

# L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

**ONLINE**

Anno LVII



ISSN 2038-0712

**NOVEMBRE - DICEMBRE  
2013**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

## INDICE

## ● EDITORIALE

**I GIOVANI ITALIANI NON VOGLIONO FARE GLI INFERMIERI...***di Annalisa Silvestro*

## ● SCIENZE INFERMIERISTICHE

**Caratteristiche ed efficacia della relazione terapeutica tra infermiere e utente: una revisione della letteratura***di Danilo Cavallo, Giuseppe Re Luca, Maura Lusignani***La salute organizzativa degli infermieri in alcune strutture sanitarie di Roma e della provincia***di Carlo Turci, Rosaria Alvaro, Antonio Fabretti, Roberta Fida, Fabio Giorgi, Andrea Maccari, Maria Grazia Proietti, Alessandro Sili, Alessandro Stievano, Maria Ymelda Tolentino Diaz, Daniela Trinca, Ercole Vellone, Gennaro Rocco*

## ● CONTRIBUTI

**Il disability manager nella filiera dei servizi sanitari non medici: un esempio per l'integrazione socio-sanitaria***di Marco Cadamuro Morgante, Silvana Muhameti, Giovanni Pavan***Aderenza alle cure: un tema di pertinenza anche infermieristica***di Cesarina Prandi, Ercole Vellone, Maria Grazia De Marinis, Rosaria Alvaro*

## ● ESPERIENZE

**Assistenza infermieristica a Lunsar, Sierra Leone. Un progetto di volontariato***di Anna Bonacini, Cinzia Gradellini***La documentazione dell'educazione al paziente: l'esperienza dell'Azienda ospedaliera Santa Maria degli Angeli (Aosma) di Pordenone***di Giulia Ortez, Annalisa Cangelosi, Cristina Tommasini, Antonella Zucchetto***Monitoraggio delle cadute dei pazienti in ospedale***di Sonia Tonucci, Francesca Barbarini, Tiziana Benedetti, Sandra Giacomi, Paola Colasanti*

## ● SCAFFALE

**I valori degli italiani 2013. Il ritorno del pendolo***A cura della Redazione*



EDITORIALE

## I GIOVANI ITALIANI NON VOGLIONO FARE GLI INFERMIERI...

di **Annalisa Silvestro**

*Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi*

*Domenica 26 gennaio nel corso della trasmissione "l'Arena" di Massimo Giletti, andata in onda verso le 14.30 su RAI 1, l'On. Cicchitto ha fatto delle affermazioni sugli infermieri che hanno suscitato non poche polemiche nel gruppo professionale.*

*Secondo l'On. Cicchitto, gli infermieri nel nostro Paese sono soprattutto extracomunitari perché i giovani italiani non vogliono più intraprendere questa professione.*

*Le polemiche e le manifestazioni di contrarietà degli infermieri sono state numerosissime. Di seguito pubblichiamo la nota di risposta a tale accadimento della Presidente della Federazione IPASVI, Annalisa Silvestro*

Roma 29 gennaio 2014

Egr. On. Cicchitto,

ho ascoltato in differita la trasmissione "l'Arena" andata in onda nel pomeriggio di domenica 26 gennaio. Le sue affermazioni sugli infermieri mi hanno fortemente stupita. Lei ha affermato che i giovani italiani non vogliono fare gli infermieri. Evidentemente Lei ..non conosce la situazione dell'assistenza sanitaria, della categoria degli infermieri e la loro situazione occupazionale.

Non voglio qui riportare le numerose tabelle, gli studi e le analisi che evidenziano l'estrema necessità per i cittadini del nostro Paese di una risposta sanitario-assistenziale diversa da quella che fin qui abbiamo garantito. Abbiamo necessità di costruire un'offerta sanitaria che risponda all'aumento della cronicità, della fragilità, della non autosufficienza e che si impegni per garantire la continuità ospedale territorio e tra i servizi territoriali. Per garantire tale offerta sanitaria, abbiamo bisogno di aumentare il numero di infermieri in tutti i servizi sia di tipo ospedaliero sia - e soprattutto - di tipo territoriale e domiciliare.

Abbiamo bisogno di più infermieri oltre che per avvicinarci alla media europea anche per rispondere ad un diritto di civiltà: il diritto alla salute e ad un'assistenza dignitosa.

In Italia sono iscritti all'albo oltre 400.000 infermieri; oltre il 90% di loro sono italiani.

Le condizioni di lavoro degli infermieri nelle strutture e nei servizi dell'intero Sistema Salute italiano sono difficili. Tant'è che, pochi giorni fa, l'inserito di un noto quotidiano nazionale li ha definiti sull'orlo di "una crisi di nervi".

È noto che le strutture e i servizi sanitari del nostro Paese reggono grazie all'impegno e all'abnegazione degli operatori e dei professionisti sanitari.

È altrettanto noto che la parte prevalente dei professionisti sanitari è costituita da infermieri.

C'è bisogno di infermieri. È verissimo. Il fatto è che di giovani italiani che hanno la laurea in infermieristica, che sono pronti e che, soprattutto, sperano di poter cominciare a lavorare, ne abbiamo oltre 30.000.

Ma sono disoccupati. In sanità non si assume o si instaurano rapporti di lavoro su cui è necessario fare una approfondita verifica.

Gli infermieri italiani ci sono, dunque, e hanno scelto di essere e di fare gli infermieri. Hanno competenza, capacità, motivazione ed una preparazione professionale che li rende richiesti all'estero, dove molti di loro si stanno recando depauperando il nostro patrimonio umano e professionale.

Le cose non stanno come Lei le ha rappresentate.

I dati, con cui non la voglio sommergere ma che Le posso produrre in ogni momento, evidenziano una realtà ben diversa.

Sono più che disponibile a presentarLe tali dati ogni momento, sia nella mia veste di Presidente della Federazione nazionale dei Collegi provinciali degli Infermieri, sia nella mia veste di Senatore della Repubblica.

## La salute organizzativa degli infermieri in alcune strutture sanitarie di Roma e della provincia

Carlo Turci<sup>1</sup>, Rosaria Alvaro<sup>2</sup>, Antonio Fabretti<sup>3</sup>, Roberta Fida<sup>4</sup>, Fabio Giorgi<sup>5</sup>, Andrea Maccari<sup>6</sup>,  
Maria Grazia Proietti<sup>7</sup>, Alessandro Sili<sup>8</sup>, Alessandro Stievano<sup>9</sup>, Maria Ymelda Tolentino Diaz<sup>10</sup>,  
Daniela Trinca<sup>11</sup>, Ercole Vellone<sup>12</sup>, Gennaro Rocco<sup>13</sup>

<sup>1</sup>Dirigente infermiere, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma; <sup>2</sup>Professore associato in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Roma Tor Vergata; <sup>3</sup>Infermiere esperto in ricerca, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma; <sup>4</sup>Ricercatore, Dipartimento di Psicologia dell'Università La Sapienza di Roma; <sup>5</sup>Dottorando di ricerca in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi dell'Aquila; <sup>6</sup>Infermiere esperto in ricerca, Azienda sanitaria locale Roma B; <sup>7</sup>Dirigente infermiere, Nuova SAIR; <sup>8</sup>Dirigente infermiere, Policlinico Universitario Tor Vergata di Roma; <sup>9</sup>Infermiere ricercatore, Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica; <sup>10</sup>Infermiere esperto in ricerca, Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini di Roma; <sup>11</sup>Infermiere esperto in ricerca, Azienda Ospedaliera San Giovanni di Roma; <sup>12</sup>Ricercatore, Università degli Studi di Roma Tor Vergata; <sup>13</sup>Direttore Centro di Formazione e Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Corrispondenza: carloturci@yahoo.it

### RIASSUNTO

**Introduzione** Il fattore umano rappresenta un elemento primario nei processi di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari ed è in grado di influenzarne il risultato; la sua gestione e valorizzazione, pertanto, assume inevitabilmente valenza strategica per le organizzazioni sanitarie. In questa cornice è stata condotta una ricerca del Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica (CECRI) del Collegio Ipasvi di Roma tra il mese di dicembre 2009 e il mese di dicembre 2011. Lo scopo è stato misurare la salute organizzativa in termini di variabili indipendenti organizzative, variabili d'esito (la soddisfazione generale, la demotivazione e gli indicatori di malessere psicofisico) e variabili di disegno (l'appartenenza al settore organizzativo/lavorativo e l'area professionale di appartenenza).

**Materiali e metodi** Per la conduzione dell'indagine è stato somministrato il Questionario infermieristico sulla salute organizzativa (QISO) a un campione di 4.751 infermieri operanti in diverse tipologie di organizzazioni sanitarie di Roma e della provincia.

**Risultati** I risultati dell'indagine mostrano la presenza di stress e fatica in tutte le strutture considerate. Nelle aziende sanitarie locali e nei policlinici universitari sono emersi alcuni indicatori negativi del benessere organizzativo quali la presenza di pettegolezzo, la sensazione di non essere valutati adeguatamente, il risentimento verso l'organizzazione e la sensazione di fare cose inutili.

L'integrazione professionale e la soddisfazione generale sono risultate presenti in tutte le tipologie di struttura considerate. Alcune dimensioni quali l'apertura all'innovazione, il *comfort* e la sicurezza sono risultate presenti solo nelle aziende sanitarie private accreditate. Le altre dimensioni del QISO indagate, quali l'isolamento e la routine e gli indicatori di malessere psicofisico, non sono risultate presenti nelle strutture considerate. Non è comunque stata valutata la significatività statistica dei risultati.

**Conclusioni** Per adempiere al loro ruolo è necessario che gli operatori siano soddisfatti e motivati all'interno dell'organizzazione in cui operano. E' necessario, perciò, che tutti gli operatori abbiano una buona salute organizzativa. Nelle strutture considerate nello studio sono emersi alcuni aspetti critici. Per favorire l'instaurazione di una buona salute organizzativa le aziende devono preoccuparsi di predisporre degli ambienti confortevoli e sicuri, garantire ruoli più ricchi di spazi decisionali più ampi e devono preoccuparsi di contenere il sopraggiungere di stress e fatica attraverso una buona pianificazione dei turnover. I risultati del presente studio possono essere il punto di partenza per il disegno di studi metodologicamente più robusti.

**Parole chiave:** salute organizzativa, clima organizzativo, benessere, infermieri

### Organizational health of nurses in some health facilities of Rome and its province

#### ABSTRACT

**Introduction** The human factor is a key factor in the provision of healthcare services, that directly influence the outcomes. Therefore, the way health operators are valued and staffed is strategic for the success of the

healthcare organisations. In the Centre of Excellence for Nursing Scholarship of the IPASVI Board of Nursing in Rome, a survey was conducted from December 2009 to December 2011 to measure the organisational health of nurses. Independent organisational variables, outcome variables (general satisfaction, lack of motivation, and indicators of psychophysical ailments), and planning variables (the nurses' organisational/working area and their professional area) were investigated.

**Materials and Methods** The survey was conducted using the Nursing Questionnaire on Organisational Health on a sample of 4751 nurses working in different healthcare organization in the city and in the Province of Rome.

**Results** The results show the presence of stress and fatigue in the nurses in all the health structure types considered. In health structures and university polyclinics were found negative indicators like the presence of gossip, the feeling of counting very little for the organization, the resentment towards the organization and the feeling to do useless things. Professional integration and general level of satisfaction were found in all the health structure types considered. Some aspects like openness to innovation, the comfort and the safety in the professional environment were found only in the private health structures. Isolation, routine and indicators of mental and physical malaise were not present in the structures considered. In this study hasn't been evaluated the statistical significativity of the results.

**Conclusions** It's important that health operators feel satisfied within the organisation they work for, and this impact on their motivation and sense of belonging to the organisation itself. Nurses will be able to provide personalised holistic care only if all workers have a good organisational health, which, instead, in the health realities considered in this study, showed to be lacking for some aspects. To promote the establishment of an organisational health, the health structures must offer a comfortable and safe environment, grant more decisional power and contain the stress and the fatigue with an adequate planning of nurses' turnover. The results of this study can be the starting point for the design of studies with a stronger methodology.

**Keywords:** organizational health, organizational climate, wellbeing, nurses

## INTRODUZIONE

Il benessere organizzativo, la salute e la qualità della vita negli ambienti di lavoro sono diventati temi importanti nel *management* sanitario (Camerino D, et al., 2005; Converso D, 2005). Le organizzazioni sanitarie stanno iniziando a riflettere su come l'ambiente di lavoro, l'adozione di pratiche normative, procedurali e comportamentali, nonché la preferenza o il sostegno di particolari stili di convivenza, possano contribuire a creare benessere o malessere e influire direttamente sullo stato di salute lavorativa degli infermieri e degli altri operatori sanitari (Gigantesco A, et al. 2004; Cortese CG, 2007, 1 e 2; Sili A, et al. 2010, 1). Il fattore umano rappresenta un elemento primario nei processi di produzione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi in ambito sanitario ed è in grado di influenzarne il risultato. La sua gestione, pertanto, assume inevitabilmente valenza strategica per gli enti sanitari (Avallone F, et al., 2005).

Il concetto di benessere nell'ambito lavorativo assume connotati di variabile indipendente rispetto al clima organizzativo che circonda l'essere umano. Il benessere lavorativo è, quindi, proporzionalmente correlato alla salute organizzativa. Un contesto lavorativo "in salute" promuove il benessere dei propri dipendenti e le organizzazioni più efficienti sono

proprio quelle con dipendenti soddisfatti e con un clima interno sereno e partecipativo. Ma che cosa si intende esattamente per salute organizzativa?

L'idea di salute organizzativa nel contesto lavorativo assume diversi significati sia presso i lavoratori sia per le organizzazioni che ne fanno un concetto multidimensionale: la salute fisica, il benessere emotivo e psicologico, la sicurezza, il basso numero di infortuni, il clima franco e produttivo, la serenità nelle relazioni, l'impegno e la tensione verso gli obiettivi, eccetera. Tuttavia, cercando di incorporare la tematica della sicurezza in quella più generale della salute nell'organizzazione, è possibile definire la salute organizzativa come "la capacità di un'organizzazione non solo di essere efficace e produttiva ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico dei propri lavoratori, alimentando costruttivamente la loro convivenza sociale" (Gigantesco A, et al. 2004). Quando si verificano condizioni di scarso benessere organizzativo si determinano fenomeni quali la diminuzione della produttività, l'assenteismo, bassi livelli di motivazione, lo stress e il *burnout*, la ridotta disponibilità al lavoro, la carenza di fiducia, la mancanza di impegno e l'aumento dei reclami da parte dell'assistito (Roelen CA, et al. 2008). Questi e altri indicatori di malessere rappre-

sentano il riflesso dello stato di disagio e malessere psicologico di chi vi lavora (McNeely E, 2005). La riduzione della qualità della vita lavorativa in generale e la diminuzione del senso individuale di benessere rendono pertanto onerosa la convivenza e lo sviluppo dell'organizzazione.

Proprio da questi concetti fondamentali nasce l'esigenza di contestualizzare il concetto di salute organizzativa per il mondo sanitario e soprattutto per il contesto infermieristico. Sulla base e sui concetti delineati da Avallone F et al. (2005) la stessa può essere definita come "l'insieme dei processi e delle pratiche manageriali e di coordinamento volte alla presa in carico delle persone assistite attraverso il coinvolgimento delle risorse infermieristiche. Un luogo di cura in salute è un luogo di lavoro in cui viene promossa e assicurata l'integrazione e la collaborazione professionale, lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze, il consolidamento delle abilità e la promozione della crescita culturale al fine di costruire un senso di appartenenza alla professione e all'organizzazione stessa che, quindi, assicura un ambiente di lavoro in cui gli infermieri si sentono promotori della salute e motivati a perseguire la loro missione professionale".

La perdita di risorse umane è imputabile anche all'assenza di *leadership* infermieristica che si configura nella presenza di eccessivi carichi di lavoro male gestiti, nell'ambiguità di ruolo, nella scarsa e cattiva comunicazione con conflitti inter e intra-professionali (George JM, et al. 1996). La *leadership* infermieristica assume, quindi, un ruolo fondamentale nell'influenzare la percezione che gli infermieri hanno della propria organizzazione (Kuoppala J, et al. 2008). E' ormai chiaro, quindi, che un'organizzazione in salute raggiunge l'obiettivo di essere più efficace e produttiva. I pilastri portanti di tale cultura sono costituiti dalla riscoperta della soggettività, dal recupero del contributo e della partecipazione del singolo (Grandis R, et al. 2003) e dall'investimento dell'organizzazione sul benessere organizzativo. Un buon clima genera benessere organizzativo se è in grado di promuovere, mantenere e migliorare la qualità della vita delle persone e il benessere fisico, psicologico e sociale della comunità di persone che opera in un dato contesto. Un tipico indicatore di sintesi è facilmente individuabile nella gratificazione individuale e professionale. La costruzione e il mantenimento del benessere organizzativo sono il risultato concreto e visibile di un'organizzazione in buono stato di salute.

Lo studio si è prefisso lo scopo di misurare la salute organizzativa in alcune realtà sanitarie di Roma e della provincia in termini di variabili organizzative.

## MATERIALI E METODI

### Il disegno dello studio

E' stato effettuato uno studio quantitativo, descrittivo multicentrico nel territorio di Roma e provincia per misurare la salute organizzativa in termini di variabili indipendenti organizzative: il *comfort* ambientale, la percezione dell'attenzione rivolta al personale, la percezione relativa ai coordinatori infermieristici, la collaborazione tra colleghi, l'efficienza e l'efficacia organizzativa, la percezione del conflitto, la percezione dello stress e della fatica, l'integrazione e l'isolamento, la sicurezza nell'ambiente lavorativo, l'apertura all'innovazione e, in termini di variabili d'esito (variabili dipendenti), la soddisfazione generale (indicatori positivi del benessere organizzativo), la demotivazione (indicatori negativi del benessere organizzativo) e gli indicatori di malessere psicofisico (disturbi psicosomatici). Tra le variabili di disegno per lo studio di questo fenomeno sono state considerate l'appartenenza al settore organizzativo/lavorativo (definito area professionale) e la tipologia delle strutture sanitarie di appartenenza: aziende sanitarie, policlinici universitari e strutture sanitarie private.

Il progetto ha previsto tre fasi:

- prima fase: è stata effettuata la formazione del gruppo di studio, l'individuazione degli ambiti organizzativi oggetto di indagine e la progettazione degli incontri formativi itineranti;
- seconda fase: il progetto di ricerca è stato presentato alle Direzioni delle strutture sanitarie coinvolte attraverso una campagna informativa e la raccolta delle adesioni di partecipazione al progetto, l'individuazione dei referenti aziendali e il supporto agli stessi da parte del gruppo di progetto per tutto il periodo dell'indagine.
- terza fase: è stata effettuata l'elaborazione dei dati, la comunicazione dei risultati e la pianificazione di eventuali interventi.

Lo studio è stato svolto tra settembre 2009 e dicembre 2011 e ha avuto l'obiettivo di raggiungere almeno il 10% degli iscritti al Collegio IPASVI di Roma appartenenti al profilo professionale infermieristico. In ciascuna struttura sanitaria che ha aderito al progetto sono stati organizzati uno o più eventi formativi in riferimento all'organico e alla disponibilità proposta dalla struttura stessa. Il programma dell'evento prevedeva contenuti formativi sulla ricerca e sui concetti di benessere e clima organizzativo e la descrizione dello strumento di indagine. Contestualmente all'evento formativo, ai partecipanti è stato somministrato lo strumento di indagine. Di seguito sono riportate le strutture aderenti al progetto suddivise per tipologia:

- aziende sanitarie locali: ASL Roma A, ASL Roma

B, ASL Roma C, ASL Roma D, ASL Roma E, ASL Roma F, ASL Roma G, ASL Roma H; Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata; Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini;

- policlinici universitari: Policlinico Umberto I e Azienda Ospedaliera Sant'Andrea;
- strutture sanitarie private accreditate: Fatebenefratelli San Giovanni Calibita - Isola Tiberina e Ospedale San Carlo di Nancy.

Le aree individuate nelle strutture sanitarie sono state: l'area medica, l'area chirurgica, l'area critica (Dipartimento di emergenza-urgenza e accettazione, DEA), l'area servizi, la camera operatoria, l'area materno-infantile e il dipartimenti di salute mentale.

Nell'ambito delle strutture sanitarie aderenti il solo criterio di esclusione da parte degli infermieri coinvolti è stato la loro assenza nell'organizzazione per un periodo superiore a 90 giorni nell'arco dei dodici mesi precedenti alla data di rilevazione.

### Strumenti

Lo strumento di indagine utilizzato in una prima fase della ricerca è stato il questionario multidimensionale della salute organizzativa (MOHQ), del Dipartimento della funzione pubblica, attraverso cui sono state condotte analisi fattoriali esplorative e confermative sulla base delle quali sono stati individuati 15 fattori principali che definiscono la salute organizzativa (Avallone, 2005). Si tratta di un questionario anonimo, strutturato in nove parti che indagano 15 specifiche dimensioni di salute organizzativa utilizzando 139 affermazioni. Per ciascuna affermazione il compilatore deve indicare una delle quattro opzioni di una scala *Likert* a ciascuna delle quali corrisponde un punteggio da 1 a 4 (1=mai, 2=raramente, 3=a volte e 4=spesso); più alto è il punteggio, maggiore è la presenza del fenomeno. Il MOHQ nel 2002 è stato sperimentato nel settore pubblico inserendolo nel "Programma Cantieri" del Dipartimento della funzione pubblica quale parte integrante di un articolato progetto di ricerca per il monitoraggio della salute organizzativa su un campione di oltre 3.000 dipendenti della pubblica amministrazione. Ogni parte del questionario è costituita da una o più dimensioni che vengono indagate con alcune affermazioni espresse in forma di domande a scelta forzata o a risposta multipla; per la maggior parte delle affermazioni il compilatore deve esprimere il proprio giudizio sulla frequenza con cui la situazione descritta si verifica nella propria organizzazione. Successivamente alle ricerche del Dipartimento della funzione pubblica, si è provveduto a riadattare il MOHQ al contesto infermieristico apportando una parziale modifica ad alcune affermazioni (Sili A, et al.

2010, 1 e 3). Lo strumento così ottenuto è stato chiamato questionario infermieristico sulla salute organizzativa (QISO) (Sili A, et al. 2010, 3) ed è stato utilizzato nella versione ridotta. Il QISO ridotto, redatto con 67 affermazioni, mira a reperire informazioni sulle differenti dimensioni della salute organizzativa attraverso tre gruppi di indicatori della popolazione infermieristica: positivi, negativi e di malessere psicofisico. Per il presente studio, come già precedentemente stabilito da Avallone F et al. (2005), è stata fissata una soglia di *cut-off* pari a 2,6 sia per stabilire la salute organizzativa generale, sia per stabilire la presenza o l'assenza nell'ambiente lavorativo dei singoli fenomeni esplorati con le varie sottoscale e le varie dimensioni delle stesse. I dati sono stati raccolti durante eventi formativi ECM organizzati dal Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica (CECRI) dal 2009 al 2011 nelle strutture sanitarie coinvolte.

I risultati finali completi, così come questi descrittivi parziali, sono pubblicati in forma anonima o in forma aggregata rispetto alla singola struttura sanitaria coinvolta.

### Analisi dei dati

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate con il software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versione 15.0. Sono state esaminate le statistiche descrittive delle caratteristiche socio-demografiche del campione e delle dimensioni della salute organizzativa. Preliminarmente sono state effettuate delle analisi fattoriali su tutte le scale del QISO utilizzando, in linea con il manuale, il metodo della fattorizzazione dell'asse principale con rotazione Promax. I punteggi delle dimensioni del QISO sono stati ottenuti, quindi, in linea con il manuale del QISO, come media dei punteggi ottenuti nelle affermazioni relative a ciascuna dimensione.

Per le medie delle dimensioni è stato fissato un valore di soglia, *cut-off*, pari a 2,6; valori al di sopra del *cut-off* indicano la presenza del fenomeno identificato dalla dimensione e valori al di sotto ne indicano l'assenza. Per l'interpretazione dei risultati bisogna considerare che per le dimensioni con valenza positiva (per esempio la soddisfazione lavorativa), un valore sopra soglia è indice di un risultato positivo (nell'esempio fatto indica la presenza di soddisfazione); al contrario, per le dimensioni con valenza negativa (per esempio lo stress), un valore sopra soglia è indice di un risultato negativo (nell'esempio fatto indica la presenza di stress).

### RISULTATI

Il campione totale è rappresentato da 4.751 infer-



mieri appartenenti alle varie strutture partecipanti allo studio.

I fattori della salute organizzativa sono stati definiti sulla base del manuale del QISO (Sili A, et al. 2010, 3). Dagli studi effettuati da Sili et al. è emerso che le dimensioni della salute organizzativa si declinano in modo diverso in riferimento all'organizzazione sanitaria esaminata. Le dimensioni comuni fra le tre tipologie di organizzazioni sanitarie considerate nello studio sono: lo stress, la fatica, l'integrazione e il lavoro di équipe, l'isolamento e la routine lavorativa, la propensione e l'apertura all'innovazione, il *comfort* dell'ambiente di lavoro, la sicurezza e la prevenzione degli infortuni, gli indicatori negativi, la soddisfazione generale e gli indicatori di malessere psicofisico. Questi ultimi sono stati identificati dalle affermazioni riguardanti la presenza o assenza di mal di testa e le difficoltà di concentrazione, il mal di stomaco o la gastrite, il nervosismo o l'irrequietezza o l'ansia, il senso di affaticamento eccessivo, l'asma o la difficoltà respiratoria, i dolori muscolari e articolari, le difficoltà ad addormentarsi o l'insonnia e il senso di depressione.

I dati descrittivi del campione hanno indicato una popolazione costituita in prevalenza da persone di genere femminile (73%), come è ampiamente suffragato dai dati relativi al genere della professione infermieristica in Italia.

L'età media del campione è risultata pari a 42,4 anni (DS=8,38). La maggioranza degli infermieri del campione considerato (70,5%) aveva un'età compresa tra i 35 e i 54 anni di età; nello specifico il 17,1% ha un'età compresa tra 21 e 34 anni, il 39,6% tra 35 e 44 anni, il 30,38% tra i 45 e i 54 anni e infine l'8,5% aveva un'età superiore ai 55 anni.

L'anzianità lavorativa media è di 18,3 anni. In più

della metà degli infermieri del gruppo considerato (52,2%) l'anzianità di lavoro è risultata compresa tra 11 e 25 anni.

La maggioranza del campione lavorava prevalentemente con contratti a tempo indeterminato (96%) e a tempo pieno (93,3%).

Rispetto alle dimensioni dello stress e della fatica (Tabella 1), tutte le tipologie di strutture hanno ottenuto un punteggio sopra soglia (*cut-off*=2,6), indice quindi della presenza di questi due elementi nell'ambiente lavorativo (stress e fatica). Nello specifico i policlinici universitari hanno ottenuto il punteggio maggiore in entrambe le dimensioni rispetto alle altre due tipologie di struttura.

La manifestazione globale di indicatori negativi del benessere organizzativo (Tabella 1) con punteggio sopra soglia è stata rilevata nelle aziende sanitarie locali e nei policlinici (rispettivamente 2,69 e 2,77).

Nello specifico, andando ad analizzare singolarmente questi indicatori (Tabella 2), quelli più espressi, e quindi con un punteggio medio tra le strutture sopra soglia più alto rispetto agli altri, sono risultati: la presenza di pettegolezzi (3,03), la sensazione di non essere valutati adeguatamente (2,98), il risentimento verso l'organizzazione (2,93) e la sensazione di fare cose inutili (2,87). I policlinici in particolare sono state le strutture in cui questi indicatori hanno ottenuto i punteggi medi più alti, rispettivamente 3,07 per la presenza di pettegolezzi, 3,06 nella presenza di risentimento verso l'organizzazione, 3,04 per la sensazione di non essere valutati adeguatamente e 2,97 nella sensazione di contare poco nell'organizzazione. Alcuni indicatori negativi sono risultati presenti solo nei policlinici e nelle aziende sanitarie locali, in quanto hanno ottenuto punteggi sopra soglia, ovvero: il desiderio di cambiare lavoro, la sensazione di un am-

**Tabella 1.** Punteggio medio ottenuto per dimensione del QISO in funzione alla tipologia di struttura

Dimensioni	Punteggio medio		
	Aziende sanitarie locali	Policlinici universitari	Strutture sanitarie private accreditate
Stress	3,00	3,14	3,04
Fatica	3,01	3,18	3,07
Integrazione	3,19	3,30	3,40
Isolamento e routine	2,26	2,31	2,07
Apertura all'innovazione	2,51	2,46	2,68
Comfort	2,47	2,49	3,03
Sicurezza	2,40	2,54	2,79
Indicatori negativi del benessere organizzativo	2,69	2,77	2,56
Soddisfazione generale	2,81	2,76	3,11
Indicatori di malessere psicofisico	2,31	2,45	2,10

biente dove si manifesta aggressività e nervosismo, la sensazione di lavorare meccanicamente e senza coinvolgimento e la scarsa chiarezza su “che cosa bisogna fare e chi lo deve fare”. Tali indicatori sono risultati invece assenti nelle strutture private accreditate, con punteggi sotto soglia.

Gli indicatori negativi del benessere organizzativo assenti in tutte le strutture considerate sono stati: il disinteresse per il lavoro, la sensazione di fare cose inutili, la percezione di lentezza nell'esecuzione dei compiti e la mancanza di idee o assenza di iniziative.

Due condizioni assenti in tutte le strutture sono l'isolamento e la routine e il malessere psicofisico (Tabella 1), infatti nelle due dimensioni relative del QISO il punteggio registrato per ciascuna è risultato sotto soglia in tutte le strutture.

L'integrazione professionale e la soddisfazione generale (Tabella 1) sono due aspetti presenti in tutte le tipologie di struttura considerate. La prima in particolare è la dimensione in cui è stato registrato il punteggio, sopra soglia, più alto: rispettivamente 3,19 nelle aziende sanitarie locali, 3,30 nei policlinici e 3,40 nelle strutture private accreditate. La soddisfazione generale in particolare ha registrato un punteggio medio più alto nelle strutture private (3,11) ri-

spetto a quello delle aziende sanitarie locali (2,81) e dei policlinici (2,76).

Andando ad analizzare nello specifico le sottoscale che caratterizzano la soddisfazione (Tabella 3), si nota come gli elementi predominanti sono stati la presenza di voglia di andare al lavoro, di soddisfazione per le relazioni personali costruite sul lavoro e voglia di impegnare nuove energie per l'organizzazione. In tutte queste sottoscale le strutture private hanno ottenuto dei punteggi superiori a quelli delle altre strutture sanitarie.

L'apertura all'innovazione, il *comfort* e la sicurezza (Tabella 1) sono aspetti risultati solo nelle aziende private, dove il punteggio delle relative dimensioni è risultato sopra soglia (rispettivamente 2,68, 3,03 e 2,79). Il punteggio ottenuto in queste dimensioni per i policlinici e le aziende sanitarie locali è risultato invece sotto soglia.

## DISCUSSIONE

Il *comfort* ambientale nel contesto lavorativo esplorato dalla prima scala del QISO rende esplicito che avere buoni servizi igienici e degli spogliatoi funzionali, per esempio, sono buone basi per percepire positivamente l'ambiente in cui si lavora. Comunque, gli ambienti lavorativi non devono essere valu-

**Tabella 2.** Punteggio medio ottenuto nelle sottoscale della dimensione indicatori negativi del benessere organizzativo del QISO in funzione alla tipologia di struttura

Indicatori negativi del benessere organizzativo	Punteggio medio±DS		
	Aziende sanitarie locali	Policlinici universitari	Strutture sanitarie private accreditate
Insofferenza nell'andare al lavoro	2,76±0,921	2,83±0,875	2,63±0,893
Disinteresse per il lavoro	2,44±1,000	2,48±0,996	2,29±1,003
Desiderio di cambiare lavoro o l'ambiente di lavoro	2,77±1,034	2,85±1,024	2,54±1,000
Pettegolezzo	2,99±1,059	3,07±1,002	3,04±1,053
Risentimento verso l'organizzazione	2,96±0,951	3,06±0,886	2,77±0,94
Aggressività e nervosismo	2,68±0,966	2,76±0,938	2,6±0,972
Sensazione di fare cose inutili	2,49±0,989	2,6±0,986	2,33±0,943
Sensazione di contare poco nell'organizzazione	2,88±0,979	2,97±0,98	2,77±0,945
Sensazione di non essere valutato adeguatamente	2,99±0,953	3,04±0,948	2,91±0,93
Sensazione di lavorare meccanicamente, senza coinvolgimento	2,61±1,001	2,67±0,986	2,42±0,99
Lentezza nell'esecuzione dei compiti	2,29±0,936	2,35±0,95	2,26±0,951
Poca chiarezza su “che cosa bisogna fare e chi lo deve fare”	2,66±1,007	2,73±1,01	2,42±0,989
Mancanza di idee, assenza di iniziative	2,5±1,022	2,54±1,03	2,3±1,006
<b>Media complessiva dimensione</b>	<b>2,69</b>	<b>2,77</b>	<b>2,56</b>

DS=deviazione standard

**Tabella 3. Punteggio medio ottenuto nelle sottoscale della dimensione soddisfazione generale del QISO in funzione alla tipologia di struttura**

Soddisfazione	Punteggio medio $\pm$ DS		
	Aziende sanitarie locali	Policlinici universitari	Strutture sanitarie private accreditate
Soddisfazione per l'organizzazione	2,67 $\pm$ 0,82	2,67 $\pm$ 0,863	3,09 $\pm$ 0,823
Voglia di impegnare nuove energie per l'organizzazione	2,9 $\pm$ 0,861	2,83 $\pm$ 0,88	3,17 $\pm$ 0,809
Sensazione di far parte di una squadra	2,78 $\pm$ 0,942	2,73 $\pm$ 0,984	3,05 $\pm$ 0,852
Voglia di andare al lavoro	3,04 $\pm$ 0,869	3,01 $\pm$ 0,89	3,38 $\pm$ 0,736
Sensazione di realizzazione personale attraverso il lavoro	2,79 $\pm$ 0,900	2,77 $\pm$ 0,932	3,11 $\pm$ 0,849
Fiducia che le condizioni negative attuali potranno cambiare	2,66 $\pm$ 0,966	2,58 $\pm$ 0,965	2,92 $\pm$ 0,932
Sensazione di giusto equilibrio tra lavoro e tempo libero	2,71 $\pm$ 0,885	2,64 $\pm$ 0,875	3,03 $\pm$ 0,84
Soddisfazione per le relazioni personali costruite sul lavoro	3,02 $\pm$ 0,836	2,99 $\pm$ 0,871	3,27 $\pm$ 0,775
Condivisione dell'operato e dei valori dell'organizzazione	2,71 $\pm$ 0,822	2,62 $\pm$ 0,878	2,99 $\pm$ 0,812
<b>Media complessiva dimensione</b>	2,81	2,76	3,11
DS=deviazione standard			

tati soltanto dal punto di vista del *comfort* strutturale ma anche rispetto alla percezione dei rapporti lavorativi interprofessionali e rispetto alla cooperazione con gli altri operatori sanitari (Colquitt JA, et al., 2001). Un ambiente organizzativo deficitario può portare il professionista sanitario a soffrire di *burnout*, disaffezione lavorativa, scarso impegno organizzativo e disimpegno morale, come già visto in seguito allo sviluppo di strumenti quali il Nursing Work Index (Kramer M, et al. 1989). Inoltre può portare, dal punto di vista etico, al *moral distress* (Lutzen K, et al. 2012) ed è stato visto, con il Nursing Work Index-Revised (Aiken LH, et al., 2000), che è collegato all'intenzione degli infermieri di rimanere nella struttura lavorativa o di lasciarla, al controllo degli infermieri sull'ambiente di lavoro, alla presa di decisioni, all'autonomia professionale, al rapporto con i medici. Tutte queste variabili incidono fortemente sulla salute organizzativa.

Gli ambienti di lavoro devono essere valutati anche dal punto di vista della sicurezza e della prevenzione degli infortuni nel contesto lavorativo. Un'organizzazione sanitaria deve quindi considerare la gestione di rischi chimici, fisici, biologici, meccanici presenti nell'ambiente di lavoro: è necessario costruire un modello di clima di sicurezza psicosociale sul posto di lavoro per gestire le persone, la salute psicologica, l'impegno e la soddisfazione dei lavoratori (Dollard MF, et al. 2010). I luoghi di lavoro sani

migliorano il reclutamento e il mantenimento dei lavoratori, la salute e il benessere, la qualità delle cure e la sicurezza del paziente (Shamian J, et al. 2007). I risultati dello studio mostrano come l'ambiente di lavoro nelle strutture private sia considerato sicuro al contrario delle aziende sanitarie locali e nei policlinici; in queste ultime probabilmente il personale non ritiene sufficienti le azioni adottate dalle strutture sanitarie coinvolte nello studio in tema di sicurezza. Un risultato confortante è stata la rilevazione della presenza di un buon libello di integrazione interprofessionale (Duddle M, et al. 2007), che fa ben sperare riguardo a un cambiamento fattivo e continuativo nei rapporti di lavoro e nella giustizia interazionale tra le persone (Greenberg L, et al. 1999); essa comunque è risultata migliore soprattutto se riferita alle relazioni interpersonali tra colleghi dello stesso profilo professionale più che a quelle tra i membri delle équipes in generale. E' stato individuato un buon livello di comunicazione e collaborazione all'interno dei gruppi di lavoro sotto l'aspetto della capacità di fare fronte all'operatività quotidiana, ovvero la capacità di acquisire le informazioni di proprio interesse e garantire una sufficiente omogeneità nei comportamenti operativi. Si rileva anche una buona consapevolezza del valore del contributo di ognuno e dell'utilità sociale del lavoro che si compie. Tale aspetto è di fondamentale importanza in organizzazioni che vedono le persone come elemento primario nei processi di

produzione ed erogazione di prestazioni e servizi, fattore sul quale le strutture sanitarie devono continuare a investire per non perdere il fattore motivazionale (Minelli V, et al. 2009).

L'indagine sembra avere individuato nella presenza di fatica, di stress e di indicatori negativi del benessere organizzativo (nel complesso) i punti critici delle aziende sanitarie locali e dei policlinici universitari. Sono queste le organizzazioni in cui valutare la programmazione di interventi mirati a monitorare fenomeni come l'assenteismo e il *turnover* degli infermieri. In tutte le strutture è stata rilevata una soddisfazione generale, in presenza comunque di alcuni singoli indicatori negativi di benessere organizzativo come l'insofferenza, il desiderio di cambiare lavoro o ambiente di lavoro, la presenza dei pettegolezzi, la presenza di risentimento nei confronti dell'organizzazione, l'ambiente caratterizzato da aggressività e nervosismo, eccetera.

La soddisfazione generale indagata nel presente studio, individuata dagli indicatori positivi di benessere organizzativo del QISO, può essere, in termini generici, vicina al concetto di soddisfazione lavorativa.

La soddisfazione lavorativa è un tema tra i più studiati in letteratura e alla base di questo interesse esiste l'opinione di senso comune che essa sia alla base di una prestazione professionale eccellente; una persona soddisfatta è anche una persona motivata e, quindi, ottiene risultati lavorativi maggiori e migliori. Ma a che cosa è da attribuirsi la soddisfazione lavorativa esattamente? Da che cosa, in altre parole, è originata?

In letteratura non c'è unanimità sulla definizione di tale costrutto: secondo un approccio essa è da intendersi come una reazione soggettiva di tipo emotivo-affettivo alla propria situazione professionale; secondo un altro approccio la soddisfazione lavorativa è da intendersi come l'atteggiamento della persona nei confronti del proprio lavoro, quindi, un costrutto complesso con una componente emotiva, una valutativa e una cognitiva. Negli ultimi anni si sta assistendo a una maggiore sensibilità da parte delle organizzazioni sanitarie verso i bisogni degli infermieri la cui soddisfazione viene sempre più avvertita come prioritaria (Bolognini B, 2007). Nel settore sanitario, un alto livello di assenteismo è associato non solo a costi più alti ma anche a un livello più basso di soddisfazione lavorativa (Anderson MA, et al., 1999) e a una minore qualità di cura per i pazienti (Castle NG, et al., 2005).

Sul luogo di lavoro ogni persona si trova a intrattenere relazioni interpersonali non elettive sia con gli utenti sia con i colleghi di lavoro, i quali possono ri-

velarsi alleati nell'affrontare le problematiche quotidiane o nel nostro caso fonte di stress (Benci V, 2009).

Da non sottovalutare è lo stile di *leadership* (Cumings GG, et al. 2010) che, se adeguato, favorisce una maggiore soddisfazione lavorativa tra il personale infermieristico (Coomber B, et al. 2006; Raup GH, 2008) con ricadute positive sulla qualità dell'assistenza erogata (Shipton H, et al. 2008). Oggi gli infermieri sono chiamati a contribuire al miglioramento della qualità dei servizi nei suoi vari aspetti e, in particolare, alla soddisfazione delle persone assistite ma allo stesso tempo sono chiamati a contribuire al miglioramento della propria soddisfazione all'interno dell'organizzazione. Perché questo contributo possa risultare adeguato, è necessario che tutti gli operatori abbiano una qualità di vita lavorativa buona (Bruzzi S, 2006).

Sicuramente ci sono diversi aspetti da migliorare nella salute organizzativa e questa indagine intende evidenziare le aree percepite in modo più critico, poiché è nelle richieste dei professionisti e nei loro suggerimenti che si trovano i contenuti utili per favorire e mantenere lo sviluppo della salute organizzativa stessa (Avallone F, 2009).

Per quanto riguarda il rapporto tra individuo e organizzazione la ricerca ha messo in luce alcuni punti critici, come il rapporto di scambio tra prestazioni e carriera, ossia la percezione che non ci sia un equo rapporto dare/avere con l'organizzazione, sia in termini d'inadeguatezza dei sistemi di valutazione, sia in termini di opportunità di aggiornamento professionale, dimensioni che possono mettere in evidenza aspetti critici nella motivazione. Le persone si sentono poco ascoltate nei suggerimenti per migliorare il lavoro e poco valorizzate nelle loro potenzialità; ciò evidenzia la necessità di una maggiore partecipazione nei processi operativi. Lo scarso coinvolgimento nei processi decisionali è un fattore descritto in letteratura come fonte di stress per il personale infermieristico insieme alla mancanza di chiarezza rispetto al ruolo, la difficoltà nella programmazione dei turni e del gruppo di lavoro e il basso status sociale (Cortellazzi S, et al., 2005). Le varie strutture sanitarie si devono quindi orientare nella direzione di una riprogettazione organizzativa che definisce ruoli più ricchi di spazi decisionali e più ampi sotto il profilo delle attività realizzate. Questa logica, oltre a favorire l'arricchimento delle competenze e la soddisfazione degli individui, è finalizzata ad orientare i lavoratori a una maggiore collaborazione orizzontale e a superare le barriere organizzative (Bonaretti M, et al., 2003).

Dalla ricerca emergono anche aspetti che denotano

una sensibile propensione al cambiamento da parte degli intervistati e questo si evince nella voglia di impegnare nuove energie sul lavoro, nella voglia di andare al lavoro, nel trovare nel lavoro gli elementi per la realizzazione personale e nella soddisfazione per le relazioni personali costruite sul lavoro.

I limiti metodologici dello studio (il *bias* di selezione iniziale dei partecipanti e la mancanza di una valutazione della significatività statistica dei risultati) non consentono di trarre conclusioni significative ma possono essere il punto di partenza per il disegno di studi metodologicamente più robusti per affrontare un tema tanto importante.

### Ringraziamenti

Vogliamo ringraziare tutti gli infermieri che hanno partecipato allo studio, tutte le Direzioni sanitarie e i referenti aziendali che hanno permesso la riuscita dell'indagine.

### BIBLIOGRAFIA

- Aiken LH, Patrician PA (2000) *Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index*. Nurs Res, 49, 146-153.
- Anderson MA, Aird TR, Haslam WB (1999) *How satisfied are nursing home staff*. Geriatr Nurs, 12, 85-87.
- Avallone F, Paplomatas A (2005) *Salute organizzativa*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Avallone F (2009) *Le organizzazioni sanitarie di fronte all'innovazione. Relazione al Convegno internazionale: Creatività e innovazione in sanità, Dedalo e Panorama della Sanità*. Roma.
- Benci V (2009) *Analisi transazionale e gestione dei conflitti - dallo scontro all'incontro: modelli e strumenti*. Xenia Editore, Milano.
- Bolognini B (2007) *L'analisi del benessere organizzativo*. Carocci Editore, Roma.
- Bonaretti M, Testa P (2003) *Persone al lavoro*. Rubbettino Editore, Soveria Mannelli.
- Bruzzi S (2006) *La gestione dell'azienda sanitaria. Innovazioni e scelte strategiche per un nuovo scenario competitivo*. Giuffrè Editore, Milano.
- Camerino D, Conway PM, Lusignani M (2005) *Condizioni di lavoro infermieristico e intensione di cambiare: risultati dello studio europeo Next in Italia*. Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche, 1, 6-11.
- Castle NG, Engberg J (2005) *Staff turnover and quality of care in nursing homes*. Med Care, 43, 616-626.
- Colquitt JA, Conlon DE, Wesson MJ, et al. (2001) *Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research*. J Appl Psychol, 86, 425-445.
- Converso D (2005) *Benessere Organizzativo e qualità sociale*. Relazione presentata alla Giornata di Studio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino: "Disagio psico-sociale, benessere organizzativo e qualità dei servizi in Sanità". Torino.
- Coomber B, Barriball K L (2006) *Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature*. Int J Nurs Stud, 44(2), 297-314.
- Cortellazzi S, Pais I (2005) *Il posto della competenza, persone, organizzazioni, sistemi formativi*. Franco Angeli Editore, Milano.
- Cortese CG (2007, 1) *La soddisfazione lavorativa del personale infermieristico. Adattamento italiano della scala Index of Work Satisfaction di Stamps*. La Medicina del Lavoro, 98, 175-191.
- Cortese CG (2007, 2) *Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study*. J Nurs Manag, 15, 303-312.
- Cummings GG, Mac Gregor T, Davey M, et al. (2010) *Leadership styles and outcome patterns for the nursing workplace and work environment: a systematic review*. Int J Nurs Stud, 47(3), 363-385.
- Dollard MF, Bakker M, Arnold B (2010) *Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement*. J Occup Organ Psychol, 83, 579-599.
- Duddle M, Boughton M (2007) *Intraprofessional relations in nursing*. J Adv Nurs, 59, 29-37.
- George JM, Jones GR (1996) *The experience of work and turnover intentions: interactive effects of value attainment, job satisfaction, and positive mood*. J App Psych, 81, 318-325.
- Gigantesco A, Mirabella F, Bonaviri G, et al. (2004) *La valutazione della condizione lavorativa in popolazioni del settore sanitario*. Med Lav, 95, 431-440.
- Grandis R, Negro G (2003) *L'organizzazione del benessere: logiche, principi e modello applicativo*. Dipartimento della Funzione Pubblica. Roma.
- Greenberg L, Barling J (1999) *Predicting employee aggression against coworkers, subordinates and supervisors: the roles of person behaviours and perceived workplace factors*. J Organ Behav, 20, 897-913.
- Kramer M, Hafner LP (1989) *Shared values impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity*. Nurs Res, 38(3), 172-177.
- Kuoppala J, Lammimpaa A, Liira J, et al. (2008) *Leadership, job well-being and health effects. A systematic review and meta-Analysis*. J Occup Environ Med, 50, 904-915.
- Lutzen K, Kvist BE (2012) *Moral distress: a comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts*. HEC Forum, 24(1), 13-25.
- McNeely E (2005) *The consequences of job stress for nurses' health: Time for a check-up*. Nurs Outlook, 53, 291-299.
- Minelli V, Morucci R, Dominijanni M, et al. (2009) *Il benessere organizzativo: valore sociale da perseguire e difendere anche in sanità*. Mondo Sanitario, 3, 1-16.
- Raup GH (2008) *The impact of nurse manager leadership style*

- on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health centre hospitals.* J Emerg Nurs, 34(5), 403-502.
- Roelen CA, Koopman PC, Notenbomer A, et al. (2008) *Job satisfaction and sickness absence: a questionnaire survey.* J Occup Environ Med, 58, 567-571.
- Shamian J, El-Jardali F (2007) *Healthy workplaces for health workers in Canada: knowledge transfer and uptake in policy and practice.* Healthcare Papers, 7, 6-25.
- Shipton H, Armstrong C, West M (2008) *The impact of leadership and quality climate on hospital performance.* J Qual Health Care, 20, 439-445.
- Sili A, Vellone E, De Marinis MG, et al. (2010, 1) *Validità e affidabilità del questionario infermieristico sulla salute organizzativa.* Prof Inferm, 63, 27-37.
- Sili A, Vellone E, Fida R, et al. (2010, 2) *Infermieri di camera operatoria e infermieri di medicina generale: la diversa percezione della propria salute organizzativa.* Med Lav, 101, 458-470.
- Sili A, Vellone E, Fida R, et al. (2010, 3) *La salute organizzativa degli infermieri. Guida pratica all'utilizzo del Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO).* Edises Editore, Napoli.

# Caratteristiche ed efficacia della relazione terapeutica tra infermiere e utente: una revisione della letteratura

Danilo Cavallo<sup>1</sup>, Giuseppe Re Luca<sup>2</sup>, Maura Lusignani<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Infermiere, Università degli Studi di Milano, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Corso di Laurea in Infermieristica, sezione Policlinico; <sup>2</sup>Infermiere tutor, Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS Ca' Granda di Milano; <sup>3</sup>Ricercatore, Università degli Studi di Milano

Corrispondenza: lucagiuseppere@gmail.com

## RIASSUNTO

**Introduzione** La relazione terapeutica tra infermiere e utente può garantire un'assistenza infermieristica personalizzata, maggiore soddisfazione e migliori esiti di cura.

L'obiettivo dello studio è quello di individuare gli elementi che caratterizzano la relazione tra l'infermiere e l'utente e le modalità per renderla efficace.

**Metodi e strumenti** È stata condotta una revisione della letteratura attraverso banche dati biomediche; l'analisi e la sintesi dei risultati è esplicitata in forma narrativa.

**Risultati** Lo sviluppo di una collaborazione tra gli operatori e gli utenti ha l'obiettivo di incrementare il potere decisionale dell'utente stesso nel processo di cura. La comunicazione efficace crea e mantiene una buona relazione; essa è essenziale ma poco considerata e questo influisce sul grado di coinvolgimento dell'utente. La reciprocità di intenti e la negoziazione degli obiettivi da raggiungere consente l'erogazione di prestazioni assistenziali centrate e condivise. Prerequisito per una relazione terapeutica tra l'infermiere e l'utente è una profonda conoscenza dell'assistito.

**Conclusioni** La relazione terapeutica improntata sul concetto di collaborazione potenzia le risorse dell'assistito ed è massima espressione di cooperazione tra l'infermiere e l'utente ma necessita di una comunicazione efficace e di un contesto e un modello organizzativo facilitanti.

Occorrono ulteriori ricerche per valutare l'impatto delle variabili socio-demografiche, di contesto e organizzative nel condizionare la qualità e gli esiti di una relazione terapeutica tra l'infermiere e l'utente.

**Parole chiave:** relazione terapeutica, relazione infermiere-utente, assistenza infermieristica

## Characteristics and effectiveness of the nurse-patient therapeutic relationship: a literature review

### ABSTRACT

**Introduction** The therapeutic nurse-user relationship can provide a personalized nursing care, greater satisfaction and better outcomes of care.

The aim of this study is to describe the elements that characterize the nurse-user relationship and how to make it effective.

**Methods and methods** A review of the literature through biomedical databases was carried out; results' analysis and synthesis is reported in narrative form.

**Results** The goal of a nurse-patient partnership development is to increase the patient empowerment in the process of care. Effective communication creates and maintains a good relationship, it is essential but not still sufficiently considered and this influences the degree of involvement and active participation. The mutuality of purpose and the negotiation of goals allow the provision of centered and shared welfare benefits. Prerequisite for a therapeutic nurse-user relationship is a deep knowledge of the patient.

**Conclusion** The therapeutic relationship centered on the partnership promotes the empowerment of the user and is the maximum expression of nurse-patient cooperation but it requires effective communication, and a facilitating context and organizational model.

Further studies to assess the impact of sociodemographic variables, and organizational context in influencing the quality and outcomes of a nurse-user therapeutic relationship would be desirable.

**Keywords:** therapeutic relationship, nurse-patient relation, nursing care

## INTRODUZIONE

La relazione terapeutica tra l'infermiere e l'utente è caratterizzata da tre fasi (Briant S, et al., 1998): la fase di orientamento, ovvero quando i parametri del rapporto si stabiliscono e la fiducia inizia a svilupparsi, la fase di lavoro, ovvero l'identificazione dei problemi, e la fase di risoluzione, ovvero la fine del rapporto (Forchuck C, 1995). La relazione è influenzata dall'utente e dall'infermiere attraverso fenomeni interpersonali che comprendono i preconcetti che uno ha dell'altro, le altre relazioni interpersonali, l'ansia, il pensiero, i modelli di apprendimento, le competenze e la conoscenza di sé (Forchuck C, 1995). L'instaurarsi di una relazione terapeutica è fondamentale sia per la qualità delle cure sanitarie sia per l'infermiere che fornisce le cure e per l'utente che le riceve (Stoddart KM, 2012). L'infermiere è la figura professionale che passa più tempo a contatto con l'utente e ha quindi una notevole possibilità di influenzare i comportamenti e gli atteggiamenti di quest'ultimo (Ku TK, et al., 2010). Il rapporto che si instaura rappresenta un veicolo per lo sviluppo, nell'utente, di fiducia, conforto, senso di rispetto e coinvolgimento nella gestione della malattia (Ku TK, et al., 2010). La chiave di volta terapeutica all'interno della relazione è la comunicazione efficace (Tay LH, et al., 2011). La comunicazione è un processo a due vie in cui viene inviato un messaggio che deve essere correttamente ricevuto e compreso (Tay LH, et al., 2011). Quando ciò si verifica l'utente acquista fiducia, si sente rispettato e coinvolto nel processo di cura e può esternare i propri sentimenti, condizione ideale per il miglioramento dell'aderenza terapeutica e degli esiti di cura (Tay LH, et al., 2011; Markova T, et al., 2007). La comunicazione efficace tra l'infermiere e l'utente può essere insegnata e sostenuta nel tempo e ne rafforza la collaborazione (Doss S, et al., 2011); la letteratura corrente descrive la collaborazione tra l'infermiere e l'utente come un "rapporto interpersonale tra due o più persone che lavorano insieme verso un reciproco scopo definito" (Gallant MH, et al., 2002), con l'obiettivo di fornire all'utente maggior potere decisionale nel processo di cura (Doss S, et al., 2011).

La collaborazione è il più alto livello di interazione tra l'infermiere e l'utente in tutte le fasi dell'assistenza infermieristica (Sahlsten MJ, et al., 2007). Gli attributi della collaborazione (*partnership*) derivano anche dalla responsabilizzazione (*empowerment*) dell'utente (Hook ML, 2006), definito come quel processo che aiuta le persone ad affermare il controllo sui fattori che riguardano la loro vita (Doss S, et al., 2011). La visione tradizionale della posizione dell'utente nel processo di cura è cambiata, sostituita da aspettative che lo vedono soggetto attivo e coinvolto (Sa-

hlsten MJ, et al., 2007, 2008), a condizione che atteggiamenti, strategie e competenze dell'infermiere ne favoriscano la partecipazione, la motivazione, il grado di soddisfazione riguardo alle cure e la riduzione del livello di stress e di ansia (Sahlsten MJ, et al., 2007, 2008). La partecipazione dell'assistito è definita come un processo dinamico che si modifica nel tempo (Sahlsten MJ, et al., 2008) e che avviene considerando la persona come elemento centrale. La partecipazione è vincolata al coinvolgimento dell'utente nel processo decisionale sulle possibili alternative terapeutiche e implica la presenza di termini a essa associati quali uguaglianza, negoziazione e responsabilità (Sahlsten MJ, et al., 2008). Il concetto di uguaglianza conduce a quello di preservazione della dignità umana dell'assistito; questo tema è affrontato quotidianamente nella pratica infermieristica e può essere inteso come una componente del preservare la salute, il cui mantenimento è la ragione principale del fornire cure infermieristiche (Anderberg P, et al., 2007). Il processo di cura centrato sull'utente si pone come soluzione agli aspetti disumanizzanti del ricovero (Hobbs JL, 2009). Preservare e conservare la dignità dell'utente all'interno della relazione di cura è considerato uno dei più importanti aspetti etici del prendersi cura (Anderberg P, et al., 2007).

## Obiettivo

Illustrare gli elementi che caratterizzano la relazione terapeutica tra l'infermiere e l'utente e le modalità per renderla efficace.

## MATERIALI E METODI

E' stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione e l'interrogazione di banche dati biomediche quali PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) e PsycINFO dell'American Psychological Association (APA). L'interrogazione di queste banche dati è stata effettuata utilizzando una serie di filtri e parole chiave.

Al fine di formulare una valida strategia di ricerca, per un'efficace interrogazione delle banche dati biomediche e per un ottimale reperimento delle citazioni pertinenti l'argomento considerato nello studio è stato sviluppato un quesito clinico seguendo la metodologia PICO (patient, intervention, comparison, outcome) (Richardson WS, 1995) (Tabella 1).

Per la revisione sono stati inclusi:

- gli studi pubblicati negli ultimi dieci anni;
- gli studi con l'*abstract* disponibile;
- gli studi in lingua inglese;
- gli studi rivolti a una popolazione adulta di utenti;
- gli studi appartenenti a riviste infermieristiche;
- le revisioni della letteratura.



**Tabella 1. Quesito clinico di ricerca individuato tramite la metodologia PICO**

Metodologia PICO		
P	<i>patient</i> (paziente)	utenti adulti
I	<i>intervention</i> (intervento)	relazione efficace tra l'infermiere e l'utente
C	<i>comparison</i> (controllo)	relazione non efficace tra l'infermiere e l'utente
O	<i>outcomes</i> (risultati)	qualità della cura
Quesito di ricerca		
L'instaurarsi di una efficace relazione con l'utente contribuisce all'erogazione di cure infermieristiche di qualità?		

La ricerca bibliografica è stata eseguita il giorno 5 gennaio 2013; le fonti biomediche di interesse per lo studio e le relative strategie di ricerca sono illustrate in Tabella 2.

Al termine della ricerca è stata operata una selezione degli articoli da parte di due degli autori, Cavallo D e Re Luca G, sulla base della pertinenza del titolo e dell'*abstract*; in caso di dubbio è stato interpellato il terzo autore, Lusignani M.

La selezione e valutazione degli articoli è avvenuta utilizzando una lista di controllo precedentemente predisposta tratta, con alcune modifiche, dalla scheda di valutazione delle revisioni sistematiche adattata dal Joanna Briggs Institute (Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna, 2011) e disponibile in appendice 1 a pagina e107.

## RISULTATI

Gli articoli congruenti al quesito clinico sviluppato sono stati 38. La selezione eseguita dagli autori in base ai criteri di inclusione stabiliti e alla lista di controllo utilizzata ha portato all'esclusione di 19 articoli. I rimanenti sono stati considerati nello studio. I contenuti dei singoli studi considerati nella revisione sono riportati in maniera sintetica nella appendice 2 a pagina e108.

### La relazione terapeutica tra l'infermiere e l'utente La collaborazione

Gli elementi della collaborazione sono la "struttura", ovvero le fasi del rapporto tra l'utente e l'infermiere, la messa a fuoco degli obiettivi in ciascuna fase, i ruoli e responsabilità dei partner, e il "processo", ovvero la condivisione del potere e la negoziazione (Gallant MH, et al., 2002). Sono stati individuati quattro tipi di rapporto possibile all'interno di un'interazione (Doss S, et al., 2011): clinico, terapeutico, connesso e a maggiore coinvolgimento. Il rapporto di tipo connesso è quello maggiormente appropriato per la collaborazione nel cui ambito l'infermiere effettua anche una valutazione globale, fisica e psicosociale dell'assistito (Doss S, et al., 2011). La comunicazione e l'interazione a lungo termine favoriscono lo sviluppo di un rapporto di reciproca fiducia che pone le basi per una collaborazione efficace che si attualizza nel modo in cui l'infermiere e l'utente interagiscono (Doss S, et al., 2011; Gallant MH, et al., 2002). Tra gli obiettivi del professionista vi è quello di ascoltare, entra-

**Tabella 2. Strategia di ricerca bibliografica**

Banca dati	Parole chiave	Filtri	Articoli		
			Trovati	Considerati	Inclusi
PubMed	nurse-patient relation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pubblicato negli ultimi 10 anni</li> <li>• presenza di <i>abstract</i></li> <li>• testo in lingua inglese</li> <li>• utenti adulti</li> <li>• articoli provenienti da riviste infermieristiche</li> <li>• revisioni della letteratura</li> </ul>	121	22	6
CINAHL	nurse-patient relation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pubblicato negli ultimi 10 anni</li> <li>• presenza di <i>abstract</i></li> <li>• testo in lingua inglese</li> <li>• utenti adulti</li> <li>• revisioni della letteratura</li> </ul>	23	5	2
PsycINFO	patient, nurse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pubblicato negli ultimi 10 anni</li> <li>• presenza di <i>abstract</i></li> <li>• testo in lingua inglese</li> <li>• articoli provenienti da riviste infermieristiche</li> </ul>	471	36	11

re in empatia ed educare: ciò è molto più che fornire informazioni (Doss S, et al., 2011). Devono sussistere determinate condizioni, da cui ne derivano conseguenze per l'utente, affinché abbia luogo una collaborazione efficace (Gallant MH, et al., 2002) (Tabella 3).

### La comunicazione

La comunicazione spesso non è lineare ma influenzata da fattori riguardanti l'infermiere, l'utente e il luogo di cura (Tay LH, et al., 2011) (Tabella 4).

Di seguito vengono riportati i fattori che possono influenzare negativamente la riuscita di un'efficace collaborazione relativi a ciascun attore e componente del rapporto tra l'infermiere e l'utente (Gallant MH, et al., 2002):

- fattori relativi all'utente: per esempio i problemi linguistici, la carenza di motivazione, l'atteggiamento timoroso o senza speranza, lo stile di vita alternativo, eccetera;
- fattori relativi all'infermiere: per esempio l'atteggiamento scettico, la comunicazione inefficace, la non promozione dell'indipendenza dell'assistito, la mancanza di adattabilità e flessibilità, eccetera;
- fattori relativi all'ambiente: per esempio la sicurezza, il comfort, la non flessibilità, il non incoraggiamento all'innovazione, eccetera;
- fattori relativi all'attività clinico assistenziale: per

esempio gli atteggiamenti non favorevoli, la mancanza di riconoscimento, la comunicazione inefficace, l'approccio dell'équipe, l'impegno minimo nei riguardi dell'utente, eccetera (Doss S, et al., 2011).

Tali fattori, una volta definiti e compresi, devono fungere da punto di partenza per il loro evitamento e lo sviluppo di strategie utili a ottimizzare il rapporto tra l'infermiere e l'utente (Doss S, et al., 2011). Lo strumento chiave per instaurare un rapporto di collaborazione è la comunicazione efficace (Doss S, et al., 2011) che porta all'esternazione di sentimenti da parte dell'utente con sollievo emotivo e miglioramento degli esiti di cura (Tay LH, et al., 2011).

Si sviluppa una comunicazione efficace quando viene soddisfatto il bisogno informativo dell'utente, soprattutto quando emerge una dicotomia tra le informazioni ritenute importanti dall'infermiere e dall'utente (Suhonen R, et al., 2006). Le necessità maggiori d'informazione e di apprendimento si individuano rispettivamente nei momenti antecedenti il ricovero e alla dimissione, quando emerge l'esigenza di possedere le nozioni adeguate per la propria cura al domicilio (Suhonen R, et al., 2006). I fattori che condizionano il bisogno informativo sono: l'età (il grado di soddisfazione per le informazioni cresce all'aumentare dell'età), il sesso, il livello d'istruzione (maggiore esigenza informativa nei soggetti meno istruiti), il livello di reddito, lo stato di salute (i degenti più

**Tabella 3. Condizioni e conseguenze della collaborazione efficace tra l'infermiere e l'utente**

Condizioni necessarie	Conseguenze
<b>Infermiere</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• riconoscimento dell'utente come essere umano portatore di bisogni specifici</li> <li>• condivisione con l'utente di responsabilità, rischi e potere decisionale</li> <li>• fiducia nelle capacità dell'utente</li> <li>• utilizzo di atteggiamenti positivi</li> <li>• coinvolgimento dell'utente nella presa di decisioni</li> <li>• fiducia nella responsabilizzazione (<i>empowerment</i>) dell'utente</li> </ul>	<b>Utente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sostegno emotivo</li> <li>• apprendimento</li> <li>• riduzione dell'isolamento sociale</li> <li>• responsabilizzazione (<i>empowerment</i>)</li> </ul>

**Tabella 4. Fattori che favoriscono e inibiscono la comunicazione efficace tra l'infermiere e l'utente**

Componente	Fattori favorevoli	Fattori inibenti
Infermiere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• comunicazione genuina e sincera</li> <li>• reale stato di interesse verso l'utente</li> <li>• competenza</li> <li>• reale stato di preoccupazione verso la salute dell'assistito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• orientamento al compito</li> <li>• difficoltà ad affrontare situazioni a elevata carica emotiva</li> </ul>
Utente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• partecipazione attiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• esclusività di condivisione delle emozioni entro la cerchia affettiva</li> </ul>
Luogo di cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• collaborazione tra membri dell'équipe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• conflittualità tra membri dell'équipe</li> </ul>

critici manifestano un maggiore bisogno di informazioni) e la durata della degenza (Suhonen R, et al., 2006).

### **La partecipazione**

Un elemento che emerge in letteratura è la non ampia possibilità di dialogo tra l'infermiere e l'utente in quanto l'attività del primo limita al secondo la possibilità di porre domande (Coyle et al, 2001). Tutto ciò influisce sul coinvolgimento e sulla partecipazione dell'utente nel processo di cura (Sahlsten MJ, et al., 2007). Gli elementi su cui si fonda la partecipazione dell'utente al processo di cura sono la reciprocità e la negoziazione (Sahlsten MJ, et al., 2007). Per reciprocità si intende l'interazione dinamica tra l'infermiere e l'utente e comporta la condivisione di uno scopo; è caratterizzata da intimità, contatto e comprensione (Sahlsten MJ, et al., 2007). La negoziazione si riferisce al confronto tra l'infermiere e l'utente alla ricerca di un comune punto di accordo soddisfacente per entrambi (Sahlsten MJ, et al., 2007). La reciprocità nella negoziazione dipende dai processi interpersonali, dall'approccio terapeutico e dalle risorse e opportunità disponibili (Sahlsten MJ, et al., 2007). Per risorse dell'utente si intendono le informazioni e le conoscenze che esso possiede e su queste l'infermiere deve porre la propria attenzione al fine di favorire un proficuo interscambio (Sahlsten MJ, et al., 2007). Per opportunità s'intende la possibilità di determinare, attraverso l'interazione con l'utente, un aumento di responsabilità riconosciute e condivise per entrambi per sti-

molare l'utente stesso a credere maggiormente nelle proprie potenzialità (Sahlsten MJ, et al., 2007). In Tabella 5 sono riassunte le condizioni e le conseguenze di un processo di cura indirizzato alla partecipazione dell'utente che costituisce uno dei fondamenti essenziali dell'assistenza infermieristica (Sahlsten MJ, et al., 2008) e il miglior modo per perseguirlo, tramite l'erogazione di cure realmente centrate (Coyle J, et al., 2001).

### **La centralità delle cure**

Centrare le cure sull'utente si traduce nell'alleviarne la vulnerabilità dovuta alla compromissione dello stato fisiologico e alla relativa minaccia dell'identità personale (Hobbs JL, 2009). Le specifiche vulnerabilità vissute dagli assistiti costituiscono la condizione necessaria per la ricerca del bisogno di cura e determinano le diverse modalità con cui essi vengono a contatto con l'infermiere (Hobbs JL, 2009). Il processo attraverso cui si compie un modello di cura centrato sull'utente è l'impegno terapeutico, ovvero lo sviluppo di un rapporto di fiducia (Hobbs JL, 2009). Le condizioni e le conseguenze di tale modello di assistenza sono illustrate in Tabella 6. È indispensabile conoscere la persona che sta "dietro" alla malattia; senza questa attenzione non viene riconosciuta l'unicità dell'utente e, quindi, non si è in grado di preservarne la dignità (Anderberg P, et al., 2007).

### **Il valore terapeutico**

Curare con dignità significa riconoscere all'assistito

**Tabella 5. Condizioni e conseguenze della partecipazione dell'utente al processo di cura**

Condizioni da rispettare	Conseguenze
<p><b>Utente e infermiere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• instaurazione di una relazione</li> <li>• impegno attivo e reciproco nelle attività fisiche e mentali</li> <li>• comunicazione efficace</li> </ul>	<p><b>Infermiere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soddisfazione lavorativa e aumento dell'autostima</li> </ul>
<p><b>Infermiere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• riconoscimento dell'utente come persona capace di assumere potere, controllo e responsabilità</li> </ul>	
<p><b>Utente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• disponibilità ad assumere potere decisionale, controllo e responsabilità</li> <li>• ottenere informazioni precise e comprensibili</li> </ul>	<p><b>Utente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• migliori esiti di trattamento</li> <li>• maggiore soddisfazione</li> <li>• sviluppo di fiducia e senso di comprensione</li> <li>• responsabilizzazione (<i>empowerment</i>)</li> <li>• diminuzione della vulnerabilità</li> <li>• maggiore capacità di regolazione delle situazioni</li> <li>• diminuzione del disagio per la presenza di altri degenti durante le segnalazioni a bordo letto</li> </ul>

**Tabella 6. Condizioni e conseguenze nel modello della centralità delle cure**

	Condizioni	Conseguenze
Infermiere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• approccio all'utente</li> <li>• caratteristiche proprie</li> <li>• regole di orientamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ampliamento della prospettiva sulla malattia</li> </ul>
Utente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• risposta alla malattia</li> <li>• bisogno di confrontarsi con le proprie capacità</li> <li>• sofferenza</li> <li>• condizioni poste dalla malattia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• soddisfacimento dei bisogni</li> <li>• riduzione della sofferenza</li> <li>• riduzione della lesione dell'identità</li> <li>• modificazione degli standard di cura</li> </ul>

autonomia e individualità con integrati valori di verità, giustizia e diritti umani (Coventry ML, 2006). D'altro canto, al fine di preservarla, l'assistito mette in atto un processo di regolazione percettiva mediante il quale prevede la potenziale umiliazione, analizza mentalmente la situazione e si adatta a un livello di accettazione tale da poterla sopportare (Matiti MR, et al., 2004). Questo processo è influenzato da fattori quali il grado e il tipo di malattia, il grado di ricevimento delle informazioni, l'accettazione della situazione e le precedenti esperienze di ricovero (Anderberg P, et al., 2007; Matiti MR, et al., 2004).

Sulla qualità delle cure influiscono l'atteggiamento dell'équipe infermieristica preposta alla cura degli utenti e le condizioni in cui operano (Courtney M, et al., 2000). Un esempio di atteggiamento positivo è dare più importanza alla comunicazione con l'assistito piuttosto che al compito in sé da svolgere (Courtney M, et al., 2000). Alla qualità delle cure contribuisce un maggiore livello di formazione professionale dell'équipe, il lavorare nell'area sanitaria preferita e una maggiore conoscenza di alcuni processi fisiologici tra cui l'invecchiamento degli utenti, spesso sottovalutato (Courtney M, et al., 2000). La non adeguata conoscenza conduce all'elaborazione di stereotipi e pregiudizi nei riguardi dell'utente, soprattutto se anziano, tali da comprometterne l'indipendenza e il coinvolgimento nel processo decisionale determinando così il peggioramento della qualità delle cure erogate (Courtney M, et al., 2000). Hildegard Peplau definisce la relazione terapeutica come "l'essenza dell'infermieristica, una relazione influenzata da entrambi i partecipanti ma unica perché combinazione dei contributi di ciascuno" (Forchuck C, 1995). Ci sono aspetti connessi alla figura dell'infermiere e a quella dell'utente che possono influire sull'instaurarsi di una relazione terapeutica (Bridges G, et al., 2013) (Tabella 7). La relazione tra l'infermiere e l'utente dipende dalla capacità del primo di essere presente nel rapporto con il secondo e di operare nel suo interesse (Bridges G, et al., 2013). Le caratteristiche tipiche e auspicabili di una relazione terapeutica sono la co-

**Tabella 7. Fattori e aspetti che condizionano la relazione terapeutica tra l'infermiere e l'utente**

Infermiere	Utente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• esperienza</li> <li>• credenze</li> <li>• personalità</li> <li>• capacità di parlare apertamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• demenza</li> <li>• agitazione</li> <li>• aggressività</li> <li>• capacità di comunicare</li> </ul>

noscenza intima dell'utente utilizzata per sapere quanto e come coinvolgerlo nel processo decisionale e per valutarne gli esiti al trattamento, la capacità di promuovere la dignità, il *comfort* e il sostegno emotivo, la capacità di fornire informazioni, l'orientamento e il supporto e la capacità di conciliare le prospettive dell'utente, della famiglia e degli operatori (Bridges G, et al., 2013). Quale effetto della relazione terapeutica, gli infermieri possono manifestare soddisfazione o disagio morale, quest'ultimo spesso dovuto a fattori indipendenti dal loro controllo, come la sofferenza dell'utente (Bridges G, et al., 2013). Le condizioni organizzative influiscono sull'instaurarsi della relazione terapeutica vincolando la capacità di costruirla o rafforzarla (Bridges G, et al., 2013). Il potenziale terapeutico della relazione si deve basare su una profonda e continua conoscenza dell'assistito e della sua famiglia, della malattia, delle strategie di adattamento allo stress adottate e dall'apprezzamento dell'importanza dei fattori psicologici, ambientali, spirituali e sociali individuali (Bridges G, et al., 2013).

## DICUSSIONE

La relazione terapeutica si basa sul concetto di collaborazione: consente all'assistito di essere protagonista del ripristino della propria salute assumendo maggiore potere e responsabilità in condivisione con l'infermiere che ha il compito di tutelarne il coinvolgimento (Doss S, et al., 2011). Tra gli elementi costituenti il processo di collaborazione emerge la negoziazione (Gallant MH, et al., 2002) con cui rag-

giungere un accordo soddisfacente per ambedue le parti e utile al perseguimento degli obiettivi di cura. La collaborazione rappresenta la massima espressione di cooperazione tra l'infermiere e l'utente. Per una relazione con un risvolto terapeutico positivo occorre una comunicazione efficace (Tay LH, et al., 2011), attributo attraverso cui la dignità dell'assistito si può favorire, mantenere e tutelare per promuovere atteggiamenti e comportamenti facilitanti la relazione terapeutica. Tra i fattori ostacolanti la relazione vi è l'orientamento al compito e/o modello organizzativo (Sahlsten MJ, et al., 2007) che minano la capacità di riuscita della collaborazione, della comunicazione efficace, del soddisfacimento del bisogno informativo, della salvaguardia della dignità dell'utente, compromettendo la sussistenza di una relazione terapeutica. Vi sono anche condizioni riconducibili all'utente (Coyle J, et al., 2001) come gli aspetti caratteriali propri e/o le differenti modalità di reazione alla sofferenza e alla malattia. Il potenziale terapeutico della relazione può esprimersi se l'infermiere ha una profonda conoscenza dell'assistito e della sua famiglia (Hobbs JL, 2009; Courtney M, et al., 2000), del suo vissuto di malattia, delle sue strategie di adattamento e del diverso, unico e originale ruolo che per lui giocano i fattori psicologici, ambientali, spirituali e sociali nel condizionare l'esito del percorso di cura. In sintesi sembra che, affinché possa esprimersi appieno il risvolto terapeutico positivo della relazione tra l'infermiere e l'utente, occorrono dei prerequisiti irrinunciabili quali la collaborazione, la comunicazione efficace, la partecipazione, la centralità delle cure, eccetera; ognuno dei due protagonisti di questa relazione è chiamato a favorirne la nascita, lo sviluppo e il mantenimento.

## CONCLUSIONI

Una comunicazione efficace è un tassello indispensabile per la costruzione di un adeguato rapporto tra l'infermiere e l'utente. Coloro che guardano alla qualità della comunicazione come un aspetto prioritario sono in grado di soddisfare i bisogni informativi e di gettare le basi per lo sviluppo di un rapporto di reciproca fiducia al fine di instaurare una relazione terapeutica dai risvolti positivi per entrambe le parti. Una buona relazione terapeutica può aumentare la soddisfazione dell'utente per le cure ricevute e migliorare gli esiti di cura. Tuttavia una condizione necessaria affinché questo avvenga è che ci sia volontà, da parte dell'équipe infermieristica e non solo, di orientare le attività clinico assistenziali non in funzione del mero compito da svolgere. Uno dei possibili limiti dello studio è stato quello di avere considerato come tipologia di articolo solo le

revisioni, in un ambito temporale decennale, e di aver effettuato la ricerca solo in alcune tra le banche dati biomediche disponibili. Questi limiti potrebbero non aver fatto emergere altri studi degni di attenzione.

Sarebbe interessante indagare e approfondire come altre variabili, quali l'età, l'etnia, la cultura, il contesto clinico assistenziale e il modello organizzativo, possono influenzare il tipo e la qualità della relazione terapeutica che si instaura tra l'infermiere e l'utente.

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

## BIBLIOGRAFIA

- Anderberg P, Lepp M, Berglund AL et al. (2007) *Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis*. J Adv Nurs, 59(6), 635-643.
- Briant S, Freshwater D (1998) *Exploring mutually within the nurse-patient relationship*. Br J Nurs, 7(4), 204-211.
- Bridges G, Nicholson C, Maben J, et al. (2013) *Capacity for care: meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship*. J Adv Nurs, 69(4), 760-772.
- Courtney M, Tong S, Walsh A (2000) *Acute-care nurses' attitudes towards older patients: a literature review*. Int J Nurs Pract, 6(2), 62-69.
- Coventry ML (2006) *Care with dignity: a concept analysis*. J Gerontol Nurs, 32(5), 42-48.
- Coyle J, Williams B (2001) *Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care*. J Adv Nurs, 36(3), 450-459.
- Doss S, DePascal P, Hadley K (2011) *Patient-nurse collaborations*. Nephrol Nurs J, 38(2), 115-124.
- Forchuck C (1995) *Uniqueness within the nurse-client relationship*. Arch Psychiatr Nurs, 9(1), 34-39.
- Gallant MH, Beaulieu MC, Carnevale FA (2002) *Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship*. J Adv Nurs, 40(2), 149-157.
- Hobbs JL (2009) *A dimensional analysis of patient-centered care*. Nurs Res, 58(1), 52-62.
- Hook ML (2006) *Partnering with patients a concept ready for action*. J Adv Nurs, 56(2), 133-43.
- Ku TK, Minas H (2010) *Development of the nursing relationships scale: a measure of interpersonal approaches in nursing care*. Int J Ment Health Syst, 4, 12.
- Markova T, Broome B (2007) *Effective communication and delivery of culturally competent health care*. Urol Nurs, 27(3), 239-242.
- Matiti MR, Trorey G (2004) *Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting*. Int J Nurs Stud, 41(7), 735-744.
- Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J et al. (1995) *The*

- well-built clinical question: a key to evidence-based decisions.* ACP J Club, 123(3), A12-A13.
- Sahlsten MJ, Larsson IE, Sjöström B et al. (2007) *Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective.* J Clin Nurs, 16(4), 630-637.
- Sahlsten MJ, Larsson IE, Sjöström B et al. (2008) *An analysis of the concept of patient participation.* Nurs Forum, 43(1), 2-11.
- Stoddart KM (2012) *Social meanings and understandings in patient-nurse interaction in the community practice setting: a grounded theory study.* BMC Nurs, 11, 14.
- Suhonen R, Leino-Kilpi H (2006) *Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: a literature review.* Patient Educ Couns, 61(1), 5-15.
- Tay LH, Hegney D, Ang E (2011) *Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review.* Int J Evid Based Health care, 9(2), 151-164.
- Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna (2011). *Scheda per la valutazione delle revisioni sistematiche.* Adattata da: Joanna Briggs Institute, 2000. Disponibile all'indirizzo: [http://www.evidencebasednursing.it/calcolatori/griglia\\_revisioni\\_11.pdf](http://www.evidencebasednursing.it/calcolatori/griglia_revisioni_11.pdf)

**Appendice 1. Lista di controllo utilizzata per la selezione degli articoli individuati\*****Condizioni per la selezione degli articoli****1. Analisi preliminare**

- a. Il titolo è chiaro e l'argomento pertinente e di rilevanza clinica
- b. Esiste un'esplicita dichiarazione degli eventuali conflitti di interesse
- c. Esiste un'esplicita dichiarazione degli eventuali finanziatori dello studio
- d. E' presente un riassunto strutturato secondo lo schema IMRAD\*\* che bilancia in modo equilibrato che cosa è stato eseguito e che cosa si è ottenuto
- e. C'è congruenza e coerenza fra riassunto e testo

**2. Quesito**

- a. E' dichiarato l'obiettivo specifico della revisione
- b. Il quesito di revisione è definito chiaramente e in modo esplicito

**3. Strategia di ricerca**

- a. E' stata usata un'adeguata metodologia di ricerca per individuare gli studi
- b. È stata eseguita una ricerca completa delle banche dati appropriate e sono state esplorate le altre fonti potenzialmente importanti

**4. Criteri di inclusione**

- a. E' stato descritto il processo di selezione degli studi
- b. Sono stati riportati i criteri di inclusione

**5. Valutazione critica**

- a. E' stata valutata la validità degli studi inclusi
- b. La valutazione è stata eseguita in modo appropriato
- c. Sono disponibili i criteri di validità

**6. Sintesi dei dati**

- a. E' stata descritta la modalità di aggregazione degli studi
- b. I risultati sono stati aggregati in modo appropriato

**7. Omogeneità degli studi**

- a. La popolazione degli studi inclusi è simile e comparabile a quella oggetto di studio
- b. E' stato valutato lo stesso intervento dai singoli studi
- c. Sono stati usati gli stessi *outcome* per determinare l'efficacia del trattamento in esame
- d. Sono state esplorate le ragioni delle differenze tra gli studi

**8. Documentazione dei risultati**

- a. I metodi di revisione sono stati chiaramente documentati
- b. Il quesito della revisione è stato stabilito in modo chiaro ed esplicito
- c. Sono state riportate le strategie di ricerca
- d. Sono stati riportati i criteri di inclusione
- e. Sono stati riportati i criteri di valutazione degli studi
- f. Sono stati riportati i metodi usati per aggregare gli studi

**9. Conclusioni e raccomandazioni**

- a. E' stato fornito un riassunto dei risultati
- b. Sono state proposte specifiche direttive per nuove ricerche
- c. Le conclusioni sono supportate dai dati

\* durante l'analisi di un articolo gli autori indicano, con risposta dicotomica (sì o no), se ciascuna condizione è rispettata o meno

\*\* IMRAD: introduction, methods, results and discussion

**Appendice 2. Sintesi dei contenuti degli articoli inclusi nella revisione**

Articolo	Scopo	Risultati	Conclusioni	Spunti di ricerca
<b>Anderberg P, et al., 2007</b>	Eseguire un'analisi concettuale del significato di preservare la dignità	La tutela della dignità ha conseguenze favorevoli nei confronti dell'utente anziano	Le cure individualizzate, il ripristino del controllo sulla propria vita, il rispetto, la capacità di ascolto e la sensibilità favoriscono la preservazione della dignità	Gli studi futuri devono orientarsi a discutere in materia di attività infermieristiche indirizzate a preservare la dignità
<b>Briant S, et al., 1998</b>	Esplorare il concetto di mutualità entro la collaborazione ( <i>partnership</i> ) tra l'infermiere e l'utente	Sembra più opportuno affrontare il discorso sulla relazione fra l'infermiere e l'utente basandosi sul concetto di reciprocità	Sia l'infermiere sia l'utente hanno pari responsabilità nel mantenimento del rapporto di collaborazione	Occorrono ulteriori studi che confermino il modello concettuale sostenuto dagli autori
<b>Bridges G, et al., 2013</b>	Sintetizzare le evidenze e le conoscenze in merito alle esperienze di relazione con i pazienti degli infermieri	Gli infermieri sono fortemente motivati a costruire o rinsaldare una relazione con gli utenti ma in questo trovano un forte ostacolo rappresentato dall'organizzazione	Il clima organizzativo e gli aspetti strutturali possono avere una grande influenza sulle possibilità da parte degli infermieri di costruire una relazione con gli utenti	Occorrono altre ricerche che si focalizzino sugli aspetti a livello organizzativo modificabili per facilitare una buona relazione tra l'infermiere e l'utente
<b>Courtney M, et al., 2000</b>	Identificare come influiscono gli atteggiamenti degli infermieri sulle cure erogate	Gli infermieri che danno un alto grado d'importanza alla comunicazione con gli utenti, che hanno buona formazione e competenza favoriscono il buon esito delle cure erogate	Molti degli atteggiamenti favorevoli o inibenti degli infermieri hanno una ricaduta diretta sulla qualità delle cure offerte all'utente	Approfondire la conoscenza su atteggiamenti favorevoli o inibenti la qualità delle cure in funzione dell'area clinica di appartenenza degli infermieri
<b>Coventry ML, 2006</b>	Eseguire un'analisi concettuale sull'erogazione di cure che preservano la dignità della persona	La ricerca dell'interazione, la difesa della dignità e il riconoscimento dell'individualità della persona sono presupposti necessari per una buona assistenza infermieristica	Curare con dignità significa rispettare l'individualità della persona e riconoscerle un campo di autonomia decisionale	Approfondire con altri studi il concetto del curare con dignità
<b>Coyle J, et al., 2001</b>	Identificare le situazioni che rappresentano una minaccia per l'integrità psico-fisica degli utenti e la percezione che di essi hanno avuto	Gli aspetti protettivi e tutelanti nei confronti dell'utente riguardano la personalizzazione degli interventi e il coinvolgimento nelle cure	Le cure centrate sulla persona migliorano la stessa visione che l'utente ha della sua esperienza di cura	Permangono perplessità sull'appropriatezza degli strumenti di valutazione della soddisfazione alle cure dell'utente
<b>Doss S, et al., 2011</b>	Fornire una panoramica sull'importanza del modello di cura centrato sull'utente e il relativo ruolo dell'infermiere	La comunicazione efficace va insegnata e sostenuta in quanto rafforza la collaborazione. I rapporti che si possono instaurare sono: clinico, terapeutico, connesso e coinvolto	La collaborazione consente di fornire potere decisionale agli utenti in merito alle cure cui sono soggetti	Il concetto di collaborazione ( <i>partnership</i> ) deve essere oggetto di approfondimenti
<b>Forchuck C, 1995</b>	Comprendere come la terapeuticità della relazione consenta esiti di cura migliori	Una relazione terapeutica tra l'infermiere e l'utente ha un impatto positivo sullo stato di salute	I fattori agenti sulla relazione terapeutica sono più predittivi sull'esito di guarigione dei fattori agenti sulle singole componenti (infermiere e utente)	Vi è l'esigenza di espandere la ricerca sull'organizzazione e sul contesto di cura quale variabile dipendente
<b>Gallant MH, et al., 2002</b>	Eseguire un'analisi concettuale della collaborazione ( <i>partnership</i> ) secondo l'approccio di Rodgers	La collaborazione si formula come un contratto fra le due parti che attribuisce diritti e doveri in eguale misura	L'età e la cultura possono giocare un ruolo importante nel mantenimento di una buona collaborazione fra l'infermiere e l'utente	Servono ulteriori studi sull'influenza del sistema organizzativo e strutturale del contesto clinico assistenziale e delle variabili socio demografiche sulla collaborazione tra l'infermiere e l'utente
<b>Hobbs JL, 2009</b>	Individuare le dimensioni delle cure centrate sull'utente nella letteratura e le basi concettuali del fenomeno	Le categorie dimensionali sono: gestione della vulnerabilità, approccio con l'operatore professionale, percezione di malattia e modello organizzativo del contesto di cura	Centralità delle cure significa anzitutto centralità dell'utente nel processo decisionale	E' necessario approfondire ulteriormente il concetto di cure centrate sull'utente analizzando tutte le variabili di contesto che lo possono influenzare







Articolo	Scopo	Risultati	Conclusioni	Spunti di ricerca
Hook ML, 2006	Eseguire un'analisi concettuale della collaborazione ( <i>partnership</i> ) fra l'infermiere e l'utente	La definizione di collaborazione è meglio contestualizzata nella pratica clinica qualora si attribuisca importanza ai concetti di responsabilizzazione ( <i>empowerment</i> ) e di competenza	La conoscenza delle basi fondanti e una migliore chiarezza nella definizione di collaborazione contribuiscono alla sua implementazione	Occorre sviluppare ulteriormente il concetto di collaborazione e renderlo spendibile nella pratica clinica
Ku TK, et al., 2010	Indagare le dimensioni significative della relazione tra l'infermiere e l'utente	Le dimensioni sono: l'approccio di cura e supporto, la soddisfazione dell'operatore, la posizione di autorità e le condizioni di negatività	La comprensione dell'esistenza di dimensioni concettuali nella relazione tra l'infermiere e l'utente consente la formulazione di strategie per il loro controllo e gestione	Esaminare con altre ricerche l'influenza di fattori demografici e psico sociali sul tipo di approccio interpersonale che si instaura tra l'infermiere e l'utente
Markova T, et al., 2007	Esplorare le barriere culturali e linguistiche che si frappongono a un corretto ed efficace passaggio di informazioni tra l'infermiere e l'utente	Un'intermediazione culturale può essere una risorsa in grado di elevare la qualità e l'efficacia della comunicazione in presenza di barriere linguistiche o culturali	Il superamento delle barriere linguistiche o culturali è un passaggio fondamentale per giungere a una comunicazione efficace fra l'utente e l'operatore sanitario	Approfondire il tema con ulteriori ricerche che considerino le diversità etniche e religiose
Matiti MR, et al., 2004	Esplorare il costrutto teorico alla base della salvaguardia della dignità dell'utente	Ogni utente ha una propria concezione di dignità che può essere messa in discussione durante la pratica assistenziale. L'infermiere deve conoscere l'utente a fondo e interagire con esso per evitargli umiliazioni e rispondere in modo adeguato alle sue richieste	Il bisogno di informazione, la comunicazione efficace, il rispetto della privacy, la condivisione delle scelte sono fattori che influiscono sulla salvaguardia della dignità dell'utente	Servono ulteriori studi per confermare il costrutto teorico formulato nella ricerca
Sahlsten MJ, et al., 2007	Indagare i significati del concetto di partecipazione dell'utente dalla prospettiva infermieristica	La reciprocità, la negoziazione, la condivisione degli obiettivi di cura sono prerequisiti per la partecipazione dell'utente alle cure	L'infermiere che interagisce in forma dinamica con l'utente crea il presupposto per una sua partecipazione attiva	Occorrono ulteriori conferme delle conclusioni formulate nella presente ricerca
Sahlsten MJ, et al., 2008	Esplorare il concetto di partecipazione dell'utente nella pratica infermieristica	La partecipazione attiva implica degli attributi (per esempio la presenza di una relazione, di un impegno attivo e reciproco), delle condizioni antecedenti (per esempio il rispetto dell'individualità) e delle conseguenze (per esempio un aumento della soddisfazione)	La partecipazione attiva dell'utente produce una riduzione dei reclami e preserva l'attività infermieristica dalla sindrome di <i>burnout</i>	Serve comprendere meglio i fattori relativi all'utente e all'infermiere agenti su una partecipazione alle cure non ottimale
Stoddart KM, 2012	Esplorare il significato sociale di interazione e comprendere i ruoli assunti dall'infermiere e dall'utente	Essere un buon infermiere ed essere un buon utente, l'esperienza professionale e le aspettative sul proprio benessere sono i concetti cardine emersi	E' fondamentale considerare il vissuto di ambedue le componenti per instaurare una buona interazione	Esplorare le possibilità di rendere maggiormente interattivo l'ambiente di cura
Suhonen R, et al., 2006	Esplorare i bisogni informativi degli utenti	Ci sono differenze tra l'utente e l'infermiere riguardo quali informazioni sono ritenute importanti. Esistono dati contrastanti sul grado di soddisfazione dell'utente. Sono importanti le modalità, i tempi e il luogo di erogazione delle informazioni	Il bisogno informativo risente di numerose variabili ma deve essere soddisfatto	Serve approfondire la relazione fra le variabili socio-demografiche e culturali e il fabbisogno informativo
Tay LH, et al., 2011	Individuare i fattori che influenzano la comunicazione efficace	Fattori favorenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• infermieri: la competenza, la sincerità e l'interesse reale;</li> <li>• utenti: la partecipazione attiva;</li> <li>• luogo di cura: la collaborazione in équipe.</li> </ul> Fattori inibenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• infermieri: l'orientamento al compito, l'incompetenza, l'emotività;</li> <li>• utenti: la non condivisione, l'emotività;</li> <li>• luogo di cura: la presenza di conflitti nell'équipe</li> </ul>	Diversi attori influiscono sulla comunicazione efficace	Servono ulteriori approfondimenti sull'ambiente di cura, sulla cultura di appartenenza e sulla comunicazione efficace



## CONTRIBUTI

## Il disability manager nella filiera dei servizi sanitari non medici: un esempio per l'integrazione socio-sanitaria

di Marco Cadamuro Morgante (1), Silvana Muhameti (2), Giovanni Pavan (3)

(1) Medico legale e Direttore sanitario dell'Ospedale di Montebelluna dell'Azienda Ulss n. 8 di Asolo-Castelfranco

(2) Infermiera legale del Servizio professioni sanitarie non mediche e dell'Ufficio di infermieristica legale dell'Ospedale riabilitativo di alta specializzazione di Motta di Livenza

(3) Direttore del Servizio di prevenzione e protezione, del Servizio professioni sanitarie non mediche e Responsabile dell'Ufficio di infermieristica legale dell'Ospedale riabilitativo di Motta di Livenza

Corrispondenza: [giovanni.pavan@libero.it](mailto:giovanni.pavan@libero.it)

### La disabilità

La disabilità acquisita rappresenta una condizione di riduzione delle abilità che la persona possedeva in seguito ad una modificazione del suo stato di salute. Viene considerata disabile una persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni corporee (mentali, sensoriali e dolore, della voce e dell'eloquio, dei diversi sistemi somatici) pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, etc.). Secondo la sfera di autonomia funzionale compromessa, sono state costruite quattro tipologie di disabilità: confinamento, difficoltà di movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà della comunicazione.

Rilevare la disabilità significa valutare il livello di riduzione dell'autonomia nello svolgere le principali funzioni, conseguente al deficit o menomazione dovuta alla malattia, tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi.

Diverso è il concetto d'invalidità che invece si riferisce alla menomazione che colpisce un organo ed è quindi indipendente dalla valutazione complessiva di autosufficienza. Con la classificazione di disabilità introdotta nel 2001 (Icf - Classificazione internazionale sul funzionamento), anziché limitarsi a classificare l'handicap, ora ci si orienta a considerare il funzionamento e l'ambiente nel suo complesso: non più la persona, bensì le sue situazioni di vita, divenendo così uno strumento universale in quanto applicabile a chiunque. Sebbene le conseguenze cliniche della disabilità siano molto gravi sul soggetto colpito, a essere il vero peso da sostenere sono soprattutto gli effetti conseguenti emotivi e sociali. Gli elementi che se non ben gestiti possono incidere sul soggetto disabile sono sostanzialmente tre (Istat, 2010):

1. rispondere alla domanda "perché proprio a me?" e aiutare la persona ad accettare la realtà della sua situazione;
2. ridurre l'interferenza della disabilità con la vita normale, spesso caratterizzata da frustrazioni con sollecitazioni emotive;
3. ricostruire un nuovo stile ed equilibrio di vita con nuove abitudini, nuove relazioni e nuove attività sociali.

La disabilità acquisita determina paura, instabilità e difficoltà nel pianificare il futuro. Spesso si produce un taglio netto con la vita precedente e con le abitudini passate e persino i vecchi amici possono allontanarsi.

Nella disabilità acquisita prima di tutto è importante ricostruire e valutare cosa sia accaduto alla persona, alla sua famiglia ed al contesto sociale di appartenenza. Si tratta di un evento traumatico che può influenzare il ruolo sociale dell'individuo a causa della perdita delle capacità e delle chance lavorative, dello stato sociale o a causa dei cambiamenti estetici o delle abilità fisiche con il conseguente stravolgimento dell'identità personale.

Le difficoltà fisiologiche e funzionali possono determinare restrizioni e modificazioni nell'area delle attività e tali restrizioni divengono il prodotto combinato della riluttanza della società ad affrontare i problemi della disabilità con la tendenza della persona a fuggire dalle situazioni di esclusione sociale. L'evento traumatico della disabilità acquisita può provocare risposte psicologiche simili al "processo di lutto" che sono considerate tipiche e "normali" e funzionali ai meccanismi di adattamento.

In questo contributo l'attenzione viene focalizzata in particolare, sui bisogni riabilitativi ed assistenziali delle persone con disabilità da grave cerebro-lesione acquisita (Gca). Dal punto di vista epidemiologico questo fenomeno vede almeno 10-15 nuovi casi anno/100.000 abitanti di (Gca) di gravi cerebro-lesioni acquisite da distinguersi tra quelle di origine traumatica (grave trauma cranio-encefalico) e non traumatica (vascolare emorragica o ischemica, ipossico-anossica), con una tendenza ad un progressivo aumento di incidenza delle Gca di origine non traumatica (Apolone G. et al., 2007). Considerando anche le circa 190.000 persone residenti nei presidi socio-sanitari si giunge in Italia ad una stima complessiva di circa 2 milioni e 800 mila persone con disabilità.

### **Il disability manager**

Il settore socio sanitario ha subito una forte espansione e uno sviluppo specialistico in tutti i suoi ambiti, tanto da portare alla definizione e alla formazione di nuove figure di carattere trasversale ancorché non prettamente sanitarie, come il disability manager.

La figura del disability manager nasce nel 2009, quando il Tavolo tecnico istituito tra il Comune di Parma e il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali decise di introdurla ufficialmente nel Libro bianco su Accessibilità e mobilità urbana (Patelli R., 2013). Il primo corso di perfezionamento post-laurea per disability manager è stato istituito e organizzato dal Centro di ateneo di bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano nel primo semestre del 2010. Ad oggi, il profilo di questa figura non è unico e il riconoscimento giuridico non ufficiale, tuttavia è facilmente riconducibile alle definite finalità ed obiettivi del rispettivo corso di formazione accademica.

Attualmente si parla di disability manager come di una "competenza" e non come una "professione", ma in ogni caso di figure specifiche che devono essere contraddistinte da una elevata capacità professionale, dall'autonomia di lavoro e dall'essere primariamente al servizio delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

In questa situazione servono persone certamente motivate e preparate alla presa in carico del disabile e della propria famiglia, che operino nelle rispettive realtà territoriali e coordinano un lavoro di rete in ambiti molteplici: da quello sanitario e quello sociale, da quello urbanistico a quello scolastico, dal settore della progettazione accessibile a quello delle politiche per le pari opportunità. Si tratta pertanto di un ruolo di "facilitatore" e di sostegno nella quotidianità di coloro i quali hanno perso la propria autonomia.

Il problema delle cosiddette barriere architettoniche nelle città, sui mezzi di trasporto, nei luoghi di lavoro e negli spazi domestici non riguarda solo i diversamente abili ma in generale, tutti i cittadini (anziani con mobilità ridotta, mamme con passeggini, persone ipovedenti, ecc.) che hanno difficoltà ad accedere ovunque ci sia la presenza di scalini che purtroppo costituiscono una barriera fisica, ma anche culturale poiché discriminante e limitativa della libertà.

Il disability manager è quindi un mediatore tra cittadini disabili e territorio, che opera mettendo al centro dell'attenzione la persona e favorisce il dialogo tra i bisogni dei disabili ed i soggetti istituzionali.

In alcuni contesti il disability manager si è da subito inserito nell'ambito della riabilitazione ospedaliera, all'interno di modelli organizzativi caratterizzati da un sistema di professionalità sanitarie con le quali è entrata a far parte integrante della cosiddetta filiera multidisciplinare dei servizi alla persona disabile ed alla rispettiva famiglia.

### **Il disability manager nel modello organizzativo dell'ospedale riabilitativo di alta specializzazione di Motta di Livenza (Treviso)**

L'Ospedale riabilitativo di alta specializzazione di Motta di Livenza è una sperimentazione promossa nel 2004 dalla Regione Veneto per la riconversione di un nosocomio territoriale della Provincia di Treviso in struttura altamente specializzata nella riabilitazione dei pazienti affetti da patologia grave neurologica, ortopedica, cardiologica ecc. Il carattere sperimentale della struttura ospedaliera consentiva di poter verificare nuovi percorsi innovativi ed organizzativi nella cura e nell'assistenza ai pazienti da riabilitare. È proprio nell'ottica della sperimentazione che, nel 2006, ha avuto inizio l'attività di consulenza, inizialmente volontaria e gratuita di un architetto esperto in tema accessibilità, rivolta sia ai pazienti ricoverati, sia all'utenza esterna che la richiedeva. Dal 2009, questa attività è stata formalmente strutturata come servizio interno ospedaliero e integrata nella cosiddetta filiera dei servizi sanitari.

Nel periodo descritto, il servizio accessibilità "Sportello senza barriere" strutturò rapporti diretti con gli enti territoriali: Province, Comuni, Uu.II.ss.ss., assessorato regionale alle politiche sociali siglando un protocollo d'intesa con 38 Comuni delle province di Treviso e Venezia ed associazioni di categoria.

Le attività di consulenza aumentarono rapidamente a fronte delle sempre crescenti richieste degli utenti sia interni sia esterni. Attualmente all'interno del servizio attivato l'esperto, formatosi successivamente come disability manager e divenuto anche docente del corso di perfezionamento, fornisce consulenza a soggetti con disabilità e ai loro familiari sull'adeguamento dei luoghi domestici, sulla mobilità e sugli strumenti che possono essere d'ausilio alla vita quotidiana.

Le consulenze tecniche per i degenti ricoverati sono richieste dal personale di coordinamento sanitario (caposala, psicologo, fisioterapista) di concerto con il dirigente medico fisiatra della unità operativa. Possono anche essere attivati interventi tecnici di prova pratica di accessibilità alle autovetture per il trasporto del disabile sia in ospedale che in sede extra istituzionale. In alcuni casi la consulenza riguarda la richiesta di contributi economici finalizzati alla rimozione delle barriere architettoniche ovvero le domande a uffici/autorità locali per concessioni/autorizzazioni edilizie, pratiche articolate e complesse da conoscere e da predisporre.

All'interno della struttura ospedaliera riabilitativa il disability manager fa parte della "filiera riabilitativa" e partecipa quindi al percorso, dal ricovero alla riabilitazione psico-fisica dei pazienti disabili, in stretta collaborazione con le figure professionali che sono attive nel processo di reinserimento personalizzato per ogni individuo.

Dopo le dimissioni del paziente il disability manager è impegnato nell'orientamento della persona disabile che si trova di fronte alla grande difficoltà di tornare alla vita di tutti i giorni dopo un evento che improvvisamente gli ha causato la disabilità e dunque un cambiamento profondo della propria esistenza.

Dal 2009 al dicembre 2011 le consulenze del servizio di accessibilità sono progressivamente aumentate (**Tabella 1**). Oltre all'attività di consulenza è stato attivato il sito Web aziendale che offre informazioni utili all'utenza disabile e le cui pagine sono molto visitate (**Tabella 2**). Per le caratteristiche acquisite, nel 2010 ha ottenuto il "bollino di accessibilità" da parte del Cnipa (Centro nazionale per l'informatica della pubblica amministrazione).

**Tabella 1 - Attività di consulenza specializzata per l'utenza ampliata**

Anno	Consulenze sull'adattamento ambiente domestico e richieste di contributo per eliminazione barriere architettoniche	Consulenze sulla mobilità	Totale
2009	202	11	213
2010	247	19*	261
2011	297	25**	322

Note: \*5 prove pratiche di accessibilità all'autovettura; \*\*9 prove pratiche di accessibilità all'autovettura

**Tabella 2 - Numero di visite del sito web**

2008	47.724
2009	163.663
2010	268.968
2011	304.136

### Alcune considerazioni

Nei diversi ambiti istituzionali, nelle amministrazioni locali e nelle strutture socio-sanitarie pubbliche e private, la decisione di assumere un disability manager è ancora discrezionale e i professionisti attivi oggi in Italia sono ancora pochi.

Va però rilevato che altre esperienze come quella del nostro ospedale si stanno attivando sul territorio nazionale. La città di Torino intende dotarsi di un disability manager che si occuperà di trasporto pubblico, sicurezza stradale, barriere architettoniche, sensoriali e culturali e di accessibilità alle nuove tecnologie informatiche.

Il Comune di Scandicci (Firenze) intende introdurre questa funzione nel proprio territorio per attivarsi in forma più strutturata nell'abbattimento delle barriere architettoniche ancora troppo presenti nell'ambiente urbano, ma anche per garantire la piena inclusione delle persone disabili nelle attività che riguardano la vita lavorativa, le attività sociali e culturali. La sperimentazione di nuovi modelli organizzativi integrati sanitari avviata dalla Regione Veneto all'Ospedale riabilitativo di Motta di Livenza e seguita anche dall'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) ha portato a ottimi risultati in termini di reinserimento nella vita lavorativa e sociale e di superamento delle barriere architettoniche.

Si è dimostrata valida ed utile sotto il profilo assistenziale dell'utente disabile ricoverato e della rispettiva famiglia, in quanto più specificatamente mirata alle esigenze informative, tecniche documentali e strutturali per superare le barriere architettoniche ambientali domestiche.

È stata riconosciuta utile ed apprezzata:

- dall'utenza disabile ricoverata che ha fatto ricorso per le proprie necessità in tema di accessibilità;
- dall'utenza disabile non ricoverata in ospedale, ma che ha fatto ricorso per le proprie esigenze in tema di accessibilità, opportunamente indirizzata dagli enti pubblici territoriali;
- dagli enti territoriali (Provincia, Comuni, Uu.II.ss.ss. territoriali, Ospedali territoriali) che hanno potuto ricorrere come centro di riferimento specialistico in materia di accessibilità;
- dal personale sanitario medico e non medico (infermieri, fisioterapisti, psicologi) delle unità operative e dei servizi, a cui indirizzare e presentare i soggetti disabili e le rispettive famiglie bisognose.

È risultata compatibile e integrabile all'interno del modello organizzativo ospedaliero di sistema assistenziale sanitario non medico, anche se il disability manager non è una tipica figura istituzionale e specificatamente sanitaria.

L'esperienza della nostra struttura è divenuta un esempio di riferimento, di discussione e di confronto con analoghe realtà cliniche riabilitative. Sarebbe importante che da questo confronto prendesse avvio la riconsiderazione della complessità e dell'articolazione del servizio ospedaliero riabilitativo altamente specializzato e che venisse prevista la nuova competenza specialistica del disability manager ancorché questa figura non sia specificatamente di estrazione professionale sanitaria.

## **BIBLIOGRAFIA - SITOGRAFIA**

- Agenzia regionale sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, *Dossier 224-2012. Il Percorso assistenziale integrato nei pazienti con grave cerebro-lesione acquisita. Fase acuta e fase post acuta. Analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali*, 2012, Ricerca e Innovazione, Bologna.
- Apolone G, Boldrini P, Avesani R, De Tanti A, Fogar P, Gambini M G, Tarocco M. *2ª Conferenza nazionale di consenso - Bisogni riabilitativi ed assistenziali delle persone con disabilità da grave cerebro-lesione acquisita (Gca) e delle loro famiglie, nella fase post-ospedaliera*, Giornale italiano di medicina riabilitativa - MR, 2007, Vol. 21-N.1: 29-51.
- Giacobini C. *Definizione e valutazione della disabilità: com'è arretrata l'Italia!*, Superando.it, <http://www.superando.it/2012/04/02/definizione-e-valutazione-della-disabilita-come-arretrata-litalia/>.
- Ferraresi F. *Un nuovo strumento per analizzare i molteplici aspetti della disabilità: la classificazione Icf*, Educare.it, [http://www.educare.it/Handicap/la\\_classificazione\\_icf.htm](http://www.educare.it/Handicap/la_classificazione_icf.htm).
- Istat, Solipaca A (a cura di). *Argomenti n. 37 - La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale*, 2010, Centro Istat, Roma.
- Legge 9 gennaio 2004, n. 4 *Disposizioni per favorire l'accesso ai soggetti disabili agli strumenti informatici* - Gazzetta Ufficiale del 17 gennaio 2004.
- Marino M T. *Disability manager, un mediatore tra cittadini disabili e territorio*, 10.05.2011, <http://www.telemeditalia.it/it/ej-sanita/content/detail/0/180/2121/disability-manager-un-mediato-re-tra-cittadini-disa.html>.
- Ministero della sanità. *Linee guida per le attività di riabilitazione*, 1998, Gazzetta Ufficiale della Repubblica, Serie Generale n. 124 del 30 maggio 1998.

- Nambri A. *Disability manager, nasce Sidima*, 26.04.2011, [www.vita.it](http://www.vita.it) - <http://www.sidima.it/index.php/ct-menu-item-41/93-disability-manager-nasce-sidima.html>.
- Oms, *Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (Icf)*, Erikson, Trento, 2001.
- Patelli R (2013). *Una nuova professione: il disability manager*, <http://www.mondolavoro.it/blog/una-nuova-professione-il-disability-manager>.
- <http://www.disabilitaacquisita.it>
- <http://www.disabilitaincifre.it>
- <http://www.ospedalemotta.it>
- <http://www.pubbliaccesso.gov.it>
- <http://www.sidima.it>
- <http://www.superando.it>



## CONTRIBUTI

## Aderenza alle cure: un tema di pertinenza anche infermieristica

di *Cesarina Prandi (1), Ercole Vellone (2), Maria Grazia De Marinis (3), Rosaria Alvaro (4)*

(1) *Scuola Dottorato scienze infermieristiche, Università degli Studi Roma Tor Vergata - Roma*

(2) *Università degli Studi di Roma Tor Vergata - Roma*

(3) *Università Campus Bio Medico di Roma - Roma*

(4) *Università degli Studi Roma Tor Vergata - Roma*

Per comunicazioni: [prandice@alice.it](mailto:prandice@alice.it)

Il documento dell'Oms *Aderenza alle terapie a lungo termine - Evidenze per l'azione*<sup>[1]</sup> rappresenta un contributo molto interessante per gli infermieri che si occupano di processi assistenziali rivolti a pazienti cronici. Il quesito di fondo che viene posto a tutti gli infermieri è: come aumentare l'adesione dei pazienti alle indicazioni terapeutiche e agli stili di vita adeguati agli stati patologici? Promuovere lo sviluppo di forme di autocura, potenziare le competenze diffuse fra i cittadini per porli in grado di farsi carico del proprio stato di salute rimane un dibattito aperto, soprattutto un ambito di ricerca e progettazione per le professioni sanitarie.

Qual è il bilancio che oggi si può formulare? Senza dubbio positivo nel suo complesso, ma gli infermieri, spesso, propongono ancora interventi scollegati da altre azioni di cura; l'educazione sanitaria e terapeutica non è pratica diffusa e monitorata. Insomma, resta molto da fare per arrivare a livelli adeguati di implementazione. Fa inoltre riflettere il fatto che la sola applicazione di tecniche educative, seppur innovative, si è dimostrata non efficace.

Il presente contributo si pone l'obiettivo di rendere disponibile un quadro di riferimento per la pratica infermieristica nell'ambito del miglioramento dell'aderenza delle persone assistite. La fonte principale del contributo è l'analisi critica del documento dell'Oms *Adherence to long-term therapies - Evidence for action*.

Le evidenze contenute nel documento aprono vari interrogativi: esiste un modello di pratica clinica adottabile nella cura dei pazienti cronici per acquisire competenze di autocura? Esistono modelli di care adeguati a migliorare l'adesione dei pazienti alle indicazioni fornite loro dai sanitari? Promuovere l'adesione alle cure significa che i sanitari possano richiedere comportamenti dati ai loro assistiti?

### L'aderenza

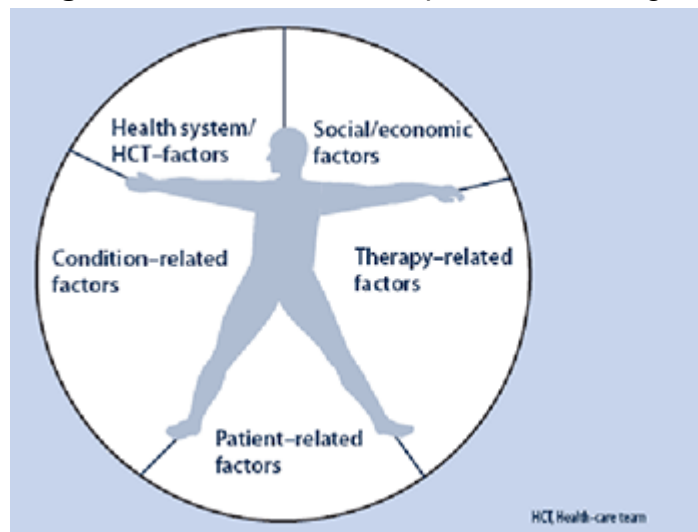
L'aderenza viene definita come "il grado in cui il comportamento di una persona - nell'assumere i farmaci, nel seguire una dieta e/o nell'apportare cambiamenti al proprio stile di vita - corrisponde alle raccomandazioni concordate con i sanitari" (2).



L'aderenza è una condizione da esaminare quando le persone sono affette da patologie croniche, ovvero quelle "malattie che presentano una o più delle seguenti caratteristiche: sono permanenti, lasciano disabilità residue, sono causate da alterazioni patologiche non reversibili, richiedono un particolare addestramento del paziente per la riabilitazione, oppure ci si aspetta che richiedano un lungo periodo di supervisione, osservazione o assistenza" (1). Alcuni setting clinici più di altri richiamano ad un impegno allo sviluppo dell'aderenza, ad esempio i servizi dedicati a pazienti con diabete, con ipertensione, con asma, oppure persone con cancro, depressione, epilessia, Hiv/Aids, tubercolosi, o infine con stati di dipendenza quali il tabagismo.

L'aderenza è un fenomeno multidimensionale costituito da cinque tipologie di fattori, interagenti, qui definiti "dimensioni" (**Figura 1**).

**Figura 1** - L'aderenza: i cinque fattori interagenti



Un approccio ancora piuttosto diffuso affronta i problemi in maniera monodimensionale (soprattutto i fattori collegati al paziente), mentre tutte e cinque le dimensioni vanno considerate sistematicamente quali fattori che influiscono sull'aderenza e sugli interventi finalizzati a migliorarla.

Interventi quali l'educazione all'autogestione (3, 4), programmi di management dei farmaci (5, 6), protocolli di intervento dell'infermiere, del farmacista e di altre professioni sanitarie (7, 8), counseling (9, 10), interventi comportamentali (11, 12), follow-up (13, 14) si sono dimostrati significativamente efficaci nel migliorare le percentuali di aderenza (15, 16), ma sono stati tendenzialmente utilizzati da soli.

Studi come il *Multiple risk factor intervention trial research group* (17) e l'*Hypertension detection and follow-up program cooperative group* (18), presentano esemplificazioni concrete e operative di programmi con approccio multilivello e hanno funzione di guida per l'applicazione pratica.

### **Perché gli infermieri si occupano di aderenza**

Le persone con patologie croniche, ancora in aumento per gli anni a venire, devono essere poste in condizione di maturare nuovi comportamenti, finalizzati a sviluppare pratiche di cura, di autocura, di monitoraggio e di sostegno reciproco. Alcune indicazioni comportamentali derivano dai regimi terapeutici, altre da necessità di modificazioni di stili di vita.

Il tema dell'aderenza diventa centrale nel futuro della sanità. Il rischio di scarsa aderenza aumenta con il prolungarsi e il modificarsi dei regimi di trattamento e non occuparsene o occuparsene in maniera poco efficace mette a seria prova la tenuta di qualsiasi sistema sanitario.

Dall'analisi della quantità di farmaci prescritti, acquistati e non consumati, errori terapeutici di auto-somministrazione, scarsi controlli, doppioni di controlli e visite, ricorsi a servizi inappropriati si evincono problemi che hanno a che fare con la multidimensionalità dell'aderenza.

Rientra a pieno titolo nell'infermieristica occuparsi del tema dell'aderenza, richiamato dal Codice deontologico (2009) in più punti, agito nella pratica clinica quando ci si occupa di dimissioni organizzate, di assistenza domiciliare, di pratica basata sulle relazioni, di educazione terapeutica.

### **I determinanti dell'aderenza**

Il modo in cui gli infermieri comunicano con le persone assistite è un determinante chiave dell'aderenza ai trattamenti e impatta sui risultati clinici (19, 20, 21, 22, 23). Medici e infermieri definiscono il regime terapeutico, lo interpretano, monitorano i risultati clinici e forniscono al paziente un adeguato feedback (24). Studi di correlazione hanno evidenziato una relazione positiva tra aderenza ai trattamenti da parte dei pazienti e stile comunicativo di medici e infermieri (25). I pazienti che sentono di essere attivi nei processi terapeutici e coinvolti nell'assistenza mostrano una maggiore aderenza ai trattamenti e migliori risultati clinici (26). Empatia e cordialità si rivelano fattori di importanza fondamentale (27). Le persone assistite da professionisti che condividono con loro le informazioni e forniscono un adeguato supporto emotivo hanno risultati migliori rispetto ai pazienti assistiti da professionisti che non interagiscono nel modo descritto (28). Pazienti soddisfatti dei loro curanti e del regime terapeutico aderiscono con maggior impegno alle indicazioni ricevute (29).

Dati di questo genere richiamano gli infermieri a realizzare relazioni terapeutiche che riflettano una partnership attiva con i loro pazienti, sostenendo il confronto sulle opzioni terapeutiche, concordando il regime di trattamento e aprendo una discussione chiara sul concetto di aderenza. Il sistema di erogazione dei servizi ha grandi possibilità di influenzare l'aderenza ai trattamenti: ad esempio la durata delle visite, le risorse dedicate all'educazione dei malati, le competenze ritenute necessarie a fronteggiare il problema dell'aderenza, i ticket, la dislocazione dei servizi sul territorio, la continuità assistenziale, le informazioni disponibili, i sistemi di comunicazione con pazienti e cittadini. La conoscenza della malattia da parte dei malati, affiancata ad una consapevolezza dei fattori che la influenzano e alle opinioni personali sul trattamento, sono strettamente collegate all'aderenza alle terapie.

### **Modelli per leggere, interpretare e gestire l'aderenza**

Leventhal e Cameron (30) hanno fornito una sintesi molto utile sulla ricerca relativa all'aderenza ai trattamenti, delineando cinque prospettive teoriche generali: la prospettiva biomedica, comportamentale, della comunicazione, cognitiva, di auto-regolazione.

Il modello biomedico di salute e malattia, ancora dominante, presume che i pazienti seguano in maniera quasi passiva le prescrizioni del medico, da cui ricevono la diagnosi e la terapia (30, 31). La non aderenza, in questo caso, è riferibile alle caratteristiche del paziente (aspetti della personalità, fattori sociodemografici).

La teoria comportamentale enfatizza l'importanza dei rinforzi positivi e negativi come meccanismi per influenzare il comportamento del paziente; questi si sono rivelati d'immediato impatto sull'aderenza ai trattamenti.

La prospettiva della comunicazione incoraggia i professionisti sanitari a migliorare la loro capacità a comunicare con i pazienti. È necessario sviluppare una relazione con la persona assistita, educarla, utilizzando buone capacità comunicative (32). Modelli che rinforzano i cambiamenti dei comportamenti sono di natura cognitiva (31), come l'*health belief model* (33), la teoria socio-cognitiva (34), la teoria del comportamento programmato (come precursore la teoria dell'azione ragionata) e la teoria protezione-motivazione (35). La prospettiva di auto-regolazione integra le variabili ambientali con le risposte cognitive del paziente ai pericoli per la salute, secondo un modello di auto-regolazione (36, 37). Meichenbaum e Turk (38) suggeriscono quattro fattori interdipendenti che agiscono sull'aderenza ai trattamenti: un deficit di uno qualsiasi di questi fattori aumenta il rischio di non aderenza. I fattori in questione sono:

- conoscenza e competenze - relative al problema sanitario e al comportamento di auto-regolazione che richiede;
- opinioni - gravità della malattia e suscettibilità alla malattia percepite, self-efficacy, aspettative per quel che riguarda gli esiti e i costi della risposta terapeutica;
- motivazioni - valori e rinforzi, attribuzione a fattori interni del successo;
- azioni.

Il modello informazione-motivazione-competenze comportamentali (modello Ibm) (39,40) si focalizza sui seguenti elementi:

- l'informazione è la conoscenza di base della condizione patologica;
- la motivazione comprende la capacità personale del paziente di adottare comportamenti aderenti;
- le competenze comportamentali, che assicurano al paziente l'insieme degli strumenti specifici e delle strategie necessarie affinché possa mettere in atto un comportamento di aderenza alle terapie, ottenere un adeguato supporto sociale e sviluppare strategie di auto-regolazione.

Gli interventi si sono dimostrati efficaci nell'influenzare le variazioni del comportamento (41, 42). Il costrutto informativo-motivazione-competenze comportamentali è stato responsabile del 33% della varianza relativa ai cambiamenti comportamentali osservati (43). Il modello identifica cinque stadi attraverso i quali il paziente progredisce nel cambiamento; ad ognuno di essi si associa una specifica strategia finalizzata a favorire il passaggio allo stadio successivo (44, 45).

I risultati dell'applicazione di interventi articolati a più livelli con approcci diversificati per ogni livello o segmento di intervento (46, 47) sono quelli che indicano maggior efficacia sull'aderenza. L'esistenza di team di assistenza con competenze specifiche modifica l'aderenza dei pazienti loro affidati (48, 49). Nessun intervento pare efficace se realizzato singolarmente e gli interventi che hanno riscontrato maggior successo si sono dotati di strategie combinate (50, 51) come l'educazione al paziente (52), lo sviluppo di competenze comportamentali (53, 54), i sistemi di gratificazione (55), il supporto sociale (56), i follow-up telefonici (57). Numerose strategie derivate dal campo dell'apprendimento (58, 59) sono efficaci nel breve e medio periodo per aumentare l'aderenza, come: automonitoraggio, definizione di obiettivi di cura, ripetizione dei comportamenti positivi, feedback correttivi, negoziazione delle azioni, sostegno all'impegno, tecniche di rinforzo, prevenzione di ricadute. Non sono però sufficienti per la permanenza del cambiamento. Sono stati stimati risparmi da 1:10 delle risorse utilizzate nei confronti di pazienti aderenti alle terapie (60).

## Conclusioni

Le indicazioni contenute nel documento dell'Oms *Aderenza alle terapie a lungo termine* sono un contributo concreto e pratico per gli infermieri italiani, una linea programmatica da seguire per progettare interventi mirati:

- a livello organizzativo, per l'implementazione dei modelli di cura e assistenza;
- nella formazione;
- per la sperimentazione.

I benefici nella pratica sono da determinare attraverso azioni prioritarie, come:

- la diffusione delle conoscenze di base sul tema dell'aderenza a tutti gli infermieri utilizzando documenti "amichevoli" di facile accesso;
- l'implementazione di campagne di promozione all'aderenza nella quotidianità del lavoro infermieristico;
- lo sviluppo toolkit di pratica di counselling per migliorare l'aderenza nei pazienti e sviluppare vere e proprie strategie di management dell'aderenza.

---

[1] La traduzione in lingua italiana del documento originale è stata curata da Cesarina Prandi, Ercole Vellone, Maria Grazia De Marinis e Rosaria Alvaro. Al momento è in attesa di parere autorizzativo da parte del Who per la divulgazione on-line sul sito del Collegio Ipasvi di Torino <http://www.ipasvi.torino.it/>.

## BIBLIOGRAFIA

- Who (2003). *Adherence to long-term therapies - Evidence for Action*.
- Haynes R B. *Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications*. Cochrane database of systematic reviews, 2001, Issue 1.
- Gut-Gobert C (2000). *Current trends in asthma management*. Presse medicale, 29:761-765.
- Márquez Contreras E, Casado Martínez J J, Celotti Gómez B, Gascón Vivó J, Martín de Pablos J L, Gil Rodríguez R, López Molina V, Domínguez R (2000). *Treatment compliance in arterial hypertension. A 2-year intervention trial through health education*. Atención primaria, 26:5-10.
- Lowe C J, Raynor D K, Purvis J, Farrin A, Hudson J (2000). *Effects of a medicine review and education programme for older people in general practice*. British journal of clinical pharmacology, 50:172-175.
- Sloss E M, Solomon D H, Shekelle P G, Young R T, Saliba D, MacLean C H, Rubenstein L Z, Schnelle J F, Kamberg C J, Wenger N S (2000). *Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults*. Journal of the American geriatrics society, 48:363-369.
- Richardson R (2000). *Learning curve. Hypertension: catch them when they're older*. Nursing times, 96:42-43.
- Banerjee A, Harries A D, Mphasa N, Nyirenda T E, Veen J, Ringdal T, Van Gorkom J, Salaniponi F M (2000). *Evaluation of a unified treatment regimen for all new cases of tuberculosis using guardian-based supervision*. International journal of tuberculosis & lung disease, 4:333-339.
- Rohland B M, Rohrer J E, Richards C C (2000). *The long-term effect of outpatient commitment on service use*. Administration & policy in mental health, 27:383-394.
- Nisbeth O, Klausen K, Andersen L B (2000). *Effectiveness of counselling over 1 year on changes in lifestyle and coronary heart disease risk factors*. Patient education & counseling, 40:121-31.
- Nichols-English G, Poirier S (2000). *Optimizing adherence to pharmaceutical care plans*. Journal of the American pharmaceutical association, 40:475-485.
- Siegel K, Karus D, Schrimshaw E W (2000). *Racial differences in attitudes toward protease inhibitors among older Hiv-infected men*. Aids Care, 12:423-434.
- James M, Turner D A, Broadbent D M, Vora J, Harding S P (2000). *Cost effectiveness analysis of screening for sight threatening diabetic eye disease*. British medical journal, 320:1627-1631.
- McCulloch D (2000). *Managing diabetes for improved health and economic outcomes*. American journal of managed care, 6 (Suppl):S1089-S1095.

- Ostrop N J, Hallett K A, Gill M J (2000). *Long-term patient adherence to antiretroviral therapy*. Annals of pharmacotherapy, 34:703-709.
- Salmon-Céron D, Deleuze J, Coste J, Guerin C, Ginsburg C, Blanche P, Finkielsztejn L, Pecqueux L, Chaput S, Gorin I, Sicard D (2000). *Adherence to antiretroviral treatments with a protease inhibitor in Hiv-infected patients*. [French] Annales de médecine interne, 151:297-302.
- *Risk factor changes and mortality results*. Multiple risk factor intervention trial research group. 1982. Journal of the American medical association, 1997, 277:582-594.
- *Five-year findings of the hypertension detection and follow-up program. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension*. Hypertension detection and follow-up program cooperative group. 1979. Journal of the American medical association, 1997, 277:157-166.
- Scopp A (2000). *Clear communication skills with headache patients*. Headache quarterly, 11:269-274.
- Wright S (1998). *Patient satisfaction in the context of cancer care*. Irish journal of psychology, 19:274-282.
- Abbott P J, Moore B, Delaney H, Weller S (1999). *Retrospective analyses of additional services for methadone maintenance patients*. Journal of substance abuse treatment, 17:129-137.
- Brown V J (1994). *The association of concordance between physician and patient medical concepts and patient satisfaction, compliance and medical outcomes*. Humanities and social sciences, 54:2632.
- Horne R (1999). *Patients' beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome?* Journal of psychosomatic research, 47:491-495.
- *Interventions to improve adherence to medical regimens in the elderly*. Washington, DC, Center for the advancement of health, National institute on aging, 1999.
- Hall J A, Roter D L, Katz N R (1988). *Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters*. Medical care, 26:657-675.
- Schulman B A (1979). *Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment: application of a socio-organizational perspective*. Medical Care, 17:267-280.
- Dunbar J, Agras W (1980). *Compliance with medical instructions*. In: Ferguson J, Taylor C, eds. *The comprehensive handbook of behavioural medicine*. New York, Springer, 115-145.
- Stewart M A (1996). *Effective physician-patient communication and health outcomes: a review*. Canadian medical association journal, 153:1423.
- Whitcher-Alagna S (2002). *Receiving medical help: a psychosocial perspective on patient reactions*. In: Nadler A, Fisher J D, DePaulo B M, eds. *New directions in helping*. New York, Academic press, 2002.
- Leventhal H, Cameron L (1987). *Behavioral theories and the problem of compliance*. Patient education and counseling, 10:117-138.
- Horne R, Weinman J (1998). *Predicting treatment adherence: an overview of theoretical models*. In Myers L B, Midence K, eds. *Adherence to treatment in medical conditions*. UK, Harwood Academic, 1998.
- Ley P. *Communicating with patients*. Croom helm, London, 1988.
- Becker M, Maiman L (1979). *Patient perceptions and compliance; recent studies of the Health Belief Model*. In: Haynes R B, Taylor D W, Sackett D L, eds. *Compliance in health care*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 78-112.
- Bandura A J, Simon K M (1977). *The role of proximal intentions in self-regulation of refractory behavior*. Cognitive therapy and research, 1:177-184.
- Rogers R, Prentice-Dunn S (1997). *Protection motivation theory*. In: Gochman G, eds. *Handbook of health behavior research: Vol. 1. Determinants of health behavior: Personal and social*. New York, NY, Plenum, 1997.
- Leventhal H, Leventhal E A, Cameron L (2001). *Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model*. In: Baum A, Singer J E, eds. *Handbook of health psychology*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 19-47.
- Leventhal H, Leventhal E A, Contrada R J (1998). *Self-regulation, health, and behavior: a perceptual-cognitive approach*. Psychology and health, 13:717-733.
- Meichenbaum D, Turk D C (1987). *Facilitating treatment adherence: a practitioner's guidebook*, New York, Plenum Press.
- Fisher J D, Fisher W A (1992). *Changing Aids-risk behavior*. Psychological bulletin, 111:455-474.
- Fisher J D (1996). *Changing Aids risk behavior: effects of an intervention emphasizing Aids risk reduction information, motivation, and behavioural skills in a college student population*. Health psychology, 15:114-123.
- Haynes R B, McKibbin K A, Kanani R (1996). *Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications*. Lancet, 348:383-386 [erratum published in Lancet, 1997, 349:1180].
- Carey M P, Maisto S A, Kalichman S C, Forsyth A D, Wright E M, Johnson B T (1997). *Enhancing motivation to reduce the risk of Hiv infection for economically disadvantaged urban women*. Journal of consulting and clinical psychology, 65:531-541.

- Mazzuca S A (1982). *Does patient education in chronic disease have therapeutic value?* Journal of chronic diseases, 35:521–529.
- Prochaska J O, Di Clemente C C, Norcross J C (1992). *In search of how people change. Applications to addictive behaviors.* American psychologist, 47:1102–1114.
- Prochaska J O (1992). *Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action.* Health psychology, 13:47–51.
- *Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results.* Multiple risk factor intervention trial research group. Journal of the American medical association, 1982, 248:1465–1477.
- Anonymous. *Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic hypertension in the elderly program (Shep).* Journal of the American medical association, 1991, 265:3255–3264.
- DeBusk R F, Miller N H, Superko H R, Dennis C A, Thomas R J, Lew H T, Berger W E 3rd, Heller R S, Rompf J, Gee D, Kraemer H C, Bandura A, Ghandour G, Clark M, Shah R V, Fisher L, Taylor C B (1994). *A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction.* Annals of internal medicine, 120:721–729.
- Peters A L, Davidson M B, Ossorio R C (1995). *Management of patients with diabetes by nurses with support of subspecialists.* Hmo practice, 9:8–13.
- Roter D L, Hall J A, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B (1998). *Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis.* Medical care, 36:1138–1161.
- Haynes R B, McDonald H, Garg A X, Montague P (2002). *Interventions for helping patients follow prescriptions for medications.* Cochrane systematic reviews.
- Morisky D E, Levine D M, Green L W, Shapiro S, Russell R P, Smith C R (1983). *Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients.* American journal of public health, 73:153–162.
- Oldridge N B, Jones N L (1983). *Improving patient compliance in cardiac rehabilitation: Effects of written agreement and self-monitoring.* Journal of cardiopulmonary rehabilitation, 3:257–262.
- Swain M S, Steckel S B (1981). *Influencing adherence among hypertensives.* Research nursing and health, 4:213–222.
- Mahoney M J, Moura N G, Wade T C (1973). *Relative efficacy of self-reward, self-punishment and self-monitoring techniques for weight loss.* Journal of consulting and clinical psychology, 40:404–407.
- Daltroy L H, Godin G (1989). *The influence of spousal approval and patient perception of spousal approval on cardiac participation in exercise programs.* Journal of cardiopulmonary rehabilitation, 9:363–367.
- Taylor C B, Houston-Miller N, Killen J D, DeBusk R F (1990). *Smoking cessation after acute myocardial infarction: effects of a nurse-managed intervention.* Annals of internal medicine, 113:118–123.
- Bandura A (1977). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, NY, Prentice Hall.
- Matarazzo J D (1980). *Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology.* American psychologist, 35:807–817.
- Holman H R (1997). *Evidence that an education program for self-management of chronic disease can improve health status while reducing health care costs: a randomized trial.* Abstract book/Association for health services research, 14:19–20.



## ESPERIENZE

## Assistenza infermieristica a Lunsar, Sierra Leone. Un progetto di volontariato

di *Anna Bonacini (1)*, *Cinzia Gradellini (2)*

(1) Infermiere, Asp Carlo Sartori, S. Polo d'Enza (RE)

(2) Tutor e docente in convenzione, Cdl in Infermieristica, Università di Modena e Reggio Emilia - Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova

Corrispondenza: [bonacinianna@gmail.com](mailto:bonacinianna@gmail.com)

### Il paese

La Sierra Leone, paese africano occidentale, si trova tra le ultime nazioni per indice di sviluppo umano ed ha un tasso di mortalità adulta del 36,8%. Le principali patologie presenti sono: malaria, tubercolosi e Hiv. Il tasso di mortalità alla nascita è di 857 su centomila nati vivi. La mortalità infantile sotto i cinque anni è del 14% ed è causata da malaria (40%), polmonite (15%) e diarrea (14%).

Gli accessi ai servizi sanitari sono difficili, solitamente a pagamento e chi necessita di cure spesso deve percorrere lunghe distanze a piedi o affrontare nuove spese per il trasporto. Perciò gran parte della popolazione si rivolge ai guaritori tradizionali, che in molte zone del paese rappresentano l'unica possibilità di cura.

Lunsar è una delle più grandi città del paese, con una popolazione di circa 24.000 abitanti.

### Un'esperienza di volontariato

Nell'agosto 2010 ho svolto un'esperienza di volontariato in una piccola clinica della città di Lunsar. In qualità di studente infermiera, affiancata al personale della clinica, ho osservato e partecipato all'erogazione delle attività assistenziali. Durante l'esperienza è emersa l'importanza della conoscenza del paese e del suo contesto sanitario ed epidemiologico per meglio rispondere ai bisogni sanitari locali.

Ho analizzato i dati epidemiologici di riferimento, i percorsi di cura scelti dalla popolazione ed il contesto di medicina tradizionale in relazione all'approccio convenzionale. I metodi e gli strumenti utilizzati sono stati l'osservazione documentaria, l'osservazione partecipante, i focus group e le interviste.

Non essendo disponibili documenti d'archivio in clinica, i dati epidemiologici di Lunsar sono stati raccolti tramite la documentazione dell'ospedale della città (il St. John of God) e reperiti dall'archivio della Curia generalizia del Fatebenefratelli di Roma. L'osservazione partecipante è stata effettuata in clinica. Per indagare la medicina tradizionale è stato condotto invece un focus group in cui sono stati coinvolti due infermieri della clinica, uno studente infermiere e due pazienti.

Ho inoltre effettuato interviste di tipo strutturato a due medici italiani che collaborano con un ospedale sierraleonese con l'obiettivo di approfondire le caratteristiche dei servizi convenzionali sierraleonesi, le conoscenze riguardo la medicina tradizionale e i risultati di cura.

*Alcuni dati epidemiologici*

Nel 2008 l'ospedale ha ricoverato 3067 adulti e 2402 bambini. Le principali diagnosi e le maggiori cause di mortalità dell'ospedale St. John of God sono descritte rispettivamente nelle **tabelle 1 e 2**.

**Tabella 1 - Distribuzione delle diagnosi nei pazienti ricoverati nel 2008**

Infezioni / Malattie infettive	45%
Anemia severa	14%
Polmonite - Infezioni respiratorie	10%
Gastrite	8%
Diagnosi chirurgiche	7%
Ipertensione + insufficienza cardiaca	5%
Ostetricia	5%
Traumi ortopedici	3%
Malnutrizione severa	2%
Altro	2%

**Tabella 2 - Cause di mortalità nei pazienti ricoverati nel 2008**

<b>Diagnosi</b>	<b>Adulti</b>	<b>Pediatria</b>
Malaria	18%	49%
Hiv/Aids	15%	-
Anemia	8%	46%
Sepsi	7%	5%
Epatite	6%	-
Accidenti cerebrovascolari e ipertensione arteriosa	19%	-
Altro	27%	-

*I bisogni di salute della città di Lunsar*

La clinica presa in esame accoglie adulti e bambini che presentano sintomi di vario genere o necessitano medicazioni e somministrazione di farmaci per via orale e intramuscolare. Mediamente vi accedono ogni giorno circa 45 persone di cui 20 sono bambini al di sotto dei 5 anni. Le persone che si rivolgono alla clinica presentano principalmente: febbre, cefalea, tosse, vomito, diarrea, ferite ed infezioni. Le diagnosi più frequenti sono: malaria, infezioni respiratorie, gastroenteriti (prevalentemente nei bambini) e infezioni da taglio cesareo, da circoncisione, da ferite traumatiche.

All'ingresso i pazienti sono accolti da una persona senza formazione specifica che svolge una sorta di triage, dividendo i nuovi accessi dai pazienti già in trattamento. L'ordine d'accesso è sostanzialmente quello d'arrivo e non dipende dall'età e dalla sintomatologia. I pazienti già in trattamento presentano generalmente ferite che necessitano di medicazioni giornaliere per un lungo periodo.



Gli infermieri si occupano delle medicazioni e della somministrazione di farmaci per via intramuscolare: non è prevista alcuna forma di registrazione della prestazione svolta o del monitoraggio della situazione clinica.

### *La medicina tradizionale*

Dal focus group è emerso che i guaritori tradizionali sono considerati persone di riferimento nei villaggi. Per molto tempo e in molte zone la medicina tradizionale è stata l'unica possibilità di cura: unisce metodi di cura a pratiche religiose tradizionali, considera la dimensione fisica del problema tanto quanto quella spirituale.

Per curare vengono utilizzate diverse qualità di piante somministrate sotto forma di creme a uso topico o soluzioni da ingerire, spesso associate a veri e propri riti. Esistono ad esempio erbe da applicare sul viso per il trattamento di febbri malariche, preparate come lozioni e somministrate per via orale per risolvere dolori addominali e cefalea. Non sempre la medicina tradizionale guarisce, a volte peggiora la situazione. Nel caso di un ragazzino dodicenne, una piccola ferita al braccio curata con erbe si infettò gravemente con aumento esponenziale dell'estensione della ferita.

### *Medicina tradizionale e convenzionale a confronto*

Le popolazione riconosce la maggior efficacia delle cure convenzionali rispetto a quelle tradizionali ma preferisce rivolgersi ai guaritori perché sono più economici. Per le cure convenzionali è necessario pagare il trasporto, l'ammissione, il letto, il cibo, gli esami diagnostici, i farmaci, gli interventi chirurgici e i parti (sia cesarei che naturali).

Per una famiglia sierraleonese media un ricovero ospedaliero è troppo oneroso. I casi che giungono in ospedale dopo trattamenti tradizionali presentano generalmente un aggravamento del quadro clinico, legato all'accesso tardivo alla struttura ed alla natura del trattamento ricevuto. Nei contesti convenzionali non si sono evidenziate influenze da parte della medicina tradizionale. La clinica di Lunsar non ha contatti con guaritori tradizionali.

### **Conclusioni**

Il 45% delle diagnosi all'ospedale St. John of God di Lunsar è rappresentato da malattie infettive, in particolare dalla malaria che è anche la principale causa di morte nei bambini (49%) e che può complicare in anemia grave in molti casi (46%).

Le principali cause di mortalità adulta sono accidenti cerebrovascolari, ipertensione seguiti da malaria e Hiv/Aids.

La maggioranza della popolazione sceglie, almeno in prima istanza, di rivolgersi alla medicina tradizionale per vicinanza fisica, culturale e minor costo. Nella maggior parte dei casi i trattamenti ad essa correlati peggiorano la situazione o richiedono un intervento successivo con la medicina convenzionale.

La Sierra Leone è un paese molto povero, con grandi problemi e poche risorse. Per rispondere ai bisogni di salute, in una logica di accessibilità e sostenibilità, servono rimedi a basso costo, tecnologie efficaci, semplici e di facile utilizzo.

L'educazione sanitaria ricopre un'importanza primaria e gli ambiti di intervento sono numerosi: l'impiego di zanzariere, la prevenzione degli incidenti da soda caustica nei bambini (utilizzata per il sapone), la sensibilizzazione al riconoscimento precoce dei segni/sintomi delle principali patologie, la cura delle ferite, la bollitura dell'acqua, la nutrizione.

Per l'infermiere europeo che lavora nei paesi in via di sviluppo la sfida riguarda la mediazione e l'accettazione degli elementi socioculturali che influenzano l'approccio alla salute. Conoscenza e competenze restano lo strumento base da mettere in campo ma, prudenza, diplomazia e pazienza risultano fondamentali.

**BIBLIOGRAFIA**

- Government of Sierra Leone, Ministry of health and sanitation (2010). *National health sector strategic plan 2010-2015*. Consultato 5 ottobre 2011; <http://www.health.gov.sl>.
- St. John of God Catholic hospital (2011). *Annual report 2008*, Lunsar. Roma: Archivio Curia generalizia Fatebenefratelli.
- Unicef. *Sierra Leone statistics*. Consultato 4 ottobre 2011; <http://www.unicef.it>.
- World health organisation (2011). *Sierra Leone country health profile*. Consultato 4 ottobre 2011; <http://www.who.int>.



## ESPERIENZE

## La documentazione dell'educazione al paziente: l'esperienza dell'Azienda ospedaliera Santa Maria degli Angeli (Aosma) di Pordenone

di *Giulia Ortez (1)*, *Annalisa Cangelosi (2)*, *Cristina Tommasini (3)*,  
*Antonella Zucchetto (4)*

(1) *Docente/tutor didattico, Corso di studi in infermieristica, Università di Udine, sede di Pordenone*

(2) *Infermiera Asp "Casa Serena", Pordenone*

(3) *Docente/tutor didattico, Corso di studi in infermieristica, Università di Udine, sede di Pordenone*

(4) *Dottoranda di Unità di epidemiologia e biostatistica, Centro di riferimento oncologico - Aviano (PN)*

Corrispondenza: [giulia.ortez@uniud.it](mailto:giulia.ortez@uniud.it)

### Premessa

La gestione della complessità delle malattie croniche può essere attuata attraverso le prospettive integrate rispettivamente dell'approccio biomedico e di quello psicosociale. L'educazione terapeutica del paziente (Etp) in ospedale è una nuova pratica di salute che deve essere pianificata e valutata e che, per sua natura che la distingue da un intervento farmacologico, chirurgico o curativo, si iscrive in una filosofia che mette il paziente al centro del processo di apprendimento dell'autocura.

L'informazione da sola non è sufficiente a produrre cambiamenti in termini di esiti di salute. Molti sono gli studi che evidenziano l'efficacia d'interventi diversi e diversificati quali visite domiciliari, sessioni educative, interviste motivazionali, follow-up telefonici.

La dimissione ospedaliera è uno dei momenti cruciali nell'esperienza di ricovero di un paziente soprattutto quando si trova ad affrontare problemi di salute cronici che necessitano di una continuità educativa. La documentazione scritta di quest'ultima ha portato in primo piano la razionalizzazione dei percorsi assistenziali ed educativi. A muovere l'interesse verso l'approfondimento di questo aspetto sono stati un passaggio e le conclusioni dello studio di Amodeo et. al. (2006) il primo, riguardava il seguente quesito "Quanti pazienti coronaropatici escono oggi dai nostri reparti senza che nessuno abbia loro spiegato l'utilità di dedicare un po' di tempo della giornata all'attività fisica o di mangiare più spesso del pesce?" Le conclusioni erano invece centrate sui bisogni informativi/educativi percepiti dai pazienti ovvero sulla necessità di avere maggiori informazioni e suggerimenti su come riprendere la vita quotidiana dopo la dimissione dall'ospedale.

Da qui, l'interrogativo che successivamente ha dato corpo alla nostra esperienza: "Tutte le informazioni e l'educazione di cui ha bisogno il paziente vengono documentate sistematicamente negli spazi dedicati alla pianificazione assistenziale ed educativa all'interno della cartella clinica integrata?"

### La nostra esperienza

L'Azienda ospedaliera Santa Maria degli Angeli (Aosma) di Pordenone ha avviato dal 2010 il processo di accreditamento secondo gli Standard Jcaho che ha riguardato anche il miglioramento della documentazione clinica che è stata modificata con l'introduzione nella cartella infermieristica integrata della parte relativa alla registrazione dell'Etp, percorso implementato nella nostra azienda nel 2011.

Gli obiettivi generali riferiti all'implementazione dei processi di educazione correlati agli standard Jcaho del 2008 relativi all'area della Patient and family education (Pfe 2 e Pfe 4) riguardano rispettivamente: la promozione della partecipazione dell'assistito e dei familiari al processo di cura per migliorare gli outcome, l'implementazione di un'azione educativa efficace rivolta all'assistito e al caregiver sugli aspetti di maggior impatto clinico assistenziale, la documentazione del processo educativo e promuovere l'efficienza nella gestione delle risorse disponibili.

La valutazione del livello di comprensione dei contenuti e dell'acquisizione delle abilità previste oltre alla documentazione del percorso educativo nella scheda dedicata devono essere effettuate sistematicamente da parte degli operatori sanitari.

L'analisi della documentazione dell'Etp da noi effettuata si colloca nelle attività di valutazione della qualità e nello specifico ha riguardato la presenza delle informazioni inerenti l'Etp nella cartella infermieristica dei pazienti ricoverati presso l'Aosma di Pordenone, con particolare riferimento al "contenuto" generale e specifico in relazione al fabbisogno educativo.

Tra agosto e ottobre 2012 abbiamo analizzato 522 cartelle cliniche relative a tutte le persone adulte ricoverate per qualsiasi motivo di salute nei reparti di Pneumologia (Pnl)/Nefrologia (Nfr); Cardiologia (Card); Neurologia (Neu), Ortopedia/Traumatologia (Ort) e Chirurgia della mano (Ort-Cm); Otorinolaringoiatria (Orl) e dimessi nel mese di novembre 2011 a domicilio, in residenze sanitarie assistenziali, in aziende servizi alla persona (case di riposo).

Non sono state incluse nell'analisi le cartelle cliniche di pazienti di età inferiore ai diciotto anni, deceduti, dimessi in Hospice o trasferiti in altre Uu.Oo (**Tabella 1**).

Tutta la documentazione presente all'interno della cartella clinica integrata è stata analizzata utilizzando una scheda di raccolta dati *ad hoc*. Le variabili considerate nello strumento sono state raggruppate in tre macro aree facenti parte dell'accertamento infermieristico:

- dati demografici e sociali del paziente (età, sesso, indirizzo, invalidità, care giver, servizi attivati);
- dati e informazioni relative all'accertamento clinico-assistenziale (diagnosi d'ingresso, comorbidità, farmaci assunti, i modelli funzionali, fabbisogno educativo, presidi, apparecchiature elettromedicali);
- informazioni specifiche inerenti la pianificazione educativa (lettera di dimissione infermieristica, diario e pianificazione infermieristica).

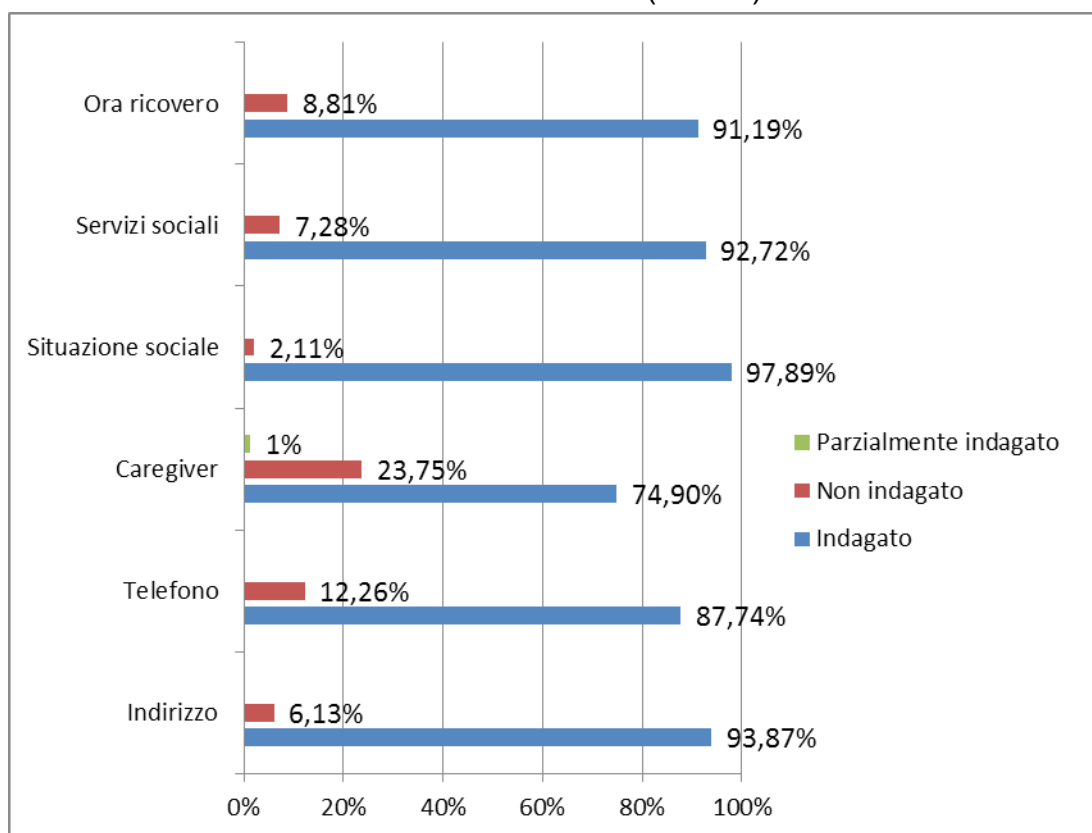
**Tabella 1** - Distribuzione delle principali caratteristiche degli assistiti di 7 unità operative dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" Pordenone nel periodo novembre 2011

CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE E DEL RICOVERO	REPARTO							
	PNL	CARDIO	NEU	ORT	ORL	ORT-CM	NFR	TOTALE
	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)
	42 (8%)	159 (30,5%)	33 (6,3)	106 (20,3)	77 (14,8)	70 (13,4%)	35 (6,7%)	522 (100%)
Sesso								
Maschi	24	93	20	58	50	51	21	<b>317 (60.7%)</b>
Femmine	18	66	13	48	27	19	14	<b>205 (39.3%)</b>
Età (anni)								
Media	69,67	67,06	61,33	56,05	54,09	51,74	71,66	<b>61,01</b>
Range	18-89	24-94	22-90	19-92	22-87	20-82	23-86	<b>18-94</b>
Dev. standard	±18,6 5	±13,25	±20,3 8	±19,2 4	±17,2 2	±16,10	±14,3 3	<b>17,89</b>
Durata ricovero (giorni)								
Media	10,88	4,35	9,79	5,55	4,70	4,93	9,37	<b>5,93</b>
Range	3-21	1-30	2-25	1-20	2-34	1-53	2-61	<b>1-61</b>
Dev. standard	±4,59	±3,35	±5,42	±4,60	±6,34	±6,52	±10,8 2	<b>±5,93</b>
N. di farmaci dimissione								
Media	9,05	6,25	3,85	4,29	3,88	3,61	8,89	<b>5,40</b>
Range	0-17	0-14	0-7	0-14	1-13	1-14	0-14	<b>0-17</b>
Dev. standard	±4,39	±2,79	±2,03	±2,92	±3,05	±2,49	±3,66	<b>3,49</b>

La verifica della presenza di queste informazioni e la valutazione della loro completezza ci hanno permesso di stimare la conoscenza relativa a: terapia farmacologica, utilizzo di apparecchiature elettromedicali a domicilio, dieta e nutrizione, gestione del dolore, addestramento alla autogestione di dispositivi medico chirurgici complessi e di tecniche riabilitative (standard Pfe.4).

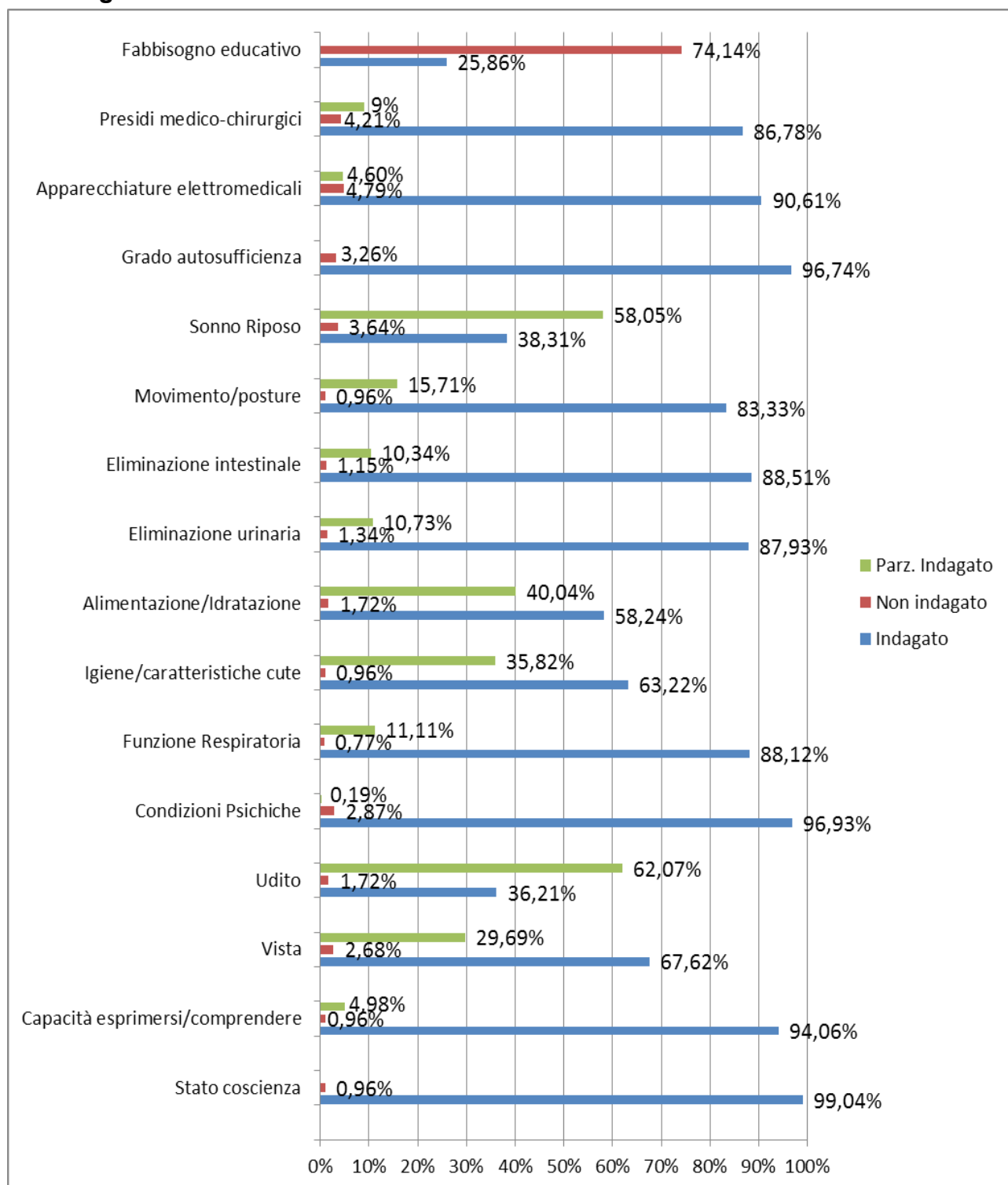
Dal lavoro di analisi è emerso che la documentazione che si riferisce all'accertamento di dati di carattere generale è risultata completa in una percentuale compresa tra il 75% e il 98%. In particolare a essere raccolti in modo completo sono: i dati demografici (telefono e indirizzo), i dati riguardanti il contesto sociale (assistenza da parte servizi sociali, situazione sociale, presenza del caregiver), e i dati sul ricovero (ora del ricovero) (**Figura 1**).

**Figura 1** - Presenza delle informazioni relative ai dati socio-demografici nelle cartelle cliniche analizzate (N=522)



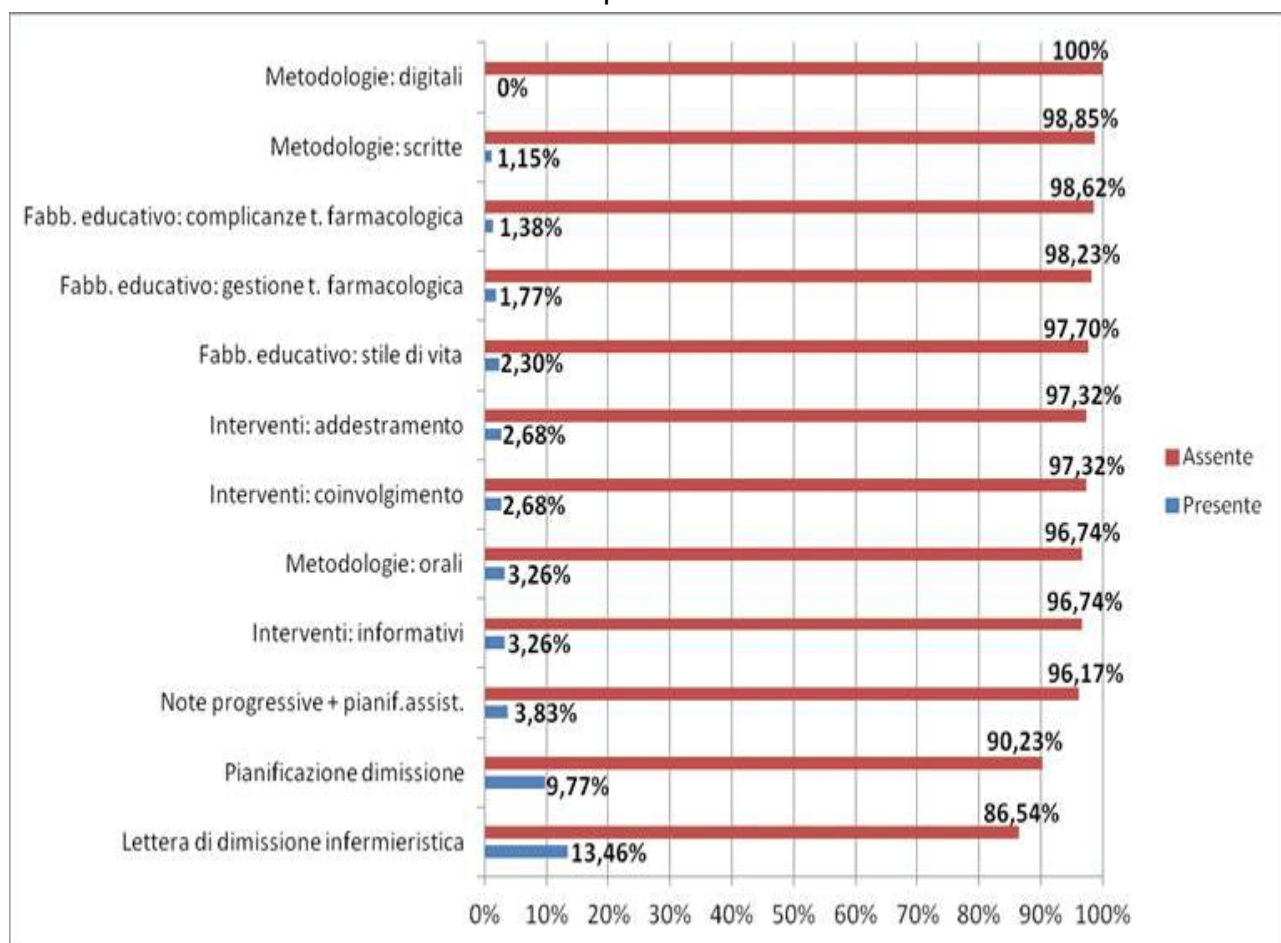
Un'altrettanto alta percentuale di completezza è stata rilevata per la parte relativa all'accertamento infermieristico (**Figura 2**) mentre le informazioni specifiche inerenti la pianificazione educativa (es. il fabbisogno educativo) sono risultate presenti nel 26% delle cartelle.

Nel diario infermieristico e nella pianificazione assistenziale, spazi nei quali maggiormente è stata registrata e descritta l'assistenza erogata al paziente, la percentuale di informazioni educative documentate è stata pari al 4%.

**Figura 2 - Presenza delle informazioni relative ai dati dell'accertamento clinico**

Poco documentata è stata anche l'educazione effettuata: nelle lettere di dimissione infermieristiche nella maggior parte dei casi non erano presenti indicazioni sull'educazione dei pazienti. L'educazione alla corretta gestione della terapia farmacologica era stata documentata solo nell'8% dei casi (**Figura 3**).

**Figura 3** - Sintesi descrizione della documentazione dell'educazione terapeutica ospedaliera



### Conclusioni

La registrazione sistematica e adeguata delle informazioni educative nella cartella infermieristica necessita di essere migliorata: la non completezza della documentazione non è secondo noi imputabile ad una inadeguata valutazione dei bisogni educativi; è nostra convinzione che la funzione educativa-informativa venga esercitata dagli infermieri ma che rimanga per un'alta percentuale non documentata e ciò ci fa ipotizzare che non sia standardizzata e uniforme nei vari contesti operativi.

Riteniamo sia necessario approfondire le cause della scarsa documentazione dell'Etp e continuare a monitorarne la presenza con audit quali-quantitativi, così come raccomandati in letteratura, al fine di valutare anche l'attività dell'équipe attraverso l'analisi dei dati raccolti e favorire in questo modo la ricerca educativa.

L'introduzione in una prospettiva futura della cartella educativa è da considerare l'unica modalità per strutturare e sistematizzare l'educazione nei vari contesti: servizio ospedaliero, ambulatoriale o di rete.

Infine la sensibilizzazione del personale infermieristico sull'importanza di documentare gli interventi educativi migliorerebbe la qualità dell'assistenza e consentirebbe di monitorare l'evoluzione del paziente durante il processo educativo.

L'Etp in ospedale è fondamentale poiché finalizzata a far acquisire ai pazienti, attraverso la partecipazione ad attività educative, competenze di autocura e di adattamento che consentono loro e ai familiari di gestire la malattia, di vivere nel modo più sano possibile e di mantenere o migliorare la qualità della vita ma, come sostiene De Marinis (2010) "se non viene documentata, non è stata fatta!?"



**BIBLIOGRAFIA**

- Albano M G (2010). *Educazione terapeutica del paziente. Riflessioni, modelli e ricerca*. Milano: Edi.Ermes, Centro Scientifico Editore.
- Amodeo R, De Ponti A, Sorbara L, Fusar I et al. (2006). *Organizzazione di un incontro di educazione alla salute dedicato ai pazienti ricoverati per sindrome coronarica acuta: l'esperienza degli infermieri dell'ospedale di Desio*. Assist Inferm Ric, 25 (3), 170-175.
- Avanzini F, Di Giulio P, Amodeo R et al. (2011). *Efficacia di un intervento educativo infermieristico in pazienti ricoverati per una sindrome coronarica acuta*. Assist. Inferm. ric, 30 (1), 16-23.
- De Marinis M G, Piredda M, Pascarella M C et al. (2010). *'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital*. J clin nurs, 19 (11-12), 1544-1552.
- Prideaux A (2011). *Issues in nursing documentation and record-keeping practice*. Br J Nurs, 20(22), 1450 - 1454.
- Saranto K, Kinnunen U M (2009). *Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review*. J Adv Nurs, 65(3), 464-476.

## ESPERIENZE

## Monitoraggio delle cadute dei pazienti in ospedale

di *Sonia Tonucci (1), Francesca Barbarini (2), Tiziana Benedetti (2), Sandra Giacomi (2), Paola Colasanti (2)*

(1) *Dirigente Dipartimento professioni sanitarie, Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche Nord"*

(2) *Dipartimento Professioni sanitarie, Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche Nord"*

Corrispondenza: [p.colasanti@email.it](mailto:p.colasanti@email.it)

L'evenienza della caduta del paziente viene considerata come uno degli aspetti critici dell'assistenza sanitaria. Pertanto, il loro monitoraggio ha lo scopo principale di individuare i fattori di rischio più frequenti e di fornire agli operatori sanitari sia uno strumento per l'individuazione dei pazienti a rischio, sia una serie di indicazioni da adottare per prevenirle.

Il monitoraggio e la prevenzione delle cadute in ospedale si inseriscono in un contesto di gestione del rischio clinico che ha avuto inizio all'interno dell'Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche Nord" dal 2000. Le cadute infatti costituiscono un evento avverso e rappresentano la causa di importanti complicanze nel corso della degenza, nonché la causa di invalidità temporanea e permanente della persona. Va ricordato inoltre che a seguito di cadute l'assistito può incorrere in: traumi cranici, danni cerebrali, lesioni degli organi interni, lesioni dei tessuti molli, fratture, altre importanti sequele.

Oltre ai danni fisici, se nella caduta incorre una persona anziana, può svilupparsi un forte senso di insicurezza che potrebbe indurre l'anziano alla limitazione della propria attività fisica, con conseguente compromissione della propria autonomia e la qualità di vita.

### Un possibile percorso

Nella nostra Azienda, il Dipartimento delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetriche-tecniche-riabilitative è responsabile del monitoraggio, nonché della raccolta e analisi dei dati, relativamente al fenomeno delle cadute in ospedale.

Tale attività, è iniziata dal 2007 ed è inserita all'interno della scheda di produttività del Dipartimento, con esplicitate le attività con indicatori e obiettivi da raggiungere attraverso l'applicazione di buone pratiche durante l'anno:

1. individuare i fattori di rischio più frequenti;
2. calcolare il tasso d'incidenza delle cadute.

Nel corso degli anni, a seguito dell'analisi e della valutazione dei dati ricavati, sono state intraprese una serie di azioni correttive, che periodicamente hanno subito delle revisioni:

- valutazione del grado di indipendenza del paziente attraverso la somministrazione del Barthel index al momento dell'ingresso in ospedale;
- valutazione del grado di rischio di caduta attraverso la somministrazione della Scala Conley al momento dell'ingresso in ospedale;
- durante il periodo di degenza rivalutazione del rischio di caduta ogniqualvolta le condizioni cliniche del paziente si modificano;

- durante la degenza utilizzo e quindi applicazione della procedura aziendale per la gestione dei pazienti con rischio di caduta;
- durante la degenza consegna al paziente e/o ai familiari di un opuscolo informativo;
- durante la degenza, in caso di caduta, compilazione di una scheda di segnalazione che riporta una serie di informazioni utili per l'osservazione epidemiologica del fenomeno.

Gli strumenti messi a disposizione dei professionisti al fine di monitorare l'attività e per instaurare un percorso efficace di educazione terapeutica sono:

1. strumento relativo ai segni e sintomi prodromici di comportamento violento;
2. scala Conley di valutazione del rischio di caduta del paziente;
3. Barthel index per valutare il grado di indipendenza del paziente;
4. scheda di descrizione della caduta del paziente;
5. modulo di prescrizione della contenzione;
6. opuscolo da consegnare a paziente e familiari relativo a "Informazioni sulle cadute per pazienti e familiari. Promuovere autonomia, partecipazione e dignità".

### I risultati di sei anni di monitoraggio

L'imputazione e l'elaborazione dei dati dal 2007 vengono condotte con il programma Epi Info. I dati rilevati sono di carattere quali-quantitativi, nel senso che, oltre a descrivere il numero assoluto di cadute occorse durante gli anni stratificato per unità operativa, esplorano anche alcuni dettagli del fenomeno, utili soprattutto ad individuare eventuali azioni di miglioramento:

1. classi d'età;
2. sesso;
3. punteggio Scala Conley;
4. aggravamento immediato delle condizioni a seguito della caduta;
5. aggravamento delle condizioni a seguito della caduta dopo 48 ore;
6. terapia in atto (sedativi Snc - lassativi - diuretici - ipotensivanti);
7. lesione;
8. luogo di accadimento;
9. modalità di caduta (es dalla stazione eretta - mentre scendeva dal letto...);
10. motivo (perdita di equilibrio - perdita di forza - inciampo...);
11. tipo di calzatura indossata;
12. chi era presente;
13. fascia oraria.

La correttezza della compilazione delle segnalazioni di caduta è cruciale al fine della descrizione del fenomeno. In tal senso, la percentuale di schede di segnalazione compilate correttamente/totale delle schede compilate è considerata un indicatore dell'attività svolta, in cui lo standard di riferimento è il 90%, con un valore soglia dell' 80%. Dai dati raccolti in 6 anni (2007-2012), si può evincere che:

- sul totale delle cadute rilevate, i maschi sono in percentuale più coinvolti dell'altro sesso (**Tabella 1**);
- la fascia di età in cui sono compresi pazienti > agli 80 anni è aumentata progressivamente negli anni;
- dai punteggi della Scala Conley, si evince che sono aumentati negli anni i pazienti ad elevato rischio di caduta (punteggio 10, al 26.2% e 32.7 % nel 2011 e 2013). È da segnalare comunque che circa nel 20% delle osservazioni condotte la rilevazione del rischio cadute non viene documentato (**Tabella 2**);

- la percentuale di pazienti che riportano un immediato aggravamento del loro stato di salute a seguito di una caduta è relativamente basso (**Tabella 3**). Anche nella valutazione dopo 48 ore, il tasso di pazienti che ha riportato un aggravamento delle condizioni strettamente correlato alla caduta è < al 2% sul totale delle cadute occorse;
- in percentuale variabile negli anni, tra il 43.4% (2007) e il 37.3% (2012) dei pazienti caduti hanno riportato una lesione;
- il luogo dove più frequentemente avvengono le cadute è la stanza di degenza (dal 63.3% al 70%) e il bagno (dal 20.3% al 23.4%);
- le modalità più frequenti di caduta sono: dalla posizione eretta - dal letto - mentre scende dal letto (**Tabella 4**);
- lo scivolamento sul pavimento asciutto, la perdita di forza e la perdita di equilibrio hanno rappresentato le cause più frequenti di caduta (**Tabella 5**);
- il più delle volte il paziente caduto era scalzo (dal 35% al 41.9%) o con la calzatura aperta (dal 30.2% al 39,7%);
- le persone più frequentemente presenti al momento della caduta sono risultate essere gli altri pazienti (dal 41.8% al 46.9%) o i familiari (dal 8.8% al 18.4%). Il personale sanitario era presente solo in un numero ridotto di episodi (dal 1.8% al 5.9%). Nelle altre occasioni il paziente risultava essere da solo (dal 25.5% al 33.5%);
- la fascia oraria nella quale sembrerebbero avvenire le cadute è quella notturna (dal 38.2% al 51.9%), seguita dalla mattina (dal 27.4% al 37.7%) e infine dal pomeriggio (dal 15.9% al 22.7%).

**Tabella 1 - Sesso e cadute in ospedale**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maschi	55,70%	50,80%	60,00%	62,90%	54,60%	63,60%
Femmine	44,30%	48,60%	40,00%	37,10%	45,40%	36,40%

**Tabella 2 - Punteggi della scala Conley**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Non compilato	21,70%	27,70%	16,90%	17,60%	18,40%	20,90%
Punteggio 0	15,10%	11,30%	26,30%	24,10%	26,20%	32,70%
Punteggio 1	19,30%	13,60%	11,30%	14,70%	22,70%	16,40%
Punteggio 2	12,30%	11,30%	11,30%	12,40%	7,80%	7,30%
Punteggio 3	5,70%	7,90%	5,00%	12,40%	12,10%	7,30%
Punteggio 4	11,30%	9,00%	10,00%	5,90%	5,00%	6,40%
Punteggio 5	4,20%	5,10%	8,80%	4,70%	5,00%	2,70%
Punteggio 6	2,40%	4,50%	4,40%	2,40%	0,70%	4,50%
Punteggio 7	3,30%	2,80%	1,30%	0,60%	1,40%	0,90%
Punteggio 8	1,40%	1,70%	2,50%	3,50%	0,70%	0,90%
Punteggio 9	1,90%	2,80%	1,90%	0,60%	18,40%	20,90%
Punteggio 10	1,40%	2,30%	0,60%	1,20%	26,20%	32,70%

**Tabella 3 - Aggravamento delle condizioni immediatamente dopo la caduta**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Si	28/210 13,20%	7/174 4,00%	10/156 6,30%	10/165 5,90%	11/135 7,80%	18/107 16,40%
No	85,80%	94,40%	91,30%	91,20%	87,90%	80,90%
Non compilato	0,90%	1,70%	2,50%	2,90%	4,30%	2,70%

**Tabella 4 - Modalità della caduta**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Missing	3,30%	9,60%	4,40%	3,50%	5,70%	9,10%
1 – Dalla posizione eretta	47,20%	29,90%	33,80%	32,90%	34,00%	25,50%
2 – Seduto sulla seggiola	2,80%	2,30%	6,90%	4,10%	1,40%	5,50%
3 – Seduto sul letto	3,80%	2,30%	1,90%	3,50%	3,50%	4,50%
4 – Dal letto	17,50%	14,10%	13,80%	12,40%	14,90%	10,90%
5 – Dal letto con sponde	2,40%	4,00%	5,00%	4,10%	2,10%	3,60%
6 – Mentre scendeva dal letto	17,50%	20,90%	20,00%	23,50%	18,40%	21,80%
7 – Mentre saliva sul letto	0,90%	1,70%	3,80%	1,20%	3,50%	0,90%
8 - Altro	4,70%	15,30%	10,60%	14,70%	16,30%	18,20%

**Tabella 5 - Motivo della caduta**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Missing	4,20%	11,90%	6,90%	4,70%	7,10%	11,80%
1 – Perdita di forza	21,70%	13,60%	22,50%	18,20%	21,30%	18,20%
2 – Perdita di equilibrio	13,70%	15,80%	13,80%	14,70%	17,00%	10,90%
3 – Perdita di coscienza	5,20%	2,30%	3,80%	5,30%	5,70%	10,00%
4 - Inciampato	8,50%	6,20%	8,80%	12,90%	5,00%	7,30%
5 – Sciv. pav. asciutto	21,70%	23,70%	16,90%	18,20%	13,50%	21,80%
6 – Sciv. pav. bagnato	2,40%	4,00%	4,40%	3,50%	3,50%	4,50%
7 - Ignoto	7,50%	7,30%	5,60%	6,50%	6,40%	4,50%
8 - Altro	15,10%	15,30%	17,50%	15,90%	20,60%	10,90%

## Conclusioni

La comunicazione dei dati, con l'analisi statistica degli stessi, viene inviata annualmente alla Direzione strategica, a tutti i coordinatori infermieristici e direttori di unità operativa e tutti i professionisti che costituiscono la rete dei referenti della qualità e gestione del rischio.

Durante la presentazione dei dati e il confronto con i colleghi sono emersi diversi spunti di miglioramento, implementati nel tempo:

- informazione continua al paziente e al familiare di riferimento, sia scritta (consegna della brochure informativa) che verbale continua da parte del personale che si occupa dell'assistenza;
- valutazione sulla possibile influenza della terapia farmacologica;
- maggiore considerazione degli ambienti e dei presidi come fattore di rischio.

Sono inoltre stati progettati interventi formativi *ad hoc*, con l'obiettivo di sensibilizzare il personale in merito al problema delle cadute in ospedale, informarlo sugli strumenti, sviluppare le competenze necessarie per essere in grado di valutare, monitorare e prevenire il rischio di caduta dei pazienti e in generale sulla gestione del rischio clinico.

## BIBLIOGRAFIA

- Azienda ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi (2004). *Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale*, Centro studi Ebn.
- Chiari P, Mosci D, Fontana S (2002). *Valutazione degli strumenti di misura del rischio di caduta dei pazienti*. Assistenza infermieristica e ricerca, 2002.21.3:117-124.
- Healy F, Scobie S, Oliver D, Pryce A, Thomson R, Glampson B (2008). *Falls in English and Welsh Hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 month on patients safety incident reports*. Qual. saf. health care 17;424-430.
- Dykes P C, Carrol D L, Hurley A C (2009). *Why do patients in acute care hospitas fall? Can falls be prevented?* Journ nurs admnis.
- Regione Lombardia. *Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedale o in Rsa- Rsd* (Decreto 7295 del 22/7/2010 della Regione Lombardia).

SCAFFALE

## I valori degli italiani 2013. Il ritorno del pendolo

Censis  
Marsilio Editore, collana "Tempi", 2013  
pagine 174, euro 17,00



Si legge in un soffio il recente volume del Censis (Centro studi investimenti sociali) "I valori degli italiani" ed è un libro che fa pensare e un po' anche sperare.

Innanzitutto perché offre una fotografia del sistema valoriale degli italiani in cambiamento in cui "il degrado sociale degli ultimi anni" (pagina 9) sembra stia improvvisamente "svanendo" (pagina 9), come sottolinea Giulio De Rita, nell'introduzione. Sembrerebbe in atto un'"inversione di rotta" (pagina 10) anche se non ancora effettivamente in corso.

Poi, anche perché i valori che emergono, il ritorno alla famiglia, la socialità, l'altruismo, la collaborazione, sono aspetti che da sempre interessano la professione infermieristica e che possono essere tenuti seriamente in considerazione in un'ottica di ripensamento dell'organizzazione dei servizi in cui la partecipazione attiva e l'integrazione con le istanze positive della società sono una risorsa su cui contare.

Non si tratta di certezze e questo è ben esplicitato nel testo che sottolinea la necessità di una regia, attualmente ancora non presente nel panorama nazionale, che accompagni e permetta una crescita su livelli altri e diversi da quella basata sull'incremento del benessere materiale. In tal senso, è ben calzante l'esempio del pendolo proposto sempre nell'introduzione. Da un lato il rischio di un'involuzione che riporti, dopo la sbornia individualistica e competitiva, ad una decrescita orientata solo verso la famiglia, il contesto amicale, l'essenzialità (bisogni primari). Dall'altro, la prospettiva di un futuro che è "alle porte" (pagina 13), se il pendolo andrà nella direzione della riscoperta dell'altro "come alleato e non come competitor" (pagina 13).

La ricerca, condotta dal Censis e dalla Leghein in un gruppo di lavoro diretto da Giulio De Rita, è un'indagine effettuata su un campione statisticamente rappresentativo di italiani con un'età superiore a 18 anni. Sono state intervistate telefonicamente 3680 persone per esplorare quali fossero i loro valori e misurarne lo "stato di salute" (pagina 18). Il rapporto è articolato in 15 capitoli che descrivono i diversi ambiti dei valori esplorati, di cui se ne citano alcuni: la fame di socialità e di condivisione, la voglia di denuncia, gli stati d'animo, la vitalità inespressa, il bisogno di una regia, la comunità e territorio, i sentimenti, la famiglia, fino ad arrivare al web e i giovani; interessante anche il focus sul rapporto con il cibo, come esempio tra il volere e non volere.

Nel primo capitolo (fame di socialità e condivisione), viene proposta l'interessante metafora del treno fermo: se in passato era stata descritta la disgregazione della società italiana come una "mucillagine" (pagina 24), intesa come insieme di elementi vicini ma che non interagiscono tra loro, ora potrebbe sembrare un treno ad alta velocità che si ferma, in cui gli individui prima impegnati con i propri strumenti elettronici, si sentono insicuri "cominciano a guardarsi l'un l'altro" (pagina 25) e a parlare con il vicino, come "unico modo per uscire da un clima di insicurezza" (pagina 25). Ecco che, accanto all'affievolirsi dei valori tipici della modernità (per esempio, competizione, affermazione di sé, autonomia, crescita), sembra riemergere un sistema arcaico di valori, rifacendosi a termini talmente antichi, da sembrare quasi un po' "insinceri" (pagina 23), come condivisione o altruismo. Tornando al treno, se il bisogno di socialità sarà solo consolatorio, probabilmente non porterà a nulla, altresì se sarà l'opportunità per un'esperienza di umana condivisione, sarà occasione di crescita.

Ed ecco allora che dall'indagine emerge ad esempio come le ambizioni personali sono sostituite da altri elementi gratificanti: il 40% degli intervistati si dichiara molto disponibile a far visita agli ammalati. Questo fenomeno emerge soprattutto nella fascia d'età tra i 45 e i 54 anni. Analogamente, la metà degli italiani dichiara la disponibilità a fare compagnia agli anziani. E allora se da un lato può emergere "il sospetto" (pagina 27), come si legge nel rapporto, che ciò avvenga in un momento della vita nel quale la carriera non gratifichi più tanto e che la disponibilità nasce da una solidarietà di base arcaica (non abbandono l'ammalato, se non voglio correre il rischio di essere abbandonato in condizioni analoghe) o dalla consapevolezza, come nel caso degli anziani che possa essere fonte di arricchimento. Dall'altro è necessario riflettere su come dar corpo a questa disponibilità ovvero su come indirizzarla prima che vada persa di nuovo.

Proprio in tal senso vale la pena soffermarsi sulla gerarchia dei valori: il 29,5% degli italiani sostiene che aiutare qualcuno in difficoltà "darebbe moltissima carica" (pagina 32), ma come canalizzare questa spinta verso persone e atti concreti per evitare che si riduca a sterile sentimentalismo? Questo è un quesito assolutamente pertinente visto che quasi la metà degli italiani sarebbe intenzionata a fare qualcosa, ma non sa che cosa. Una grande energia viene attribuita da un quarto degli intervistati alla spiritualità e all'interiorità: questa percentuale nei cattolici praticanti arriva al 40%.

Infine, interessante è quanto emerge dall'indagine riguardo la famiglia: fare qualcosa per il benessere della propria famiglia è il pensiero che darebbe moltissima energia al 46,2% degli italiani. Tant'è vero che è sempre più evidente il fenomeno delle "reti di sostegno di famiglie e per le famiglie" (pagina 139) in una logica di *welfare community* basata su un'ottica partecipativa e collaborativa. Ne è un esempio l'asilo che vede coinvolti i nonni a fianco delle maestre: ciò permette ai primi di sentirsi ancora attivi oltre che di dimezzare la retta. Si sostiene anche che la vitalità incanalata nei ruoli di supplenza delle istituzioni si spegne, mentre quella "incanalata in ruoli di corresponsabilità si moltiplica" (pagina 122). Tornando alla professione infermieristica, la lettura di questo libro offre moltissimi spunti perché permette di guidare le azioni quotidiane attuali e le scelte future rispetto a:

- un'assistenza infermieristica che tenga conto dei desideri e delle risorse delle famiglie, nonché dei bisogni spirituali delle persone rispettandoli e valorizzandoli;
- una riorganizzazione dei servizi orientata alle persone e alle famiglie, aperta sempre più all'associazionismo e al *welfare community* non solo perché le risorse scarseggiano ma anche perché è benefico (dà energia fare qualcosa per gli altri) per chi vi partecipa;



- un'educazione di base che faccia leva sui valori dei giovani, rafforzandoli e orientandoli nel corso dell'inserimento nella vita lavorativa (denunciare l'evasione fiscale e la criminalità organizzata sono le azioni rivolte al bene comune riportate in circa il 50% del campione);
- un orientamento degli organismi professionali che contribuisca a fare da *regia* per canalizzare positivamente i valori emersi.

In conclusione, questa indagine, che ha volutamente cercato i valori etici degli italiani, può avere l'importante funzione di contribuire positivamente al "loro rafforzamento" (pagina 18), contrastando altresì l'atteggiamento depressivo che emerge quando invece "si volge lo sguardo alle meschinità umane" (pagina 18).

***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](http://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](http://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](mailto:federazione@ipasvi.legalmail.it)