>
- Giarelli G (2003). *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Haddad A (2002). *Ethics in action*. RN, 65(7), 25-26, 28.
- Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ et al (2003). *Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships*. Int J Nurs Stud, 40, 427-435.
- Icn (2004). *The global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions*. Geneva: International council of nurses.
- Icn (2005). *International migration of nurses: trends and policy implications*. Geneva: International council of nurses.
- Icn (2007). *Position statement: Nurse retention and migration*. Geneva: International council of nurses.
- Icn (2010). *The impact of turnover and the benefit of stability in the nursing workforce*. Geneva: International council of nurses.
- Kingma M (2001). *Nursing migration: Global treasure hunt or disaster-in-the-making?* Nursing Inquiry, 8(4), 205.
- Kingma M (2006). *Nurses on the move: migration and the global health care economy*. Ithaca: Cornell University Press.
- Kingma M. (2008) *Nurses on the move: historical perspective and current issues*. Ojin: The Online Journal of Issues in Nursing, 13(2), 1.
- Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Peter Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Busse R, Lindqvist R, Scott AP, Bruyneel L, Brzostek T, Kinnunen J, Schubert M, Schoonhoven L, Zikos D (2011). *Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology*. BMC Nurs, 10 (6).
- Who (2006). *The World health report – Working together for health*. Geneva, available at: <http://www.who.int/whr/2006/en>.
- Who (2010) *Who global code of practice on the international recruitment of health personnel*. Geneva, available at: http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf.



CONTRIBUTI

Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari

di **Patrizia Fabbri (1)**, **Luana Gattafoni (2)**, **Mariarita Morigi (3)**

(1) Infermiere - Azienda ospedaliera universitaria S. Orsola Malpighi

(2) Infermiere - Azienda ospedaliera universitaria S. Orsola Malpighi

(3) Coordinatore di anno CdL Infermieristica - Azienda Usl di Imola

Corrispondenza: pat.fab@libero.it

Infermieri e comportamenti aggressivi

La violenza sul posto di lavoro è un problema che investe i paesi di tutto il mondo. La reale dimensione del problema non è nota, ma si crede che i dati raccolti siano soltanto la punta di un iceberg.

Il rischio di subire aggressioni per infermieri e operatori sanitari è più elevato rispetto ad altri lavoratori che operano in contatto diretto con l'utenza. Il tipo di violenza che colpisce maggiormente gli operatori sanitari è quella proveniente dai pazienti e dai loro *caregiver*, attraverso aggressioni fisiche, verbali o di atteggiamento; gli effetti sull'operatore si possono verificare sia personalmente che professionalmente, oltre ad effetti negativi in termini economici, sociali e di qualità delle cure prestate.

L'approfondimento sul fenomeno delle aggressioni sul posto di lavoro nella realtà italiana è relativamente recente, pertanto si è deciso di esplorare la situazione locale in un ospedale della provincia bolognese. L'ipotesi formulata, sulla base della letteratura internazionale esaminata, è che esista un costante pericolo di aggressioni a carico degli operatori sanitari e che in alcuni settori come servizi di emergenza-urgenza, servizi psichiatrici, lungodegenze tale rischio sia maggiore.

Scopo dell'indagine è descrivere il fenomeno attraverso il percepito degli infermieri e nello specifico: sapere cosa pensano dell'aggressività; se è accettata oppure subita; quali comportamenti aggressivi si verificano; come reagiscono gli operatori colpiti; se sentono il bisogno di strumenti efficaci per prevenire le aggressioni fisiche o verbali da parte delle persone che prendono in cura.

Cosa ne pensano gli infermieri?

Per rispondere al quesito, sono stati effettuati due *focus group*: uno con operatori del pronto soccorso e uno con operatori del servizio di psichiatria, mentre l'esperienza geriatrica è stata raccolta tramite un'intervista al coordinatore del servizio. Per la partecipazione è stato posto un unico limite: un'esperienza lavorativa di almeno un anno nel servizio stesso.

Completata l'indagine, si è proceduto a compararne i risultati con i dati offerti dalla letteratura e si è evidenziato che:

- è confermato che in ambiente sanitario le aggressioni esistono e che quelle non fisiche si verificano con maggior frequenza rispetto a quelle fisiche;
- le motivazioni che gli infermieri attribuiscono all'aggressività sono simili a quelle identificate in letteratura e differiscono dal tipo di utenza che viene presa in cura. Ad esempio, in pronto soccorso viene riferito che i pazienti diventano violenti

prevalentemente per le lunghe attese e in psichiatria la causa dell'aggressività è nella patologia stessa, così come per i pazienti dementi ricoverati in geriatria. È stato confermato ciò che viene riportato in letteratura in merito alla tolleranza degli operatori nei confronti dei comportamenti aggressivi: questa è maggiore se è conseguenza della patologia, ma diminuisce qualora la capacità di intendere e volere dell'utente è volontariamente compromessa dall'assunzione di sostanze stupefacenti o alcol;

- gli infermieri che hanno partecipato allo studio, in linea con le ricerche esaminate, difficilmente denunciano le aggressioni subite e quando lo fanno è per gravi aggressioni fisiche;
- le motivazioni sottese alla mancata denuncia sono sovrapponibili a quelle degli altri paesi: si giustifica il paziente per la situazione di sofferenza o per la patologia degenerativa e ci si assume il rischio del comportamento aggressivo come implicito alla professione. Vi è anche la convinzione che denunciare la violenza subita non serva a risolvere il problema e si lamenta l'assenza di tempo per relazionare l'accaduto;
- gli infermieri del servizio di psichiatria sostengono che una maggiore aggressività richiede una maggiore attenzione e tempo di cura. Gli infermieri del Ps narrano che a volte le persone violente sono visitate per prime, ricevendo un vantaggio che va a discapito degli altri assistiti. D'altro canto, il coinvolgimento emotivo degli operatori a un episodio di aggressività può influenzare la loro capacità di *problem solving* e aumentare il rischio di errore. Secondo la letteratura internazionale, gli atteggiamenti aggressivi avrebbero un effetto indiretto sulla qualità delle cure prestate, in quanto gli operatori tendono a dedicare meno tempo ai pazienti aggressivi o lo fanno meno volentieri;
- tutti gli operatori attribuiscono all'aggressività/violenza subita effetti di tipo psicologico ed emotivo, possibili causa di stress lavoro correlato, confermando così la letteratura al riguardo;
- quando un episodio di violenza si verifica, la possibilità di creare un gruppo per discutere l'evento, per condividere le percezioni, i comportamenti e i vissuti, è considerato dagli infermieri un valido strumento d'aiuto.

Riflessioni sulla nostra esperienza

La scelta di effettuare questa indagine su piccoli gruppi di operatori e soltanto in alcune unità assistenziali è stata determinata soprattutto dai costi.

Gli operatori di supporto (Oss) che assistono i pazienti anziani sono considerati, da alcuni ricercatori, come gli operatori maggiormente esposti alla violenza, poiché svolgono attività di aiuto che possono scatenare aggressività. Non ci è stato possibile verificare ciò, in quanto, pur avendo esteso l'invito a tutti gli operatori sanitari, hanno partecipato solo infermieri.

Certamente conoscere il paziente durante il ricovero, i suoi bisogni, il suo carattere, sapere quali patologie lo affliggono aiuterebbe gli infermieri a prevenire l'aggressività. Altresì queste informazioni mancano agli infermieri del pronto soccorso, che devono prestare cure ad un'utenza *di passaggio*, multiculturale, potenzialmente affetta da qualsiasi patologia, che spesso manifesta il proprio disagio aggredendo gli operatori perché parte di un sistema che non li soddisfa.

L'elevato *turn over* di personale infermieristico e Oss nel reparto di geriatria determina un costante bisogno formativo a garanzia di un comportamento condiviso degli operatori nel relazionarsi con il paziente e loro familiari.

Conclusioni

Molti sforzi si sono fatti in tutto il mondo per descrivere e spiegare il problema delle aggressioni al personale sanitario, con un proliferare di letteratura, ma vi è ancora molto da ricercare sia sui segni predittori di comportamenti violenti, che sulla scelta degli interventi più efficaci di tipo organizzativo, ambientale e individuale.

Per ridurre le aggressioni, sarebbe opportuno un programma di prevenzione valutando i rischi nei luoghi di lavoro, formando il personale con particolare attenzione alle competenze comunicative e informando l'utenza dell'esistenza di una politica aziendale di tolleranza zero alle aggressioni.

Si ha la consapevolezza che questi presentati sono relativi soltanto a un gruppo ristretto e pertanto non generalizzabili a tutta la popolazione sanitaria di riferimento, ma potrebbero offrire un punto di partenza per una futura ricerca di tipo quantitativo, per esplorare in modo approfondito e su una popolazione più ampia il problema delle aggressioni e della violenza nei luoghi di lavoro subita dagli operatori sanitari.

BIBLIOGRAFIA

- Cerri R, Caserta M, Grosso M (2010). *Le aggressioni subite dagli operatori sanitari: indagine in un ospedale italiano*. Assistenza infermieristica e ricerca; 29 (1):5-10.
- Di Martino V (2002). *Workplace violence in the health sector - an additional Australian study: Synthesis Report*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint programme on workplace violence in the health sector. Disponibile al sito: http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf.
- Icn (2007). *Coping with violence in the workplace*. Guidelines International council of nurses. Disponibile al sito: http://www.icn.ch/guide_violence.pdf.
- Osha (2004). *Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers*. Disponibile al sito: www.osha.gov.
- Ramacciati N, Ceccagnoli A (2011). *Violenza e aggressioni in Pronto soccorso: revisione della letteratura*. L'Infermiere; 5. Disponibile al sito: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-5-articolo-54.htm>.



ESPERIENZE

Il paziente con insufficienza renale cronica: un intervento educativo

di Franco Paradisi (1), Maria Teresa Benedetto (2), Gasperina Maccarelli (3)

(1), (3) Infermiere

(2) Infermiere coordinatore

Uo Nefrologia e dialisi - Ospedale S. Maria della Scaletta, Imola

Corrispondenza: frankino.fy@gmail.com

La persona affetta dalla malattia renale cronica richiede una presa in carico globale. Le Linee guida emanate da *Renal physicians association* (2003) raccomandano di fornire educazione terapeutica sulla preparazione al trattamento sostitutivo renale al paziente quando i suoi valori di filtrato glomerulare raggiungono valori inferiori a 30 mL/min/1,73 m².

L'invio tardivo al nefrologo (*Late referral*) aumenta la mortalità in dialisi (Winkelmayer et al., 2003) e comporta l'inizio del trattamento sostitutivo in condizioni di emergenza con utilizzo del catetere venoso centrale (Buck et al., 2007) e con un incremento delle relative complicanze.

Un invio precoce al nefrologo (*Early referral*) ed una corretta educazione terapeutica del paziente rendono invece possibile:

- l'attuazione di tutte le procedure e dei trattamenti per controllare la progressione della malattia, la pressione arteriosa, la glicemia nei pazienti diabetici, l'adeguatezza della terapia farmacologica e della dieta ipoproteica (Triolo et al., 2008; Zuccalà et al., 2009);
- l'adeguata programmazione del confezionamento della fistola atero-venosa o del posizionamento del catetere peritoneale. La fistola atero-venosa richiede un periodo di maturazione di circa 4 settimane prima di poter procedere con la venipuntura (mentre il catetere peritoneale necessita di un'attesa di circa 3-4 settimane prima di poter essere utilizzato per la dialisi).

L'implementazione tempestiva di un percorso educativo rivolto alla persona ed alla sua famiglia concorre al controllo della progressione dell'insufficienza renale (Zuccalà et al., 2009), al miglioramento della conoscenza della malattia e delle modalità di cura nonché alla promozione di eventuali modifiche dello stile di vita.

La nostra esperienza

Abbiamo preso in considerazione tutti i pazienti, in totale 120, con insufficienza renale severa (Vfg < 30 ml/min), afferenti alla nostra unità operativa e già in trattamento sostitutivo nel periodo compreso tra gennaio 2005 e novembre 2010. L'obiettivo è stato quello di coinvolgerli in un percorso educativo pre-dialisi strutturato e personalizzato. Di questi, 34 non sono stati inseriti nel percorso educativo: 16 erano trasferiti da altri centri e 18 invece considerati *late referral*. Agli altri 86, per la maggior parte uomini (65,4 %), con un'età media al momento dell'inizio del trattamento sostitutivo di 69 anni, è stato proposto un percorso educativo pre-dialisi.

Quello attuato nella nostra unità operativa prevedeva una serie di 4–7 colloqui ambulatoriali con la persona e i familiari della durata di circa 60 minuti, durante i quali venivano analizzate e discusse le strategie di intervento e le modalità educative relativamente alle seguenti tematiche: patologia renale, esami diagnostici, trattamento farmacologico, dieta, aspetti sociali, stili di vita. I colloqui sono stati tenuti da un team multidisciplinare costituito da: nefrologo, infermieri esperti in emodialisi e dialisi peritoneale, psicologo, dietista e assistente sociale.

Ogni colloquio si è basato sull'ascolto, l'informazione e la responsabilizzazione del paziente sul percorso di cura da attuare, ai fini di creare un'alleanza terapeutica. Gli strumenti utilizzati a supporto sono stati opuscoli informativi e materiale audiovisivo. Quando opportuno, sono state anche programmate visite del centro dialisi o un incontro con un altro paziente dializzato per poter condividere l'esperienza sulla malattia.

Al completamento del percorso educativo a ogni persona è stato consegnato un questionario di gradimento che si proponeva di valutare, su una scala da 1 a 6, il grado di soddisfazione per le informazioni ricevute prima di iniziare la dialisi, il contenuto educativo, la comunicazione e il tempo dedicato ai colloqui dagli operatori sanitari.

Degli 86 pazienti ai quali il percorso è stato proposto, solo 48 lo hanno concluso; tra gli altri, qualcuno lo ha rifiutato, qualcun altro era impossibilitato a parteciparvi.

I risultati ottenuti

Il percorso educativo ha prodotto effetti sulla scelta del trattamento, sull'utilizzo del catetere venoso centrale temporaneo, sulla progressione della funzionalità renale.

La scelta del trattamento

Il 22,5% dei pazienti ha scelto la dialisi peritoneale. Questa percentuale è maggiore di quella che si riferisce alla casistica riportata dal Registro italiano di dialisi e trapianto.

L'utilizzo del catetere venoso centrale temporaneo

Tra i pazienti che hanno seguito e completato il percorso educativo si è significativamente ridotto il numero di coloro che hanno avuto bisogno del catetere venoso centrale temporaneo, solo il 14,6% con un evidente beneficio per il paziente, oltre che un migliore utilizzo delle risorse e delle positive ricadute dal punto di vista organizzativo.

La progressione della funzionalità renale

I pazienti presi in carico a livello ambulatoriale hanno eseguito la valutazione del Vfg mensilmente/trimestralmente sulla base delle condizioni cliniche. La riduzione media del volume filtrato glomerulare dei pazienti che hanno seguito il percorso educativo pre-dialisi risulta essere di 0,36 ml/min/mese rispetto ai 0,67 ml/min/mese dei pazienti che, invece, non lo hanno seguito.

Anche i mesi che sono intercorsi tra la presa in carico del paziente e l'inizio del trattamento sostitutivo renale sono risultati maggiori: mediamente 16,38 rispetto alla media di 9,07 mesi nei pazienti che non hanno seguito il percorso.

Il gradimento espresso dai pazienti per i contenuti del percorso educativo e per il tempo dedicato dagli operatori è stato alto (tra 5 e 6 su una scala da 1 a 6).

Complessivamente, i dati raccolti sono confortanti e ci hanno confermato che l'educazione terapeutica produce dei benefici significativi per il paziente: la presa in carico anche dal punto di vista educativo è la strada da seguire.

BIBLIOGRAFIA

- Renal physicians association (2003). *Clinical practice guideline: appropriate patient preparation for renal replacement*. J Am Soc Nephrol 14: 1406–1410.
- Winkelmayr WC, Owen WF, Lewin R, Avorn J (2003). *A propensity analysis of late versus early nephrologist referral and mortality on dialysis*. J Am Soc Nephrol 14: 486–492.
- Buck J, Baker R, Cannaby AM, Nicholson S, Peters J, Warwick G (2007). *Why do patients known to renal services still undergo urgent dialysis initiation? A cross-sectional survey*. Nephrol Dial Transplant 22: 3240–3245.
- Triolo G, Savoldi S (2008). *Quando iniziare la dialisi. Il paziente in pre-dialisi*. Giornale italiano di nefrologia, Anno 25 S-41 / PP. S9-S20.
- Zuccalà A, Benedetto MT, Di Nicolò P, Fantinati C, Fiorenza S, Rapanà R (Bologna 2009). *Controlli nefrologici ravvicinati e arresto della progressione nell'insufficienza renale severa*. Nefrologia clinica (Insufficienza renale cronica), 50° congresso Sin.

SCAFFALE

Una filosofia per la medicina, razionalità clinica tra attualità e ragionevolezza

di Ivan Cavicchi

Dedalo

pagine 230, euro 16,00



Il libro di Cavicchi che qui presentiamo potrebbe dirsi un'opera della maturità, che scaturisce da un lungo percorso di riflessione, di elaborazione, quasi a mettere ordine tra le tante idee affastellate negli anni. È un libro scritto in maniera chiara, premurosa, cosciente, attento a spiegare cose non sempre facili, ma intenzionato a dirle nel modo più semplice possibile. Il volume introduce piano piano alla delicata questione della necessità del cambiamento della ortodossia della medicina, partendo dal presupposto che tra l'apparato concettuale portante della medicina e questo tempo storico vi siano forti antinomie, contraddizioni, paradossi.

Non deve sorprendere se alla prima lettura ci vedremo poi interessati a rileggerlo di nuovo, non fosse altro che per cogliere gli infiniti piani di realtà che dapprima si percepiscono. È un libro

denso di contenuti e dettagli, scritto con continui rimandi a chiarimenti sui termini impiegati, per fare in modo che tutti capiscano e non solo gli addetti ai lavori. È un libro che alla fine cerca di condensare l'intero lavoro di riflessione in dieci ripensamenti, fino a farne un manifesto.

È un libro infine che si rivolge non solo ai medici, ma anche agli infermieri e ai cittadini, perché se la medicina è, come si dice, "*impresa sociale*" allora tutti noi siamo i suoi legittimi riferimenti.

Il termine che Cavicchi usa per descrivere l'attuale condizione della medicina è *regressività*, ad indicare che quando qualcosa, come la medicina, sta fermo e tutto intorno cambia è come se la medicina tornasse indietro, diventasse regressiva. Il titolo stesso già indica un passaggio, un salto, un transito direi storico: una filosofia *per* la medicina sta ad indicare l'andare oltre la filosofia *della* medicina. Sino ad ora la filosofia *della* medicina ha avuto la funzione ancillare di spiegare la razionalità scientifica e soprattutto la metodologia del ragionamento scientifico. Cavicchi dice che questo non basta più, che ci vuole un pensiero per aiutare la medicina a ripensarsi e che se si vuole conoscere il malato e non solo la malattia, alla medicina serve una filosofia quale conoscenza, quale sapere riflettente.

La proposta di una nuova *cooperazione tra scienza e filosofia* per padroneggiare la complessità del malato interessa da vicino noi infermieri, perché forse più noi di ogni altra figura abbiamo tentato di integrare contingenza, situazione, biologia, biografia dentro le nostre teorie del nursing. La lezione che ci viene dal libro di Cavicchi è chiara: *si deve essere ortodossi, infermieri e medici, e quindi conformi alle regole della propria disciplina professionale, ma si deve essere ortodossi agendo le regole in maniera nuova e diversa.*

È inevitabile per me pensare alla ortodossia dei medici, alle loro rigidità, alle loro concezioni chiuse e a quanto male questo ha fatto agli infermieri e allo sviluppo della loro legittima professionalità. In ragione di una vecchia ortodossia medica la nostra professione, in barba alle norme che ci siamo conquistati, è come bloccata, anche se ci troviamo di fronte ad una società che ci chiede di cambiare e ad un'economia che comunque, per ragioni finanziarie, ci chiede dei ripensamenti.

La professione degli infermieri è stata sempre sminuita, forse per quella nostra attitudine di stare tra l'attualità e la ragionevolezza. I medici ortodossi non hanno mai perdonato agli infermieri di avere "buon senso" cioè di non essere, come ama dire spesso Cavicchi, delle "lavatrici" obbedienti alla razionalità scientifica. Quindi chi meglio degli infermieri può ridiscutere le regressioni del sistema. Una per tutte quella di accogliere un malato come un essere con una malattia e consegnarlo alle cure di chi lo continua a considerare un ammasso di cellule e quindi privo di personalità.

È ancora Cavicchi a ricordarci che la conoscenza della clinica è *conoscenza impersonale*. Ciò mi fa venire in mente Gramsci che, scrivendo alla cognata dal carcere di Turi nel 1931, le diceva: "non esistono malattie ma malati e che nel singolo malato tutti gli organi sono solidali nel caso che uno sia ammalato. Mi basta per capire che il medico deve essere una specie di artista, cioè che nell'arte sua ha molta importanza qualcosa di simile all'intuizione, oltre alla conoscenza scientifica" (A. Gramsci, *Lettere dal carcere*, Einaudi, 1971). Questo vale in toto anche per l'infermiere.

Ma per capire davvero il ruolo e l'importanza di una filosofia *per* la medicina è necessario inquadrare questo libro in una produzione intellettuale molto più grande e che va avanti ininterrottamente da almeno 30 anni.

Il libro di cui stiamo parlando indica una proposta di rinnovamento, spiegata nei suoi nodi essenziali con un pragmatismo tale da poterla mettere in pratica. Ciò che colpisce sono proprio le domande concrete alle quali l'autore intende rispondere: quale riferimento deve esserci per la ragione medica? Da quale premessa deve partire il ragionamento della medicina? Come ridefinire la concezione tradizionale di malattia? Ed il malato "in quanto tale" come va definito? La conoscenza scientifica è sufficiente per conoscere il malato? Quale altra conoscenza oltre a quella scientifica servirebbe? In quale altra circostanza, occasione io posso conoscere il malato? E come mai il linguaggio continua ad essere svalutato come oggetto di conoscenza, nella comunicazione? Che tipo di linguaggio serve? Come rendere la razionalità clinica il più possibile adeguata nei confronti dell'attualità della persona malata? Come posso mettere insieme la razionalità medica, l'attualità del malato, la relazione ed i contesti? Come si decide, come si sceglie? La codecisionalità è possibile? Eppoi la grande questione del "limite". È inutile e falso immaginare la nostra razionalità come illimitata e onnipotente, noi dobbiamo fare i conti con due generi diversi di limiti: quello cognitivo e quello economico. La forza della proposta di Cavicchi è proprio quella di non farsi limitare dal limite economico, ma di trasformarlo in cambiamenti.

Alla fine, quasi in appendice, Cavicchi ci regala una guida pratica per comprendere meglio la relazione intesa come conoscenza e per usarne le virtù. Leggendola si ha l'idea di essere presi per mano e condotti dentro una complessità in generale sconosciuta ai più, passo dopo passo.

Insomma, un libro, bello, generoso, pertinente alle richieste dei cittadini, dei professionisti della salute, dei malati e soprattutto pratico, come è proprio dello spirito di Cavicchi, che non si stanca mai di dire che se c'è qualcosa di terribilmente pratico questo è proprio la filosofia, cioè il ripensare il pensiero che pensa tutto quello che noi facciamo.

Marcella Gostinelli

Direttore Innovazione organizzativa e assistenziale, Centro oncologico fiorentino
Sesto Fiorentino (Firenze)

Ivan Cavicchi

Tutto il lavoro dell'autore si può condensare in due grandi filoni, strettamente correlati tra loro:

- quello dedicato ai problemi della sanità, nel quale egli esercita una critica serrata al "pensiero debole" delle politiche sanitarie di questi anni - *Il libro bianco* (2005); *Il libro rosso* (2006); *Il libro verde* (2007); *Il pensiero debole della sanità* (2008); *Medicina e sanità: snodi cruciali* (2010);
- l'altro dedicato ai problemi della medicina - *L'uomo inguaribile, il significato della medicina* (1998) nel quale si afferma la necessità di rivedere la matrice culturale della medicina; *Il rimedio e la cura, cultura terapeutica tra scienza e libertà* (1999), un libro nel quale si rafforza l'orientamento pragmatista dell'autore ormai deciso a confutare fino in fondo la vecchia matrice positivista della medicina; *La medicina della scelta* (2000), che ci porta nelle profondità della crisi della medicina; *Filosofia della pratica medica* (2002), dove si arriva ad esplorare la razionalità medica, ponendo le basi per una *conoscenza ontologica* del malato, che affianchi la conoscenza scientifica. Nel libro *La clinica e la relazione* (2004) si comincia a strutturare un vero e proprio ripensamento della *clinica osservazionale* verso una *clinica relazionale* per la quale la relazione è conoscenza utile per sapere di più sul malato. Questo grande lavoro di esplorazione e di elaborazione dà luogo a *Ripensare la medicina, restauri, reinterpretazioni, aggiornamenti* (2005), nel quale sono riuniti una serie di saggi di straordinario valore innovativo, attraverso i quali l'autore mette sempre più a fuoco la sua proposta di rinnovamento e di ripensamento della razionalità medica.

SCAFFALE

Infermieristica Preventiva e di comunità

di **Sandra Scalorbi**

Mc Graw Hill, 2012
pagine 212, euro 23,00



Nel pieno della crisi economica e in epoca di *spending review*, è tornato prepotentemente alla ribalta il tema delle politiche sanitarie e del rapporto tra queste e spesa pubblica. L'Europa, in questi mesi, ha messo al centro del dibattito sul futuro della sanità l'argomento cure primarie e assistenza di base. A settembre, a Goteborg, tutti gli esperti degli Stati membri daranno vita all'*European Forum for Primary Care* per fare il punto della situazione e tracciare una *road map*, al fine di riorientare le politiche sanitarie nazionali, sia per ridurre la pressione sulla spesa pubblica degli Stati, che per rimettere al centro la persona e l'assistenza di base.

In questo panorama il contributo della professione infermieristica assume una rilevanza strategica determinante e il testo *Infermieristica preventiva e di comunità* di Scalorbi e collaboratori

rappresenta un'importante e stimolante occasione di approfondimento e rilancio del ruolo professionale infermieristico sul versante territoriale, proprio in un momento in cui l'invecchiamento della popolazione, l'esplosione delle patologie croniche e la crisi economica costringono l'intero sistema a superare il modello ospedalocentrico rivelatosi assai costoso e chiaramente inappropriato. Il testo si caratterizza per alcuni elementi di novità ed originalità che facilitano la fruizione dei contenuti da parte di infermieri e studenti di scienze infermieristiche a vari livelli (Laurea triennale, Master, Laurea magistrale). Interessanti in questo senso sono, ad esempio, le sintesi che gli autori propongono all'inizio del testo e al termine di ogni capitolo, sotto forma di mappe concettuali rappresentative di tutte le connessioni e correlazioni presenti.

Interessanti gli "Approfondimenti" con cui gli autori intervallano argomentazioni teoriche con contributi infermieristici concreti, progetti, laboratori, esperienze regionali, altro. Queste sezioni, oltre a rendere più varia e scorrevole la lettura del testo, testimoniano il patrimonio di idee degli infermieri e il loro contributo mono e multi-professionale alle cure primarie e allo sviluppo di una cultura professionale basata sull'educazione terapeutica e sull'educazione alla salute di persone, famiglie, comunità. Alcuni di questi approfondimenti rappresentano buoni spunti per applicare in pratica concetti e criteri altrimenti destinati a rimanere suggestioni e buone intenzioni.

Il primo capitolo traccia un profilo storico-normativo dell'argomento, toccando le tappe salienti in modo esaustivo e scorrevole. Già in questa prima parte l'autrice inserisce un argomento di approfondimento, i nuclei di cure primarie in Emilia-Romagna, che spezza la monotonia tipica dell'exkursus normativo e fornisce un modello di riferimento pratico, grazie al quale emergono argomenti centrali che costituiranno il leit motiv dell'intero testo: continuità assistenziale, progetto di cura, rete dei servizi, presa in carico, percorsi integrati, accesso ai servizi, self management, case management, team multi-professionale e così via.

All'interno di questo capitolo sono sicuramente degni di nota il paragrafo riguardante la sanità penitenziaria per le profonde implicazioni di tipo deontologico e relazionale che solleva, facendone argomento tanto peculiare quanto assimilabile ai principi generali dell'infermieristica di comunità; altra nota per il paragrafo sulle dimissioni che l'autrice considera da diversi punti di vista (epidemiologico, tecnico, organizzativo, educativo), ottimo contributo al discorso sulla continuità assistenziale.

Il secondo capitolo propone al lettore una panoramica di alcuni significativi modelli teorici che si adattano bene all'assistenza infermieristica di famiglia e comunità. Tutti questi hanno come comun denominatore una forte componente educativo-relazionale. L'intento dell'autrice non è quello di optare per un particolare modello, piuttosto quello di fare un'analisi comparata mirando ad una scelta d'integrazione tra più modelli. Se della teoria del deficit nella cura di sé di Orem e di quella dei sistemi di Neuman si sa già molto, è sicuramente nuova la prospettiva applicativa da cui l'autrice considera la seconda; interessante soprattutto l'analisi di applicabilità del sistema classificatorio "Nanda 1, Noc, Nic" (diagnosi infermieristiche, risultati e interventi) al modello stesso, in riferimento al ruolo del caregiver.

Più nuovi, invece, il modello di promozione della salute (*Health promotion model* - Hpm) di Pender e la teoria del self-management individuale e familiare (*Individual and family self-management theory* - Ifsmt) di Ryan & Sawin. Il primo è basato sul concetto di promozione della salute e sul coinvolgimento attivo delle persone nei processi di cambiamento che consentono il raggiungimento di buoni livelli di autoefficacia nella gestione del proprio stile di vita e della propria salute. La seconda, pubblicata nel 2009 sulla rivista "*Nursing Outlook*", guida il lettore verso un concetto cardine dell'assistenza ai malati cronici, il self management, il quale, non a caso, è uno dei sei elementi costitutivi del *Chronic care model*, modello di riferimento per la gestione delle patologie croniche applicato largamente nel mondo e in Italia.

Se i primi due capitoli rappresentano la base storica, normativa e concettuale, attraverso cui recuperare e approfondire informazioni e terminologie, il terzo e quarto capitolo entrano nel vivo di funzioni, strategie, finalità e possibilità di sviluppi del nursing in materia di educazione alle persone, alle famiglie e alle comunità. Alla ricerca di un approccio specifico dell'infermieristica al tema dell'educazione della persona assistita, l'autrice propone come possibilità concreta, ma non esclusiva, la relazione fra diagnosi infermieristiche e interventi educativi in applicazione del sistema classificatorio Nanda 1, Noc, Nic. Il terzo capitolo, in sostanza, costituisce una sorta di guida all'uso di diagnosi, outcomes e interventi infermieristici nelle cure primarie, configurandosi come un originale tentativo di dirimere questioni annose sull'utilità delle diagnosi infermieristiche nei servizi territoriali. Interessanti contributi pratici sono la presentazione del progetto di laboratorio sull'educazione terapeutica del Cris Orsola Malpigli di Bologna e la guida alla progettazione e alla lettura critica di un progetto educativo.

Il quarto ed ultimo capitolo considera l'infermieristica di famiglia e di comunità analizzandone le varie dimensioni: accertamento dei bisogni, supporto, educazione, *empowerment*, partnership, altro.

Originali il paragrafo sui modelli nell'infermieristica di famiglia (diverse prospettive d'intervento sulla famiglia in base ai diversi orientamenti delle organizzazioni sanitarie in cui opera l'infermiere: famiglia come contesto, famiglia come cliente, famiglia come parte della comunità) e quello sull'accertamento in cui, oltre ai tre modelli (Gordon, Friedman e Modello di accertamento familiare Calgary - Cfam), sono presentati interessanti e pratici strumenti applicativi non tipici delle scienze infermieristiche, quali il genogramma e l'ecomappa. In questo capitolo l'autrice chiarisce che non è scopo del testo il confronto fra diversi modelli organizzativi dell'assistenza alla famiglia e alla comunità: questo, se si vuole, rappresenta forse l'unico lato debole dell'opera, ovvero uno scarso rilievo alle

diverse logiche organizzative dell'assistenza infermieristica ed integrata e ai modelli innovativi presenti in alcune Regioni o Province italiane, in un momento in cui la riorganizzazione del sistema di erogazione di cure primarie rappresenta la sfida più cogente e il contributo infermieristico appare decisivo e irrinunciabile.

Il testo rappresenta, in conclusione, un ottimo contributo in termini di divulgazione e approfondimento in merito ad un argomento professionale tanto attuale e prioritario, quanto spesso marginalizzato, anche a livello editoriale.

Antonio Gant

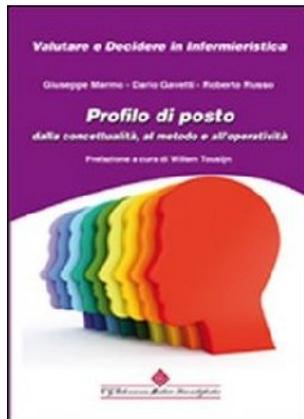
Direttore Uo Assistenza infermieristica territoriale Zona Nord Ovest – Firenze
Responsabile infermieristico progetto "Sanità d'iniziativa" - Azienda sanitaria - Firenze

SCAFFALE

Profilo di posto. Dalla concettualità, al metodo e all'operatività

di Giuseppe Marmo, Dario Gavetti, Roberto Russo

C.G. Edizioni Medico Scientifiche, 2011
 pagine 155, euro 24,00



Cos'è il profilo di posto? Quale quadro concettuale di riferimento lo sottende? Qual è la metodologia per applicarlo e come è stato posto in essere in alcuni specifici contesti?

A queste domande rispondono in modo pertinente e puntuale i tre autori nei diversi capitoli del libro, un lavoro che dimostra come sia possibile nella pratica superare la contrapposizione tra logica manageriale e logica professionale, facendosi carico, come professionisti, delle istanze manageriali.

Innanzitutto vengono esplicitate le coordinate di riferimento (cap. 1). Il lavoro per processi è la cornice all'interno del quale il profilo di posto viene collocato, altrimenti a rischio di ridursi a ulteriore strumento di una vetusta impostazione (mansionario o procedure).

Interessante in questo ambito il paragrafo sull'*empowerment*, considerato "concetto chiave per rinnovare la cultura del lavoro, per ripensare al ruolo del lavoratore e per riformulare i modelli organizzativi" (p. 7), necessità legate alla soddisfazione dei dipendenti e dei clienti. Vengono anche introdotti i concetti di autoefficacia ed autodeterminazione, condizioni senza il cui sviluppo non può esistere l'*empowerment* e che ben si esplicano nella costruzione *bottom-up* del profilo di posto, individuando in modo condiviso a quale livello di competenza il professionista ritiene di collocarsi.

Il secondo capitolo è dedicato al concetto di competenza, in quanto essa sostiene l'azione, sottolineando come non esista la competenza senza l'individuo, e lo colloca in stretta correlazione con il profilo di posto, che ha la funzione di definire lo standard condiviso di competenza di una determinata professionalità. Anche qui non manca il richiamo al fatto che le attività descritte nel profilo di posto debbano essere ad un "livello sufficientemente alto" (p. 30).

I capitoli centrali sono dedicati agli aspetti applicativi:

- una ricerca in letteratura su ciò che è stato fatto finora in Italia in merito all'identificazione delle competenze ai diversi fini di costruzione del profilo di posto o l'inserimento del personale neoassunto o la valutazione del livello di *performance* (cap. 3);
- la descrizione dettagliata dello strumento (cap. 4), differenziandolo da altri analoghi nati in altri contesti (la *fiche de poste* della Francia, la *job description* inglese), inteso soprattutto come strumento che "acquisisce il valore attribuitoli da chi lo sceglie e lo usa" (p. 68) e che pertanto non possa essere trasferito in realtà diverse da quelle per le quali è nato;

- il metodo per la costruzione del profilo di posto (cap. 5), considerato come opportunità di “riflessione collettiva sull’azione e sull’azione possibile” (p. 73), nel quale viene fornito non solo un utile esempio di prototipo-matrice, ma anche un approfondimento sul percorso orientato alla partecipazione dei professionisti (con esempio di progetto formativo). È da segnalare un utile paragrafo che guida alla formulazione lessicale per descrivere le attività professionali (per es., non utilizzare verbi non osservabili o formulazioni troppo generali).

Gli ultimi capitoli offrono un’ampia prospettiva su come il profilo di posto si colloca all’interno delle organizzazioni orientate per processi, al fine di superare il binomio tra le competenze e l’organizzazione e quale funzione catalizzatrice abbia la formazione in questa direzione.

Il caso descritto con l’esperienza dell’Azienda ospedaliera Cto-Maria Adelaide, che ha coinvolto personale sanitario ed amministrativo portando all’elaborazione 117 profili, ha il pregio di anticipare, per coloro che faranno proprio lo strumento ed il metodo, quali siano stati i punti più critici (per es. la diffidenza iniziale degli operatori per la costruzione di uno strumento il cui primo fine possa apparire squisitamente valutativo o la difficoltà nell’identificare le competenze e non la semplice descrizione delle attività svolte) e le strategie adottate per superarli, specie con il lavoro condiviso *sul campo*.

Ne deriva che il volume, per la sua complessità, è da affrontare gradualmente, come peraltro sottolineano gli autori nell’originale guida alla lettura: può essere utilizzato anche partendo da alcune sue sezioni specifiche, a seconda del bisogno del lettore e dell’uso immediato che debba farne, oppure letto sistematicamente capitolo dopo capitolo. A tal fine il libro è anticipato da un prezioso indice dettagliato, che permette al lettore di scegliere in modo puntuale quale capitolo possa essere di maggiore interesse, nel caso in cui abbia la necessità di farne una lettura mirata. Ogni capitolo è peraltro effettivamente organizzato in modo originale: infatti sono inseriti alcuni elementi o sezioni specifiche che possono rivelarsi piuttosto utili per il lettore e che rappresentano senza dubbio un valore aggiunto:

- alcuni box di approfondimento, che richiamano in modo sintetico i concetti ai quali man mano nel testo si fa riferimento. In questo modo non solo si valorizza la ricchezza degli elementi teorici esplorati, ma si mette in condizione il lettore che non li conoscesse di farsene un’idea generale, senza dare così nulla per scontato (per es. *empowerment, agentività, job enrichment, expertise*, etc);
- numerose e dettagliate note bibliografiche a piè di pagina, dando così la possibilità al lettore di ritrovare con facilità le fonti, nel caso in cui voglia effettuare su alcuni temi una lettura più completa. Queste esplicitano anche l’ampio approfondimento svolto dagli autori, che rendono ancora più di valore il percorso concettuale offerto;
- richiami ai principali autori citati, descrivendone brevemente essenziali note biografiche, le quali avvalorano ulteriormente la scelta fatta dagli autori di averne accolto il loro pensiero;
- schemi di sintesi al termine di ogni capitolo, che facilitano la *raccolta delle idee* dopo la lettura dei concetti o dei percorsi descritti, o che viceversa può anche permettere, a ritroso, di capire meglio di cosa tratti il capitolo, prima di immergersi al suo interno.

Il libro offre pertanto un solido quadro di riferimento teorico, all’interno del quale si sviluppa il concetto del profilo di posto, inteso come strumento il cui funzionamento dipende essenzialmente dagli utilizzatori, dalla modalità con la quale lo utilizzeranno e dagli scopi per il quale lo utilizzeranno. Il profilo di posto rappresenta in qualche modo anche una

sfida per superare una modalità desueta, nonché oggigiorno inefficace, di fissare dei confini oggettivi tra le diverse professionalità, ma altresì per rappresentare la descrizione delle competenze infermieristiche, in considerazione dei diversi soggetti e dei contesti in cui esse si svolgono, base dell'integrazione tra professionisti.

Concludendo il libro, attraverso questo viaggio organizzato in tre "fermate" (p. XI), ovvero *concetto, metodo e contesto*, può essere un'interessante lettura per:

- lo studente, in particolare quello impegnato in percorsi di laurea magistrale e, specie per alcune sezioni, in master in management, per far propri alcuni concetti teorici che permettono di orientarsi nella complessità del sistema sanitario attuale, nonché strumenti pratici (il profilo di posto per l'appunto) che permettono meglio di farne parte come agenti attivi;
- gli infermieri dirigenti o coordinatori, coinvolti nell'organizzazione in sanità, per delineare modalità che chiariscano e valorizzino la professionalità infermieristica, per ottimizzarne l'integrazione con le altre;
- coloro che si occupano di progettazione e di formazione continua, al fine di progettare percorsi ad hoc per il personale sanitario coinvolto nei processi di cambiamento;
- gli infermieri che vogliono darsi degli strumenti teorici per comprendere e partecipare adeguatamente ad un'attività lavorativa organizzata non più per compiti, ma per processi.

A cura della Redazione

COLOPHON

Direttore responsabile

Annalisa Silvestro

Comitato editoriale

Ciro Carbone, Barbara Mangiacavalli, Beatrice Mazzoleni, Gennaro Rocco, Annalisa Silvestro, Maria Adele Schirru, Franco Vallicella

Coordinamento

Emma Martellotti

Redazione

Monica Casati, Laura D'Addio, Immacolata Dall'Oglio, Pietro Dri, Annamaria Ferraresi, Ennio Fortunato, Silvestro Giannantonio, Rita Maricchio, Emma Martellotti, Michele Musso, Marina Vanzetta

Segreteria di redazione

Antonella Palmere

Progetto grafico

EDS - Ennio De Santis

EDS - Vladislav Popov

Editore

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

Internet

www.ipasvi.it

Periodicità

Bimestrale

Registrazione

del Tribunale di Roma n. 10022 del 17/10/64

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 pubblicati sul sito www.ipasvi.it, nella sezione "Ecm".
Si invitano gli autori a rispettare le norme editoriali nella stesura dei contributi e degli articoli da sottoporre alla prevista valutazione del Comitato di redazione.
I lavori vanno inviati a: federazione@ipasvi.legalmail.it