

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LVII

2

ISSN 2038-0712

**MARZO - APRILE
2013**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● EDITORIALE

Una nuova sfida: l'impegno per la "buona Politica"

di Annalisa Silvestro

● FOCUS

Marisa Cantarelli, *ad maiora!*

a cura della Redazione

Federalismo sanitario: Regioni al "fai da te" e diritti allo sbaraglio

di Michele Musso

Tagli continui, a rischio il Servizio sanitario

di Michele Musso

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Breast unit e chirurgia generale: la qualità di vita a confronto nei due percorsi clinico assistenziali delle pazienti operate al seno

di Scerbo Francesco, Venturini Giulia, Petrone Fabrizio, Alvaro Rosaria

La cultura della sicurezza del paziente: un'indagine nell'area oncologica

di Annamaria Bagnasco, Giovanna Vignolo, Alessandro D'Addeo, Annamaria Grugnetti, Simona Calza, Rita Maricchio, Loredana Sasso

● CONTRIBUTI

La citazione bibliografica nella letteratura infermieristica: una nuova Regola dalla Biblioteca di infermieristica della Fondazione Irccs Policlinico S. Matteo di Pavia

di Michele Chieppi, Piera Bergomi, Barbara Mangiacavalli

● ESPERIENZE

La percezione della professione infermieristica fra i giovani

di Papa Antonella, Maserà Giuliana, Paola Siri

La prassi del case management infermieristico in Emilia-Romagna: l'identikit professionale del case manager infermieristico

di Berti Lucia, Infermiere Case manager - Ausl di Piacenza

La capacità empatica degli infermieri di area chirurgica

di Simona Facco, Luigi Cirio, Jenny Galante, Valerio Dimonte

La percezione della qualità della vita nel paziente con sclerosi multipla in trattamento con *Natalizumab*

di Mattia Morone, Franceschina Manconi

● SCAFFALE

Trasformare il maschile nella cura, nell'educazione, nelle relazioni

di Salvatore Deiana e Massimo M. Greco

Outcomes. Misurazione dei risultati. Efficacia. Applicazione del modello teorico

di Roberto Brisichella e Erminia Ferrante



EDITORIALE

Una nuova sfida: l'impegno per la "buona Politica"

di **Annalisa Silvestro**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

In uno scenario di grande complessità per il Paese, riprende faticosamente il lavoro parlamentare.

Questa legislatura è segnata da un elemento di novità per la nostra professione: ci sono alcuni infermieri tra i deputati e i senatori. Una piccola presenza che testimonia però, una nuova attenzione nei nostri confronti e contemporaneamente il confermarsi di un proattivo protagonismo politico tra gli infermieri.

L'agenda delle Commissioni "Sanità e Affari Sociali" della Camera e "Igiene e Sanità" del Senato - da poco insediate - si apre con la questione delle staminali, della chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari e dei debiti Pa.

Temi sui quali entrambe le Commissioni hanno resa evidente la volontà di ragionare senza pregiudiziali e manifestato l'impegno di mantenere tale impostazione su tutti i temi a valenza etica, di impatto sulle famiglie, sulla qualità dell'assistenza e comunque sui grandi temi dell'intero sistema salute.

L'obiettivo è di cercare soluzioni praticabili, nel rispetto di regole condivise. Se questa impostazione verrà mantenuta, la competenza e i valori di cui la professione infermieristica è portatrice potranno trovare terreno fertile per esprimersi e pesare.

E' però indubbio che il grande "convitato di pietra", discutendo di sanità, continua ad essere la questione economica. Fino ad oggi in tutti i provvedimenti è prevalsa la logica dei tagli che si sono, praticamente sempre, rivelati come tagli lineari.

Bisogna cambiare questo approccio. Parlamento, Governo e organi tecnici hanno il dovere di individuare le zone "grigie" della Sanità italiana dove permangono sacche di inappropriata, di spreco e di inefficienza. Ma al tempo stesso devono tracciare le linee di una riorganizzazione che corregga strutturalmente le disfunzioni che producono e mantengono le oggettive criticità di sistema che tutti oggi vediamo.

La "buona Politica" è tale se è in grado di affrontare i problemi del presente, ma contemporaneamente se è capace di guardare e progettare per il futuro. E allora la "buona Politica" deve esprimersi e coinvolgere sull'innovazione dei modelli organizzativi, sulle decisioni per il lavoro che guardino alle nuove generazioni, su come valorizzare le risorse professionali, su come muovere verso il territorio anche per garantire continuità assistenziale e integrazione tra sociale e sanitario.

E' facile e quasi scontato dire: parole ed utopie.

C'è però una piccola differenza rispetto al passato: la possibilità diretta di rendere evidente un pensiero - il nostro pensiero - che guarda alle problematiche socio sanitarie entro il quadro più ampio delle difficoltà e delle opportunità del Paese. Quei pochi infermieri - assieme agli altri inseriti nelle istituzioni regionali, provinciali e comunali - possono provare a fare la differenza con senso di realistica responsabilità.

E' evidente che non potrà mancare la consapevolezza che ogni specifico problema dovrà essere analizzato in relazione all'interdipendenza con gli altri e spesso gravi problemi del più ampio contesto nazionale: in ogni modo, si apre una possibilità ed inizia un percorso, pur se di incerta durata, da lungo auspicato e atteso.

Molte sono le aspettative: sarà molto difficile. Ma almeno, stavolta, ci proviamo direttamente.



FOCUS

Marisa Cantarelli, *ad maiora!*

A cura di Silvestro Giannantonio

All'Università degli studi di Milano, cerimonia per il conferimento della laurea magistrale honoris causa in Scienze Infermieristiche.

Venerdì 10 maggio, alle ore 16, nell'aula magna dell'università di Milano, il Rettore **Gianluca Vago** e il presidente del Comitato di direzione della Facoltà di Medicina e Chirurgia **Antonio Michele Carrassi**, hanno conferito la laurea magistrale honoris causa in Scienze infermieristiche e ostetriche a **Marisa Cantarelli**, dirigente di assistenza infermieristica.

L'impegno scientifico disciplinare di Cantarelli è stato copioso, costante e sempre ai massimi livelli. Il suo curriculum, il valore della sua produzione scientifica nell'ambito delle Scienze Infermieristiche ed i risultati ottenuti, nonché il suo ruolo di infermiera di docente e di donna lungimirante sul piano scientifico, già vicedirettrice della Scuola universitaria di Discipline Infermieristiche dell'università di Milano, sono i motivi precipui per il conferimento della laurea honoris causa in Scienze Infermieristiche e Ostetriche.

Cantarelli consegue il diploma di infermiera a pieni voti presso la prestigiosa Scuola "Agnelli" della Croce Rossa di Torino nel 1950. Appena diplomata, assume un incarico presso l'ospedale San Camillo di Roma, apportandovi innovazioni all'assistenza. Nel 1953, consegue la specializzazione di Assistente Sanitaria e, a distanza di pochi mesi, si perfeziona con l'acquisizione del Certificato di Specializzazione in parassitologia presso l'Istituto Superiore di Sanità romano. Il Ministero della Difesa la incarica dell'assistenza a fasce di bambini e giovani, nella seconda metà del 1953 e, successivamente, la Croce Rossa la richiama a svolgere servizio come assistente sanitaria presso il Preventorio Vigilato di Napoli.

Torna a Milano nel 1955, chiamata a svolgere la funzione di capogruppo delle assistenti sanitarie presso il Consorzio Antitubercolare. Completa il proprio curriculum formativo frequentando, 13 anni dopo, l'unica (in quegli anni) Scuola a fini speciali per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica presso l'Università La Sapienza di Roma dove si diploma come Dirigente dell'Assistenza Infermieristica. Marisa Cantarelli persegue con coerenza e determinazione l'acquisizione del massimo livello di formazione infermieristica universitaria e di specializzazione presenti in Italia in quel periodo, convinta che la formazione scientifica possa contribuire ad innalzare la preparazione culturale e scientifica della professione.

Nel 1969, ricopre il ruolo di Direttrice didattica della Scuola per infermiere professionali dell'ospedale di Magenta; si confronta, nel campo scientifico e professionale, con le istituzioni associative più rappresentative e diventa Consigliera nazionale della Cnaioss (Consociazione nazionale delle Associazioni Infermiere e Infermieri e Altri Operatori Sanitario Sociali) e, dopo, è vicepresidente e consigliera della Cnai (Consociazione nazionale Infermiere e Infermieri), unica Associazione professionale italiana componente dell'International Nurses Council. Rappresenterà l'Italia al Congresso Icn di Francoforte del 1964 e, dopo, a Città del Messico nel 1973.

Aderisce all'attività scientifica dell'European Healthcare Management Association e trasferisce le innovazioni culturali proposte dall'associazione europea nell'ambito della Scuola di Discipline Infermieristiche. La sua carriera in ambito formativo universitario prende avvio quando la Regione Lombardia la incarica di avviare, con l'università degli Studi di Milano, la Scuola universitaria di Discipline Infermieristiche di Milano, nel 1978.

La Scuola si doterà del primo programma di origine Usa per l'insegnamento della disciplina infermieristica sia sul piano dell'approfondimento teorico che su quello dell'integrazione multidisciplinare. Qui insegna e ricerca, riuscendo a dare lustro e dignità disciplinare all'assistenza infermieristica, sia in ambito nazionale che internazionale, elaborando e diffondendo la prima teoria italiana della disciplina infermieristica e per aver preparato allievi che, poi, creeranno altre scuole in molte università italiane.

www.ipasvi.it – News del 9 maggio 2013



FOCUS

Federalismo sanitario: Regioni al "fai da te" e diritti allo sbaraglio

di Michele Musso

Presentato il Rapporto 2012 dell'Osservatorio civico di Cittadinanzattiva.

«Un federalismo al capolinea, che ha indotto le Regioni a restringere i diritti, impoverito il servizio sanitario pubblico a vantaggio del privato e stremato i cittadini, creando differenze territoriali senza precedenti».

È così che **Antonio Gaudio**, segretario generale di Cittadinanzattiva, giudica il quadro che emerge dal Rapporto 2012 dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità che l'associazione ha presentato a Roma mercoledì 8 maggio.

Un quadro tutt'altro che confortante, quindi, sul quale Gaudio, aggiunge un'altra considerazione: «Mentre la direttiva europea approvata nel 2011 stabilisce che i cittadini della UE possono scegliere liberamente in quale Stato curarsi, assistiamo nel nostro Paese a disparità di trattamento dei cittadini a seconda della Regione di residenza e, addirittura, alla delibera con il cui il subcommissario campano alla sanità vieta di fatto ai propri residenti di curarsi fuori dal proprio territorio. Un tentativo anacronistico e anticostituzionale».

L'Osservatorio è stato attivato nel 2011 da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato con lo scopo di approfondire il tema del federalismo sanitario mettendo insieme il punto di vista del cittadino come utente finale del servizio con l'insieme dei dati di natura istituzionale e tecnica. Il Rapporto presentato quest'anno (coordinato e illustrato da **Sabrina Nardi**) fa il punto su alcune aree tematiche. Eccone una sintesi.

Materno-infantile. Dei 158 punti nascita con meno di 500 parti l'anno censiti nel 2009, a luglio 2012 ne erano stati chiusi solo venti, di cui nove in Calabria.

Parto indolore e assistenza ai figli di immigrati irregolari sono i due versanti su cui il Rapporto mostra le differenze più rilevanti tra le Regioni. Su 580 punti nascita esaminati (indagine Siaarti 2012), solo Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia erogano il parto in analgesia nel 100% dei casi, seguite da Trentino (86,7%) e Toscana (84,2%).

All'opposto il Molise, dove nessun centro eroga il servizio di epidurale da travaglio. Ancora più variegata la copertura gratuita e h24 del servizio di analgesia: in generale, al Nord sono le strutture più grandi (con oltre mille parti l'anno) a offrire l'epidurale gratuitamente nelle 24 ore, mentre al Sud ciò avviene soprattutto nelle strutture piccole.

Solo sei Regioni assicurano il medico di famiglia o il pediatra di libera scelta ai figli di migranti non regolarmente iscritti al Ssn: Toscana, Umbria, Provincia autonoma di Trento, Emilia Romagna, Marche e Puglia.

Procreazione medicalmente assistita. In questo ambito, il panorama è quanto mai variegato: si va dal Molise dove non esiste alcun centro di Pma, alla Lombardia con 63 centri. Nel 2010 su 357 centri, il 43,4% (155) erano pubblici o privati convenzionati, il restante 56,6% (202) privati.

Toscana, Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Pa di Trento hanno inserito le prestazioni di Pma nei Lea, con ticket o quota di compartecipazione, senza alcuna esclusione della popolazione interessata.

Prevenzione vaccinale smentita nei fatti. Il Piano vaccini 2012-2014 prevederebbe la completa informatizzazione delle anagrafi vaccinali: a oggi l'83% delle Usl si è dotato di un registro informatizzato, ma solo sei Regioni (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Molise, Puglia e Basilicata) e le due Province autonome di Trento e Bolzano hanno un software unico su tutto il territorio regionale. In Calabria non esiste alcun registro vaccinale informatizzato. A livello di copertura, solo l'Umbria (nel 2010) raggiunge l'obiettivo Oms del 95% di copertura del vaccino Mpr nei bambini a 24 mesi; Sicilia, Campania e Calabria si fermano sotto il 90%. Per quanto riguarda il nuovo vaccino gratuito dell'Hpv, se nel 2007 si era fissato di raggiungere la copertura del 95% entro il 2012 alla luce delle difficoltà incontrate, il Piano nazionale del 2012-2014 ha abbassato l'obiettivo al 70% che a giugno dello scorso anno era quello massimo raggiunto dalle otto regioni più virtuose (Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Molise, Basilicata, Puglia).

Cure oncologiche in mobilità sanitaria. Il primo dato allarmante è il peggioramento registrato in molte Regioni nei programmi di screening per il cancro alla mammella, alla cervice uterina e al colon retto: nel 2010 solo Emilia Romagna, Piemonte e Umbria hanno mantenuto una buona copertura di adesione. Inoltre, le segnalazioni al Tdm da parte di cittadini con tumore hanno mostrato, nel corso del 2012, difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie maggiori nelle aree del Sud e soprattutto lunghe liste di attesa: dicono di aver avuto difficoltà di accesso alle cure oncologiche il 74% dei meridionali, rispetto al 33% degli abitanti del Centro e al 22% del Nord. Come mostrano anche i dati del ministero, in ambito oncologico è molto sviluppato il fenomeno della migrazione sanitaria: per prestazioni ospedaliere si fugge prevalentemente da Calabria, Basilicata, Abruzzo, Molise, Pa di Trento e Valle d'Aosta; per la chemioterapia, è soprattutto il Veneto la regione da cui si fugge di più, mentre un indice di attrazione molto forte lo registra il Friuli Venezia Giulia. Anche l'accesso ad alcuni farmaci di ultima generazione per la cura dei tumori mostra diverse realtà all'interno del Paese: su 18 specialità farmaceutiche prese in esame, il Molise non ne eroga sette, la Valle d'Aosta cinque, la Basilicata quattro. Inoltre, alcune Regioni pongono limitazioni aggiuntive rispetto a quanto previsto dall'Aifa.

Assistenza territoriale, l'eterna incompiuta. Nel 2011 la spesa complessiva per la Medicina generale convenzionata è stata di 6 miliardi e 624 milioni di euro. La Lombardia è stata la Regione che ha speso di più (901 milioni), il Molise quella che ha speso di meno (51 milioni). L'Emilia Romagna è la Regione virtuosa per gli anziani trattati in Adi: l'11,6% nel 2010, in costante aumento rispetto al 2008; seguono l'Umbria con il 7,67% e il Veneto (5,55%) e la Basilicata (5,03%). La Regione che ospita il maggior numero di cittadini in Rsa è il Trentino Alto Adige (431,3 su 100mila residenti tra i 18 e i 64 anni); il valore più basso si registra nel Lazio (147,1).

Farmaceutica: i cittadini pagano. Dal 2007 al 2011 l'incidenza dei ticket sulla spesa farmaceutica è passata da 539 a 1.337 milioni di euro, con un incremento del 34% tra 2010 e 2011. Allo stesso tempo la spesa farmaceutica territoriale a carico del Ssn è calata del 4,6%. Nel 2011 un cittadino ha speso in media, per ticket sui farmaci, 21,88 euro, con differenze notevoli: si va dai 7,48 euro della Pa di Trento agli 11,48 della Toscana, 13,36 dell'Emilia Romagna, 23,11 della Calabria, 23,31 del Lazio, 24,10 di Lombardia e Veneto, 27,63 della Puglia, fino ad arrivare ai 29,50 della Campania e i 31,96 della Sicilia.

Altrettanto diversificati i tempi di attesa per la disponibilità nei prontoari regionali dei farmaci ospedalieri: dai 530 giorni del Molise ai 217 della Puglia.

Trasparenza: siamo il "fanalino di coda" dell'Europa. Un'analisi europea sulla qualità di governo messa a punto nel 2012 dall'Università svedese di Gothenburg ha fotografato la situazione dei 27 Paesi europei in termini di qualità delle amministrazioni, rispetto delle regole dello stato di diritto, incidenza della corruzione e capacità di dar voce e rendere conto ai cittadini. Ebbene, l'Italia si colloca al 25° posto (su 27, appunto) per le prime tre aree, 24° per la quarta e 20° nell'ultimo aspetto. A livello di singole Regioni, inoltre, Sicilia, Campania, Calabria e Puglia si collocano al livello, davvero problematico, delle regioni interne dell'Europa orientale; inoltre le Regioni considerate nel nostro contesto virtuose, come Toscana, Emilia Romagna e Lombardia, restano molto lontane dalle regioni europee meglio amministrate.

Le proposte di Cittadinanzattiva. Dal taglio lineare alla programmazione: basta al ripianamento dei bilanci con tagli lineare di fine anno ad effetto retroattivo e approvazione del Piano nazionale sanitario e del nuovo Patto per la salute. Poi *accountability* per operatori e trasparenza per i cittadini. Infine valutazione e partecipazione civica, con i cittadini che devono poter intervenire nel monitoraggio dei Lea, negli organismi indipendenti di valutazione e nella gestione delle politiche del farmaco.

www.ipasvi.it – News del 9 maggio 2013



FOCUS

Tagli continui, a rischio il Servizio sanitario

di Michele Musso

Presentato il "Rapporto Osservasalute 2012" dell'Università Cattolica di Roma. Nonostante crisi e cattivi stili di vita, migliora la salute degli italiani.

Gli italiani in sovrappeso e obesi aumentano e cresce ancora il consumo di alcol fuori dai pasti, soprattutto quel fenomeno del *binge drinking* tra i giovani in età sempre più precoci. Senza contare i tagli al finanziamento del Servizio sanitario, che rischiano di mettere a repentaglio il sistema di tutela della salute. Nonostante ciò aumenta ancora la speranza di vita e diminuisce la mortalità sia per le patologie cardiovascolari, sia per i tumori. Sono questi gli elementi principali che fanno emergere un'Italia "paradossale" dal *Rapporto Osservasalute 2012*, pubblicato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane che ha sede all'Università Cattolica di Roma e presentato il 29 aprile.

Ecco qualche dettaglio dell'Italia fotografata dal Rapporto.

I tagli mettono in pericolo il Servizio pubblico. Anche il 2011, come il 2010, è stato caratterizzato da una crescita molto contenuta della spesa sanitaria pubblica (+0,1% a parità di criteri di contabilizzazione) che mantiene l'Italia al di sotto della media dell'Unione europea sia in termini pro capite, sia in rapporto al Pil. I disavanzi ci sono ancora, ma sono ormai ridotti a livelli molto circoscritti, almeno in termini di valori medi nazionali (nel 2011, circa 29 euro pro capite, pari all'1,6% del finanziamento complessivo). Sotto il profilo degli equilibri economici di breve periodo, l'unico elemento di forte preoccupazione è la differenziazione interregionale, con risultati economici consolidati positivi in tutte le Regioni del Centro-Nord (tranne la Liguria) e negativi in tutte le Regioni del Centro-Sud (tranne l'Abruzzo) e con due Regioni (Lazio e Campania) che, anche nel 2011, hanno generato da sole il 63% dell'intero disavanzo nazionale.

«Risulta da ciò chiaro – sostiene il Rapporto, che è coordinato da **Walter Ricciardi**, direttore del Dipartimento di Sanità pubblica del Policlinico Gemelli di Roma – che gli ulteriori sacrifici richiesti alla Sanità Pubblica dalla *Spending Review* non si possono giustificare con una presunta dispendiosità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), bensì da un lato, con l'elevato livello del debito pubblico e della correlata spesa per interessi (quest'ultima è pari a circa i 2/3 dell'intero fabbisogno sanitario nazionale), dall'altro con l'incapacità del sistema economico di crescere adeguatamente».

Il rischio evidente, prosegue il Rapporto, è che questi ulteriori sacrifici aggravino il divario tra le risorse disponibili e quelle necessarie per rispondere in modo adeguato alle attese, intaccando ulteriormente una copertura pubblica già incompleta. Laddove il contenimento dei costi sia ottenuto riducendo i servizi offerti «si potrebbe generare un impatto negativo di medio periodo sulle condizioni di salute della popolazione, con gravi conseguenze negative anche sul piano economico. Il rischio è più accentuato nelle regioni assoggettate a Piano di Rientro, dove le iniziative di contenimento dei costi sono state più intense».

In questa prospettiva e nell'attuale congiuntura economica soluzioni come recuperare efficienza; adottare esplicite scelte di razionamento e ricercare risorse aggiuntive potrebbero non bastare e «potrebbe, quindi, diventare necessario chiarire in modo più esplicito i livelli di assistenza che il SSN potrà continuare effettivamente a garantire su base universalistica».

La “pagella” al Ssn. Quest'anno il Rapporto presenta anche un'analisi delle performance del nostro sistema sanitario. In breve, dal confronto tra i livelli di efficienza e di efficacia registrati nelle Regioni emerge che la Provincia autonoma di Bolzano e l'Abruzzo, a fronte di bilanci di spesa positivi, fanno registrare livelli bassi e medio-bassi di efficacia. Si tratta, quindi, di casi in cui una buona gestione della spesa non concorda con altrettanti buoni risultati in termini di salute. Per contro, Regioni che lamentano conti in rosso, come la Liguria e la Basilicata, possono vantare livelli medio-alti di efficacia del sistema sanitario. La Valle d'Aosta si dimostra un'eccellenza in quanto riesce a coniugare conti in ordine e alta efficacia; all'estremo opposto troviamo Calabria e Sardegna, negative sia in termini di efficienza che di efficacia.

Mortalità evitabile. Tra il 2006 e il 2009 si è assistito a una lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: dal 63,86 (per 100.000) al 61,69 (per 100.000). Queste cause di morte riguardano soprattutto gli uomini. Le Regioni che presentano la peggiore performance in tutti gli anni considerati sono Calabria, Campania e Sicilia.

Un Paese sempre più vecchio. Nel 2011 la popolazione in età 65-74 anni rappresenta il 10,2% del totale e quella dai 75 anni in su il 10,1%. Significa che un italiano su dieci ha più di 65 anni. Si confermano Regione più vecchia la Liguria (gli anziani di 65-74 anni sono il 12,7%; gli over-75 il 14%), Regione più giovane la Campania (65-74 anni sono l'8,3%; over-75 il 7,8%).

Sempre di più anziani che vivono soli. A livello nazionale oltre un anziano su quattro (28,1% della popolazione con 65 anni e oltre nel 2010) vive da solo. È in Valle d'Aosta che la percentuale raggiunge il suo massimo (33,6%), mentre il valore più contenuto si registra nelle Marche (22,9%). Solo il 15,1% (come nel 2009) degli uomini di 65 anni e oltre vive solo, mentre la percentuale è decisamente più elevata, pari al 37,6% (38% nel 2009) per le femmine.

Migliora la speranza di vita. Al 2011, stando ai dati provvisori, la speranza di vita alla nascita è pari a 84,5 anni per le donne e a 79,4 anni per gli uomini. Si continua a erodere il vantaggio delle donne rispetto agli uomini: nel 2006 il vantaggio femminile alla nascita era di 5,6 anni, si riduce a 5,1 anni nel 2011.

Sempre meno morti, soprattutto tra i maschi. Il dato di mortalità registrato nel 2009 conferma il trend degli ultimi anni: un sensibile miglioramento per gli uomini (il tasso standardizzato di mortalità scende di 2 punti percentuali circa passando da 111,85 per 10.000 del 2007 a 109,91 per 10.000 nel 2009) e una situazione pressoché stabile per le donne (69,44 per 10.000 nel 2007 e 69,31 per 10.000 nel 2009). Per entrambi i generi e fino ai 74 anni, ma con un'intensità generalmente maggiore per gli uomini rispetto alle donne, nel triennio 2007-2009 è continuato il calo dei rischi di morte per le malattie del sistema circolatorio, dei tumori, delle malattie dell'apparato digerente e del sistema respiratorio. Oltre i 75 anni, l'evoluzione della mortalità nei due generi si differenzia e, per la prima volta, si osserva un lieve aumento dei tassi per le donne: +0,5% contro -0,8% degli uomini.

Sempre più grassi. Nel 2011, oltre un terzo della popolazione adulta (35,8%, mentre era il 35,6% nel 2010) è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa; complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale (era il 45,4% nel 2009 e il 45,9 nel 2010). Nel periodo 2001-2011 è aumentata sia la percentuale di coloro che sono in sovrappeso (33,9% vs 35,8%) sia quella degli obesi (8,5% vs 10%). Si conferma il gradiente Nord-Sud, ma dal 2001 è boom di obesi al Nord. Gli uomini hanno più problemi delle donne: risulta in sovrappeso il 45,5% (44,3% nel 2010) degli uomini rispetto al 26,8 (27,6% nel 2010) delle donne e obeso il 10,7% (era l'11,1% nel 2010) degli uomini e il 9,4% (9,6% nel 2010) delle donne.

Il Paese è sempre più pigro. Diminuiscono, anche se di poco, gli sportivi: nel 2010 il 22,8% della popolazione italiana con età ≥ 3 anni praticava con continuità, nel tempo libero, uno o più sport (nel 2009 era il 21,5%, nel 2008 il 21,6%, nel 2007 il 20,6%). Nel 2011 si scende al 21,9% della popolazione.

I sedentari sono pari al 39,8%. L'abitudine all'attività fisica non è uguale in tutte le Regioni, ma c'è un gradiente Nord-Sud. La pratica sportiva è molto più frequente fra gli uomini.

Poca frutta e verdura. Le persone di 3 anni e oltre che consumano quotidianamente verdura, ortaggi e frutta costituiscono una percentuale piuttosto stabile, con un minimo di 83,7% nel 2009 e un massimo di 85,3% nel 2006, per attestarsi all'85% nel 2011 come valore nazionale.

Alcol: meno consumatori, ma più comportamenti a rischio. La prevalenza dei non consumatori nel 2010 è del 32,7%, in aumento rispetto agli ultimi anni. Cresce però il fenomeno del *binge drinking* tra i giovani: dal 9,5% del 2009 al 10,5% del 2010.

Si fuma un po' meno. Nel 2010 fumava il 22,8% degli over 14, nel 2011 il 22,3%. Notevoli le differenze di genere: gli uomini fumatori sono il 28,4%, mentre le donne il 16,6%.

Si riduce la mortalità per malattie cardiovascolari, ma gli uomini muoiono il doppio delle donne. Negli ultimi 40 anni la mortalità totale si è più che dimezzata (il tasso standardizzato di mortalità totale si è ridotto del 53,0% tra il 1970 e il 2008). La mortalità per le malattie ischemiche del cuore continua a colpire quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne; in particolare, nel 2009, si sono registrati 14,07 decessi (per 10.000) fra gli uomini e 7,79 decessi (per 10.000) fra le donne; entrambi i tassi di mortalità sono in diminuzione rispetto al 2008.

Cresce il consumo di antidepressivi. Prosegue il trend di aumento del consumo di farmaci antidepressivi. Nel 2011 il consumo (in Ddd/1000 ab die) è di 36,1, contro l'8,18 nel 2000.

www.ipasvi.it – News del 2 maggio 2013

La cultura della sicurezza del paziente: un'indagine nell'area oncologica

Annamaria Bagnasco¹, Giovanna Vignolo², Alessandro D'Addeo², Annamaria Grugnetti³,
Simona Calza³, Rita Maricchio³, Loredana Sasso⁴

Con la collaborazione di: Katia Maura Bonvento², Sabrina Vassallo²

¹Dottorato in Metodologie di Ricerca, Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova; ²Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova; ³Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova; ⁴Professore associato di Infermieristica, Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova

Corrispondenza: annamaria.bagnasco@unige.it

RIASSUNTO

Introduzione In tutto il mondo sta assumendo sempre maggiore importanza la cultura della sicurezza e la necessità di conoscere l'ambiente in cui si inserisce. Il questionario Hospital Survey on Patient Safety Survey Culture (HSOPSC) è uno strumento efficace nel descrivere il livello di consapevolezza della cultura della sicurezza. In questo studio questo questionario è stato utilizzato, nella versione validata in italiano, per valutare la cultura della sicurezza in ambito oncologico presso l'Azienda ospedaliera universitaria San Martino, Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova.

Materiali e metodi Il questionario HSOPSC è stato distribuito a un campione di infermieri e operatori socio sanitari volontari (n = 160) che operano nell'area oncologica dell'Azienda ospedaliera universitaria San Martino. I dati raccolti sono stati analizzati tramite il software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versione 17.

Risultati I risultati mostrano un quadro positivo della cultura della sicurezza del paziente nella struttura: capacità di lavoro di squadra; corretta gestione e promozione della sicurezza da parte sia degli operatori sia dei superiori; una buona e aperta comunicazione e regolare segnalazione dell'errore. Sono state individuate incertezze o criticità riguardanti: il ruolo e il supporto dell'amministrazione ospedaliera; la discussione a posteriori dei cambiamenti messi in atto o attività preventive dell'errore; la paura di ricadute negative, in seguito alla segnalazione dell'errore, sia a livello personale sia a livello professionale; la cooperazione tra unità diverse e i cambi turno. Gli aspetti critici trovati tuttavia non sembrano aver influito negativamente sui pazienti.

Conclusione E' stato dimostrato che anche quando i processi sono ben progettati si possono verificare condizioni tali da permettere che vengano commessi degli errori. La letteratura evidenzia che gli operatori sanitari, attraverso l'esperienza maturata nell'analisi delle cause degli errori, sono in grado di sviluppare una capacità di gestione degli errori stessi; in questo la formazione riveste un ruolo fondamentale nel facilitare lo sviluppo di una cultura positiva dell'errore adeguata al contesto in cui viene vissuta.

Lo studio ha messo in luce i possibili punti di forza e di debolezza della cultura della sicurezza del paziente di una struttura. Servono ulteriori studi multicentrici che coinvolgano più profili professionali; il presente studio può fungere da modello di riferimento e di partenza.

Parole chiave: oncologia, sicurezza del paziente, qualità della cura

Patient safety culture: an Italian survey

ABSTRACT

Introduction Patient Safety Culture (PSC) is gaining importance and it's fundamental the knowledge of the environment for the implementation. The Hospital Survey on Patient Safety Survey Culture (HSOPSC) is an effective tool to evaluate the awareness level of patient safety culture. In this study was used the Italian validated HSOPSC to evaluate the patient safety culture in the oncologic area of the "San Martino" hospital, National Institute for cancer research of Genoa.

Materials and methods HSOPSC was distributed to a sample of nurses and social workers (n = 160) of oncologic area of the "San Martino" hospital. The collected data were analysed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software version 17.

Results Results show a positive approach to patient safety culture: good teamwork, proper management and

promotion of patient safety from both operators and managers; openness in communication and proper error reporting. Some uncertainties or critical aspects were also identified in: management support for patient safety; feedback about errors and discussion to prevent errors; worries about response to errors at both personal and professional level; cooperation between units and shift changes. However, these critical aspects seem not to adversely affect the patient safety.

Conclusions Also if the care processes are well designed, there are conditions that lead to errors. Literature shows that health workers, through error experience and its analysis, are able to develop a capacity to handle errors themselves; the training plays a key role in facilitating the development of a positive culture of the error adjusted to the context. This study shows strength and weakness of the patient safety culture in the analyzed health structure. There is the need of multicenter studies on other professional profiles; the present study may be a reference and starting model.

Keywords: cancer, patient safety, quality of care

INTRODUZIONE

La cultura della sicurezza viene definita in letteratura come il prodotto dei valori individuali e di gruppo, degli atteggiamenti, delle competenze e dei modelli di comportamento che determinano lo stile e la competenza di un'organizzazione sanitaria (ACSNI, 1993). Le organizzazioni con una cultura positiva della sicurezza sono caratterizzate da una comunicazione "fondata sulla fiducia reciproca e sull'efficacia delle misure di prevenzione" (ACSNI, 1993). Questa definizione pone l'attenzione sia sugli atteggiamenti del gruppo di lavoro sia sul ruolo attivo rivestito dalla comunicazione e dalle misure di prevenzione. Il clima della sicurezza viene indicato invece come "l'insieme degli atteggiamenti e delle percezioni degli individui in un determinato momento" (Gaba et al., 2003; Colla, 2005).

La letteratura internazionale riporta che un clima della sicurezza positivo correla con un innalzamento della sicurezza del paziente (Singer et al., 2009; Mazzocco et al., 2009; Brewer, 2006; Haynes, 2011). Alcune agenzie di ricerca federali e organizzazioni accademiche come la Johns Hopkins University (JHU) e l'Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ) hanno condotto e sviluppato studi che aiutano le organizzazioni a misurare la propria cultura della sicurezza dei pazienti. L'AHRQ, che ha realizzato un database con 1.032 ospedali statunitensi (Sorra et al., 2011), ha svolto un confronto sulla percezione della sicurezza tra differenti ospedali utilizzando il questionario Hospital Survey on Patient Safety Survey Culture (HSOPSC). I risultati di questa indagine mettono a fuoco alcuni aspetti interessanti. In particolare si riscontra che negli ospedali più piccoli esiste una cultura della sicurezza del paziente più sviluppata e che le unità operative di riabilitazione sono maggiormente aperte a una cultura positiva della sicurezza.

Le dimensioni che hanno caratterizzato maggiormente questo tipo di cultura sono state il lavoro di

gruppo all'interno delle unità operative, che ha ottenuto una valutazione positiva nell'80% delle risposte, e le aspettative e le azioni da parte del *management* per la promozione della sicurezza, che ha ottenuto una valutazione positiva nel 75% delle risposte.

Lo studio evidenzia che permangono alcune criticità: la presenza di un atteggiamento che metta in atto risposte non punitive di fronte a eventuali errori ha trovato d'accordo il 44% dei rispondenti; i passaggi di consegna e i trasferimenti sono stati considerati poco problematici solo dal 45% dei rispondenti.

Chen IC (2010) in uno studio condotto tra il 2006 e il 2008 ha rilevato una valutazione positiva della cultura della sicurezza in 42 strutture ospedaliere (64%), dato in linea con quanto evidenziato dall'AHRQ (61%) (Sorra et al., 2011).

In tale studio la percentuale di risposte positive più alta è stata riscontrata per la voce "capacità di lavoro di squadra all'interno delle unità operative" mentre la voce che ha ottenuto il punteggio più basso è stata "gestione del personale". I risultati degli studi risentono della cultura di riferimento e dei diversi modi di comunicare i problemi inerenti la sicurezza (Carolyn, Clancy, 2011; Bagnasco et al., 2011).

Secondo quanto descrivono i dati provenienti da studi realizzati in tre distretti sanitari della Nuova Zelanda (Braithwaite et al., 2009) e quelli di una ricerca realizzata dall'Università del New South Wales in Australia, nella quale è stato utilizzato il questionario Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) (Sexton et al., 2006), la cooperazione e la collaborazione tra le diverse figure professionali sanitarie rappresenterebbe l'elemento cardine per incrementare la sicurezza del paziente. Secondo questi studi, se i suggerimenti proposti dagli operatori professionali non sono pienamente condivisi si può incorrere in un possibile ostacolo all'attuazione di programmi specifici per l'implementazione della sicurezza. Inoltre la cultura della sicurezza può essere percepita diversamente ai vari livelli della gerarchia organizzativa.

Questo studio australiano, infatti, ha anche mostrato che il personale, i dirigenti e gli specialisti della sicurezza del paziente hanno visioni differenti su quali siano i metodi più efficaci per migliorare la sicurezza.

In uno studio olandese (Smits et al., 2009), dove il questionario HSOPSC è stato distribuito in 19 ospedali del paese, è emerso che le dimensioni valutate più positivamente sono state:

- “*feedback* e comunicazione riguardo all’errore” (Interclass correlation coefficients, ICC, 6,2%);
- “messa in atto di risposte all’errore non punitive” (ICC = 4,5%);
- “capacità di lavoro di squadra tra le diverse unità operative” (ICC = 4,4%).

La dimensione con il punteggio minore è stata “l’apertura alla comunicazione” (ICC 1,1%).

In Belgio il questionario è stato distribuito in 5 ospedali del paese attraverso due somministrazioni dal 2005 al 2007 (Smits et al., 2009). Si è osservato un significativo miglioramento della dimensione “supporto fornito dalla direzione ospedaliera alla sicurezza del paziente” ma la voce con il punteggio più alto in entrambe le rilevazioni è stata la “capacità di lavoro di squadra all’interno delle unità operative”. Non si sono riscontrati miglioramenti nei punteggi delle voci “passaggi di consegna e trasferimenti”, “messa in atto di risposte all’errore non punitive” e “gestione del personale”.

In Turchia, attraverso l’analisi di 10 dimensioni dello strumento (HSOPSC), è stata effettuata una valutazione della cultura della sicurezza del paziente in tutti gli ospedali pubblici (Bodur, Filiz, 2010). La voce “capacità di lavoro di squadra all’interno delle unità operative” ha ottenuto il punteggio più alto (70%), mentre la voce “frequenza di segnalazione degli errori” ha ottenuto il punteggio più basso (15%).

In Italia, la ricerca condotta da Bagnasco et al. (2011) in una vasta regione del Nord, ha permesso di valutare la visione italiana della cultura della sicurezza nei gruppi di operatori sanitari, fornendo uno spunto per implementare la cultura positiva della sicurezza negli operatori sanitari coinvolti. Nella ricerca sono state analizzate le dodici dimensioni del questionario HSOPSC. La dimensione “apprendimento organizzativo e miglioramento continuo” ha ricevuto il maggior numero di risposte positive (74%); il punteggio più basso (28%) è stato ottenuto dalla dimensione “supporto fornito dalla direzione ospedaliera alla sicurezza del paziente”.

Il presente studio ha l’obiettivo di analizzare il livello di consapevolezza rispetto alla cultura della sicurezza degli infermieri e degli operatori socio sanitari operanti nell’area oncologica.

MATERIALI E METODI

Lo strumento utilizzato, nella sua versione validata in italiano, è stato il questionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) la cui validità, affidabilità e attendibilità è stata provata da diversi studi (Fernald et al. 2004, Singer et al., 2005).

Il questionario è stato presentato ai coordinatori delle unità operative assieme agli obiettivi della ricerca. Per massimizzare il tasso di risposta, il tempo dato a disposizione per la compilazione del questionario è stato di tre settimane dall’avvenuta consegna.

Il questionario è composto da nove sezioni che racchiudono ciascuna una serie di affermazioni per un totale di cinquanta:

- sezione A: struttura organizzativa, composta da 18 affermazioni;
- sezione B: rapporto con il diretto superiore, composta da 4 affermazioni;
- sezione C: comunicazione, composta da 6 affermazioni;
- sezione D: frequenza di segnalazione degli errori, composta da 3 affermazioni;
- sezione E: livello di sicurezza del paziente, composta da 1 affermazione;
- sezione F: struttura di lavoro, composta da 11 affermazioni;
- sezione G: numero di errori riportati, composta da 1 affermazione;
- sezione H: informazioni di base legate al contesto lavorativo, composta da 6 affermazioni;
- sezione I: commenti personali.

Il questionario permette la valutazione delle seguenti dodici dimensioni:

1. capacità di lavoro di squadra all’interno delle unità operative;
 2. aspettative da parte del *manager* e azioni per la promozione della sicurezza del paziente;
 3. apprendimento organizzativo e miglioramento continuo;
 4. supporto fornito dalla direzione ospedaliera alla sicurezza del paziente;
 5. percezione complessiva della sicurezza del paziente;
 6. *feedback* e comunicazione riguardo all’errore;
 7. apertura alla comunicazione;
 8. frequenza di segnalazione degli errori;
 9. capacità di lavoro di squadra tra le diverse unità operative;
 10. gestione del personale;
 11. passaggi di consegna e transizioni;
 12. messa in atto di risposte all’errore non punitive.
- Per misurare le opinioni degli operatori rispetto al tema della cultura della sicurezza è stata utilizzata la scala di Likert differenziata su cinque livelli per espri-

mere il grado di accordo/disaccordo rispetto alle affermazioni riportate nei singoli elementi.

Il questionario è stato integrato con una scheda sull'anagrafica, l'anzianità di servizio e il ruolo.

Popolazione dello studio

Lo studio è stato proposto su base volontaria a tutto il personale infermieristico e di supporto all'assistenza dell'area oncologica.

La popolazione in esame era costituita da 185 operatori sanitari (infermieri e operatori socio sanitari) di alcune unità operative dell'area oncologica dell'Azienda ospedaliera universitaria San Martino, Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova.

Lo studio è stato approvato dal Comitato etico locale. La partecipazione allo studio è stata volontaria e il questionario anonimo.

Il questionario è stato distribuito a 160 operatori della struttura (86,5%) di cui 128 sono stati considerati validi (80%). Tre questionari sono stati esclusi poiché non completi ($n = 1$) o non riportanti il reparto di afferenza ($n = 2$). Gli operatori intervistati erano 104 infermieri (81,3%) e 24 operatori socio sanitari (18,8%).

Di questi operatori, il 46,1% ($n = 59$) appartenevano all'area chirurgica e il 53,9% ($n = 69$) all'area medica.

Analisi dei dati

I dati sono stati organizzati e archiviati in un foglio di calcolo e l'analisi statistica è stata condotta con il software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versione 17.

L'inserimento dei dati è stato curato seguendo una procedura di doppio controllo da parte di due ricercatori (secondo e terzo autore) per minimizzare even-

tuali errori di inserimento secondo le raccomandazioni contenute nel manuale di utilizzo.

I dati di contesto sono stati analizzati considerando i numeri assoluti e i dati percentuali.

Sono state analizzate dodici dimensioni della cultura della sicurezza in coerenza con il precedente studio di validazione italiana (Bagnasco et al. 2011), descritti i risultati riferiti all'intera popolazione e distinti in due sottogruppi: area chirurgica e area medica. La frequenza di risposta è stata calcolata con l'utilizzo di tabelle *pivot* per ciascuno degli elementi indagati. Le due categorie di risposta più basse della scala Likert, "forte disaccordo/disaccordo" e "mai/raramente", sono state considerate insieme; analogamente sono state considerate assieme le due categorie di risposta della scala più alte "completamente d'accordo/d'accordo" e "la maggior parte delle volte/sempre". Le risposte intermedie della scala, "nessuno dei due" o "a volte", sono state considerate in categorie separate.

Per ogni dimensione è stata prodotta la matrice della frequenza composita di risposta positiva (FCRP); sono state pertanto considerate le risposte positive date a ogni affermazione che compone ciascuna dimensione e calcolata la frequenza tenendo conto delle risposte mancanti.

La frequenza composita di risposta positiva (FCRP) è stata calcolata secondo la formula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ di risposte positive per ogni affermazione della dimensione}}{\text{n}^\circ \text{ totale di risposte della dimensione (positive, negative, neutre)}}$$

RISULTATI

La **Tabella 1** mostra la frequenza di risposta positiva totale raggiunta per ciascuna dimensione del questionario HSOPSC; La **Tabella 2** mostra la frequenza

Tabella 1. Frequenza composita di risposta positiva (FCRP) per ciascuna dimensione del questionario HSOPSC

Dimensione	Frequenza composita di risposta positiva, FCRP (%)		
	Totale	Area medica	Area chirurgica
1. Capacità di lavoro di squadra all'interno delle unità operative	0,56	0,61	0,49
2. Aspettative da parte del <i>manager</i> e azioni per la promozione della sicurezza del paziente	0,65	0,60	0,70
3. Apprendimento organizzativo e miglioramento continuo	0,64	0,62	0,65
4. Supporto fornito dalla direzione ospedaliera alla sicurezza del paziente	0,36	0,35	0,36
5. Percezione complessiva della sicurezza del paziente	0,55	0,60	0,50
6. <i>Feedback</i> e comunicazione riguardo all'errore	0,48	0,53	0,40
7. Apertura alla comunicazione	0,65	0,66	0,62
8. Frequenza di segnalazione degli errori	0,52	0,56	0,45
9. Capacità di lavoro di squadra tra le diverse unità operative	0,29	0,26	0,31
10. Gestione del personale	0,39	0,44	0,34
11. Passaggi di consegna e transizioni	0,37	0,36	0,38
12. Messa in atto di risposte all'errore non punitive	0,42	0,51	0,31

Tabella 2. Frequenza e tipologia di risposta (in percentuale) alle principali affermazioni analizzate del questionario HSOPSC, totali e suddivise per area. L'ordine di presentazione delle dimensioni e delle relative affermazioni è basato sulla tipologia di scala della risposta

Affermazioni per dimensione	Frequenza di risposta (%)								
	Totale			Area medica			Area chirurgica		
Scala di risposta	Accordo	Neutralità	Disaccordo	Accordo	Neutralità	Disaccordo	Accordo	Neutralità	Disaccordo
Dimensione 8									
D1	54,1	28,7	17,2	58,5	20,0	21,5	47,3	40,0	12,7
D2	42,1	33,1	24,8	48,4	29,7	21,9	32,7	38,2	29,1
D3	60,3	16,5	23,1	62,5	14,1	23,4	56,4	20,0	23,6
Dimensione 10									
A2	29,5	14,7	55,8	42,6	16,2	41,2	13,6	13,6	72,9
A5(r)	19,7	38,6	41,7	16,4	43,3	40,3	22,4	32,8	44,8
A7(r)	24,0	32,8	43,2	27,7	30,8	41,5	20,7	34,5	44,8
A14(r)	31,3	25,0	43,8	27,9	20,6	51,5	36,2	31,0	32,8
Dimensione 12									
A12(r)	45,4	20,0	34,6	37,7	17,4	44,9	54,2	23,7	22,0
Dimensione 9									
F2(r)	46,8	33,3	19,8	45,5	40,9	13,6	50,0	25,9	24,1
F4	28,2	40,3	31,5	19,7	51,5	28,8	37,5	26,8	35,7
F6(r)	26,6	46,8	26,6	27,3	47,0	25,8	26,8	46,4	26,8
F10	43,1	43,9	13,0	46,9	42,2	10,9	36,8	47,4	15,8
Dimensione 11									
F3(r)	22,3	39,7	38,0	28,1	40,6	31,3	16,4	40,0	43,6
F5(r)	16,0	40,3	43,7	12,5	43,8	43,8	20,8	37,7	41,5
F11(r)	11,3	39,1	49,6	11,7	40,0	48,3	11,3	39,6	49,1
(r): reverse, affermazione con valenza negativa									
Dimensione 8: frequenza di segnalazione degli errori									
- D1: quando viene commesso un errore, corretto prima che possa ripercuotersi sul paziente, quanto spesso viene segnalato?									
- D2: quando viene commesso un errore non potenzialmente dannoso per il paziente, quanto spesso viene segnalato?									
- D3: quando viene commesso un errore che potrebbe danneggiare il paziente, anche se non succede, quanto spesso viene segnalato?									
Dimensione 10: gestione del personale									
- A2: abbiamo abbastanza personale per gestire il carico di lavoro									
- A5(r): il personale dell'unità lavora più tempo di quello che servirebbe per la cura del paziente									
- A7(r): si impiega più personale temporaneo di quello che sarebbe ideale per la cura del paziente									
- A14(r): si lavora cercando di fare tanto e troppo velocemente									
Dimensione 12: messa in atto di risposte all'errore non punitive									
- A12(r): quando viene riferito un evento, sembra che sia messa sotto processo la persona piuttosto che il problema									
Dimensione 9: capacità di lavoro di squadra tra le diverse unità operative									
- F2(r): le varie unità della struttura non si coordinano bene tra di loro									
- F4: c'è una buona cooperazione tra le unità dell'ospedale quando c'è bisogno di lavorare assieme									
- F6(r): spesso è spiacevole lavorare con il personale di altre unità dell'ospedale									
- F10: le unità della struttura lavorano bene insieme per fornire la migliore assistenza per il paziente									
Dimensione 11: passaggi di consegna e transizioni									
- F3(r): alcune informazioni finiscono nel 'dimenticatoio' quando un paziente viene trasferito da un'unità a un'altra									
- F5(r): informazioni importanti riguardanti la cura del paziente vengono perse durante i cambi di turno									
- F11(r): in questa struttura i cambiamenti di turno sono problematici per i pazienti									

e il tipo di risposta data alle principali affermazioni analizzate del questionario HSOPSC, totali e suddivise per area.

La dimensione 1, "lavoro di squadra all'interno delle unità operative", è risultata essenziale. Dalle risposte si è evinto che le persone si sono sentite complessi-

vamente a proprio agio nell'unità di appartenenza (FCRP = 0,56), dove è presente aiuto e sostegno reciproco; tale risultato è stato maggiore nell'area medica (FCRP = 0,61) rispetto a quella chirurgica (FCRP = 0,49).

Nella dimensione 2, "aspettative da parte del *manager* e azioni per la promozione della sicurezza del paziente", i rispondenti hanno indicato una visione positiva generale dei loro superiori (FCRP = 0,65), risultato più marcato nell'area medica (FCRP = 0,70). I risultati ottenuti nella dimensione 3, "apprendimento organizzativo e miglioramento continuo", hanno mostrato una buona frequenza di risposta positiva (FCRP = 0,64). I risultati specifici per area non hanno presentato differenze rilevanti.

La dimensione 4, "supporto fornito dalla direzione ospedaliera alla sicurezza del paziente", ha ottenuto una frequenza di risposta positiva bassa (FCRP = 0,36). Rispetto alla dimensione 6, "feedback e comunicazione riguardo l'errore", meno della metà dei rispondenti ha dichiarato di ottenere un'adeguata comunicazione a posteriori dell'errore (FCRP = 0,48); nello specifico l'area medica ha ottenuto una frequenza di risposta positiva maggiore (FCRP = 0,53) rispetto a quella dell'altra area (FCRP = 0,40).

La dimensione 7, "apertura alla comunicazione", ha ottenuto un risultato positivo (FCRP = 0,65).

Nella dimensione 8, "frequenza di segnalazione degli errori", c'è stata una buona frequenza di risposta positiva (FCRP = 0,52). Nello specifico, questa frequenza è stata maggiore nell'area medica (FCRP = 0,56) rispetto a quella dell'area chirurgica (FCRP = 0,45).

La dimensione 8, "frequenza di segnalazione degli errori", ha ottenuto una buona frequenza di risposta positiva (FCRP = 0,52). Le affermazioni D1 e D3 in particolare, rispettivamente "quando viene commesso un errore, corretto prima che possa ripercuotersi sul paziente, quanto spesso viene segnalato?" e "quando viene commesso un errore che potrebbe danneggiare il paziente, anche se non succede, quanto spesso viene segnalato?", indicano che la segnalazione degli errori in questi casi avviene spesso (indicata rispettivamente dal 54,1% e 61,3% dei rispondenti). Nello specifico però è risultato che tali segnalazioni sono avvenute più spesso nell'area medica (indicate dal 58,5% e 62,5% dei rispondenti dell'area) rispetto all'area chirurgica (indicate dal 47,3% e 56,4% dei rispondenti dell'area).

Per l'affermazione D2, "quando viene commesso un errore non potenzialmente dannoso per il paziente, quanto spesso viene segnalato?"; i risultati indicano che in questo caso l'errore è stato segnalato meno frequentemente rispetto a quanto avviene per le situazioni indicate dalle affermazioni D1 e D3. Anche in

questo caso però la segnalazione è avvenuta più spesso nell'area medica piuttosto che nell'area chirurgica (indicata rispettivamente dal 48,4% e 32,7%). La dimensione 9, "capacità di lavoro di squadra tra le diverse unità operative", è stata quella in cui si è registrato il più basso valore di frequenza di risposta positiva (FCRP = 0,29). È interessante l'analisi nello specifico di alcune sue affermazioni: rispetto all'affermazione F2, "le varie unità della struttura non si coordinano bene tra di loro"; la maggior parte dei rispondenti è risultato d'accordo (46,8%) mentre solo il 19,8% non lo è stato. L'area medica in particolare ha avuto un numero di rispondenti in disaccordo con l'affermazione (F2) minore rispetto a quello dell'altra area (rispettivamente 13,6% contro 24,1%) e una maggiore percentuale di risposte neutre (40,9%). Per l'affermazione F4, "c'è una buona cooperazione tra le unità dell'ospedale quando c'è bisogno di lavorare assieme", la percentuale di operatori d'accordo è stata bassa (28,2%) ed è stato alto il numero di risposte neutre (40,3%). La percentuale di operatori dell'area chirurgica d'accordo con l'affermazione (37,5%) è stata superiore a quella dell'area medica (19,7%), dove è invece prevalsa la percentuale di risposte neutre (51,5%). I risultati relativi all'affermazione F6, "spesso è spiacevole lavorare con il personale di altre unità dell'ospedale", hanno mostrato che solo poco più di un quarto dei rispondenti è stato d'accordo con l'affermazione (26,6%) e altrettanti in disaccordo (26,6%), mentre la maggior parte ha espresso indifferenza (il 46,8% sono state risposte neutre). Non ci sono state differenze nei risultati tra le due aree. L'affermazione F10, "le unità della struttura lavorano bene insieme per fornire la miglior assistenza per il paziente", ha mostrato che c'è stata un'alta percentuale di risposte in accordo (43,1%), anche se la maggior parte degli operatori ha dato risposta neutra (43,9%). Il personale dell'area medica si è espresso maggiormente in accordo con l'affermazione rispetto all'altra area (rispettivamente il 46,9% contro il 36,8%). Per la dimensione 10, "gestione del personale", è stata registrata una bassa frequenza di risposta positiva (FCRP = 0,39). Tale frequenza è risultata più bassa nell'area chirurgica (FCRP = 0,34).

Nell'ambito di tale dimensione è stato interessante il risultato relativo all'affermazione A2, "abbiamo abbastanza personale per gestire il carico di lavoro"; solo il 29,5% ha dichiarato di essere d'accordo con tale affermazione. Si è registrata una rilevante differenza nelle percentuali di risposte d'accordo con l'affermazione (A2) tra l'area medica (42,6%) e quella chirurgica (13,6%).

L'affermazione A5, "il personale dell'unità lavora più tempo di quello che servirebbe per la cura del pa-

ziente”, ha riscontrato per lo più disaccordo (41,7%) anche se ci sono state molte risposte neutre (38,6%). Nelle rimanenti affermazioni della dimensione, A7 e A14, rispettivamente “si impiega più personale temporaneo di quello che sarebbe ideale per la cura del paziente” e “si lavora cercando di fare tanto e troppo velocemente”, la maggior parte dei rispondenti non era d'accordo.

Anche nella dimensione 11, “passaggi di consegna e transizioni”, si è registrata una frequenza di risposta positiva totale bassa (FCRP = 0,37). In particolare nell'affermazione F3, “alcune informazioni finiscono nel ‘dimenticatoio’ quando un paziente viene trasferito da un’unità a un'altra”, il 38% dei rispondenti ha espresso disaccordo e il 39,7% ha dato risposta neutra. Nell'area medica si è registrata una maggiore percentuale di rispondenti d'accordo (28,1%) rispetto a quella dell'altra area (16,4%). Per l'affermazione F5, “informazioni importati riguardanti la cura del paziente vengono perse durante i cambi di turno”, la maggior parte delle risposte mostra disaccordo (43,7%) anche se c'è una simile percentuale di risposte neutre (40,3%). Non ci sono differenze particolari tra aree. Relativamente all'affermazione F11, “in questa struttura i cambiamenti di turno sono problematici per i pazienti”, la maggior parte dei rispondenti è risultato non d'accordo con l'affermazione (49,6%). Non c'è stata differenza nei risultati tra le aree.

Nella dimensione 12, “messa in atto di risposte all'errore non punitive”, la frequenza di risposta positiva è stata bassa (FCRP = 0,42). Questa frequenza è stata molto più bassa per l'area chirurgica (FCRP = 0,31) rispetto a quella dell'area medica (FCRP = 0,41). Relativamente all'affermazione A12, “quando viene riferito un evento, sembra che sia messa sotto processo la persona piuttosto che il problema”, è stata più alta la percentuale di coloro che erano d'accordo con tale affermazione (45,4%) rispetto a coloro che invece non lo erano (34,6%). Più in particolare è stato interessante osservare che la percentuale di rispondenti dell'area chirurgica d'accordo con tale affermazione è stata maggiore (54,3%) rispetto a quella degli operatori dell'area medica (44,9%).

DISCUSSIONE

Dalla letteratura emerge l'importanza di conoscere dettagliatamente il contesto d'indagine prima di pianificare interventi per migliorare sia la qualità delle cure sia la sicurezza del paziente (Craig et al., 2008). Lavorare per implementare la cultura della sicurezza del paziente significa agire su processi e strategie tramite interventi mirati, sia correlati alla clinica sia alla *leadership*. In aggiunta, negli ultimi decenni, l'oncologia è passata attraverso molti cambiamenti che

hanno portato a un rapido aumento della complessità, un miglioramento delle procedure diagnostiche e terapeutiche e un aumento delle possibilità di cura per i pazienti complessi grazie a un approccio multidisciplinare.

Tali cambiamenti hanno condotto l'area oncologica a un aumento dei rischi correlati sia al sistema organizzativo sia al soggetto malato. Il paziente oncologico è un paziente che possiede bisogni sempre più complessi e quindi a rischio di errore (Foley, 1999). Il rischio di errore nell'area oncologica può riguardare la comunicazione, i farmaci specifici, il percorso del paziente in ospedale, un ritardo, una mancata o un'errata diagnosi o degenza ospedaliera.

Lo studio condotto, anche se monocentrico, ha confermato i dati già presenti nella letteratura internazionale, offrendo un'istantanea della cultura della sicurezza del paziente nell'area oncologica di una realtà italiana. Ciò è stato possibile grazie all'analisi dei risultati ottenuti in ciascuna dimensione del questionario. Le dimensioni 1, 2, 3, 5, 7 e 8 sono quelle in cui si sono ottenuti i risultati migliori, i quali indicano:

- una visione positiva della capacità di lavoro di squadra all'interno delle unità (FCPR = 0,56);
- una corretta gestione della sicurezza del paziente da parte dei superiori e del lavoro di promozione da loro sostenuto (FCPR = 0,65);
- la presenza, all'interno del gruppo di lavoro, di un'adeguata promozione della sicurezza del paziente, una disponibilità al cambiamento in seguito agli errori e la percezione del miglioramento in seguito ai cambiamenti stessi attuati (FCRP = 0,64);
- la consapevolezza degli operatori di lavorare in un ambiente che rispetta il principio di sicurezza per il paziente (FCRP = 0,55). Questo dato è confortante perché nella letteratura si osserva che questa consapevolezza non è sempre presente (Sorra et al., 2011);
- una buona e aperta comunicazione interna al gruppo di lavoro (FCRP = 0,65), dato in linea con la letteratura (Chen IC, 2010; Smits et al., 2009). Frankel et al. (2003) suggeriscono di implementare il *debriefing* come strumento di comunicazione anche tra le diverse professioni. La letteratura internazionale sottolinea come la comunicazione interprofessionale sia da considerarsi un fattore di estrema rilevanza per il contesto oncologico, anche rispetto alla prevenzione dell'errore;
- una corretta e regolare segnalazione dell'errore indipendentemente dalla causa e dalle condizioni in cui si verifica.

Tutti questi aspetti rappresentano i punti di forza della struttura analizzata nell'ambito della cultura della sicurezza.

Una frequenza di risposta positiva meno marcata è stata registrata per le dimensioni 6 e 12 (rispettivamente FCRP = 0,48 e 0,42). Nonostante sia presente una buona comunicazione e libertà di discussione nel gruppo di lavoro dell'unità, gli operatori hanno mostrato qualche incertezza nel considerare adeguato il dialogo sui cambiamenti messi in atto a posteriori dell'errore, la diffusione delle informazioni sugli errori commessi all'interno dell'unità e il dialogo riguardo alle modalità di prevenzione degli errori stessi. Inoltre la segnalazione dell'errore, seppur fatta regolarmente e percepita come libera, suscita negli operatori la preoccupazione di incorrere in ricadute negative sia a livello personale sia a livello professionale. Questa fascia di risultati indica quali aspetti della cultura della sicurezza della struttura richiedono più attenzione.

Le dimensioni 4, 9, 10 e 11 sono quelle che hanno registrato le frequenze di risposta positiva più basse (rispettivamente FCRP = 0,36; 0,29; 0,39; 0,37) e rappresentano quindi alcuni punti critici nella cultura della sicurezza della struttura. Gli operatori hanno indicato come adeguato il supporto e il ruolo dell'amministrazione ospedaliera rispetto alla sicurezza del paziente anche se si è manifestata molta incertezza nella risposta. Il personale quindi sente la necessità di comunicazioni chiare ed efficaci (Frankel et al., 2003). La cultura della sicurezza infatti dovrebbe coinvolgere *in primis* l'amministrazione aziendale che diventa il facilitatore di un processo continuo di ricerca, dove dall'errore si imparano strategie per evitarlo in futuro (Yates et al., 2005). Il dato comunque è in linea con la letteratura internazionale (Smits et al., 2009; Bagnasco et al., 2011). L'amministrazione aziendale, per apportare miglioramenti significativi, deve agire sulla prevenzione dell'errore e sulla sua segnalazione tempestiva da parte dell'operatore; deve attuare processi di riprogettazione e organizzazione delle criticità, delle valutazioni e dei *feedback* e utilizzare sistemi di audit clinico e di *incident reporting* (Smits et al., 2009). In quest'ottica anche la formazione del personale assume un ruolo cardine nella prevenzione dell'errore in oncologia.

Un altro aspetto critico è stato il coordinamento tra le diverse unità operative: questo aspetto è soprattutto marcato nei risultati dell'area chirurgica (affermazioni F2 e F10). Il problema della cooperazione tra unità diverse si manifesta anche nella perdita di informazioni importanti per la cura del paziente nel momento in cui questo viene trasferito da un'unità all'altra. I risultati mostrano che la perdita di informazioni, a volte, avviene anche quando ci sono i cambi di turno all'interno di una singola unità. Queste criticità dimostrano che c'è bisogno, a priori, di una

maggiore omogeneità e standardizzazione nei processi di raccolta delle informazioni e di presentazione e passaggio delle stesse tra le diverse unità e anche tra gli operatori nei cambi di turno.

I rispondenti hanno spesso anche segnalato carenze nella quantità di personale disponibile per la gestione del carico di lavoro (55,8%) e nella gestione dei tempi da dedicare all'assistenza (41,7%); il rapporto tra qualità e quantità dell'assistenza fornita è stato valutato positivamente dalla maggior parte degli operatori anche se è importante considerare che c'è stata comunque un'alta percentuale di risposte non d'accordo con questa considerazione (31,3%). Di fronte a questi risultati bisogna considerare però che l'area oncologica è una realtà complessa e risulta difficile comparare un'ipotetica carenza di personale con la percezione dell'errore. La letteratura internazionale riporta però studi dove tale dato è segnalato (Smits et al., 2009).

In generale comunque è stato percepito un impegno attivo nel mantenimento e nella promozione della sicurezza del paziente e gli aspetti critici trovati non sembrano aver influito negativamente sui pazienti. La letteratura riporta che gli errori possono accadere anche nelle cosiddette "buone organizzazioni" (Reason, 2000), perché errare è tipico del comportamento umano; anche quando i processi sono ben progettati, si possono comunque verificare errori (Nolan, 2000).

Per tali ragioni, appare importante instaurare un monitoraggio della cultura della sicurezza tramite l'utilizzo metodico e sistematico di strumenti come quello utilizzato nello studio. La gestione del rischio clinico è una parte integrante del governo clinico e del sistema di qualità, in un'ottica di trasparenza e di responsabilità. Raccogliere dati sul contesto e sulle situazioni che caratterizzano la cultura della sicurezza in una struttura permettono di orientare azioni di miglioramento mirate.

Lo studio ha confermato che la sicurezza per il paziente rappresenta sempre di più un imperativo etico per il personale sanitario, preoccupato di contribuire a mantenere il paziente in un luogo sicuro. Questa constatazione è in completo accordo con la letteratura che suggerisce di combinare dati qualitativi con dati quantitativi (Cooper, 2000; Campbell et al., 2000; Brady et al 2011). I dati qualitativi possono permettere di indagare meglio le attitudini, le percezioni e le credenze degli operatori in un determinato contesto di indagine.

CONCLUSIONI

Questo studio, seppur limitato da un campione piccolo, è un'utile esperienza di valutazione della cultura

della sicurezza del paziente. Può infatti fungere da modello per effettuare valutazioni in altre strutture e può essere applicato su campioni più estesi.

I punti di forza e di debolezza nella cultura della sicurezza della struttura, messi in luce dai risultati del questionario, danno un'indicazione su quali siano le dimensioni che possono ospitare più criticità e quindi quali siano gli ambiti che richiedono maggiore attenzione.

Un altro possibile limite dello studio è riconducibile al coinvolgimento di soli infermieri e operatori socio sanitari e al fatto di essere stato monocentrico. In futuro potrebbe esser interessante allargare il numero di centri coinvolti nella valutazione e comprendere nel campione anche altre figure professionali permettendo la misurazione delle diverse modalità di approccio alla sicurezza del paziente (Braithwaite et al., 2009). Interessante potrebbe altresì essere prevedere un sistema di *benchmarking* nazionale e/o disciplinare degli strumenti di valutazione della sicurezza del paziente.

Conflitti di interesse dichiarati: gli autori dichiarano la non sussistenza di eventuali conflitti di interesse.

BIBLIOGRAFIA

- HSC, Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI) (1993) *ACSNI study group on human factors. Third report: organizing for safety*. Edizione HSE Books, London.
- Bagnasco AM, Tibaldi L, Chirone P et al. (2011) *Patient safety culture: an Italian experience*. J Clin Nurs, 20, 1188-1195.
- Bodega D (1997) *Organizzazione e cultura*. Edizione Etas, Milano.
- Bodur S, Filiz E (2010) *Validity and reliability of Turkish version of Hospital Survey on Patient Safety Culture and perception of patient safety in public hospitals in Turkey*. BMC Health Serv Res, 10, 28.
- Braithwaite J, Westbrook M, Michael S et al. (2009) *Staff Survey on Patient Safety: A Comparison of Results from Whanganui, Waikato and Capital and Coast District Health Boards*. Auckland, New Zealand: Communion and the Centre for Clinical Governance Research, UNSW for the Whanganui, Waikato and Capital and Coast District Health Board.
- Braithwaite J, Westbrook M, Robinson M, et al. (2011) *Improving patient safety: the comparative views of patient-safety specialists, workforce staff and managers*. BMJ Quality Safety, 20, 424-431.
- Brewer BB (2006) *Relationships among teams, culture, safety, and cost outcomes*. West J Nurs Res 28:641-53.
- Brady MC, Stott DJ, Norrie J (2011) *Developing and evaluating the implementation of a complex intervention using mixed methods to inform the design of a randomized controlled trial of an oral healthcare intervention after stroke*. Trials, 12, 168.
- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A (2000) *Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health*. BMJ, 321, 694-699.
- Carolyn M, Clancy MD (2011) *What Is Your Organization's Patient Safety Culture?* ARQH.
- Catino M (2006), *Da Chernobyl a Linate: incidenti tecnologici o errori organizzativi?* Edizione Bruno Mondadori, Milano.
- Chamberlain-Webber J (2004) *Seven steps to patient safety*. Prof Nurse, 20 (3), 10-14.
- Chen IC, Li HH (2010) *Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. BMC Health Serv Res, 10, 152.
- Colla JB, Bracken AC, Kinney LM et al. (2005) *Measuring patient safety climate: a review of surveys*. Qual Saf Health Care, 14, 364-366.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S et al. (2008) *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. BMJ, 337, 1655.
- Department of Health Expert Group (2000). *An organisation with a memory*. Department of Health, United Kingdom.
- Elwyn G, Corrigan JM (2005) *The patient safety story*. BMJ, 331, 302-304.
- Evan WM (1968) *A system model of organizational climate*. In Tagiuri R e Litwin GH (a cura di), *Organizational climate: exploration of a concept*. Edizione Harvard University Press, Boston.
- Fernald DH, Pace WD, Harris DM et al. (2004) *Event reporting to a primary care patient safety reporting system: a report from the ASIPS Collaborative*. Annals of Family Medicine, 2, 327-332.
- Foley M (1999) *Written testimony of the American Nurses Association before the Senate Committee on health, education, labor and pensions on medical errors*. Washington (DC)
- Frankel A, Gandhi TK, Bates DW (2003) *Improving patient safety across a large integrated healthcare delivery system*. Int J Qual Health, 15 (S1), 31-40.
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR et al. (2011) *Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention*. BMJ Qual Saf, 20, 102-7.
- Hellings J, Schrooten W, Klazinga NS et al. (2010), *Improving patient safety culture*. Int J Health Care Qual Assur, 23(5), 489-506.
- Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT et al. (2009) *Surgical team behaviors and patient outcomes*. Am J Surg, 197, 678-85.
- Commissione tecnica sul rischio clinico (2003) *Risk Management in Sanità: il problema degli errori*. Ministero della Salute, dipartimento della qualità, direzione generale

- della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema.
- Ghirardini A, Andrioli R, Cardone R et al. (2006) *Sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico*. Ministero della Salute, dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2004) *Center for Quality Improvement and Patient Safety*.
- Montefusco A, Canato A, Montanari F et al. (2004) *Fidarsi è bene...se sei affidabile!* Economia e management, 4.
- Moran ET, Volkwein JF (1992) *The cultural approach to the formation of organizational climate*. Human Relations 19, 19-47.
- Morello RT, Lowthian JA, Barker AL et al. (2013) *Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic*. Qual Saf Health, 22, 11-18.
- The National Patient Safety Foundation® (2003) *Patients and families in patient safety, nothing about me, without me*. National Patient Safety Agency (2003) *National Patient Safety Agency: seven steps to patient safety*. London, 2003.
- Nolan TW (2000) *System changes to improve patient safety*. BMJ, 320 (7237), 771-773.
- Reason J (2000) *Human error: model and management*. BMJ, 320, 768-770.
- Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ et al. (2003) *The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals*. Qual Saf Health Care, 12, 112-118.
- Singer SJ, Tucker A (2005) *Creating a culture of safety in hospitals*. Risorsa disponibile all'indirizzo: http://iis-db.stanford.edu/evnts/4218/Creating_Safety_Culture-SSinger-RIP.pdf
- Singer S, Lin S, Falwell A et al. (2009) *Relationship of safety climate and safety performance in hospitals*. Health Serv Res, 44, 399-421.
- Sexton J, Helmreich E, Neilands T et al. (2006) *The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ): psychometric properties, benchmarking data and emerging research*. BMC Health Serv Res, 6, 44.
- Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P et al. (2009) *Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level*. Quality Safety Health Care, 18(4), 292-296.
- Sorra J, Famolaro T, Dyer N et al. (2011) *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2011 Comparative Database Report*. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- Sorra J, Famolaro T, Dyer N et al. (2009) *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2009 Comparative Database Report*. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- Sorra VF, Nieva J (2003) *Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations*. Quality Safety Health Care, 12 (S2), 17-23.
- Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N (1998) *Framework for analysing risk and safety in clinical medicine*. BMJ, 316, 1154-1157.
- Yates GR, Bernd DL, Sayles SM et al. (2005) *Building and sustaining a systemwide culture of safety*. J Qual Pat Saf, 31(12), 644-689.

Breast unit e chirurgia generale: due percorsi clinico assistenziali nelle pazienti operate alla mammella

Scerbo Francesco¹, Venturini Giulia², Petrone Fabrizio³, Alvaro Rosaria⁴

¹Infermiere riabilitazione, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) San Raffaele Pisana, Roma;

²Infermiera della Fondazione Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma; ³Coordinatore infermieristico della Fondazione Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma; ⁴Professore Associato in Scienze Infermieristiche, Università Tor Vergata, Roma

Corrispondenza: scerbofrancesco@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione Il tumore della mammella colpisce in Europa più donne di qualsiasi altro tipo di tumore e la situazione italiana riflette quella europea. L'avvento delle *breast unit* ha cambiato radicalmente l'approccio di cura delle donne affette da neoplasia mammaria; il loro obiettivo, infatti, è avviare percorsi personalizzati all'interno di strutture di eccellenza in cui la paziente sia seguita da un'équipe multidisciplinare di professionisti.

Obiettivo Lo scopo dello studio è di valutare e confrontare la qualità di vita postoperatoria delle pazienti operate di cancro della mammella in due realtà ospedaliere che adottano diversi approcci organizzativi alla presa in carico e alla continuità clinico assistenziale delle pazienti: la *breast unit* e l'unità operativa di chirurgia generale.

Materiali e metodi Gli strumenti di raccolta dei dati utilizzati sono stati i questionari QLQ-C30 e BR23 dell'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) e l'utilizzo di un'intervista semi-strutturata finalizzata alla stratificazione socio-demografica e anamnestica dei due gruppi campione. L'indagine è stata svolta presso due strutture del Centro Italia: la prima (azienda 1) ha una *breast unit* con relative strutture annesse e con un approccio basato sulla multidisciplinarietà; la seconda realtà (azienda 2) ha un'unità di chirurgia generale e le strutture ambulatoriali annesse con un approccio che coinvolge diverse unità operative che lavorano a stretto contatto tra loro.

Risultati Hanno partecipato allo studio 196 pazienti di cui 101 utenti dell'azienda 1 e 95 dell'azienda 2. Per la valutazione dello stato globale di salute e qualità di vita, lo score nell'azienda 1 è stato del 66,8%, mentre quello relativo all'azienda 2 è stato del 56,8%. L'azienda 1 ha ottenuto mediamente risultati migliori rispetto all'azienda 2 sia nelle scale funzionali sia nelle scale dei sintomi in entrambi i questionari (QLQ-C30 e BR23). In particolare l'azienda 1, dotata di *breast unit*, ha registrato una percezione di prospettive future di vita maggiore rispetto all'azienda 2. Non è comunque stata valutata la significatività statistica dei risultati.

Conclusioni L'approccio multidisciplinare della struttura con la *breast unit* si è associato a una migliore percezione della qualità di vita delle pazienti non solo a livello fisico ma anche sociale; questo elemento è accompagnato da un migliore controllo di sintomi quali il dolore e la *fatigue* e da una percezione di maggiori prospettive future di vita. I risultati dello studio possono essere utili per migliorare gli approcci e le risposte a livello organizzativo e clinico assistenziale di una struttura.

Parole chiave: tumore della mammella, qualità di vita, *breast unit*

Postoperative quality of life in patients with breast cancer: a comparison between breast unit and general surgery unit

ABSTRACT

Introduction In Europe breast cancer is the most frequent type of cancer, and the situation in Italy reflects the European one. The advent of breast unit have radically changed the approach to women with breast cancer with customized pathways in specialized centres, in which the patient is followed by a multidisciplinary team.

Objective The aim of this study was to evaluate the postoperative quality of life in patients with breast cancer through the analysis and comparison between two hospitals with two different types of organization in taking charge of patients and their clinical care continuity: the breast unit and the general surgery unit.

Materials and methods The instruments used were QLQ-C30 and BR23 questionnaires by European

Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC); a semi-structured interview was also used. The survey was conducted in two hospitals, from Central Italy: the first one, "H1", was an hospital with breast unit, and related facilities, with a multidisciplinary care approach; the second one, "H2", was a general surgery unit with outpatient facilities.

Results 196 patients participated in the study: 101 of H1 and 95 of H2. The score of the global status of health and quality of life has been 66.8% in H1 and 56.8% in H2. H1 obtained an overall more positive results than H2 in the functional and symptom scales in both questionnaires (QLQ-C30 and QLQ-BR23). In particular H1, with breast unit, reported a better patient perception of future perspective of life compared to H2. In this study hasn't been evaluated the statistical significativity of results.

Conclusions: The multidisciplinary approach of breast unit showed a better quality of life perception both at social and physical level; with a better symptoms control (as pain and fatigue) and a better perception of future perspective of life. The results of the study may be useful to improve the approaches and responses at organizational and clinical care level of a unit care.

Keywords: breast cancer, quality of life, breast unit

INTRODUZIONE

Il tumore della mammella colpisce in Europa più donne di qualsiasi altro tipo di tumore e la situazione in Italia è in linea con questo dato (Europa donna Italia, 2011). Negli ultimi anni i progressi della medicina hanno prolungato la vita di molti pazienti oncologici; questo tempo guadagnato però diventa irrilevante se l'esistenza di queste persone è pesantemente condizionata dal dolore cronico, dall'affaticamento, dall'ansia, da problemi legati alla sfera affettiva e sessuale. La crescente importanza riconosciuta alla qualità della vita, e non solo alla sua durata, sta assumendo un ruolo fondamentale nell'approccio al malato di cancro: la valutazione e il controllo del dolore e della *fatigue* dovrebbero essere sempre considerati anche negli studi clinici poiché hanno un notevole impatto sulla mobilità, sull'indipendenza e sullo stato psichico del malato e della sua famiglia (Aiom, 2005).

L'avvento di strutture specialistiche multidisciplinari come le *breast unit* ha cambiato radicalmente l'approccio alle donne affette da neoplasia mammaria. L'obiettivo delle *breast unit*, infatti, è avviare percorsi personalizzati all'interno di strutture d'eccellenza in cui la paziente sia seguita da una équipe multidisciplinare di professionisti: dal radiologo al chirurgo, all'infermiere e allo psicologo. Il trattamento del paziente oncologico, oltre agli intenti curativi, deve mirare a migliorare la qualità della vita e limitare il rischio di conseguenze psicopatologiche tali da condizionare l'esistenza del malato. Il sostegno sociale rappresenta pertanto un elemento costitutivo del trattamento del paziente oncologico e rientra nelle responsabilità di ciascuna figura terapeutica e dell'équipe curante nel suo complesso (Società italiana di psico-oncologia, SIPO, 1998) le quali contribuiscono ad accrescere con la loro attività le conoscenze sulla qualità della vita del paziente, descri-

vendone le fasi di adattamento alla patologia, le reazioni ai cambiamenti fisici e funzionali legati a interventi chirurgici radicali, le principali risposte alla comunicazione della diagnosi e della prognosi (Niero M, 2002); tali contributi portano a focalizzare l'attenzione sulla qualità della vita e sul controllo dei sintomi nel paziente neoplastico.

Lo scopo dello studio è di valutare e confrontare la qualità di vita postoperatoria delle pazienti operate di cancro della mammella in due realtà ospedaliere che adottano diversi approcci organizzativi alla presa in carico e alla continuità clinico assistenziale delle pazienti: la *breast unit* e l'unità operativa di chirurgia generale.

MATERIALI E METODI

Come strumenti di raccolta dei dati sono stati utilizzati i questionari QLQ-C30 e QLQ-BR23, concessi dall'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), detentrica del *copyright* (Aaronson et al. 1993).

Questi questionari sono stati utilizzati nella maggior parte degli studi internazionali revisionati (Brandberg et al. 2003; Montazeri et al. 2008), indicati come *gold standard*. E' stata fatta inoltre un'intervista semi-strutturata per la raccolta dei dati socio-demografici (lo stato civile, l'età, il sesso, il titolo di studio e la professione svolta, la città di residenza) e di alcuni elementi anamnestici (il numero di gravidanze, il tipo di diagnosi, la tecnica chirurgica utilizzata e data dell'intervento).

Il questionario QLQ-C30 è uno strumento validato, breve, che si basa sulla misurazione cancro-specifica della qualità di vita ed è composto da cinque scale, ciascuna composta da più affermazioni che valutano la funzionalità fisica, di ruolo, emotiva, cognitiva e la qualità della vita.

Il modulo QLQ-BR-23 incorpora scale con afferma-

zioni multiple per valutare gli effetti collaterali della terapia sistemica, il dolore al braccio e alla mammella, l'immagine del corpo e il funzionamento sessuale, la perdita di capelli e le prospettive future di vita. Le risposte alle varie affermazioni dei questionari QLQ-C30 e QLQ-BR23 utilizzano una scala Likert a quattro dimensioni. Sia il punteggio delle singole affermazioni sia quello delle varie dimensioni può variare da 1 a 4 (1 = no, 2 = un po', 3 = molto, 4 = moltissimo); più basso è il punteggio, migliore è la percezione che i soggetti hanno della propria salute. L'unica differenza riguarda le affermazioni numero 29 e 30 del QLQ-C30 che valutano la qualità globale della salute con un punteggio che va da 1 a 7 (da 1 = pessimo a 7 = ottima). Il parametro utilizzato per la lettura dei dati è il *RawScore*, riportato nel Manual Scoring (Fayers PM, et al., 2001). A questo valore è stata poi applicata una trasformazione lineare per ottenere lo *score*, che misura tutte le scale e le singole affermazioni con un punteggio percentuale da 0 a 100 (Tabella 1). Uno *score* elevato nelle scale funzionali rappresenta un dato positivo in quanto rispecchia un migliore livello di funzionamento; nelle scale dei sintomi un valore di *score* elevato è da intendere in senso negativo perché rappresenta una peggiore percezione dei sintomi. Il QLQ-C30 e il QLQ-BR23 sono stati testati singolarmente per l'affidabilità e la validità su ogni campione di pazienti analizzato nelle due strutture. Per valutare l'attendibilità dei questionari è stata effettuata un'analisi tramite l'Alpha di Cronbach. L'Alpha di Cronbach del campione dell'azienda 1 (93 soggetti) è stato di 0,88 con Split-Half (odd-even) Correlation pari a 0,92 e Spearman-Brown Prophecy pari a 0,95. L'Alpha di Cronbach del campione dell'azienda 2 (85 soggetti) è stato di 0,92 con Split-Half (odd-even) Correlation pari a 0,92 e Spearman-Brown Prophecy pari a 0,96. I risultati ottenuti dicono che lo strumento è valido e affidabile. L'autorizzazione per la divulgazione del questionario da parte dell'EORTC è stata rilasciata nel mese di febbraio 2010 e successivamente sono state richie-

ste le autorizzazioni alle aziende sanitarie di riferimento dei centri ospedalieri designati nella fase di progettazione dello studio.

L'indagine si è svolta presso due strutture di due regioni del Centro Italia, con caratteristiche diverse nell'organizzazione e nell'approccio di *continuum* clinico assistenziale.

La prima struttura, indicata nello studio come "azienda 1", ha una *breast unit* e le relative strutture annesse; l'approccio alla paziente operata alla mammella è basata sulla multidisciplinarietà con la presenza di diverse figure professionali che operano in questo modello organizzativo complesso.

La *breast unit* analizzata ha un regime di *week surgery* e un modello organizzativo che prevede: cinque infermieri per turno su un totale di 22 posti letto, un coordinatore clinico, radioterapisti, oncologi, anatomopatologi e chirurghi, fisioterapisti e psicologi. All'interno della *breast unit* ci sono istruzioni di lavoro per uniformare comportamenti, azioni e responsabilità dei vari profili professionali.

Il percorso della donna all'ingresso della *breast unit* parte dal centro oncologico di riferimento dipartimentale (COORD). Le donne a cui viene diagnosticato un problema alla mammella e che necessitano di un intervento chirurgico vengono indirizzate al reparto di *breast unit* per un'ulteriore visita con il chirurgo e successivamente, entro 30 giorni, vengono sottoposte all'intervento chirurgico (mastectomia o quadrantectomia) ed eventualmente a un approccio di chirurgia plastica. I cicli di chemioterapia e/o radioterapia vengono svolti all'interno dell'unità operativa dell'azienda ospedaliera stessa. Vengono consegnate *brochure* informative sul pre, intra e post ricovero con tutti i numeri di telefono alla quale la paziente può rivolgersi per dubbi e perplessità. Le donne operate di tumore della mammella vengono indirizzate nell'arco di pochi giorni in strutture dove sono seguite da professionisti sanitari quali infermieri, fisioterapisti e psicologi per garantirne il *continuum* assistenziale che può durare anche fino a cinque anni. L'équipe segue la donna nelle diverse fasi fisiche e psicologiche del post operatorio come

Tabella 1. Formule utilizzate per il calcolo del *RawScore* e per la sua trasformazione lineare in un punteggio percentuale da 0 a 100, definito *score*

Formula per il calcolo del <i>RawScore</i> (RS)	$RS = (I_1 + I_2 \dots + I_n) / n.$
Formula per il calcolo dello <i>score</i> delle scale funzionali	$S = \{1 - (RS - 1) / range\} \times 100$
Formula per il calcolo dello <i>score</i> delle scale dei sintomi e dello stato globale di salute (qualità della vita)	$S = \{(RS - 1) / range\} \times 100$
I: <i>items</i> , ovvero le affermazioni. Range: differenza tra il punteggio massimo e minimo di <i>RawScore</i>	

per esempio la gestione di limitazioni a carico dell'arto operato fino al supporto psicologico, fondamentale in questa patologia, per la preparazione a chemioterapia e radioterapia.

La seconda realtà, indicata nello studio come "azienda 2", è un'unità di chirurgia generale, con le strutture ambulatoriali annesse di un'azienda sanitaria dove l'approccio alla paziente operata alla mammella viene gestito da diverse unità operative che lavorano a stretto contatto tra di loro. Queste unità operative sono: l'unità di diagnostica per immagini, l'unità di chirurgia senologica, il reparto di oncologia (opera anch'esso in regime di *week surgery*) e l'ambulatorio di senologia. Una volta operate, le donne vengono prese in carico dal reparto di oncologia (che si occupa di tutte le patologie oncologiche) per successivi cicli di chemioterapia; terminati questi, le pazienti vengono inserite in appositi registri e vengono poi contattate per successivi controlli in base alle loro necessità. L'unità operativa indirizza le donne operate all'ambulatorio di senologia, con appuntamenti programmati, per le visite di controllo e il *follow-up*.

I dati dei due gruppi di studio sono stati raccolti in un'unica occasione, con pazienti in diverse fasi del *continuum* clinico assistenziale, per misurare nei diversi momenti la risposta soggettiva nel decorso di cura nelle due realtà organizzative oggetto della ricerca. In entrambe le realtà analizzate le pazienti inserite nello studio sono state scelte in maniera casuale. La raccolta dei dati è stata svolta presso gli ambulatori delle due strutture dove le pazienti venivano visitate con cadenza ciclica dopo l'intervento chirurgico.

Nel periodo tra aprile e maggio 2012 è stata effettuata la somministrazione dei questionari nella *breast unit* dell'azienda 1, successivamente, nel periodo fine agosto inizio settembre è stato svolto lo stesso lavoro presso l'azienda 2.

Hanno partecipato allo studio 196 pazienti totali di cui 101 dell'azienda 1 e 95 dell'azienda 2.

Tutti i dati raccolti sono stati inseriti in un foglio di calcolo (Excel 2007 per Windows) per poi essere processati tramite il software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versione 17.

RISULTATI

Dopo la somministrazione dei 196 questionari QLQ-C30 e QLQ-BR23 sono stati riconsegnati 178 questionari (90,8%) correttamente compilati, 93 provenienti dall'azienda 1 e 85 dall'azienda 2. Tutti i questionari rimanenti non sono stati considerati validi perché compilati parzialmente o non compilati. Nell'analisi descrittiva tutti i dati sono stati analizzati

in forma aggregata per ogni affermazione utilizzando media, deviazione standard, mediana e varianza.

Quadro socio-demografico e anamnestico dei campioni

Per quanto riguarda i dati socio-demografici e anamnestici (**Tabella 2**), nel campione dell'azienda 1 l'età media rilevata è stata di circa 52 anni; il 58,8% (51) delle pazienti risultava coniugata, il 23,7% (22) nubile, il 9,7% (9) vedova e l'11,8% (11) divorziata; il 52,7% (49) delle pazienti era stata sottoposta a una mastectomia, il 40,9% (38) a quadrantectomia e il 6,5% (6) ad altri tipi di interventi; il 77,4% (72) delle

Tabella 2. Dati socio-demografici e anamnestici dei due campioni, azienda 1 e 2, rappresentati rispettivamente da 93 e 85 pazienti

	Azienda 1	Azienda 2
Età (anni)	%	%
<35	3,2	1,2
36-45	31,2	23,5
46-55	37,6	34,1
56-65	14,0	20,0
>65	14,0	21,2
Stato civile		
Sposata	58,8	68,2
Nubile	23,7	12,9
Vedova	9,7	12,9
Divorziata	11,8	5,9
Gravidanza		
No	22,6	15,3
Sì	77,4	84,7
Periodo di allattamento (mesi)*		
1-6	43,6	56,9
7-12	36,4	29,4
>12	20,0	13,7
Tipologia d'intervento subito		
Mastectomia	52,7	42,4
Quadrantectomia	40,9	55,3
Altro	6,5	2,4
Tempo trascorso dall'operazione (mesi)		
1-3	23,7	22,4
4-6	14,0	11,8
7-12	14,0	14,1
13-36	22,6	21,2
37-60	14,0	15,3
>60	11,8	15,3

* Le percentuali fanno riferimento a 55 pazienti nell'azienda 1 e 51 nell'azienda 2, rispettivamente il 76,4% e il 70,8% dei campioni totali (93 e 85 pazienti)

pazienti aveva affrontato almeno una gravidanza e il 76,4% di esse aveva allattato (55).

Nel campione dell'azienda 2, l'età media era di circa 55 anni; il 68,2% (58) delle pazienti risultava coniugata, il 12,9% (11) nubile, il 12,9% (11) vedova e il 5,9% (5) divorziata; il 42,4% (36) delle pazienti era stata sottoposta a una mastectomia e il 55,3% (47) a quadrantectomia; l'84,7% (72) delle pazienti aveva affrontato almeno una gravidanza e il 70,8% di esse aveva allattato (55) (Tabella 2).

Dal confronto dei dati socio-demografici e anamnestici risulta che le popolazioni campione delle due realtà (azienda 1 e 2) sono molto simili. E' però presente una differenza nell'approccio chirurgico; la percentuale di pazienti sottoposte a mastectomia nell'azienda 1 (52,7%) è risultata superiore a quella nell'azienda 2 (42,4%); al contrario, la percentuale di pazienti sottoposte a quadrantectomia nell'azienda 1 (40,9%) è stata minore di quella rilevata nell'azienda 2 (55,3%). Un altro dato da considerare è la differenza nello stato civile delle pazienti nelle due realtà; la percentuale di donne nubili nell'azienda 1 è risultata superiore (23,7%) a quella dell'azienda 2 (12,9%); inoltre, tra le donne che hanno allattato, quelle che lo hanno fatto per un periodo compreso tra 1 e 6 mesi sono state percentualmente maggiori

nell'azienda 1 (56,9%) rispetto a quelle dell'azienda 2 (43,6%).

Risultati QLQ-C30

Nella valutazione dello stato globale di salute e qualità di vita, affermazioni 29 e 30 del questionario QLQ-C30, lo score nell'azienda 1 è stato del 66,8% e del 56,8% nell'azienda 2 (Tabella 3).

In tutte le scale funzionali l'azienda 1 ha ottenuto uno score maggiore rispetto a quello dell'azienda 2, soprattutto riguardo al funzionamento fisico, di ruolo ed emotivo (Tabella 3).

Nella dimensione "funzionamento fisico", lo score dell'azienda 1 è stato dell'86% mentre quello dell'azienda 2 è stata del 78%; nella dimensione "funzionamento di ruolo", lo score dell'azienda 1 è risultato 76,6% mentre quello dell'azienda 2 è stato 69,6%; nella dimensione "funzionamento emotivo", lo score dell'azienda 1 è stato del 71,3% mentre quello dell'azienda 2 è stato del 63,7%. Gli score delle altre due scale di funzionamento, cognitivo e sociale, sono stati anch'essi più alti nell'azienda 1 ma in maniera meno marcata rispetto ai precedenti.

Nelle scale dei sintomi l'azienda 1 ha ottenuto generalmente degli score più bassi rispetto a quelli

Tabella 3. Risultati del questionario QLQ-C30 dei due campioni, azienda 1 e 2

	Nome scala	Numero identificativo delle affermazioni	Azienda 1			Azienda 2		
			Score (%)	DS	Media	Score (%)	DS	Media
Stato globale di salute / qualità di vita	QL2	29, 30	66,8	1,14	5,01	56,8	1,2	4,41
Scale funzionali								
Funzionamento fisico	PF2	1-5	86,0	0,64	1,41	78,0	0,8	1,66
Funzionamento di ruolo	RF2	6, 7	76,6	0,85	1,70	69,6	1,0	1,91
Funzionamento emotivo	EF	21-24	71,3	0,80	1,86	63,7	1,0	2,09
Funzionamento cognitivo	CF	20, 25	82,0	0,80	1,54	79,3	0,8	1,62
Funzionamento sociale	SF	26, 27	78,0	0,70	1,62	75,3	0,8	1,74
Scale dei sintomi								
Fatigue	FA	10, 12, 18	30,0	0,75	1,90	37,3	0,8	2,12
Nausea e vomito	NV	14, 15	6,3	0,50	1,19	11,7	0,7	1,35
Dolore	PA	9, 19	22,3	0,77	1,67	28,7	0,9	1,86
Dispnea	DY	8	19,6	0,66	1,59	24,0	0,8	1,72
Insonnia	SL	11	26,3	0,87	1,79	35,0	1,0	2,05
Inappetenza	AP	13	29,3	0,48	1,88	13,3	0,6	1,40
Costipazione	CO	16	19,0	0,94	1,57	34,7	1,1	2,04
Diarrea	DI	17	8,0	0,58	1,24	11,7	0,7	1,35
Difficoltà finanziarie	FI	28	9,7	0,60	1,29	17,7	0,9	1,53
DS: deviazione standard								

dell'azienda 2 (**Tabella 3**). In particolare, nella scala "costipazione", lo *score* dell'azienda 2 è stato di 34,7% mentre quello dell'azienda 1 è stato del 19%; nella scala "insonnia", lo *score* dell'azienda 2 è stato di 35% mentre quello dell'azienda 1 è stato del 26,3%; nella scala "difficoltà finanziarie", lo *score* dell'azienda 2 è stato di 17,7% mentre quello dell'azienda 1 è stato del 9,7%; nella scala "*fatigue*", lo *score* dell'azienda 2 è stato di 37,3% mentre quello dell'azienda 1 è stato del 30%. L'unica eccezione è stata riscontrata per la scala "scarso appetito", dove lo *score* è stato più alto nell'azienda 1 (29,3%) rispetto a quello dell'azienda 2 (13,3%).

Risultati QLQ-BR23

Per quanto riguarda le scale funzionali del questionario QLQ-BR23 (**Tabella 4**), mediamente lo *score* è stato maggiore per l'azienda 1 rispetto alla 2 o senza particolari differenze. In particolare lo *score* per la scala "piacere sessuale" è stato più alto nell'azienda 2 (60,7% rispetto a 54% dell'azienda 1); nella scala "prospettive future" l'azienda 1 ha registrato uno *score* molto più alto (53,7%) rispetto a quello dell'azienda 2 (39%).

Le scale dei sintomi del questionario QLQ-BR23 hanno registrato mediamente uno *score* più alto per l'azienda 2. In particolare, per la scala "turbamento per la perdita dei capelli", l'azienda 2 ha ottenuto uno *score* (43,3%) più alto rispetto a quello dell'azienda 1 (30,3%); nella scala "effetti collaterali legati alla terapia" l'azienda 2 ha ottenuto uno *score* (25%) superiore a quello dell'azienda 1 (18%); nella scala "sintomi al braccio" l'azienda 2 ha uno *score* (24%) maggiore di quello dell'azienda 1 (17,6%).

DISCUSSIONE

La ricerca ha confrontato la qualità di vita nel decorso postoperatorio delle pazienti operate di cancro della mammella in due realtà organizzative ospedaliere diverse per struttura, approccio clinico assistenziale e realtà regionale.

Il percorso clinico assistenziale e organizzativo multidisciplinare attuato dalla struttura con la *breast unit* (azienda 1) sembra associarsi a risultati migliori rispetto all'unità di chirurgia generale anche se non è chiara la significatività statistica dei dati osservati. In particolare, nelle affermazioni del questionario QLQ-C30 relative alla qualità della vita (stato globale di salute), l'azienda 1 ha ottenuto uno *score* (66,8%) più alto rispetto a quello dell'azienda 2 (56,8%).

I risultati riguardanti le scale funzionali del questionario QLQ-C30 sono stati più positivi per l'azienda 1 rispetto a quelli dell'azienda 2; questa tendenza suggerisce che il *continuum* assistenziale offerto dalla *breast unit* possa portare le pazienti in una condizione di migliore funzionamento sotto vari aspetti: fisico, di ruolo, emotivo, cognitivo e sociale. Al contempo l'azienda 1 ha ottenuto degli *score* più bassi, rispetto all'azienda 2, nelle scale dei sintomi; ciò suggerisce che i vari sintomi analizzati vengano sentiti meno da parte delle pazienti. Ciò potrebbe portare a dedurre che l'approccio della *breast unit*, dove l'attenzione organizzativa è volta al *continuum* clinico assistenziale, si associ a una migliore gestione di sintomi quali *fatigue*, nausea e vomito, dolore, dispnea, insonnia, costipazione e diarrea. Unica eccezione è l'inappetenza, sintomo che sembra essere stato gestito meglio nell'azienda 2.

Anche nei risultati del QLQ-BR23 l'azienda 1 sembra

Tabella 4. Risultati del questionario QLQ-B23 dei due campioni, azienda 1 e 2

	Nome scala	Numero identificativo delle affermazioni	Azienda 1			Azienda 2		
			Score (%)	DS	Media	Score (%)	DS	Media
Scale funzionali								
Immagine del corpo	BRBI	9-12	69,7	0,91	1,91	65,0	0,99	2,05
Attività sessuale	BRSEF	14, 15	74,3	0,73	1,77	78,0	0,76	1,66
Piacere sessuale	BRSEE	16	54,0	0,83	2,38	60,7	0,91	2,18
Prospettive future	BRFU	13	53,7	0,80	2,39	39,0	0,97	2,83
Scale dei sintomi								
Effetti collaterali / terapia	BRST	1-4, 6, 7, 8	18,0	0,75	1,54	25,0	0,90	1,75
Sintomi al seno	BRBS	20-23	19,3	0,66	1,58	22,0	0,75	1,66
Sintomi al braccio	BRAS	17, 18, 19	17,6	0,64	1,53	24,0	0,78	1,72
Turbamento per la perdita dei capelli	BRHL	5	30,3	1,03	1,91	43,3	1,12	2,30
DS: deviazione standard								

associarsi a una migliore gestione degli aspetti funzionali rispetto all'azienda 2 anche se il risultato è meno marcato. Le pazienti seguite nella *breast unit* sembrano avere una migliore considerazione dell'immagine del proprio corpo e una visione con maggiori prospettive per il futuro. Il risultato si sposta a favore dell'azienda 2 per quanto riguarda l'appagamento sessuale.

Nelle scale dei sintomi del QLQ-BR23 l'azienda 1 ha ottenuto risultati minori rispetto a quelli dell'azienda 2; anche in questo caso, quindi, il risultato sembrerebbe indicare una migliore gestione dei sintomi quali gli effetti collaterali legati alla terapia in atto, il dolore alla mammella e al braccio e il turbamento per la perdita dei capelli nella *breast unit*. Per alcuni di questi sintomi, per esempio il dolore al braccio, può essere influente proprio l'approccio organizzativo multidisciplinare della *breast unit* che vede partecipi, nel *continuum* assistenziale delle pazienti, diverse figure professionali tra le quali, per esempio, quella del fisioterapista.

Il limite di questo studio è che si tratta di un lavoro prevalentemente descrittivo, non essendo state condotte valutazioni sulla significatività statistica dei dati.

CONCLUSIONI

L'approccio multidisciplinare alla gestione della paziente affetta da neoplasia della mammella, caratteristico della *breast unit*, e quindi il diretto rapporto tra i membri dell'équipe che la compongono e la caratterizzano, sembra potersi associare alla qualità di vita della paziente con riduzione di sintomi quali il dolore e la *fatigue*.

Trattare la patologia tralasciando l'aspetto fondamentale della qualità di vita è assolutamente impensabile, le stesse prospettive di guarigione delle pazienti potrebbero subire un peggioramento che può a volte incidere su tutto il decorso clinico; in questo caso, la differenza riscontrata della qualità di vita tra i due gruppi campione nei modelli organizzativi è un punto di partenza per impostare studi con adeguata metodologia statistica e migliorare gli approcci e le risposte sia organizzative sia clinico assistenziali.

Conflitti di interesse dichiarati: gli autori dichiarano la non sussistenza di eventuali conflitti di interesse. Non è stato ricevuto alcun finanziamento diretto o indiretto per la ricerca.

BIBLIOGRAFIA

- Europa donna Italia (2011). <http://www.europadonna.it/>
- Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) (2005), *La voce dei pazienti*. Ed. Intermedia editore, Brescia.
- Società italiana di psico-oncologia (SIPO) (1998) *Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica*.
- Niero M (2002) *Qualità della vita e della salute*. Edizione Franco Angeli, Milano
- Annunziata M (2002) *La psicooncologia: cenni storici e prospettive future*. In AA.VV. Psicooncologia. Edizione Masson, Milano.
- Burlizzi S (2007) *Breast unit: approccio multidisciplinare nella diagnosi, la cura ed il reinserimento psico-sociale delle donne affette da carcinoma della mammella*. Riv It Ost Gin, 14, 658.
- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al. (1993) *The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology*. J Natl Cancer Inst, 85, 365-376.
- Brandberg Y, Michelson H, Nilsson B et al. (2003). *Quality of life in women with breast cancer during the first year after random assignment to adjuvant treatment with marrow-supported high-dose chemotherapy with cyclophosphamide, thiotepa, and carboplatin or tailored therapy with fluorouracil, epirubicin, and cyclophosphamide: scandinavian breast group study 9401*. J Clin Oncol, 21 (19), 3659-3664.
- Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I et al. (2008). *Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study*. BMC Cancer, 8, 330.
- Peintinger F, Reitsamer R, Stranzl H et al. (2003) *Comparison of quality of life and arm complaints after axillary lymph node dissection vs sentinel lymph node biopsy in breast cancer patients*. Br J Cancer, 89, 648-652.
- Gómez-Rico JA, Altavracia-Martínez M, Kravzov-Jinich J et al. (2009) *Breast cancer quality of life evaluation in mexican women at La Raza Hospital, Mexico City: a preliminary approach*. Clinicoecon Outcomes Res, 1, 1-6.
- Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K et al. (2001) *EORTC QLQ-C30 scoring manual (3rd edition)*.
- Van Hezewijk M, Ranke GM, van Nes JG et al. (2011) *Patients' needs and preferences in routine follow-up for early breast cancer; an evaluation of the changing role of the nurse practitioner*. Eur J Surg Oncol, 37 (9), 765-73.

CONTRIBUTI

La citazione bibliografica nella letteratura infermieristica: una nuova Regola dalla Biblioteca di infermieristica della Fondazione Irccs Policlinico S. Matteo di Pavia

di Michele Chieppi (1), Piera Bergomi (2), Barbara Mangiacavalli (3)

(1) Responsabile della Biblioteca di infermieristica della Fondazione Irccs Policlinico S. Matteo di Pavia

(2) Coordinatore Didattico del Corso di laurea in Infermieristica della Fondazione Irccs Policlinico S. Matteo di Pavia

(3) Direttore del Sitra (Servizio infermieristico, tecnico e riabilitativo aziendale) Fondazione Irccs Policlinico S. Matteo di Pavia

Corrispondenza: biblioteca.laureaps@smatteo.pv.it

Gli errori nella composizione delle citazioni bibliografiche sono comuni sia nelle riviste internazionali infermieristiche che mediche. Per l'infermieristica la percentuale è del 28.4% (Oremann, 2005). Smith e Baker (2007) descrivono valori che vanno dal 22.9% delle riviste di *critical care nursing*, al 24.4% di quelle di *neonatal-maternal nursing*, al 41.6% di pubblicazioni di *pediatric nursing*, ma si deve sottolineare che i dati di Smith e Baker tengono conto dell'area specialistica ma non dell'ordine cronologico di rilevazione dei dati. Nel 1998 Taylor calcolò un tasso d'errore del 45% nell'ultima indagine utile del 2005 (Oermann, 2005); da allora il valore è sensibilmente sceso dal 45% al 28.4%. I valori intermedi del 22.9% (Oermann, 2002a) e del 24.4% (Oermann, 2002b) furono calcolati su di un campione di rispettivamente 244 e 221 citazioni, mentre il dato che riteniamo più attendibile del 28.4% è stato calcolato su un campione più ampio: da un totale di 7650 riferimenti bibliografici ne sono stati selezionati a caso per l'indagine 765 (10%). Sono di conforto anche i dati relativi alla gravità degli errori individuati: se nel 1998 si contava il 38.3% di errori gravi e un 13.8% di errori lievi (Taylor, 1998), nel 2005 si è scesi, secondo un calcolo svolto sui dati pubblicati nell'articolo di Oermann (2005), rispettivamente al 24.5% e al 7.3%. Fa eccezione il dato delle 8 riviste infermieristiche più diffuse in Corea, che rilevano nel 2008, su un campione di 466 citazioni, una percentuale d'errore del 47.9%, con tasso variabile dal 28.6% al 58.7% ed una percentuale di errori gravi del 30.3% e di errori lievi del 30.5% (Suk, 2008).

Se da un lato gli errori possono imputarsi all'autore, dall'altro vi sono le riviste che non sempre verificano l'accuratezza delle citazioni, perciò vi è un trascinarsi dell'errore negli articoli pubblicati (Icmje, 2012). Per facilitare la composizione della citazione, sono disponibili in rete numerosi software bibliografici, gratuiti e a pagamento, in grado di catturare i riferimenti da cataloghi Opac e banche dati e in grado di generare bibliografie, impostare lo stile bibliografico desiderato e altro.

Anche se le strategie che evitano la trascrizione diretta dalla fonte originale diminuiscono potenzialmente la percentuale d'errore (Oermann, 2005), è consigliabile tuttavia che l'infermiere-autore controlli i propri manoscritti non affidandosi esclusivamente a questi sistemi (Smith, Baker, 2007).

In considerazione della attuale pubblicazione degli articoli di ricerca e di come la ricerca è valutata, Angordans (2009) propone che le riviste di infermieristica adottino un proprio modello a prescindere da come pubblicano i medici. Seguendo questa indicazione, proponiamo un modello di citazione bibliografica, studiato in seno alla Biblioteca di Infermieristica della Fondazione Irccs Policlinico San Matteo di Pavia, per rispondere a tale esigenza.

Riviste scientifiche e stili bibliografici

I due formati di riferimento più importanti per le riviste mediche sono il Vancouver style e l'Harvard style, con preferenza crescente per il primo (Peh, 2009). Blobaum (2009) rileva che molte riviste infermieristiche fanno riferimento all'Apa Style. Ne è dimostrazione lo studio di Angordans (2009), il quale ha evidenziato che delle prime 36 riviste infermieristiche con maggiore punteggio di Impact factor (If) fino al 2006, nell'elenco reso noto dall'Isi (*Impact factor list*), 20 di esse (55.6%) utilizzano l'Apa Style, le restanti 16 (44.4%) il Vancouver style.

In realtà gli stili bibliografici utilizzati possono subire delle modifiche dettate dalle esigenze editoriali della singola rivista. Anche se Peh (2009) compara la medesima citazione applicando le norme editoriali di cinque riviste mediche differenti e parla di esempi di variazioni minori di stile, crediamo che non sia possibile trattare in senso stretto di uno stile specifico nominandolo come tale, se non se ne seguono appieno le indicazioni. Ad esempio l'*International journal of nursing studies* (Int j nurs stud.), a cui l'articolo di Angordans (2009) attribuisce l'uso dell'Apa style, non usa questo stile. È stata selezionata una citazione a caso, derivandola dalla bibliografia di un articolo pubblicato da questa rivista nel dicembre 2012 (Gulpers, Bleijlevens, 2012) dopo aver verificato che anche in articoli del 2006, anno a cui risalgono i valori registrati da Angordans (2009), nel compilare la lista la figurazione dello stile della citazione è identico a oggi: Miles, S.H., Irvine, P., 1992. Deaths caused by physical restraints. *The Gerontologist* 32 (6), 762–766.

Nella tabella seguente si vuole dimostrare come nessuno degli stili più utilizzati in letteratura sia speculare al formato usato dall'Int j nurs Stud., seppur sia evidente che si ispiri (ma non si attenga) all'Apa Style sia della quinta che della sesta edizione.

Tabella 1 - Confronto fra stili bibliografici

Apa 5th Ed	Miles, S.H., & Irvine, P. (1992). Deaths caused by physical restraints. <i>The Gerontologist</i> , 32(6), 762-766.
Apa 6th Ed	Miles, S. H., & Irvine, P. (1992). Deaths caused by physical restraints. <i>The Gerontologist</i> , 32(6), 762-766.
Vancouver	Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. <i>Gerontologist</i> 1992 Dec;32(6):762-766.
Harvard	Miles, S.H. & Irvine, P. 1992, "Deaths caused by physical restraints", <i>The Gerontologist</i> , vol. 32, no. 6, pp. 762-766.
Harvard British Standard	MILES, S.H. and IRVINE, P., 1992. Deaths caused by physical restraints. <i>The Gerontologist</i> , 32(6), pp. 762-766.
Ama	Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. <i>Gerontologist</i> . 1992;32:762-766.
Chicago 15th Ed	Miles, S. H., and P. Irvine. 1992. Deaths caused by physical restraints. <i>The Gerontologist</i> 32 (6) (Dec): 762-6.

L'Int j nurs stud in realtà utilizza un proprio stile citazionale che anche il software *Refworks* riconosce come stile bibliografico indipendente da influenze o altre forme stilistiche, per cui i dati riportati in Angordans (2009) andrebbero corretti riguardo a questa ma anche ad altre riviste.

Si è preso in analisi l'elenco proposto dall'Isi, aggiornato al dicembre 2012, similmente a quanto svolto da Angordans (2009) con i dati relativi al 2006, in cui compaiono le riviste in ordine decrescente per valore di *I_f* alle prime 36 posizioni. Per ogni rivista citata nel nostro elenco si è visitato il sito di riferimento e si sono consultate le linee guida per gli autori nella parte dedicata allo stile bibliografico richiesto, al quale è necessario attenersi per proporre la pubblicazione di un manoscritto. Dove è stato possibile si è andati a consultare il full-text di un articolo preso a caso dall'ultimo fascicolo utile pubblicato, con il fine di verificare ulteriormente l'applicazione dello stile bibliografico proposto. Il calcolo numerico e percentuale è stato comunque effettuato utilizzando il medesimo campione di 36 riviste per ottenere una precisa comparazione con i dati proposti da Angordans (2009).

Esistono dei forti limiti per poter confrontare i dati attuali con quelli pubblicati da Angordans (2009) per i seguenti motivi:

1. l'elenco delle riviste da lui prodotto non è compatibile con i risultati aggiornati: alcune riviste presenti in lista nel 2006, infatti, non rientrano più nelle prime 36 in quella aggiornata a dicembre 2012, altre invece hanno fatto il loro ingresso;
2. alcune riviste hanno cambiato lo stile bibliografico: ad esempio Angordans (2009) cita correttamente per *Nurs Outlook* il Vancouver style, ma dal 15 dicembre 2011 lo stile della rivista è cambiato in *Apa 6th Ed.* (*Information for authors*, 2011).

Tuttavia i valori che abbiamo derivato dalla comparazione dei dati offrono l'immagine di un panorama in evoluzione per ciò che concerne la scelta di uno stile bibliografico. Se per Angordans (2009) 20 riviste su 36 (55.6%) utilizzavano l'*Apa style* e le restanti 16 (44.4%) il Vancouver style, al dicembre 2012 risulta invece che 15 riviste utilizzano l'*Apa style 5th/6th Ed.* (41.6%); 10 riviste l'*Ama style 9th/10th Ed.* (27.7%); 8 riviste hanno elaborato, ibridandolo, uno stile bibliografico di riferimento (22.2%); 3 riviste utilizzano il Vancouver style (8.3%).

Stili bibliografici per l'infermieristica

Sulla base della tipologia di letteratura consultata e citata dagli infermieri, verificata dalle richieste pervenute alla Biblioteca di infermieristica della Fondazione *Ircs Policlinico San Matteo* di Pavia, si deriva che la domanda è molto varia e comporta la necessità di citare (in nota e in bibliografia) un'ampia gamma di documentazione. A parte la letteratura più in uso (libri di testo, articoli scientifici, linee guida) in molti casi compare il bisogno di citare: protocolli, opuscoli informativi, tesi di laurea, interventi in convegni e congressi, leggi e decreti, altro.

Oltretutto, l'uso di software bibliografici adatti a generare la notizia bibliografica comporta in alcuni casi l'immissione manuale dei dati: infatti l'incontro con le complesse architetture fatte di maschere informatizzate divise per campi, non sempre risulta di primo acchito familiare ai non addetti ai lavori, così come risulta complicato individuare un manuale di stile bibliografico adatto (nella maggior parte dei casi in lingua inglese) e applicarne le regole.

Si è tenuto conto anche di quelle tipizzazioni che caratterizzano la bibliografia propria di una nazione: ad esempio per citare esaustivamente una legge italiana in vigore, sarebbe opportuno segnalare il numero di riferimento, il giorno, mese ed anno della sua promulgazione, la relativa pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* e via dicendo.

L'obiettivo è stato dunque quello di creare un manuale di stile bibliografico che porti nel complesso armonia, anche grafica, alle fonti citate e che guidi, attraverso tabelle ed esempi in lingua italiana, alla compilazione corretta della citazione bibliografica da inserirsi sia a fine lavoro che in nota. Il manuale in formato elettronico è stato poi messo a disposizione di infermieri, autori, studenti, altri, afferenti alla Fondazione Irccs Policlinico S. Matteo di Pavia che ne vogliano fare uso.

Si è tenuto conto dell'esigenza degli autori che necessitano di pubblicare un lavoro indipendente da riviste scientifiche (libri, tesi di laurea, documenti, revisioni, ecc.) e che debbano utilizzare un sistema di note a piè di pagina o a fine capitolo. Tuttavia, con qualche lieve variante riguardo il posizionamento del riferimento nota all'interno del corpo del testo, il manuale è in grado di rispondere anche alle esigenze bibliografiche di cui gli articoli scientifici necessitano.

Per portare in evidenza dal punto di vista grafico l'espressione della citazione bibliografica quale parte attiva di costruzione del documento, distinguendola contemporaneamente dal corpo del testo, è risultato utile porre il cognome dell'autore in stampatello maiuscolo. Tale sistema risulta pratico e utile per l'individuazione rapida del riferimento bibliografico sia a piè di pagina che all'interno del testo. Il medesimo discorso vale per l'elenco a fine documento, il quale risulta essere più leggibile ed ordinato. Il nome viene posto in stampatello minuscolo e citato per esteso: il documento risulta così essere espresso in modo esaustivo; tuttavia questo sistema è maggiormente funzionale per le monografie o le tesi, mentre può essere una regola che non favorisce l'autore nel momento in cui debba compilare un lavoro che richiede la citazione di molti articoli scientifici. Negli indici bibliografici internazionali è d'uso porre unicamente l'iniziale del nome dell'autore: da qui il compilatore del nuovo documento, per attenersi scrupolosamente alla nostra Regola, dovrebbe ricercare all'interno dell'articolo o del volume citato il nome completo, ma ciò sarebbe una dispersione di tempo e di energia. Per questa ragione la Regola ha previsto entrambe le forme. La citazione del titolo di un documento che gode di "vita propria" in riferimento alla forma di pubblicazione (ad esempio un libro) è riportata in corsivo; al contrario, con il fine di rendere più chiara la distinzione fra le forme di pubblicazione, la citazione di un lavoro compreso all'interno di un altro (ad esempio un capitolo di un libro o un articolo all'interno di una rivista) andrà riportato in stampatello e compreso fra virgolette. Il corsivo in questo ultimo caso verrà impiegato per nominare il documento che comprende la sezione nominata fra virgolette, sia esso un volume o una rivista. Per la parte editoriale della citazione si sono individuate due formule distinte.

In sintesi le figure fondamentali sono le seguenti:

- per le monografie: Luogo di edizione: editore, anno di pubblicazione. Ad esempio, Milano: Masson, 2001.
- per l'articolo scientifico, similmente al Vancouver style: *Nome della rivista*, Anno; Numero del volume (numero del fascicolo): Pagine entro cui è compreso. Ad esempio, Int j nurs stud., 2013; 50 (1): 1-4.

Nelle prossime tabelle porteremo degli esempi legati alla citazione delle tipologie dei documenti maggiormente utilizzati, citazione espressa attraverso le figure bibliografiche degli stili più conosciuti: Vancouver, Apa 6th Ed. e Harvard. Inseriamo la figura della nostra citazione nominandola Regola e comparandola alle altre.

Tabella 2 - Esempio di citazione di una monografia in bibliografia	
Regola	MANZONI Edoardo, <i>Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica</i>, Milano: Masson, 2001.
Vancouver	Manzoni E. Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica. Milano: Masson; 2001.
Apa 6th Ed.	Manzoni, E. (2001). <i>Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica</i> . Milano: Masson.
Harvard	Manzoni, E. 2001, <i>Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica</i> , Masson, Milano.

Tabella 3 - Esempio di citazione di un capitolo di una monografia in bibliografia	
Regola	CROTTI PASI Renata, “L’attività dell’Ospedale San Matteo nel primo secolo di vita (1448-1548)”, in: <i>L’Ospedale San Matteo di Pavia: fatti e problemi del passato</i>, a cura di Dante Zanetti, Pavia: Amministrazione dell’Ospedale San Matteo, 1994, 33-85.
Vancouver	Crotti Pasi R. L’attività dell’Ospedale San Matteo nel primo secolo di vita (1448-1548). In: Zanetti D, editor. <i>L’Ospedale San Matteo di Pavia: fatti e problemi del passato</i> Pavia: Amministrazione dell’Ospedale San Matteo; 1994. p. 33-85.
Apa 6th Ed.	Crotti Pasi, R. (1994). L’attività dell’Ospedale san matteo nel primo secolo di vita (1448-1548). In D. Zanetti (Ed.), <i>L’Ospedale san matteo di pavia: Fatti e problemi del passato</i> (pp. 33-85). Pavia: Amministrazione dell’Ospedale San Matteo.
Harvard	Crotti Pasi, R. 1994, "L’attività dell’Ospedale San Matteo nel primo secolo di vita (1448-1548)" in <i>L’Ospedale San Matteo di Pavia: fatti e problemi del passato</i> , ed. D. Zanetti, Amministrazione dell’Ospedale San Matteo, Pavia, pp. 33-85.

Tabella 4 - Esempio di citazione di un articolo scientifico in bibliografia	
Regola	MERIGGI Francesco, GRAMIGNA Paolo, TRAMELLI Paola, “About usefulness of kalemia monitoring after blunt liver trauma”, <i>HPB Surgery: A World Journal of Hepatic, Pancreatic and Biliary Surgery</i>, 2012:279708.
Vancouver	Meriggi F, Gramigna P, Tramelli P. About usefulness of kalemia monitoring after blunt liver trauma. <i>HPB Surg</i> 2012;2012:279708.
Apa 6th Ed.	Meriggi, F., Gramigna, P., & Tramelli, P. (2012). About usefulness of kalemia monitoring after blunt liver trauma. <i>HPB Surgery: A World Journal of Hepatic, Pancreatic and Biliary Surgery</i> , 2012, 279708. doi: 10.1155/2012/279708
Harvard	Meriggi, F., Gramigna, P. & Tramelli, P. 2012, "About usefulness of kalemia monitoring after blunt liver trauma", <i>HPB surgery : a world journal of hepatic, pancreatic and biliary surgery</i> , vol. 2012, pp. 279708.

Per quanto riguarda le note a piè di pagina o a fine capitolo di un elaborato che non sia un articolo scientifico (libro, tesi, ecc.), la tabella seguente illustra le formule utilizzate dalla Regola e applicate alle tipologie delle fonti più comuni: monografia (libro), capitolo (o parte importante) di un volume, articolo scientifico.

Tabella 5 - Esempio di nota a piè di pagina o a fine capitolo	
Monografia	E. MANZONI, <i>Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica</i> , 44.
Capitolo	R. CROTTI PASI, "L'attività dell'Ospedale San Matteo nel primo secolo di vita (1448-1548)", in: <i>L'Ospedale San Matteo di Pavia</i> , 33-85.
Articolo	F. MERIGGI, P. GRAMIGNA, P. TRAMELLI, "About usefulness of kalemia monitoring after blunt liver trauma", <i>HPB Surgery</i> , 2012:279708.

L'architettura degli articoli pubblicati in letteratura scientifica prevede l'utilizzo di due principali sistemi di riferimento:

- ponendo fra parentesi rotonda all'interno del corpo del testo il cognome dell'autore in associazione all'anno di pubblicazione del documento (in questo caso la bibliografia seguirà in coda l'ordine alfabetico per autore o, in mancanza di esso, per la lettera iniziale della prima parola significativa del titolo);
- inserendo un numero in cifre arabe (in questo caso la bibliografia in coda osserverà una sorta di ordine di apparizione in riferimento al testo).

Rispetto a ciò si è pensato ad una soluzione diversa. Come visibile nella tabella seguente, nel momento in cui un documento abbia più di un autore, si prevede la citazione del primo seguito da *et. Al.*, mentre sono due le novità più evidenti in campo bibliografico:

- l'uso della formula (COGNOME, numero di pagina/e) al posto della consueta (Cognome, data di pubblicazione);
- l'espressione (COGNOME: numero di pagina/e) per la citazione dell'articolo scientifico; l'espressione (COGNOME, numero di pagina/e) per tutti gli altri documenti. Tale funzione risulta utile per individuare, senza distogliere l'attenzione dalla lettura per consultare la bibliografia in coda, la tipologia documentaria utilizzata per la costruzione del lavoro in fase di consultazione.

Tabella 6 - Esempio di nota all'interno del testo	
Monografia	(MANZONI, 44)
Capitolo	(CROTTI PASI, 33-85)
Articolo	(MERIGGI et. Al.: 279708)

Conclusioni

Valutati e quantificati i tassi di errore in letteratura infermieristica, appurato il fatto che il contributo umano è indispensabile anche quando ci si affida per la realizzazione delle citazione bibliografica ai sofisticati sistemi dei software dedicati; tenuto conto del fermento, cambiamenti di stile e personalizzazioni significative legate all'area delle citazioni bibliografiche, è parso opportuno e giustificato creare uno stile bibliografico originale dedicato all'infermieristica.

Comparata all'utilizzo degli stili bibliografici più in uso, la Regola appare parimenti funzionale, semplice da applicarsi ed adatta alla tipologia di documenti citati in questo campo. L'implementazione su larga scala della Regola, future revisioni, aggiustamenti e applicazioni, può contribuire a distinguere la letteratura infermieristica dal resto della documentazione scientifica.

BIBLIOGRAFIA

- Blobaum, P M (2009). *Resources for supporting the Apa publication style*. Journal of hospital librarianship, 9(2), 204-209.
- Gulpers M J M, Bleijlevens M H C, Capezuti E, van Rossum, E, Ambergen, T, & Hamers, J P H (2012). *Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: a quasi-experimental study*. International journal of nursing studies, 49(12), 1473-1479.
- Icmje - International committee of medical journal editors (2012). *Requisiti di uniformità per i manoscritti da sottoporre alle riviste biomediche per la pubblicazione: stesura ed editing di pubblicazioni scientifiche*. Evidence, 4(4), e1000012.
- *Information for authors* (2011). Nursing outlook, 59(6), e1.
- Oermann M H, Cummings S L, Wilmes N A (2001). *Accuracy of references in four pediatric nursing journals*. J Pediatr Nurs, 16(4), 263-8.
- Oermann M H, Ziolkowski L D (2002a). *Accuracy of references in three critical care nursing journals*. J Perianesth Nurs, 17(2), 78-83.
- Oermann M H, Wilmes N A, Braski P (2002b). *Reference accuracy in neonatal-maternal nursing literature*. Neonatal Netw, 21(1), 23-6.
- Oermann M H, Wilmes N A (2005). *How accurate are references in nursing journals?* Nurse author Ed, 15(4), 1-4.
- Peh W C G, Ng K H (2009). *Writing a case report*. Singapore Med J, 50(7):659-662.
- Smith C M, Baker B (2007). *Technology in nursing scholarship: use of citation reference managers*. Int J Ment Health Nurs, 16(3), 156-60.
- Suk M H, Jang H J, Park J S, Kim H W, Suh Y O, Shin H S, Yang J, Jung M S, Chung M S (2008). *Accuracy of references in eight nursing journals in Korea*. Taehan Kanho Hakhoe Chi, 38(1), 180-5.
- Taylor M K (1998). *The practical effects of errors in reference lists in nursing research journals*. Nurs Res, 47(5), 300-3.



ESPERIENZE

La percezione della professione infermieristica fra i giovani

di *Papa Antonella (1), Masera Giuliana (2), Paola Siri (3)*

(1) Infermiera

(2) Professore a c. di Filosofia dell'assistenza, Università degli Studi di Parma

(3) Presidente Collegio Ipasvi di Parma

Corrispondenza: antonella8ss@hotmail.it

Oggi nella letteratura internazionale diversi studi stanno indagando nella popolazione la percezione della figura dell'infermiere (Fealy, 2004). Tale immagine risulta sempre fortemente influenzata dalla cultura specifica di appartenenza e varia a seconda del contesto socio culturale e delle politiche di salute prevalenti. Parallelamente è importante capire se la professionalità degli infermieri dimostrata sul campo è più forte dei luoghi comuni e degli stereotipi ancora presenti nel sentire collettivo comune.

Diverse indagini sociologiche hanno tentato di dare risposta a questo tema. Nella nostra indagine si è cercato di comprendere come la professione infermieristica venga percepita da un gruppo di studenti di istituti superiori del territorio parmense e da un gruppo di studenti iscritti all'Università degli Studi di Parma (escludendo dal campionamento gli studenti iscritti al Corso di laurea in Infermieristica). In particolare si sono indagate le conoscenze, gli atteggiamenti e l'opinione nei riguardi di questa professione, attraverso domande che spaziano dalla conoscenza inerente il percorso formativo alle competenze legate all'ambito assistenziale. L'indagine è stata condotta nel periodo di maggio-giugno 2011, attraverso un questionario.

Cosa pensano i giovani degli infermieri

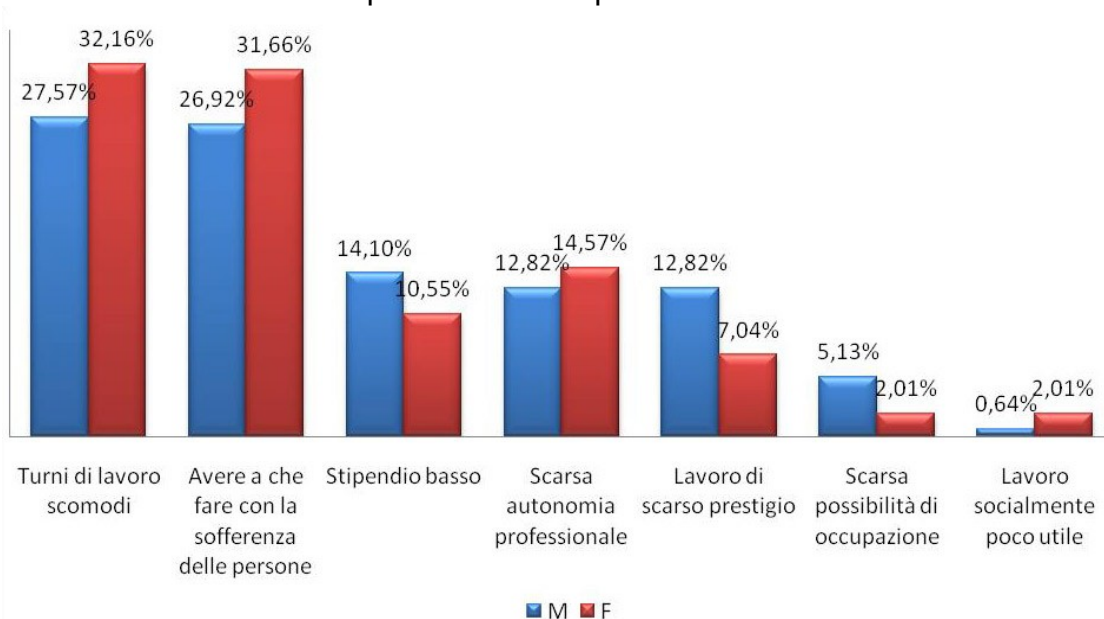
Sono stati intervistati 210 studenti, tra i 18 e i 31 anni. Gli studenti universitari sono risultati provenienti dalle Facoltà di Economia, Lettere e filosofia, Medicina e chirurgia, Giurisprudenza.

Il 79% degli intervistati considera la professione infermieristica non legata all'appartenenza di genere, mentre per il 20% la professione infermieristica è connotata al femminile. L'1% ritiene invece che sia una professione maschile.

La professione infermieristica viene vista come "collaborativa con altre figure professionali" (20,57%), "di responsabilità nei confronti del paziente" (18,07%), "utile" (15,38%) e "relazionale" (12,88%). Una minoranza (4,65%) ritiene che sia una professione "scarsamente autonoma" e con "scarso riconoscimento sociale". Meno incoraggiante risulta il fatto che pochi la considerino una professione "educativa" (4,11%) e "attenta alla persona nella sua globalità" (8,41%).

Tra gli aspetti critici di questa professione gli studenti enunciano: i "turni di lavoro scomodi" (30,14%), "avere a che fare con la sofferenza delle persone" (29,58%), la "scarsa autonomia professionale" (13,80%), "lo stipendio basso" (12,11%), "lavoro di scarso prestigio" (9,58%), la "scarsa possibilità di occupazione" (3,38%), un "lavoro socialmente poco utile" (1,41%) (**Grafico 1**).

Grafico 1 - Aspetti critici della professione infermieristica



Gli studenti intervistati parlano dell'infermiere come di un professionista "frettoloso" (17,54%), ma anche "gentile" (16,60%) e "disponibile" (15,30%). L'aggettivo "stressato" (13,81%), ritenuto negativo, presenta una sostanziale frequenza nelle risposte. Ulteriormente qualcuno lo descrive come "competente" (12,50%), "attento" (11,38%), "arrogante" (9,14%). Un'esigua percentuale segnala l'aggettivo "premuroso" (3,73%) (**Grafico 2**).

Grafico 2 - Caratteristiche dell'infermiere secondo il campione



Poco più della metà del campione (54,76%) è a conoscenza che l'infermiere, per esercitare la sua attività, debba essere iscritto ad un albo professionale. Invece oltre la metà degli intervistati (61,43%) dichiara di non conoscere l'opzione della libera professione per l'infermiere. Tra le due categorie di studenti risultano essere più informati gli studenti universitari, con un 46,60% di risposte positive, rispetto agli studenti delle superiori (30,84%).

Si è chiesto poi a ciascun interpellato di descrivere con una sola parola la professione infermieristica da un punto di vista soggettivo. Considerando le notevoli difficoltà per effettuare un'analisi di standardizzazione, è stato riportato l'elenco delle singole risposte. Non hanno risposto a questa domanda 45 studenti su 210.

Tabella 1 - Come descrivere la professione infermieristica?			
Termine	N°	Termine	N°
affidabile	1	mediocre	1
aghi	1	menefreghista	1
aiutante	8	necessario	10
amichevole	2	passione	1
amore	1	paziente	3
anziani	1	poco considerato	1
assistente tecnico	1	prelievo	2
assistenza	1	premuroso	2
attenzione	6	presuntuoso	1
ausiliare	1	professionale	2
bianco	1	puntura	1
capace	2	quasi medico	1
catetere	1	rassicurante	1
coadiuvante	1	reattivo	1
collaboratore	4	relazioni interpersonali	1
competenza	6	reparto	1
conforto	1	responsabilità	10
coraggioso	3	saccente	1
cura	1	sangue	1
dedizione	1	sanità	1
di supporto	1	sempre presente	1
disponibilità	7	servizievole	3
divisa	3	servo	1
educatore sanitario	1	siringa	1
empatico	1	soccorso	1
essenziale	1	solidale	2
farmaci	1	sostegno	3
figura subordinata	1	sottovalutata	1
flebo	1	supporto	1
fondamentale	2	troppo impegnato	1
frustrato	1	ubiquitario	1
importante	2	umanità	3
impossibile generalizzare	1	umile	3
indispensabile	11	utile	17
inutile	1	utile e inutile	1
malattia	1	vigile	1
mediatore	1		
Totale risposte 165			

Conclusioni

Una professione non vive se non è socialmente visibile. Oggi siamo in una fase di passaggio in cui gli sforzi e le energie orientati al miglioramento dell'immagine sociale dell'infermiere risultano decisivi per lo sviluppo della professione.

Non sempre i mezzi di comunicazione aiutano in questo percorso. Suzanne Gordon⁽¹⁾, giornalista statunitense, ha scritto in questi ultimi vent'anni numerosi saggi sugli infermieri, raccontando le loro storie di vita e di lavoro e cercando di trasmetterne un'immagine diversa, meno stereotipata e più aderente alla realtà. Nella realtà odierna la professione tutta dovrebbe dare maggior visibilità a questo tipo di assistenza (Toivanen, 2006)⁽²⁾.

Un recente studio condotto nel Lazio (Stievano et al., 2012) ha esplorato, attraverso focus group, i fattori che influenzano e favoriscono la consapevolezza di dignità professionale infermieristica, individuando importanti valori quali il rispetto, l'integrità morale, l'umiltà, la gentilezza, al fine di un adeguato riconoscimento professionale⁽³⁾.

Confrontare con la comunità civile il significato di essere infermieri significa promuovere l'immagine della professione, partecipando attivamente al lungo processo di riconoscimento della professione nella società, ribadendo con determinazione e costanza le competenze distintive infermieristiche, in particolare quelle ontologiche, e sviluppando una comunicazione efficace del proprio operato. Spesso quello che non viene comunicato è come se non esistesse. Questo potrebbe essere un modo per migliorare alcune caratteristiche negative emerse dall'indagine in oggetto. Ricerche recenti hanno inoltre evidenziato come l'introduzione di corsi di etica collegata alle pratiche infermieristiche nelle diverse situazioni cliniche, consenta di recuperare nei professionisti una riflessione sulla propria identità professionale (Hartrick, Doane, 2002)⁽⁴⁾.

La possibilità per i professionisti della salute di avere riferimenti importanti quali i codici deontologici ed il loro insegnamento nei percorsi universitari costituisce senza dubbio un obiettivo importante da perseguire (Numminen et al., 2009)⁽⁵⁾.

[1] Gordon S. *Nursing against the odds: how health care cost-cutting, media stereotyping and medical hubris undermines nurses*. Cornell University Press, *The culture and politics of health care work*.

[2] Toivanen L. Book Review: *Nursing against the odds. How health care cost cutting, media stereotypes, and medical hubris undermine nurses and patient care*. Nurs ethics, March 2006; vol. 13, 2: pp. 210.

[3] Stievano A, De Marinis M, Russo M, Rocco G, Alvaro R. *Professional dignity in nursing in clinical and community workplaces* Nurs ethics, May 2012; vol. 19, 3: pp. 341-356.

[4] Gweneth A, Hartrick Doane. *Am I still ethical? The socially-mediated process of nurses' moral identity*. Nurs Ethics, November 2002; vol. 9, 6: pp. 623-635.

[5] Numminen O, Van der Arend A, Leino-Kilpi H. *Nurse educators' and nursing students' perspectives on teaching codes of ethics*. Nurs ethics, January 2009; vol. 16, 1: pp. 69-82.

ESPERIENZE

La prassi del case management infermieristico in Emilia-Romagna: l'identikit professionale del case manager infermieristico

di *Berti Lucia, Infermiere Case manager - Ausl di Piacenza*

Corrispondenza: l.berti@ausl.pc.it

Il Case management (Cm) è un processo collaborativo di valutazione, pianificazione, facilitazione e advocacy per le scelte e le prestazioni, al fine di venire incontro ai bisogni individuali di salute attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, per promuovere outcome di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia. Il Cm è un modello organizzativo di assistenza che negli ultimi dieci anni ha riscosso grande interesse nel mondo infermieristico.

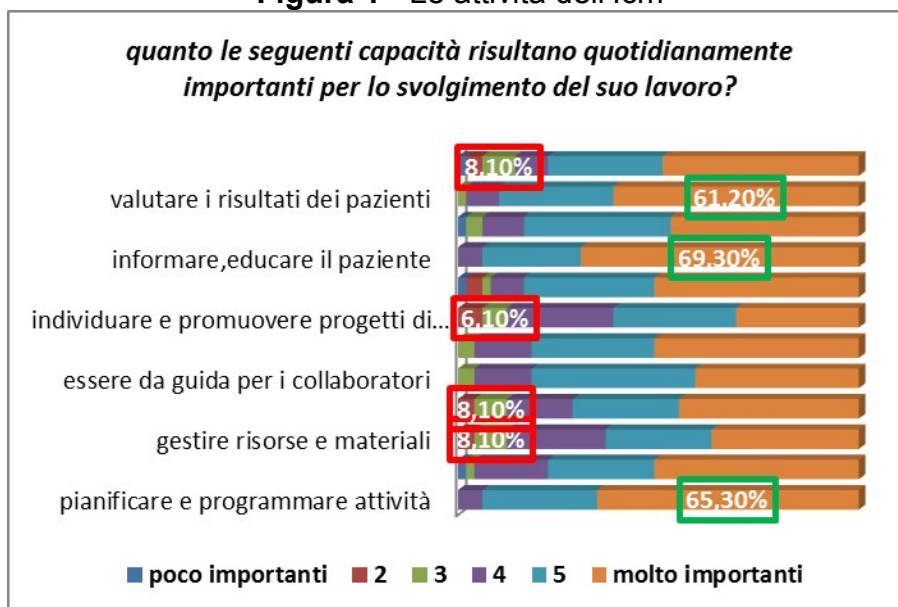
Manthey sostiene, però, che il modello organizzativo da solo non fa la differenza: molto dipende dalle competenze degli individui. Le competenze dell'infermiere case manager (Icm) sono molteplici e integrate e riguardano sia gli aspetti propri della professione, sia aspetti relativi alla capacità gestionale ed organizzativa.

Chi è l'Infermiere Case manager? È un infermiere specializzato o specialista? È un infermiere competente e con esperienza? È piuttosto un coordinatore con enfasi sul management clinico?

Lo scopo dell'indagine condotta nella nostra azienda, che è parte di un più ampio approfondimento svolto sul tema, è stato appunto quello di tracciare una sorta di identikit professionale dell'Icm, ponendo una certa enfasi sulle competenze proprie del ruolo. Il campione, inteso come unità rappresentativa della popolazione Icm, è stato individuato tra coloro che prestano servizio nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali dell'Emilia-Romagna, regione italiana pioniera nell'implementazione del Cm.

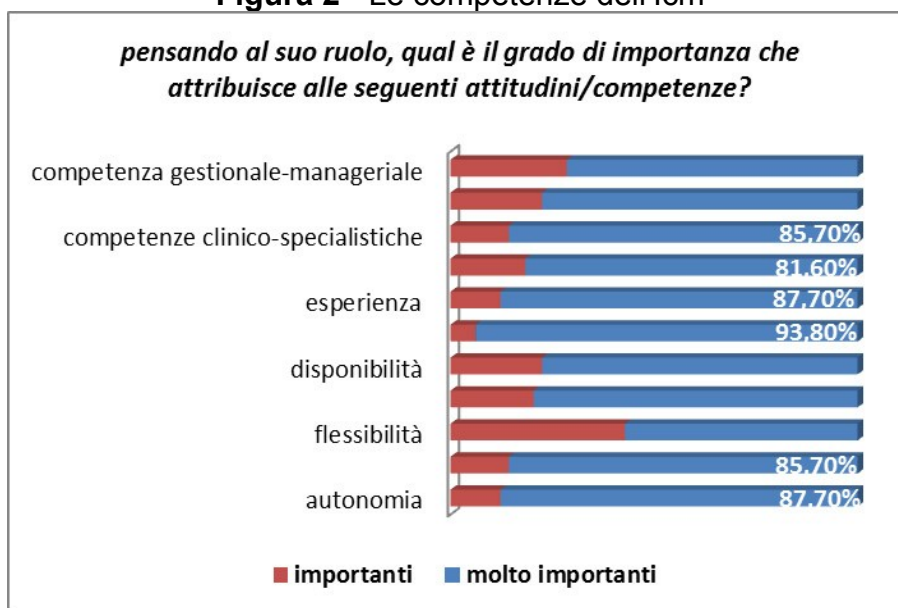
Lo strumento d'indagine considerato più appropriato allo scopo è stato il questionario. La scala di misurazione qualitativa utilizzata è stata una scala a differenza semantica da 1 a 6 che valutava l'importanza degli item (1 = *poco importante* e 6 = *molto importante*). I valori 1 e 2 erano considerati negativi, 3 e 4 mediamente positivi, 5 e 6 molto positivi. I questionari sono stati somministrati nel periodo ottobre-novembre 2011 tramite mail, utilizzando anche il passaparola tra i diversi professionisti; in tutto ne sono stati restituiti 49. L'analisi dei questionari fa emergere che *l'educazione e l'informazione al paziente* rappresentano il fulcro dell'attività dell'Icm (**Figura 1**).

Figura 1 - Le attività dell'Icm



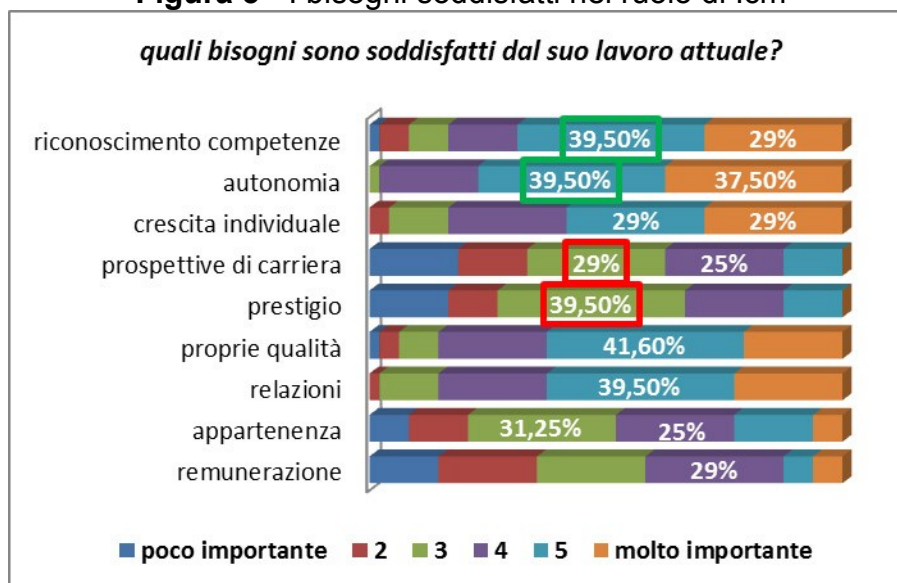
Le competenze relazionali sono, per l'Icm, prioritariamente importanti (**Figura 2**); seguono l'autonomia e l'esperienza, la competenza clinico-specialistica e il lavoro di gruppo.

Figura 2 - Le competenze dell'Icm



L'Icm si presenta come un professionista con un forte legame relazionale con il paziente, che opera in autonomia grazie alla propria esperienza e competenza specialistica. Non sono ritenute particolarmente importanti sia la flessibilità, sia la competenza gestionale-manageriale. Questo conferma, quindi, il valore specialistico del ruolo rispetto a quello manageriale.

Molto interessanti sono state le risposte degli intervistati circa i bisogni soddisfatti dal proprio lavoro attuale (**Figura 3**).

Figura 3 - I bisogni soddisfatti nel ruolo di lcm

Il grado maggiore di soddisfazione è attribuito all'autonomia e al riconoscimento del proprio livello di competenze. Sono, invece, assolutamente in un range negativo il prestigio, le prospettive di carriera, la remunerazione e il senso di appartenenza.

Alla domanda con risposta aperta riguardante gli aspetti migliorabili del ruolo, solo 22 colleghi hanno espresso un'opinione e/o una specifica richiesta. Analizzando ognuna delle risposte sono stati evidenziati dapprima i concetti ritenuti più pertinenti all'indagine (es.: formazione, legislazione, collaborazione); in seguito sono state create delle macro-aree utili a descrivere con maggiore chiarezza quanto indicato dai colleghi, suddivise come segue:

- dimensione formativa;
- dimensione legislativa;
- dimensione relazionale;
- dimensione manageriale;
- dimensione assistenziale.

La dimensione *formativa* è molto sentita dall'icm; le parole formazione e aggiornamento sono ripetute più volte, rilevandone la scarsità o addirittura la mancanza. La dimensione *legislativa* è orientata al paziente e ai suoi diritti; il termine anglosassone *advocacy*, utilizzato costantemente nella letteratura specifica come una delle attività fondamentali dell'icm, assume il significato di supporto attivo alla causa del paziente (Tahan, 2005) anche in termini di giustizia sociale e sanitaria. I colleghi a questo proposito lamentano la loro inadeguatezza nel sostenere i diritti dei loro pazienti.

La dimensione *relazionale* si conferma, come già sottolineato, una competenza prioritaria. Le parole relazione, confronto e collaborazioni si ripetono più volte e non solo con riferimento al paziente e ai familiari, ma anche ai colleghi e collaboratori. C'è, quindi, una forte necessità e volontà da parte degli icm di migliorare le proprie abilità comunicative e relazionali, perché sono sentite all'interno del ruolo come strumenti indispensabili di lavoro.

La dimensione *manageriale* assegna all'icm la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza dei pazienti durante la loro presa in carico (Chiari, Santullo, 2010); alcuni colleghi intervistati rimarcano la necessità di mantenere e migliorare tale competenza e altri reclamano maggiore autonomia.

La dimensione *assistenziale* si riferisce alla clinica e alla qualità dell'assistenza: l'Icm è un clinico specializzato e come tale governa entrambe. Per erogare il servizio migliore, nel modo migliore e con i migliori risultati è necessario un continuo aggiornamento specifico nel proprio ambito assistenziale.

L'aspetto, però, che maggiormente si voleva indagare era la relazione tra le competenze agite e/o richieste dai professionisti Icm e il percorso formativo del Corso di alta formazione in Case management (Chiari, Santullo, 2010) e dei Master specialistici e di coordinamento (Federazione Nazionale Collegi Ipasvi) Le riflessioni che si possono avanzare sono le seguenti:

- il Master risulta senza dubbio il percorso di formazione più idoneo al Case management;
- la dimensione legislativa intesa come *advocacy* è praticamente assente;
- la dimensione relazionale è presente in parte, poiché si orienta selettivamente o verso il cliente interno (colleghi, medici ecc.) o verso il cliente esterno (paziente e caregiver);
- il Master di Coordinamento può compensare le lacune manageriali;
- il Corso di alta formazione sembra possa essere utile a professionisti non specializzati ma con esperienza o a coordinatori con enfasi sulla clinica.

Ideale, quindi, potrebbe essere una formazione che preveda la frequenza a tutti i percorsi di studio proposti o quantomeno ai due Master che coprono la maggior parte del fabbisogno formativo dell'Icm.

Considerazioni conclusive

L'indagine condotta non vuole certamente essere esaustiva del Case management infermieristico; tuttavia i risultati permettono da una parte di avere una fotografia realistica della base operativa e dall'altra di porre spunti di riflessione, nonché di miglioramento, soprattutto relativamente alla parte formativa.

I dati confermano che l'Icm:

- è un infermiere specializzato clinico con enfasi sul cliente/paziente;
- ha richieste formative soprattutto in campo relazionale e legislativo e in misura minore in ambito manageriale e assistenziale;
- ha nell'espressione della propria autonomia e nella riconoscenza del paziente la maggiore soddisfazione.

Questo modello organizzativo ha già dimostrato nel nostro Paese di migliorare la qualità dell'assistenza grazie alla presa in carico personalizzata al caso, ma è divenuto altresì necessario consentire agli Icm di avere una loro identità culturale e professionale.

BIBLIOGRAFIA

- Chiari P, Santullo A. *L'infermiere case manager: dalla teoria alla prassi*, McGraw Hill, Milano 2010.
- Cohen E. Cesta T. *Nursing case management. From essentials to advanced practice applications*. Elsevier Mosby, United States of America 2005.
- Manthey M. *La pratica del primary nursing*. Il pensiero scientifico editore, Roma 2008.
- Morelli U. De Togni G. *Coordinatori infermieristici: competenze e qualità nelle relazioni di cura*. Guerini Studio, Milano 2010.
- Tahan H. *Insights to effective transition from care giver to case manager*. Cmsa Tpday, Issue 3/2011.

ESPERIENZE

La capacità empatica degli infermieri di area chirurgica

di *Simona Facco (1)*, *Luigi Cirio (1)*, *Jenny Galante (2)*, *Valerio Dimonte (3)*

(1) *Infermieri, Ao Città della salute e della scienza di Torino*

(2) *Infermiera*

(3) *Professore associato in Scienze infermieristiche - Università degli Studi di Torino*

Corrispondenza: simona.facco@unito.it

L'empatia nella relazione di cura è la capacità dell'operatore di vedere la situazione con gli occhi del paziente, di entrare nei suoi pensieri, nei suoi significati, anche se sono diversi dai nostri, entrando in contatto con ciò che prova (paura, angoscia, preoccupazione, insoddisfazione); in termini più comuni, può essere indicata come il mettersi nei panni dell'altro.

È indubbio che i pazienti preferiscano trovarsi di fronte un professionista sanitario non soltanto ben preparato, ma anche empatico ovvero disposto ad ascoltare, a capire i loro stati d'animo e, se necessario, a lanciare uno sguardo comprensivo, a dire una parola di conforto, ad allungare la mano per un contatto emotivo.

Il vantaggio non è solo per i malati, visto che l'empatia in clinica è associata ad un esito migliore della malattia e ad una maggior soddisfazione degli operatori. Infatti l'empatia nella relazione di cura è stata messa in relazione a migliori risultati terapeutici (*outcome*), migliore soddisfazione del paziente e a minori contenziosi medico-legali tra operatori e pazienti (Sobel, 2000). La letteratura suggerisce che la persona empatica non solo comprende, ma condivide e partecipa allo stato emotivo dell'altro (Hojat 2002): si delinea quindi sia una dimensione cognitiva, sia una dimensione affettiva dell'empatia. Le due dimensioni di condivisione emotiva (componente affettiva) e di comprensione del vissuto dell'altro (componente cognitiva) sono considerate entrambe determinanti al fine di generare una risposta empatica.

Il continuo crescere della richiesta di salute, il proliferare di innovazioni tecnologiche in ambito della medicina ha fatto nascere la necessità di umanizzare l'assistenza, pertanto le *counseling skills* sono considerate non meno importanti delle altre (competenza clinica e tecnico-operativa) da acquisire nel percorso formativo del professionista sanitario. Abbiamo voluto pertanto esplorare la capacità empatica degli infermieri di un determinato settore clinico. Le nostre ipotesi di partenza, nello sviluppare questo studio sono state diverse: le donne sono più empatiche degli uomini? L'anzianità di servizio influisce negativamente sull'empatia?

Come misurare l'empatia degli infermieri?

Per misurare la capacità empatica dei colleghi abbiamo utilizzato uno strumento di autovalutazione dell'empatia, creato per gli studenti di medicina e in seguito adattato anche ai professionisti sanitari: la "*Jefferson scale of physician empathy (Jspe) - versione Hp*". Il punteggio totale ricavato dalla compilazione del questionario può variare da 20 a 140, dove al valore maggiore corrisponde una capacità empatica più elevata (Hojat, 2002).

Il questionario è stato somministrato nel corso del mese di dicembre 2012 a tutti gli infermieri delle 7 unità chirurgiche del presidio ospedaliero Cto (Centro traumatologico ospedaliero) di Torino, peraltro sede di tirocinio del Corso di laurea in Infermieristica. Sono stati distribuiti 70 questionari, di cui compilati e restituiti 60 (86%).

L'età media degli intervistati è risultata di 38 anni, con il 63% di donne e il 37% di uomini. Il 43% dei rispondenti possiede un titolo di studio universitario, mentre il 57% ha una formazione professionale regionale. La media degli anni di servizio è 12,6 anni. Il 78% delle persone intervistate non ha partecipato a corsi di formazione sulla relazione d'aiuto. La media dei punteggi di empatia è risultata di 101.63 su 140 (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Empatia degli infermieri nei vari servizi

Area chirurgica	N° infermieri/%	Media Empatia
Neurochirurgia	9 (15%)	101.78
Chirurgia del bacino	10 (17%)	98.1
Chirurgia plastica	9 (15%)	85.33
Ortopedia traumatologia	6 (10%)	121
Chirurgia vertebrale	8 (13%)	101.5
Ortopedia	8 (13%)	102
Chirurgia generale	10 (17%)	107.9
Media totale	60	101.63

La media dell'empatia nelle donne è risultata 101.58, mentre negli uomini è di 101.73 (**Tabella 2**). Gli infermieri più grandi di età sembrerebbero presentare un livello di empatia inferiore rispetto ai colleghi più giovani, anche se la differenza non è significativa (Tabella 2).

In riferimento alle ipotesi iniziali non è emersa quindi una differenza tra il punteggio di empatia ottenuto dalle donne e il punteggio ottenuto dagli uomini intervistati. Numerose ricerche precedenti si discostano altresì da quanto emerso dall'esperienza condotta, in quanto le donne presentavano punteggi di empatia significativamente più alti rispetto agli uomini (Hojat, 2002; Faye, 2011; Fields, 2011), probabilmente perché nel nostro studio il numero degli uomini intervistati è risultato notevolmente inferiore rispetto al numero complessivo delle donne.

È emerso inoltre che all'aumentare degli anni di esercizio della professione vi è una riduzione del punteggio di empatia, come già risulta da uno studio condotto su studenti di medicina, dove l'empatia è maggiore durante il I anno del corso e diminuisce dal III anno in poi. Lo stress dovuto alle problematiche lavorative, quali i turni, le relazioni con i pazienti ed i famigliari, i rapporti con i colleghi, le responsabilità proprie della professione infermieristica, potrebbe essere la causa della riduzione dell'empatia.

Alcuni ricercatori ritengono che l'empatia sia uno stato di personalità che può diminuire durante l'esercizio professionale, ma può anche essere migliorata con attività educative e corsi mirati (Libba, 2007). Altri riferiscono che l'empatia sia una caratteristica personale che non può essere insegnata facilmente.

Questo argomento è ancora oggi oggetto di discussione da parte degli esperti, perciò sarebbe utile approfondirlo con ricerche mirate sul tema.

Tabella 2 - Comparazione tra gruppi sulla base del punteggio di empatia	
Variabili	Media Empatia
Genere	-
Donna (n=38)	101.58
Uomo (n=22)	101.73
Età	-
20-29 (n=12)	104.40
30-39 (n=22)	102.18
40-49 (n=19)	104.56
50-59 (n=7)	93.37
Nazionalità	-
Italiana (n=59)	101,63
Altra (n=1)	96
Scolarità'	-
Diploma(n=34)	98.74
Laurea (n=26)	110,04
Anni di servizio	
1-5 (n=17)	106,53
5-10 (n=9)	103,33
10-15 (n=10)	96,2
15-20 (n=16)	100,31
20-30 (n=8)	98,75
Corsi	-
No (n=47)	99
Si (n=13)	111.15

Conclusioni

Il problema dell'umanizzazione è divenuto estremamente urgente e attuale in Italia da quando, pochi anni fa, un'indagine condotta dal Tribunale del malato su oltre 20.000 pazienti ha constatato che la quasi totalità (98%) degli interpellati lamentava l'atteggiamento indifferente o addirittura scostante di molti operatori sanitari. Questi comportamenti sono incompatibili con quanto affermato nel Codice deontologico degli infermieri (2009), in particolare nell'articolo 3 e nell'articolo 5.

In tutti gli studi svolti fino ad oggi è stata misurata l'empatia dei professionisti sanitari: negli studi futuri la ricerca sull'empatia dovrebbe opportunamente comprendere la prospettiva dei pazienti e dei famigliari, per far valutare loro il livello di empatia che gli operatori dimostrano verso ambedue. Inoltre sarebbe utile capire se l'empatia dei professionisti sanitari può essere influenzata dall'ambiente di lavoro in cui si trovano. Infine, avendo osservato come l'empatia diminuisce con l'aumentare degli anni di esercizio alla professione, sarebbe importante continuare a offrire supporti sia formativi che emotivi ai professionisti con più anzianità di servizio.

BIBLIOGRAFIA

- Sobel D S (2000). *The cost effectiveness of clinical behavioral medicine*. Journal of American medical associations. 284:1705.
- Hojat M, Gonnella J S, Mangione S, Nasca T J, Veloski J J, Erdmann J, Callahan C A, Magee M (2002). *Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty*. American journal of psychiatry, 159 (9): 1563-9.
- Faye A, Kalra G, Swamy R, Shukla A, Subramanyam A, Kamath R (2011). *Study of emotional intelligence and empathy in medical postgraduates*. Indian J Psychiatry, 53(2):140-4.
- Fields S K, Mahan P, Tillman P, Harris J, Maxwell K, Hojat M (2011). *Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson scale of physician empathy: health provider--student version*. J Interprof Care, 25(4):287-93.
- Libba R M (2007). *Empathy and empathic communication: nursing student perceptions of program effectiveness, academic experiences, and competence*. (dissertation) Auburn University, School of nursing 4:10.

ESPERIENZE

La percezione della qualità della vita nel paziente con sclerosi multipla in trattamento con *Natalizumab*

di *Mattia Morone (1), Franceschina Manconi (2)*

(1) Infermiere, Casa di cura Città di Bra

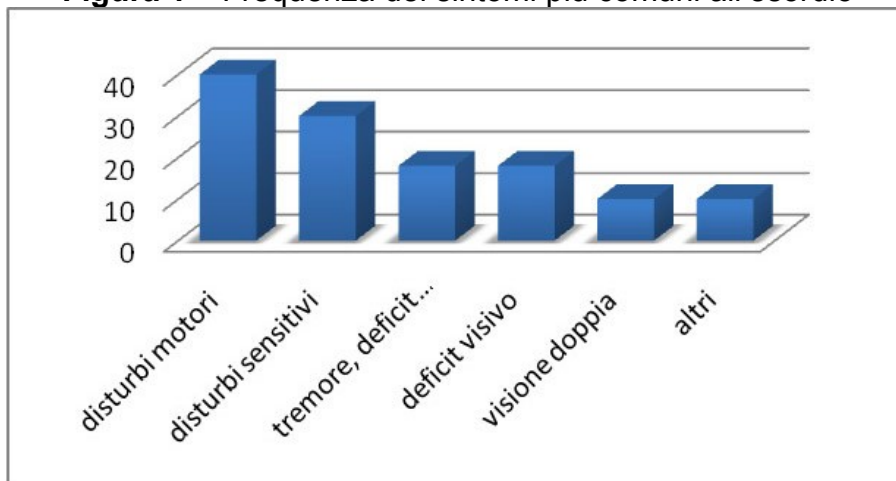
(2) Docente Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino

Corrispondenza: mattimoro@hotmail.it mattia.morone@pec.enpapi.it

La sclerosi multipla (Sm) colpisce, in genere, donne e uomini di età tra i 20 e i 30 anni, ovvero proprio nella fascia di età in cui si delinea il progetto di vita e si fanno scelte cruciali per il futuro (Scalfari et al., 2010; Ghezzi, Zaffaroni, 2007). La malattia colpisce il fisico in maniera complessa e multiforme, incidendo fortemente sulla sfera sociale della persona che ne è affetta, ma anche su quella dei familiari.

I segni e i sintomi d'esordio dipendono dalla localizzazione delle lesioni a livello cerebrale e possono essere molto variabili da soggetto a soggetto. Lo stesso vale per la frequenza con cui essi compaiono (Figura 1): alcuni sintomi sono decisamente frequenti, altri sono rari o compaiono solo dopo anni dalla diagnosi (Noseworthy et al., 2000).

Figura 1 – Frequenza dei sintomi più comuni all'esordio



Non essendo stata riconosciuta un'unica causa per la Sm, il trattamento non agisce sull'eziologia, piuttosto sui meccanismi con cui la malattia si sviluppa (Scalfari et al., 2010). Durante il decorso della malattia, secondo l'andamento (remissione e/o riacutizzazione), della risposta e della tolleranza al farmaco, il trattamento è adattato utilizzando farmaci definiti di prima, seconda, terza linea, fino alla quarta con l'uso delle cellule staminali. Questi nuovi trattamenti farmacologici sembrano portare dei risultati positivi: rallentano la progressione e l'evoluzione della malattia, garantendo una qualità di vita accettabile alle persone che ne sono affette.

La nostra esperienza

Per valutare la qualità della vita dei nostri pazienti, abbiamo preso in considerazione il trattamento con *Natalizumab*, un anticorpo monoclonale oggi approvato per le forme di Sm recidivante-remittente (Rr). Si tratta di un farmaco di seconda linea che interferisce con il passaggio delle cellule immunitarie attraverso la barriera ematoencefalica, impedendo quindi alle stesse di raggiungere e aggredire la mielina (Bielekova, Becker 2010; Stuve et al., 2008). La somministrazione per via endovenosa è eseguita una volta al mese. Abbiamo voluto valutare la percezione della qualità della vita dei nostri pazienti in trattamento con questo preparato, somministrando un questionario anonimo costituito da 25 domande chiuse a risposta multipla. Lo strumento d'indagine prendeva in considerazione le attività di vita quotidiana, l'attività lavorativa, la salute fisica e lo stato emotivo, la sfera sociale e il dolore. Per estrapolare le domande per noi più significative abbiamo utilizzato come riferimento la versione breve del questionario Sf-36 (12/94 IQOLA SF-36 Italian Version 1.6).

I questionari sono stati illustrati e somministrati a tutti i 26 pazienti, in trattamento con *Natalizumab*: nessun paziente ha avuto bisogno di supporto nella compilazione. La maggior parte delle persone che nel nostro centro sono sottoposte a questo specifico trattamento ha un'età compresa tra i 31 e i 45 anni (18 persone su 26) e sono per lo più donne (16 persone su 26). Per 21 persone la diagnosi risale a più di tre anni fa.

Al momento dell'indagine 18 pazienti lavoravano o studiavano.

I sintomi più frequenti nel tempo e lamentati dalla maggior parte dei pazienti sono: la debolezza e la fatica fisica (13 soggetti sul totale), il formicolio agli arti, le parestesie e la mancanza di equilibrio (12 soggetti sul totale).

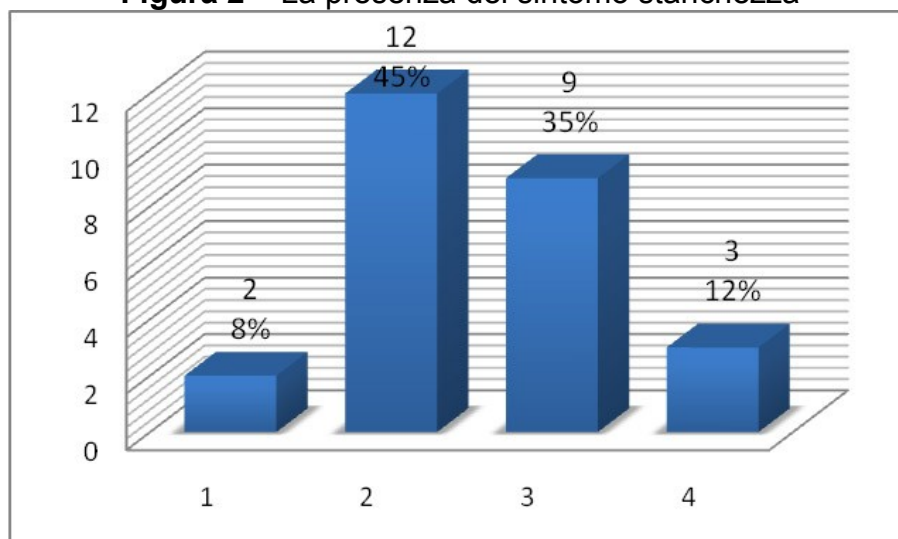
Solo 3 pazienti hanno manifestato gli effetti indesiderati descritti per il farmaco: affaticamento, dolori articolari e cefalea. Dall'analisi dei questionari compilati emerge che 19 persone considerano buono il proprio stato di salute, 14 invece riferiscono un deciso miglioramento dopo l'inizio del trattamento con *Natalizumab*.

Attività fisiche impegnative come correre, camminare, sollevare oggetti pesanti, attività che richiedono un impegno fisico moderato come spostare il tavolo, attività domestiche, non comportano alcuna difficoltà per la maggior parte delle persone. Anche attività come salire le scale, fare il bagno, vestirsi, fare acquisti, prendere l'autobus, inginocchiarsi e piegarsi sono svolte in completa autonomia o con pochissime difficoltà quasi da tutti.

A lamentare problemi nelle attività fisiche sono le persone in trattamento da più di un anno e con diagnosi superiore ai tre anni: 9 dei nostri pazienti hanno dovuto limitare in modo importante il tempo dedicato al lavoro e allo studio, mentre sette hanno riferito difficoltà nello svolgere le normali attività di lavoro.

Per la maggior parte delle persone (19) la malattia non è causa di difficoltà nella concentrazione; lo è, invece, per 7 soggetti. Nonostante la consapevolezza dell'evoluzione della malattia, il tono dell'umore è stato considerato buono da 13 pazienti. La stanchezza fisica è stata riferita da 24 persone: per alcune è stata occasionale, per altri, invece, più frequente (**Figura 2**).

Le aspettative dei pazienti nei confronti dei trattamenti sono risultate diversificate: alcuni si attendono un miglioramento almeno lieve, altri una stabilizzazione della malattia o un miglioramento significativo.

Figura 2 – La presenza del sintomo stanchezza

I pazienti che hanno risposto al questionario si collocano, per la maggior parte, tra il livello 1 e 4,5 della scala Edss (*Expanded disability status scale*), strumento che valuta le disabilità neurologiche. Sono infatti deambulanti e hanno deficit di grado lieve o moderato, non interferenti sull'autonomia o con minime limitazioni nell'attività completa quotidiana. Solo alcuni sono tra il livello 5 e 6 della scala: non sono completamente autonomi, hanno modeste limitazioni nelle attività di vita quotidiana e necessitano di assistenza saltuaria e costante.

I risultati che abbiamo ottenuto evidenziano la necessità di dotarci di uno strumento operativo per la documentazione dei problemi a carattere assistenziale dei pazienti in trattamento con *Natalizumab* nonché di una pianificazione assistenziale che favorisca l'integrazione tra professionisti.

BIBLIOGRAFIA

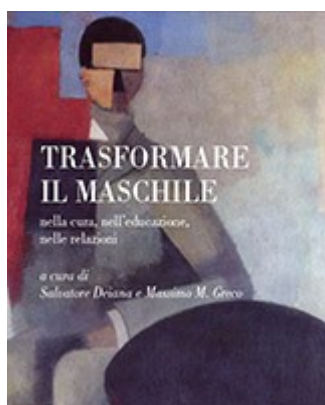
- Scalfari A et al. *The natural history of multiple sclerosis, a geographically based study 10: relapses and long-term disability*. Brain. 2010 Jul;133(Pt 7):1914-29.
- Ghezzi A, Zaffaroni M. "Conoscere la Sclerosi Multipla" guida pratica per i pazienti ed i familiari. Nuova edizione 2007. Centro studi Sclerosi multipla. Azienda ospedaliera S. Antonio Abate di Gallarate (VA).
- Noseworthy JH et al. *Multiple sclerosis*. New England journal of medicine, 2000 Sep 28;343(13):938-52.
- Bielekova B, Becker B L. *Monoclonal antibodies in Ms: mechanisms of action*, Neurology, 2010 Jan 5;74 Suppl 1:S31-40.
- Stuve O et al. *α4-Integrin antagonism with natalizumab: effects and adverse effects*, Journal of neurology, 2008 Dec;255 Suppl 6:58-65.

SCAFFALE

Trasformare il maschile nella cura, nell'educazione, nelle relazioni

di **Salvatore Deiana e Massimo M. Greco**

Cittadella Editore, 2012
pagine 227, euro 16,50



C'è un maschile che chiede oggi di essere ascoltato, accolto, valorizzato. A qualcuno sembrerà strano: ma non era il femminile al centro dell'attenzione? Proprio così, ma da qualche tempo ad una *questione femminile*, che a lungo ha dominato la nostra attenzione, si affianca una *questione maschile*. *Trasformare il maschile*, di S. Deiana e M. Greco, è un testo a più voci dedicato proprio a questo fenomeno, ovvero al cambiamento in corso dei modelli maschili, a partire dalle esperienze maschili pedagogiche e di cura, tema centrale di questo volume. Come ci dicono gli autori stessi, il fine di questa opera è quello di *“partecipare al dibattito ormai aperto in ambito pedagogico su se e come educare un essere umano a vivere anche in termini di genere,*

partendo dall'idea che sia poco naturale e spontaneo il vivere come maschi e come femmine, ma che pure in questo ambito siamo in larga parte costruiti dalle culture e dalle società”.

Gli autori si pongono quindi in ottica di attenzione, osservazione e ascolto di uomini, coinvolti come attori o come destinatari - bambini e adulti - della formazione/educazione/cura. Nel libro sono raccolte infatti testimonianze maschili - tra cui un padre, un maestro di scuola, un educatore, un volontario ospedaliero, un formatore in ambito sportivo, uomini impegnati contro la violenza maschile sulle donne - nelle quali viene narrata la propria esperienza, sicuramente minoritaria nei contesti di educazione e di cura, ma forse, anche per questo, originale e portatrice di trasformazione.

Dalla lettura emerge forte e chiara una specie di esclusione maschile dall'educazione, o l'allontanamento maschile dalle professioni della cura educativa, con particolare riferimento alle scuole per l'infanzia e primarie, in cui si intrecciano scelte e quindi volontà maschili di non occuparsi professionalmente in questi ambiti. Deiana e Greco vogliono mettere in discussione questo stato delle cose, mettendo in luce come le identità e differenze di genere ci pongano interrogativi che dobbiamo affrontare quando scegliamo di occuparci della formazione degli esseri umani, bambini e bambine, uomini e donne. Infatti, ciascuno di noi si forma stando in relazione con altri esseri umani, e la sessuazione, l'essere sessuate/i influenza in maniera decisiva questo nostro vivere ed essere-con. Molto spesso, però, agisce un sapere comune, che troviamo a portata di mano, e che ha il pregio di fornire risposte e soluzioni pronte per le nostre vite frenetiche: è maschile un certo qualcosa e femminile altro, con risposte preconfezionate pronte all'uso.

Una parte del libro che potrà molto interessare i lettori infermieri è quella dedicata alla *cura*, che nel testo emerge in riferimento alla genitorialità e ad altri ambiti esplorati da testimonianze in prima persona: le esperienze di educatori, di infermieri, di volontari ospedalieri. Il legame fra la questione della cura e quella della corporeità è evidente: Greco sviluppa l'idea che le difficoltà nella cura abbiano a che fare soprattutto con la difficoltà di percepire e raccontare il proprio corpo, anche e soprattutto nella malattia. Significativa è anche la posizione dell'autore rispetto alla valorizzazione della cura: un bene relazionale di grande valore, nella sua dimensione di lavoro e non solo, ma non particolarmente apprezzato, nei fatti, nei contesti in cui viviamo.

In breve, se volete vedere l'educazione e la cura da un altro punto di vista, ecco questo libro fa per voi.

A cura della Redazione

SCAFFALE

Outcomes. Misurazione dei risultati. Efficacia. Applicazione del modello teorico

di Roberto Brisichella e Erminia Ferrante

C.G. Edizioni Medico-Scientifiche, 2012
pagine 106, euro 24,00



Un tema di grande attualità quello affrontato da Brisichella e Ferrante nel loro libro: la misurazione dei risultati (*outcomes*). In linea con il Piano sanitario che identifica precise linee di azione al riguardo, la misurazione degli *outcomes* rappresenta infatti uno degli aspetti di maggior rilievo del governo clinico (*Clinical governance*).

Gli autori presentano un interessante approfondimento, partendo dal modello concettuale teorico proposto da Imogene King, una pioniera nello sviluppo delle teorie infermieristiche che ha dato un contributo di rilievo con la costruzione del *Goal attainment*. Gli autori sostengono che l'aspetto centrale di questa teoria è "rappresentato dallo scopo finale del nursing, intravisto come

'processo' che con una serie di atti (azione, reazione e interazione) porta ad una transazione con l'assistito, per stabilire obiettivi da raggiungere" (p. 33).

L'infermieristica quindi non è vista come una serie di azioni, ma ha alla base l'interazione con l'assistito per "percepire" insieme come affrontare la malattia. In questo modo è possibile ottenere risultati più efficaci, proprio perché condivisi, rimettendo al centro l'assistito. Il testo approfondisce poi i concetti base della teoria (come percezione o transazione o crescita e sviluppo) e come avvengano alcune interazioni di processo, come la soddisfazione e la motivazione finale di un percorso partecipativo, che forniscono nuova energia all'assistito per affrontare le situazioni successive.

Passando poi per una descrizione e una riflessione sulle competenze infermieristiche e degli strumenti che tutt'oggi sono utilizzati per renderle visibili e valorizzarle, come le *job description*, gli autori concludono che il Codice deontologico stesso collega lo specifico professionale alla teoria del *Goal attainment*, per esempio nell'articolo 7 (ruolo di guida dell'infermiere) o nell'articolo 36 (consenso e contratto).

Il libro si articola in sei capitoli, che offrono al lettore un percorso particolare nell'affrontare la tematica degli *outcomes*, partendo dal concetto di *seduzione*, come la definiscono gli autori: una parola chiave per intendere un coinvolgimento diverso degli infermieri. Una *seduzione* che sia capace di trasportare l'infermiere dagli elementi fondanti della relazione d'aiuto, agli elementi sempre più concreti del raggiungimento dei risultati, a partire proprio dallo specifico disciplinare che la professione esprime.

È molto interessante in questo senso la visione dell'infermiere che gli autori propongono: "è a tutti gli effetti un *personal trainer* della persona che prende in carico e che deve 'riportare in pista', come accade per gli sportivi infortunati" (p. 7).

E così il testo affronta temi come la gestione del cambiamento alla luce dell'attuale contesto organizzativo (cap. 2), gli indicatori per valutare e rendere visibile le attività svolte (cap. 3), lo specifico infermieristico e i relativi risultati (cap. 4 e 5), passando anche per una riflessione sull'integrazione dei diversi modelli assistenziali (prestazioni versus risultati), proponendo anche uno schema metodologico che possa essere da guida.

L'ultimo capitolo permette al lettore di apprezzare come dagli aspetti teorici si possa applicare il modello alla realtà, attraverso la descrizione di alcune esperienze. Gli autori sostengono infatti che se si desidera crescere di fronte a sé stessi, nonché al resto della comunità scientifica e alla società civile, è indispensabile poter mostrare i risultati sensibili che l'infermieristica è in grado di raggiungere. Viene pertanto indicato non tanto un modello, neppure un sistema, ma una modalità di pensiero critico applicabile ad ogni contesto. Negli esempi riportati nel testo, come quello del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (Pdta) per la protesizzazione dell'anca e del ginocchio, sono descritti come obiettivi assistenziali misurabili (*nursing sensitive outcomes*): il raggiungimento degli obiettivi personalizzati fissati secondo la teoria del *Goal attainment*, il tempo per il raggiungimento dell'obiettivo assistenziale fissato, le giornate di degenza riabilitativa, il grado di dolore percepito. Viene anche descritta una dettagliata scheda di valutazione della condizione del paziente focalizzata sugli aspetti di carattere ortopedico, considerato l'aspetto di maggior problematicità del paziente, sul quale lavorare, nonché misurare poi il cambiamento. In maniera analoga, corredandola a strumenti specifici per la valutazione del paziente, dall'inizio della presa in carico al termine del percorso, viene presentata un'altra esperienza relativa all'assistenza di persone con neodiagnosi oncologica. Nelle conclusioni gli autori sottolineano come, soprattutto in quei contesti nei quali l'approccio medico è focalizzato sulla patologia e sul suo trattamento chirurgico, il ruolo di un case manager, che si prenda carico dell'assistito nel suo insieme, possa essere estremamente funzionale.

Il testo è corredato da un'utile bibliografia di riferimento, che può offrire molti spunti di approfondimento al lettore.

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, Alberto Dal Molin, 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