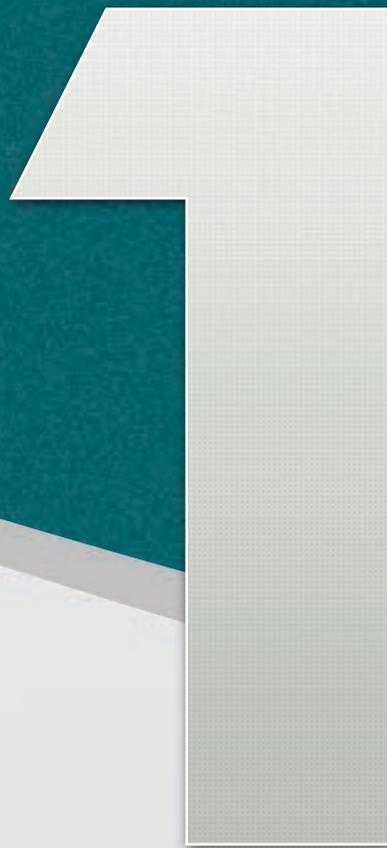


L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LIX



ISSN 2038-0712

**GENNAIO-FEBBRAIO
2015**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● EDITORIALE

I nuovi traguardi e le sfide per la professione
di Annalisa Silvestro

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

La scala ASEPSIS: validazione italiana di uno strumento per la valutazione delle caratteristiche del sito chirurgico

di Stefano Terzoni, Anne Destrebecq, Adriana Teresa, Giancarlo Celeri Bellotti, Lara Carelli

La qualità e i fattori che influenzano il sonno nei pazienti ricoverati

di Mayra Matteini, Tiziana Nannelli, Laura Rasero

● CONTRIBUTI

Alla ricerca della salienza. Analisi fenomenologica del disagio etico

di Duilio Manara, Giulia Villa, Dina Moranda

● ESPERIENZE

Infermieristica di famiglia e di comunità: una survey tra infermieri e medici di medicina generale

di Paola Obbia, Ludovica Tamburini, Gessica Giovannetti, Mirco Ongaro, Diletta Calamassi

Il supporto del tutor clinico allo studente infermiere nella gestione della morte e della sofferenza

di Mattia Morone, Simona Facco

La complessità assistenziale per la determinazione dell'organico infermieristico: l'esperienza di un pronto soccorso

di Pietro Ricci

Indagine sulla soddisfazione lavorativa degli infermieri di chirurgia in un'azienda sanitaria dell'Emilia Romagna

di Silvia Polastri, Michela Zanandrea, Loredana Gamberoni, Claudio Bonifazzi, Valerio Muzzioli

● SCAFFALE

Filosofia per i professionisti della cura

Alcol: bugie e verità, tutti i rischi del bere



EDITORIALE

I nuovi traguardi e le sfide per la professione

di *Annalisa Silvestro*

La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi ha brindato al suo 60° compleanno con un vero congresso di svolta. La professione tutta – come ha confermato il consenso degli oltre 3mila infermieri presenti a Roma dal 5 al 7 marzo scorsi – ha deciso di salire quel gradino che va verso una maggiore responsabilità all'interno delle aziende con la formalizzazione della già avvenuta evoluzione delle nostre competenze sia in chiave assistenziale, sia in chiave manageriale. Nel nostro futuro prossimo ci sono infermieri generalisti e infermieri specialisti, tutti competenti, preparati, capaci di lavorare in gruppo e in rete e di confrontarsi su un disegno assistenziale anche per metterlo in discussione allo scopo di raggiungere i risultati migliori per la collettività e per la propria famiglia professionale.

Di svolta perché la mozione finale va perfino oltre la crescita professionale e reagisce all'attuale stallo, dicendo basta con la riduzione numerica dei professionisti infermieri, con l'ibernazione dei loro compensi, con i tagli lineari che minano alla base il livello e la qualità dell'assistenza, mettendo a rischio la salute dei cittadini. E soprattutto basta con le accuse di invasione di campo, che compromettono il lavoro d'équipe tra i professionisti della sanità.

Il nostro fine non è svolgere attività da medici "bonsai", ma di utilizzare una marcia ulteriore per assistere i pazienti, individuarne e approcciarne le necessità, incidere nel processo organizzativo e decisionale di sistema e dare, conseguentemente, risposte ancora più pertinenti e mirate alle contingenze economiche e ai bisogni che emergono dall'attuale scenario demografico ed epidemiologico. Non intacchiamo o erodiamo il campo di attività di questo o di quel professionista, ma ci adeguiamo semmai all'evoluzione generale e ineludibile dei saperi, dei bisogni, dei sistemi organizzativi e soprattutto alle necessità e alle aspettative dei cittadini.

Per farlo siamo pronti a un nuovo patto per l'assistenza con i cittadini: vogliamo rispondere ai loro bisogni di salute con competenza, professionalità e umanità. Ma siamo pronti anche a rinnovare il nostro impegno per il sistema salute, sollecitando le Istituzioni a garantire ai cittadini l'equità di accesso alle cure e all'assistenza su tutto il territorio nazionale, a erogare servizi orientati alla centralità e qualità di vita dei cittadini e a monitorare la qualità delle prestazioni e costruire, nel rispetto reciproco dei ruoli, un nuovo modello di cura e assistenza che integri le competenze specifiche di ogni professione sanitaria.

Noi il nostro impegno lo mettiamo tutto sul piatto: ora tocca agli altri fare altrettanto. In cambio vogliamo – e la mozione finale del congresso l'ha chiesto a chiare lettere - la valorizzazione delle funzioni, dei ruoli e delle competenze dei professionisti infermieri, lo sviluppo del ruolo dell'infermiere specialista nelle organizzazioni sanitarie, il riconoscimento per gli infermieri delle funzioni specialistiche, manageriali, di direzione e di coordinamento.

E serve anche la coerenza della formazione accademica con le funzioni e i ruoli gestionali e assistenziali che l'infermiere deve assumere per dare una migliore assistenza in ospedale, a domicilio, sul territorio e per garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'informazione e l'educazione sanitaria e l'ampliamento, in ambito accademico, del numero di infermieri ricercatori e professori di prima e seconda fascia con il coinvolgimento sistematico dei nostri professionisti anche nella definizione e la realizzazione del Patto della salute e dei Lea, coerentemente al nuovo sviluppo dell'assistenza territoriale e dell'umanizzazione del sistema.

Perché i nostri professionisti non debbano essere ostaggio e merce di scambio con i risparmi chiesti dalla spending review sono necessarie linee guida, standard assistenziali, criteri per la definizione del fabbisogno di infermieri, indicatori di esito e risultato sia per l'ambito ospedaliero, sia per le strutture territoriali e per l'assistenza domiciliare, in cui siano considerati e valorizzati l'impegno e la professionalità degli infermieri. E su questo siamo pronti, proprio con i cittadini, a intervenire e proporre anche noi: siamo stanchi di stare a guardare.

La scala ASEPSIS: validazione italiana di uno strumento per la valutazione delle caratteristiche del sito chirurgico

Stefano Terzoni¹, Anne Destrebecq², Adriana Teresa³, Giancarlo Celeri Bellotti⁴, Lara Carelli⁵

¹Infermiere, docente presso il Corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Milano;

²Ricercatore confermato, Dipartimento di scienze biomediche per la salute, Università degli Studi di Milano;

³Infermiera, Istituto ortopedico Gaetano Pini, Milano; ⁴Infermiere tutor, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano; ⁵Infermiera, docente presso il Corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Milano

Corrispondenza: stefano.terzoni@ao-sanpaolo.it

RIASSUNTO

Introduzione Le infezioni del sito chirurgico rappresentano il 14,6% delle infezioni contratte in ospedale. La sorveglianza attiva ne riduce l'incidenza dal 30% al 50%; a tale scopo esiste la scala ASEPSIS che, tuttavia, non è ancora stata validata in italiano. L'articolo presenta lo studio di validazione italiana della scala ASEPSIS.

Materiali e metodi Tramite uno studio osservazionale prospettico è stata validata la versione italiana della scala ASEPSIS. La scala è stata somministrata telefonicamente a pazienti operati dal 28 gennaio al 3 marzo 2013 in tre reparti di chirurgia (generale, vascolare e *day surgery*) presso l'ospedale San Paolo di Milano.

Risultati Sono stati sorvegliati 58 pazienti sottoposti a un totale di 61 interventi chirurgici. L'affidabilità inter valutatore è risultata elevata ($\rho_s=0,96$, $p<0,0001$) e la consistenza interna sufficiente ($\alpha=0,60$).

Conclusioni Lo strumento nella versione italiana è affidabile e adatto alla sorveglianza del sito chirurgico durante e dopo la degenza. La compilazione rapida la rende utilizzabile nella *routine* di reparto. Servono ulteriori studi per approfondire l'impiego dell'ASEPSIS in altre unità operative, avere maggiori dati di *follow-up* e su tempi più lunghi.

Parole chiave: infezione, sito chirurgico, sorveglianza, assistenza infermieristica

The ASEPSIS scale: Italian validation of a tool for early detection of surgical site infections

ABSTRACT

Introduction Surgical site infections represent 14.6% of all hospital-acquired infections. Active surveillance reduces their incidence by 30% to 50%; the ASEPSIS scale has been created for this purpose, but has never been validated in Italian. This paper presents the Italian validation study of ASEPSIS Score.

Methods A prospective observational study to validate the Italian version of ASEPSIS scale has been conducted. The ASEPSIS scale has been administered by phone call to patients who underwent surgery between January 28th and March 3rd, 2013 in three surgical units (general, vascular, and day surgery).

Results 58 patients, involved in 61 surgical interventions, were enrolled. Interrater reliability was very high ($\rho_s=0.96$, $p<0.0001$) and internal consistency was sufficient ($\alpha=0.60$).

Conclusions The Italian version of the scale is reliable and suitable for surgical surveillance during and after hospitalization. Being easy to use and requiring less than a minute to be completed, it is suitable for daily use in surgical wards. Further studies should apply the scale in other types of surgical wards, get more follow-up data and on longer periods.

Keywords: infection, surgical site, surveillance, nursing

INTRODUZIONE

Le infezioni ospedaliere rappresentano le complicanze in assoluto più frequenti tra i pazienti ricoverati in ospedale (Regione Emilia-Romagna, 2006). Tra le principali localizzazioni, le infezioni del sito chirurgico sono, ancora oggi, una delle principali complicanze

legate all'assistenza e un'importante causa di morbilità e di mortalità. Le infezioni del sito chirurgico corrispondono al 14,6% delle infezioni contratte in ospedale (De Werra C et al., 2009) e determinano un aumento del periodo di degenza e dei costi dell'assistenza (Broex ECJ et al., 2009). Con l'aumento degli

interventi chirurgici in *day surgery* e la riduzione dei tempi di degenza spesso le infezioni del sito chirurgico si osservano dopo la dimissione del paziente anziché durante il ricovero (Prospero E et al., 2006).

La sorveglianza e l'applicazione di un programma di controllo determinano una riduzione importante delle infezioni del sito chirurgico, come mostrato dallo Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC) (Haas JP, 2006).

Vari studi (Haas JP, 2006; Gastmeier P et al., 2006) hanno mostrato l'utilità del processo di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico per promuovere e indirizzare interventi mirati a ridurre il rischio di complicanze infettive post operatorie. La sorveglianza delle infezioni ospedaliere, intesa come la raccolta continuativa, periodica e sistematica e l'analisi e l'interpretazione di dati sanitari (Santullo A, 2008), consente di rilevare precocemente l'infezione, valutarla nel tempo e identificarne i fattori di rischio e le cause. La sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico considera la durata, il tipo e la classe dell'intervento, la classificazione dell'American Society of Anesthesiologists (ASA) e la scala impiegata per la valutazione della guarigione della ferita (ECDC, 2012). Tra le scale di valutazione della guarigione, la Additional treatment, Serious discharge, Erytema, Purulent exudate, Separation of deep tissues, Isolation of bacteria, and the duration of inpatient stay (ASEPSIS) è stata utilizzata in molti studi italiani, come il SICH-ER (Resi D et al., 2006) ma non è mai stata validata in italiano. L'articolo presenta la traduzione e la validazione della scala ASEPSIS in lingua italiana.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale, quantitativo, prospettico presso l'Azienda ospedaliera San Paolo di Milano, con l'applicazione dell'ASEPSIS a pazienti operati dal 28 gennaio al 3 marzo 2013 nei reparti di chirurgia generale, vascolare e *day surgery*.

Lo strumento

La scala ASEPSIS (Tabella 1) utilizza criteri standardizzati e aiuta a superare il problema della valuta-

zione soggettiva delle complicanze secondarie. Per calcolare il punteggio bisogna 1) osservare la presenza di essudato sieroso, eritema, essudato purulento o deiscenza 2) valutare per ciascuno di questi segni la proporzione di ferita interessata attraverso cinque categorie:

- minore del 20%;
- tra il 20 e il 39%;
- tra il 40 e il 59%;
- tra il 60 e il 79%;
- maggiore dell'80%.

Secondo la logica dell'ASEPSIS, la severità delle condizioni della ferita si basa sulla presenza di segni di infezione e sull'estensione della porzione di ferita interessata da tali segni. Nella prima settimana dopo l'intervento chirurgico, a ogni osservazione o medicazione della ferita si rilevano i suoi caratteri (Tabella 1) e si sommano i relativi punteggi; il valore così ottenuto rappresenta il punteggio totale della prima settimana e si utilizza per il calcolo del punteggio ASEPSIS secondo la seguente formula:

$$\frac{\text{punteggio totale prima settimana}}{\text{numero di medicazioni}} \times 5 = \text{punteggio ASEPSIS}$$

Se il numero di osservazioni/medicazioni è inferiore alle cinque previste per il calcolo del punteggio (evenienza frequente in caso di guarigione soddisfacente della ferita) occorre riportare la media dei punteggi relativi alle osservazioni effettuate e moltiplicarla per 5; se il numero di osservazioni è maggiore di 5 si escludono i punteggi relativi alle medicazioni del fine settimana. La scala ASEPSIS prevede la possibilità di assegnare dei punti aggiuntivi in presenza di una terapia antibiotica per il trattamento dell'infezione, di un drenaggio di pus in anestesia locale, di un isolamento batterico e/o una durata della degenza superiore ai 14 giorni. La presenza di queste condizioni è indice di una severità maggiore del quadro clinico.

I punti aggiuntivi, data la natura delle osservazioni a cui si riferiscono, si assegnano entro il 15° giorno dall'intervento, secondo il quadro riportato in Tabella 2.

Tabella 1. Scala di punteggio ASEPSIS

Caratteri della ferita	Proporzione della ferita interessata (%)					
	0	<20	20-39	40-59	60-79	>80
Essudato sieroso	0	1	2	3	4	5
Eritema	0	1	2	3	4	5
Essudato purulento	0	2	4	6	8	10
Deiscenza	0	2	4	6	8	10

Tabella 2. Punti aggiuntivi della scala ASEPSIS

Condizione	Punti aggiuntivi
Presenza di una terapia antibiotica per il trattamento dell'infezione della ferita chirurgica	10
Drenaggio in anestesia locale di pus (considerare anche la rimozione di punti di sutura da parte del chirurgo – anche senza anestesia locale – per favorire la fuoriuscita di pus)	5
Isolamento batterico	10
Durata della degenza superiore a 14 giorni	5

In base al punteggio globale, ovvero la somma del punteggio ASEPSIS con eventuali punti aggiuntivi, si individuano le seguenti classi:

- da 0 a 10: guarigione soddisfacente;
- da 11 a 20: disturbo di guarigione;
- da 21 a 30: infezione minore della ferita;
- da 31 a 40: infezione moderata della ferita;
- maggiore di 40: infezione severa della ferita.

La scala era già stata tradotta in italiano dalla Regione Emilia-Romagna (Resi D et al., 2006) senza tuttavia essere sottoposta a validazione. Poiché tale versione appariva fedele all'originale inglese ed era già stata impiegata in lavori del Servizio Sanitario di tale Regione, si è chiesto il consenso all'utilizzo dello strumento per la validazione e per la pubblicazione dei risultati. La Regione ha dato l'assenso scritto. La ritraduzione della scala dall'italiano all'inglese, effettuata da una docente di lingue che non aveva mai visto lo strumento in precedenza, ha prodotto un testo identico all'originale in inglese. Si è dunque ritenuta adeguata la versione italiana proposta dalla Regione Emilia-Romagna ed è stata impiegata per lo studio.

Validazione della scala

La validità di facciata della scala ASEPSIS è stata indagata attraverso la richiesta di un giudizio qualitativo da parte dei soggetti coinvolti. La validità di contenuto è stata studiata verificando l'aderenza delle affermazioni alle indicazioni della letteratura. L'affidabilità inter valutatore è stata saggiata confrontando le valutazioni condotte al letto dei pazienti da una studentessa laureanda in infermieristica e dall'infermiere di turno nell'unità operativa, simultaneamente e senza confronto tra i rilevatori. I confronti tra i punteggi assegnati dalla studentessa e dagli infermieri sono stati condotti con l'uso del test di Mann-Whitney, per verificare che non vi fossero differenze statisticamente significative, e del coefficiente ρ di Spearman (ρ_s), per valutare la forza e la significatività statistica della correlazione. La consistenza interna è stata valutata con il calcolo del coefficiente α di Cronbach. La stabilità test-retest non è stata valutata in quanto sarebbe stato necessario scoprire più volte la ferita durante il giorno, operazione nota in lettera-

tura come fattore di rischio per l'infezione del sito chirurgico (Galway UA, 2009).

Somministrazione della scala

La scala ASEPSIS è stata somministrata ai pazienti telefonicamente, in modo analogo a quanto fatto dagli autori originali (Resi D et al., 2006). L'intervista telefonica è stata condotta per tutti i pazienti seguendo un scaletta predefinita: era prevista una fase introduttiva in cui l'operatore si presentava e spiegava al paziente gli scopi dell'intervista; al paziente si chiedeva inoltre di fornire informazioni sull'insorgenza di febbre dopo la dimissione, sulla prescrizione di antibiotici per il trattamento di infezioni della ferita e sulla necessità di sottoporsi a un numero di controlli medici superiore a quello previsto per problemi legati all'andamento della ferita chirurgica.

Trattandosi di uno studio osservazionale basato sulla raccolta di dati abitualmente rilevati nell'ambito dell'attività dei reparti e servizi oggetto d'indagine, non è stato necessario ottenere l'approvazione del comitato etico; da tutti i soggetti coinvolti è stato ottenuto il consenso informato, richiesto in modo esplicito anche al momento del *follow-up* telefonico.

Follow-up

Secondo la definizione del National Nosocomial Infection Surveillance System (NNIS), le infezioni del sito chirurgico si riscontrano fino a 30 giorni dall'intervento chirurgico oppure entro un anno se in seguito all'intervento chirurgico si lascia *in situ* un impianto di origine non umana (De Werra C et al., 2009). Essendo il presente studio tratto da una tesi di laurea, per questioni di tempo è stato possibile effettuare il *follow-up* a 30 giorni dall'intervento solo per una parte dei pazienti considerati (17 su 58) e non è stato possibile effettuarlo a un anno di distanza per i soggetti sottoposti a impianto.

RISULTATI

Sono stati considerati 58 pazienti; il 70,7% era di sesso maschile e l'età media è risultata di 61 ± 18 anni. Il 50% dei pazienti proveniva dal reparto di *day surgery*, il 39,7% da quello di chirurgia generale, il

Tabella 3. Interventi chirurgici sorvegliati

Tipo di intervento	Numero di interventi
Riparazione di un'ernia ombelicale, crurale o inguinale	19
Endoarteriectomia di vasi del capo e del collo	7
Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo	4
Appendicectomia laparoscopica	3
Riparazione di un'ernia inguinale o addominale	3
Asportazione di cisti o seno pilonidale	2
Biopsia di strutture linfatiche	2
Colecistectomia laparoscopica	2
Emicolectomia destra	2
Gastrectomia sub-totale	2
Impianto endovascolare di Graft nell'aorta addominale	2
Occlusione chirurgica di vene dell'arto inferiore	2
Resezione parziale dell'intestino tenue	2
Amputazione di arto inferiore	1
Anastomosi o <i>bypass</i> vascolari	1
Asportazione di varicocele	1
Asportazione radicale di lesione della cute	1
Circoncisione	1
Legatura e <i>stripping</i> di varici venose dell'arto inferiore	1
Revisione di anastomosi arterovenosa per dialisi renale	1
Rimozione di tubo a T, tubo biliare o tubo epatico	1
Splenectomia totale	1

10,3% da quello di chirurgia vascolare. La mediana dei giorni di degenza nelle unità operative è risultata pari a 4 (scarto interquartile, IQR=1;10). Nel periodo considerato il campione di pazienti è stato sottoposto a un totale di 61 interventi (Tabella 3).

Il 72,1% degli interventi chirurgici è stato classificato come pulito, il 24,6% come pulito/contaminato, il 3,3% come contaminato; nessun intervento è stato classificato come sporco-contaminato. Il 12,1% degli interventi si è svolto in urgenza, il 29,3% in videolaparoscopia; nel 41,4% degli interventi sono state impiantate protesi. La durata mediana degli interventi è risultata di 69 minuti (IQR=59;110). Per la preparazione al campo operatorio è stato sempre utilizzato lo iodopovidone.

La profilassi antibiotica è stata somministrata al 58,6% dei pazienti con un tempo mediano di somministrazione di 15 minuti (IQR=10;30). Il 37,9% dei pazienti non ha assunto l'antibiotico, mentre per il 3,4% non è stato possibile rilevare i dati al riguardo attraverso la documentazione sanitaria. I principi attivi (e le loro combinazioni) utilizzati nella profilassi antibiotica sono stati: cefazolina, cefuroxima, cefuroxima + metronidazolo, clindamicina e metronidazolo. Per quanto riguarda i fattori di rischio, il 36,2% dei pa-

zienti era fumatore o ex fumatore mentre il 10,3% aveva il diabete. L'indice di massa corporea (IMC) dei pazienti aveva una mediana di 24,3 kg/m² (IQR=22,3;26,7). Non sono emersi legami tra il diabete e i disturbi di guarigione, né tra l'indice di massa corporea superiore alla norma e la guarigione (test χ^2 , $p>0,05$). Nessuno dei pazienti diabetici aveva disturbi. Su 23 pazienti con indice di massa corporea maggiore o uguale a 25 solo uno aveva disturbi di guarigione; dei 35 pazienti con indice di massa corporea inferiore a 25, due avevano disturbi di guarigione.

Caratteristiche del punteggio ASEPSIS

Durante il ricovero, i punteggi ottenuti tramite l'ASEPSIS avevano una mediana pari a 0 (IQR=0;5, moda=0, n=29). Nei primi cinque giorni post operatori non sono state rilevate infezioni della ferita chirurgica ma l'8,6% dei pazienti ha presentato un disturbo di guarigione (punteggio ASEPSIS >10, tra 11,6 e 15,0). Di questi, tre sono stati operati in regime di *day surgery*, uno in chirurgia generale e uno in chirurgia vascolare. I cinque soggetti avevano un'età media di 60 anni e solo un paziente era fumatore al momento della rilevazione (15 sigarette al giorno). Un paziente aveva un punteggio ASA pari a 2, un altro pari a 3 men-

tre nessuno aveva un punteggio di 1 mentre per 3 pazienti non era specificato il punteggio ASA. Due pazienti sono stati sottoposti a riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi senza somministrazione di antibiotico profilassi.

Come premesso, per questioni di tempo il *follow-up* telefonico a 30 giorni dall'intervento chirurgico è stato condotto solo per 17 pazienti dei 58 sorvegliati: di questi, 7 erano ricoverati nel reparto di *day surgery*, 7 in quello di chirurgia generale e 3 in quello di chirurgia vascolare. In nessun caso si è riscontrata la presenza di pus durante la medicazione. Il 41,2% ha presentato dolore persistente o iperemia e un paziente ha riscontrato febbre nei giorni successivi alla dimissione. Un paziente di 88 anni sottoposto ad amputazione di un arto inferiore ha sviluppato un'infezione del sito chirurgico. L'intervento era stato classificato come contaminato, con punteggio ASA pari a 3 e aveva richiesto una profilassi antibiotica con cefazolina. La degenza in ospedale è stata di 18 giorni, e quindi prolungata, sebbene il punteggio ASEPSIS post intervento fosse di 6,25.

Validità e affidabilità della scala

Per quanto riguarda la validità di facciata, gli operatori interpellati hanno espresso un giudizio favorevole circa la sua semplicità e compatibilità con i ritmi dei reparti; il tempo medio per la compilazione della scala è risultato inferiore al minuto. La verifica di validità di contenuto ha dato esito positivo poiché la presenza degli indicatori di essudato sieroso, eritema, essudato purulento e deiscenza rispecchiano in letteratura caratteristiche di infezione del sito chirurgico (De Werra C et al., 2009).

In merito all'affidabilità inter valutatore, i punteggi ASEPSIS post operatori rilevati dalla studentessa si sono collocati in un intervallo compreso tra 0, guarigione soddisfacente, e 15, disturbo di guarigione, con mediana pari a 0 (IQR=0;5). I punteggi rilevati dagli infermieri di turno si sono collocati in un intervallo compreso tra 0, guarigione soddisfacente, e 20, disturbo di guarigione, con mediana e moda pari a 0 (IQR=0;5); non sono state trovate differenze statisticamente si-

gnificative tra i valori raccolti dagli intervistatori ($p=0,92$). Un'ulteriore conferma dell'affidabilità inter valutatore della scala è stata ottenuta tramite la valutazione della correlazione tra i punteggi rilevati dalla studentessa e dagli infermieri di turno ($\rho_s=0,96$, $p<0,0001$).

Il valore massimo raggiunto del coefficiente α di Cronbach è risultato compreso tra 0,60 e 0,61. L'eventuale eliminazione di alcune affermazioni non ha incrementato il valore dell' α di Cronbach (Tabella 4). Nel calcolo sono state considerate solo le prime tre medicazioni poiché nel campione solo un paziente ha ricevuto 4 cambi di medicazione (nessun paziente ne ha avuti più di quattro).

DISCUSSIONE

La validità di facciata e di contenuto e i valori di affidabilità della scala sono stati verificati con esito positivo; è da segnalare la rapidità di compilazione dello strumento che lo rende compatibile con l'attività dei reparti di chirurgia. Un punto di forza dello strumento è l'affidabilità inter valutatore; durante il periodo di studio è stata trovata una fortissima correlazione positiva tra i punteggi rilevati dai diversi intervistatori, indice di valutazioni sovrapponibili in termini di caratteristiche della ferita.

Nonostante l'impossibilità di valutare la stabilità della scala su tempi più lunghi, a fronte dei risultati ottenuti si ritiene che lo strumento sia pienamente utilizzabile nella pratica quotidiana. La sua consistenza interna è inferiore ai limiti minimi ritenuti accettabili (Lo-Biondo-Wood G, 2005). Ciò potrebbe essere giustificato dal fatto che i diversi descrittori di questa scala possano non essere presenti contemporaneamente; per esempio, se un paziente durante la medicazione presenta eritema non è detto che debba presentare nello stesso momento anche deiscenza. Il valore dell' α di Cronbach non è aumentato nonostante l'eliminazione di alcune affermazioni della scala; ciò suggerisce che non vi sia una sola variabile poco correlata alle altre ma che tutte tendano ad avere un certo grado di libertà, ossia che le caratteristiche cliniche della ferita da loro rappresentate possano, in al-

Tabella 4. Coefficiente α di Cronbach dopo eliminazione delle singole voci della scala ASEPSIS

Voce eliminata	α di Cronbach		
	Medicazione 1	Medicazione 2	Medicazione 3
Essudato sieroso	0,58	0,60	0,59
Eritema	0,61	0,58	0,57
Essudato purulento	0,54	0,57	0,56
Deiscenza	0,53	0,55	0,53

cuni casi, presentarsi indipendentemente dalle altre. Dal punto di vista clinico, l'8,62% dei pazienti ha mostrato un disturbo di guarigione della ferita (punteggio ASEPSIS > 10) nei cinque giorni successivi all'intervento. L'indice di massa corporea e il diabete non hanno mostrato un legame significativo con l'incidenza delle infezioni della ferita, contrariamente a quanto affermato in letteratura (Galway UA, 2009; Friedman ND et al., 2007). Ciò può essere dovuto al campionamento non probabilistico e alla ridotta ampiezza campionaria. Il legame tra il rischio infettivo e il punteggio ASA maggiore o uguale a 2 è risultato evidente e concorde con la letteratura (Fitz-Henry J, 2011). I pazienti che hanno avuto un disturbo di guarigione (punteggio ASEPSIS > 10) avevano un punteggio ASA maggiore o uguale a 2. Il *follow-up* telefonico post dimissione ha coinvolto solo 17 pazienti: per un paziente, dopo la dimissione, il medico aveva formulato diagnosi di infezione del sito chirurgico. In 8 pazienti è stato riscontrato uno dei due criteri che portano alla definizione di infezione del sito chirurgico (almeno una delle complicanze della ferita e il trattamento antibiotico per la ferita chirurgica) così come indicate dagli autori della scala (Resi D et al., 2006). Questo dato evidenzia l'importanza di una sorveglianza attiva post dimissione per la rilevazione delle infezioni del sito chirurgico.

Limiti

I limiti principali di questo studio risiedono nel campionamento non probabilistico e nella presenza di un solo paziente con infezione del sito chirurgico; è pertanto auspicabile che il lavoro sia proseguito con l'arruolamento di un campione più ampio e randomizzato per consentire una migliore valutazione delle qualità dell'ASEPSIS in presenza di ferite infette. Non è stato possibile raccogliere i dati di *follow-up* a 30 giorni per tutti i pazienti considerati e non è stato possibile effettuarlo a 12 mesi per i soggetti sottoposti a impianto. Un successivo lavoro dovrà pertanto occuparsi anche di questo aspetto, essendo possibile, per definizione, l'insorgenza di infezioni del sito chirurgico oltre i primi 30 giorni nei pazienti sottoposti a impianto.

CONCLUSIONI

L'ASEPSIS è uno strumento semplice, richiede meno di un minuto per essere compilato e fornisce dati oggettivi per la valutazione della ferita chirurgica nel tempo. Le analisi e l'esperienza di applicazione sul campo, sia in questo contesto sia in quelli già indagati dalla letteratura (Broex ECJ et al., 2009) suggeriscono che l'ASEPSIS sia una scala valida, affidabile e utile nell'assistenza infermieristica quotidiana. La

sorveglianza della ferita è un'attività di primaria importanza nei reparti di chirurgia; alla luce dei risultati ottenuti, si ritiene che la scala qui presentata possa essere un'utile integrazione della documentazione infermieristica per la valutazione della ferita nel tempo. Ulteriori studi dovranno valutare i dati di pazienti con protesi oltre il trentesimo giorno dall'intervento chirurgico.

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

Ringraziamenti: Gli autori desiderano ringraziare il Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna per l'autorizzazione all'uso dello strumento, il Servizio infermieristico dell'Azienda ospedaliera San Paolo di Milano, la coordinatrice infermieristica del Dipartimento delle chirurgie, i coordinatori infermieristici e gli infermieri dei reparti sede d'indagine per la collaborazione.

BIBLIOGRAFIA

- Broex ECJ, van Asselt ADI, Bruggeman CA, et al. (2009) Surgical site infections: how high are the costs? *Journal of Hospital Infection*, 72, 193-201.
- De Werra C, Schiavone D, Di Micco R, et al. (2009) Le infezioni del sito chirurgico in Italia. *Le Infezioni in Medicina*, 4, 205-218.
- European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC (2012) Surveillance of surgical site infections in European hospitals – HAISSI protocol. www.ecdc.europa.eu
- Fitz-Henry J (2011) The ASA classification and perioperative risk. *Ann R Coll Surg Engl*, 93, 185-187.
- Friedman ND, Sexton DJ, Connelly SM et al. (2007) Risk factors for surgical site infection complicating laminectomy. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 28, 1060-1065.
- Galway UA, Parker BM, Borkowski RG (2009) Prevention of postoperative surgical site infections. *International Anesthesiology Clinics*, 47(4), 37-53.
- Gastmeier P, Geffer C, Brandt C, et al. (2006) Effectiveness of a nationwide nosocomial infection surveillance system for reducing nosocomial infections. *Journal of Hospital Infection*, 64, 16-22.
- Haas JP (2006) Measurement of infection control department performance: state of the science. *The Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology*, 34(9), 543-549.
- LoBiondo-Wood G, Haber J (2005) Metodologia della ricerca infermieristica. Edizione McGraw-Hill, Milano.
- Prospero E, Cavicchi A, Bacelli S, et al. (2006) Surveillance for surgical site infection after hospital discharge: a surgical procedure-specific perspective. *Infection control and hospital epidemiology*, 27, 1313-1317.
- Regione Emilia-Romagna (2006) Compendio delle principali

misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Progetto "Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie - INF-OSS" finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie-CCM. 96-104.

Resi D, Pozzetti C, Marchi M, et al. (2006) SICh-ER: Protocollo per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico. Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico Emilia-Romagna. www.regione.emilia-romagna.it
Santullo A (2008) Le scale di valutazione in sanità. Edizione Mc Graw Hill, Milano.

La qualità e i fattori che influenzano il sonno nei pazienti ricoverati

Mayra Matteini¹, Tiziana Nannelli², Laura Rasero³

¹Infermiera, Area specialistica di alta intensità, Azienda unità sanitaria locale 6 di Livorno (AUSL 6);

²Infermiera e dottore di ricerca in scienze infermieristiche, Area medica, Azienda unità sanitaria locale 12 di Viareggio (AUSL 12); ³Professore associato, Università degli Studi di Firenze

Corrispondenza: tinannel@alice.it

RIASSUNTO

Introduzione Molti studi hanno ormai confermato come la mancanza di una buona qualità del sonno è riconducibile ad alcune condizioni fisiopatologiche, psicologiche o ambientali che ne alterano il normale andamento, determinando conseguenze importanti sulla salute sia fisica sia psichica del paziente. L'obiettivo di questo studio è di indagare la qualità del sonno del paziente durante il ricovero, i fattori di disturbo e gli interventi infermieristici per la sua gestione.

Materiali e metodi Si tratta di uno studio trasversale. È stata studiata la qualità del sonno in 157 pazienti ospedalizzati in due momenti differenti: di notte e al mattino. Durante la notte sono state rilevate le motivazioni delle chiamate, la storia clinica e le attività di cura del paziente; di mattina è stato impiegato il Pittsburgh Sleep Quality Index e un questionario autogenerato per il rilevamento della qualità del sonno, sia abituale sia durante la degenza, e dei fattori di disturbo del sonno.

Risultati I pazienti hanno riferito una più bassa qualità del sonno in ospedale rispetto al sonno abituale (PSQI abituale = 7,7; PSQI in ospedale = 10,2). La riduzione della qualità si è correlata con cinque fattori di disturbo in particolare: i malesseri associati alla malattia ($p=0,003$), l'espletamento dei bisogni fisiologici ($p=0,046$), la preoccupazione per la malattia ($p=0,024$), la noia ($p=0,010$) e il senso di dipendenza ($p=0,038$).

Conclusioni I pazienti ricoverati in ospedale hanno una bassa qualità del sonno, peggiore rispetto a quella abituale; ciò è dovuto a fattori che possono essere controllati da azioni di cura. Il bisogno di sonno sembra essere gestito marginalmente dal personale infermieristico, suggerendo la necessità di una maggiore consapevolezza di questo bisogno.

Parole chiave: ospedale, sonno, fattori di disturbo

Sleep quality and affecting factors in hospitalized patients

ABSTRACT

Introduction Many studies have proved that the lack of a good quality sleep is ascribable to physiopathological, psychological or ambiental conditions which modify the normal sleep trend, causing consequences on the physical and psychological health of the patient. The aim of the study is to understand the patient's sleep quality, the disturbing factors and nursing interventions for managing of sleep.

Methods A cross-sectional study has been conducted. The quality of sleep of 157 hospitalized patients in two times (at night and in the morning) has been investigated. In the night has been reported the reasons for the calls, the patient's medical history and nursing activities. In the morning, the Pittsburgh Sleep Quality Index and a self-designed questionnaire have been used to detect both the sleep quality in hospital and in habitual circumstances and the disturbing factors.

Results The patients in hospital reported a poorer sleep quality than usual (PSQI usual sleep 7.7; PSQI hospital sleep 10.2). This sleep quality reduction was correlated to five disturbing factors: the discomfort associated with the disease ($p=0.003$), the fulfillment of physiological needs ($p=0.046$), the concern for the disease ($p=0.024$), the boredom ($p=0.010$) and the sense of dependence ($p=0.038$).

Conclusions The hospitalized patients have a poorer sleep quality than usual due to factors that can be controlled by nursing actions. The need for sleep appears to be marginally managed by nursing staff, suggesting the need of a greater awareness of this need.

Keywords: hospital, sleep, disturbing factors

INTRODUZIONE

Molti studi hanno ormai confermato come la mancanza di una buona qualità del sonno sia attribuibile ad alcune condizioni fisiopatologiche, psicologiche o ambientali che ne alterano il normale andamento, determinando conseguenze importanti sulla salute sia fisica sia psichica (Lei Z et al., 2009; Dogan O et al., 2005). E' noto come alcune malattie croniche (Harada Y et al., 2012; Budhiraja R et al., 2012; Grandner MA et al., 2012; Magee CA et al., 2012; Mohsenin V, 2005) e alcune funzioni immunologiche possano alterarsi a seguito della modifica dei ritmi circadiani portando a un aggravamento delle sintomatologie e aumentando il rischio di infezioni (Besedovsky L et al., 2012; Bollinger T et al., 2009). Anche l'assunzione di determinati farmaci (come i betabloccanti, gli ACE inibitori, i diuretici, eccetera) possono indurre un'alterazione del ritmo sonno/veglia (Nerbas FB et al., 2011). Vi sono inoltre altri fattori non fisiopatologici che possono modificare il sonno come lo stato emotivo, la stanchezza, l'ansia, il nervosismo, l'irritazione, la costipazione, eccetera e, come conseguenza, rallentare il recupero dalla malattia e aumentare la durata della degenza e, quindi, il relativo costo sanitario (Lindstrom V et al., 2012; Kamphuis J et al., 2012; Wu CY et al., 2012; Ueki T et al., 2011; Lee HJ et al., 2011; Missildine K et al., 2010; Humphries JD, 2008; Dogan O et al., 2005; Ottoni GL et al., 2011). Durante un ricovero ospedaliero esistono diversi fattori che possono disturbare il sonno; tra quelli più studiati troviamo il rumore, l'ambiente non familiare, i letti e i cuscini scomodi, la temperatura, le luci ma anche l'uso di dispositivi invasivi come sondini naso gastrici, cateteri vescicali, eccetera (Yoder JC et al., 2012; Dijk DJ et al., 2012; Little A et al., 2012; Kohlhuber M et al., 2011; Jacobson BH et al., 2010; Lei Z et al., 2009; Shochat T et al., 2000). Questi fattori possono manifestarsi in differenti modi e con differente intensità a seconda del contesto e della stato psico-fisico della persona ricoverata. Infatti, il modello culturale, l'ambiente, la tipologia di attività sanitaria e le patologie invalidanti variano da situazione a situazione. Sulla base di queste considerazioni è stato condotto uno studio su persone adulte ricoverate presso l'ospedale San Giuseppe di Empoli, Azienda unità sanitaria locale 11 (AUSL 11), con l'obiettivo d'indagare la qualità del sonno, i fattori che incidono su di essa, nonché le informazioni riportate in cartella infermieristica inerenti al sonno (monitoraggio, gestione e attività assistenziali).

MATERIALI E METODI

Campionamento

E' stata condotta un'indagine trasversale osservando un campione di pazienti, per due notti e due mattine,

ricoverati in 10 reparti di aree medico-chirurgiche. I criteri di inclusione dei pazienti allo studio sono stati:

- l'età superiore o uguale a 19 anni;
- un adeguato orientamento nel tempo e nelle spazio e sensorio integro;
- il ricovero presso reparti medico-chirurgici per 24 ore da almeno 3 giorni.

I criteri di esclusione sono stati:

- il ricevimento di un intervento chirurgico nella data d'indagine;
- il ricovero presso il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura e di terapia intensiva;
- la presenza di disorientamento;
- la presenza di una barriera linguistica o uditiva;
- il rifiuto di partecipazione allo studio.

Procedura di indagine

Durante l'indagine un osservatore ha registrato, con apposite griglie, le chiamate dei pazienti durante la notte (dalle ore 20:00 alle ore 07:00), le loro motivazioni e alcuni dati organizzativi dei reparti quali lo spegnimento/accensione delle luci nei corridoi e nelle stanze di degenza, eccetera.

Al mattino, dopo il risveglio del paziente, un intervistatore (diverso dall'osservatore) ha sottoposto ai pazienti il Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).

In aggiunta si è chiesto ai pazienti di indicare, da un elenco di 30 fattori, quelli che hanno influito sul proprio sonno. L'elenco dei fattori è riportato in appendice 1 a pagina e16. Sia l'osservatore sia l'intervistatore (esterni ai reparti) sono stati precedentemente formati e hanno svolto la raccolta dati in modo indipendente. Lo studio è stato autorizzato dal Comitato etico dell'Azienda sanitaria locale 11 Empoli. Tutti i dati sono stati trattati in maniera riservata e anonima.

Strumenti di indagine

Il PSQI è stato validato nella versione italiana nel 2010 (Curcio G et al., 2013) ed è stato utilizzato per stimare rispettivamente la qualità del sonno abituale (precedente al ricovero) e la qualità del sonno in ospedale (nelle 3 notti precedenti). Il PSQI è strutturato in sette sezioni e misura vari aspetti del sonno quali: la durata, i disturbi, la latenza, le disfunzioni, l'efficienza, la qualità totale del sonno e la necessità di farmaci per dormire. Il punteggio finale del PSQI va da un minimo di 0 a un massimo di 21; nella versione validata in italiano un punteggio minore o uguale a 5 indica una buona qualità del sonno mentre punteggi superiori o uguali a 6 indicano una bassa qualità del sonno.

Analisi dei dati

Il test del chi quadro (χ^2) (chi quadro di Yates e correzione di Fisher) e l'analisi della regressione logisti-

ca sono stati utilizzati per determinare la presenza di differenze tra punteggi del PSQI e i 30 fattori che disturbano il sonno. Il test t di Student per gruppi appaiati è stato utilizzato per verificare la correlazione tra il punteggio PSQI relativo al sonno abituale e quello in ospedale mentre il chi quadro è stato utilizzato per determinare la differenza tra il punteggio del PSQI relativo al sonno in ospedale e fattori quali il sesso, le aree cliniche, la classe d'età e le patologie. L'analisi di regressione lineare è stata utilizzata per determinare un'eventuale correlazione tra il punteggio PSQI relativo al sonno in ospedale e il tempo impiegato per addormentarsi e tra il punteggio PSQI relativo al sonno in ospedale e le ore dormite. I dati sulle attività di gestione infermieristica del sonno sono stati presentati con indici di tendenza centrale o distribuzioni di frequenza. La numerosità campionaria è stata determinata utilizzando il *software* OpenEpi, nella versione 2.3, mentre l'analisi dei dati è stata svolta utilizzando il *software* EpiInfo, nella versione 3.3. Nella fase di precompilazione dei dati è stato verificato che la numerosità campionaria e la normalità statistica (curtosi e simmetria, Kurtosis e Skewness) fossero rispettate per le variabili analizzate ($\leq \pm 1$). La soglia di significatività è stata fissata a 0,05.

RISULTATI

Caratteristiche del campione

Sono stati considerati 377 pazienti; 205 sono stati esclusi in funzione ai criteri di di inclusione ed esclusione stabiliti a priori. Sono stati quindi inclusi nello studio 172 pazienti; di questi, 15 non hanno completato l'indagine (*dropout*). L'analisi dei dati si riferisce a 157 pazienti.

Su 157 partecipanti, il 49% era ricoverato in area chirurgica e il 51% in area medica. Il 52,2% del campione era di sesso maschile e l'età media è risultata di 67 anni (DS, deviazione standard, $\pm 17,13$).

Punteggio al PSQI e contesto

Il punteggio medio al PSQI sulla qualità del sonno abituale è risultato di 7,7 (DS $\pm 3,90$) mentre il punteggio medio sulla qualità del sonno in ospedale è ri-

sultato di 10,2 (DS $\pm 4,04$); i valori indicano una bassa qualità del sonno in entrambi i contesti, peggiore in ambito ospedaliero. La differenza tra i due punteggi è risultata significativa ($p \leq 0,001$).

Per il 68,2% dei pazienti è stata riscontrata una bassa qualità del sonno abituale (punteggio al PSQI ≥ 6): in seguito al ricovero, solo per il 5,6% di questi è stata riscontrata una buona qualità del sonno (punteggio al PSQI ≤ 5).

Invece, tra coloro che avevano una buona qualità del sonno abituale (31,8%), in seguito al ricovero solo il 30% ha mantenuto una buona qualità del sonno anche in ospedale.

Per il 68,2% dei pazienti si è verificato un peggioramento della qualità del sonno in seguito al ricovero in ospedale, per il 24,8% si è verificato un miglioramento e per il 7% non si sono manifestate variazioni. I dati suggeriscono un moderato ma significativo peggioramento del sonno in seguito all'ospedalizzazione ($p \leq 0,0001$) (Tabella 1).

Caratteristiche del sonno abituale

In media, al domicilio, i pazienti si sono coricati alle ore 23:00 (DS $\pm 0,08$), si sono addormentati dopo 23 minuti (DS $\pm 26,74$) e si sono alzati alle ore 07:15 del mattino (DS $\pm 0,05$). I pazienti hanno dichiarato di aver dormito in media per 6 ore (DS $\pm 1,76$) con una permanenza a letto di 8 ore e 45 minuti circa (DS $\pm 1,65$) (Tabella 2). Non sono state osservate differenze significative nelle caratteristiche del sonno tra coloro che avevano una scarsa e una buona qualità del sonno.

Caratteristiche del sonno in ospedale

In media, in ospedale, i pazienti si sono coricati alle ore 22:20 (DS $\pm 0,05$), si sono addormentati dopo 40 minuti (DS $\pm 50,14$) e si sono alzati alle ore 06:25 (DS $\pm 0,04$). I pazienti hanno dichiarato di aver dormito in media per 5 ore (DS $\pm 2,30$) con una permanenza a letto di 8 ore e 30 minuti (DS $\pm 1,60$) (Tabella 2). Non sono state osservate differenze sostanziali nelle caratteristiche del sonno tra coloro che avevano una scarsa e una buona qualità del sonno.

Tabella 1. Punteggi ottenuti dai pazienti al PSQI riguardo al sonno al domicilio e in ospedale

Punteggio al PSQI	Sonno al domicilio			Sonno in ospedale		
	n° pazienti	%	IC95%	n° pazienti	%	IC95%
$\leq 5^1$	50	31,8	24,6-39,7	21	13,4	8,5-19,7
$\geq 6^2$	107	68,2	60,3-75,4	136	86,6	80,3-91,5

¹ buona qualità del sonno

² scarsa qualità del sonno

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index

Tabella 2. Fasi e caratteristiche del sonno registrate al domicilio e in ospedale

Tempo	Sonno al domicilio			Sonno in ospedale		
	Media \pm DS	Mediana	Moda	Media \pm DS	Mediana	Moda
Coricamento (h:min)	22:49 \pm 0,08	23:00	22:30	22:20 \pm 0,05	22:30	22:00
Addormentamento (minuti)	25 \pm 26,47	15	10	42 \pm 50,14	30	10
Alzata dal letto (h:min)	07:13 \pm 0,05	07:00	07:00	06:26 \pm 0,04	06:30	07:00
Durata del sonno (ore)	6 \pm 1,76	6	7	5 \pm 2,30	6	6
Durata della permanenza a letto (ore)	8 \pm 1,64	8	10	8 \pm 1,60	8	8

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index
DS: deviazione standard

La regressione lineare ha evidenziato una moderata correlazione positiva (Figura 1) tra l'aumentare del punteggio al PSQI e il tempo impiegato per addormentarsi ($R^2=0,31$, $p\leq 0,001$) e una moderata correlazione negativa (Figura 2) tra l'aumentare del punteggio al PSQI e il diminuire delle ore di sonno ($R^2=-0,39$, $p\leq 0,001$).

Non sono state trovate differenze significative tra i punteggi ottenuti nel PSQI in funzione al sesso, all'area clinica di degenza, alla classe di età e alle patologie, fatta eccezione per le malattie dell'apparato osteomuscolare ($p=0,006$).

I fattori che disturbano il sonno

Tra i fattori che disturbano la qualità del sonno, 8 in particolare sono stati indicati dalla maggioranza dei pazienti (58,9%): *discomfort* a letto, malessere associato alla malattia, espletamento dei bisogni fisiologici, dolore, preoccupazioni per la malattia, noia, senso di dipendenza e preoccupazione legata alle attività di vita interrotte (Tabella 3). Di questi, 5 fattori si correlano in maniera significativa con un punteggio di bassa qualità del sonno, in particolare: il malessere associato alla malattia ($p=0,003$), l'espletamento dei bisogni fisiologici ($p=0,046$), la preoccupazione per la

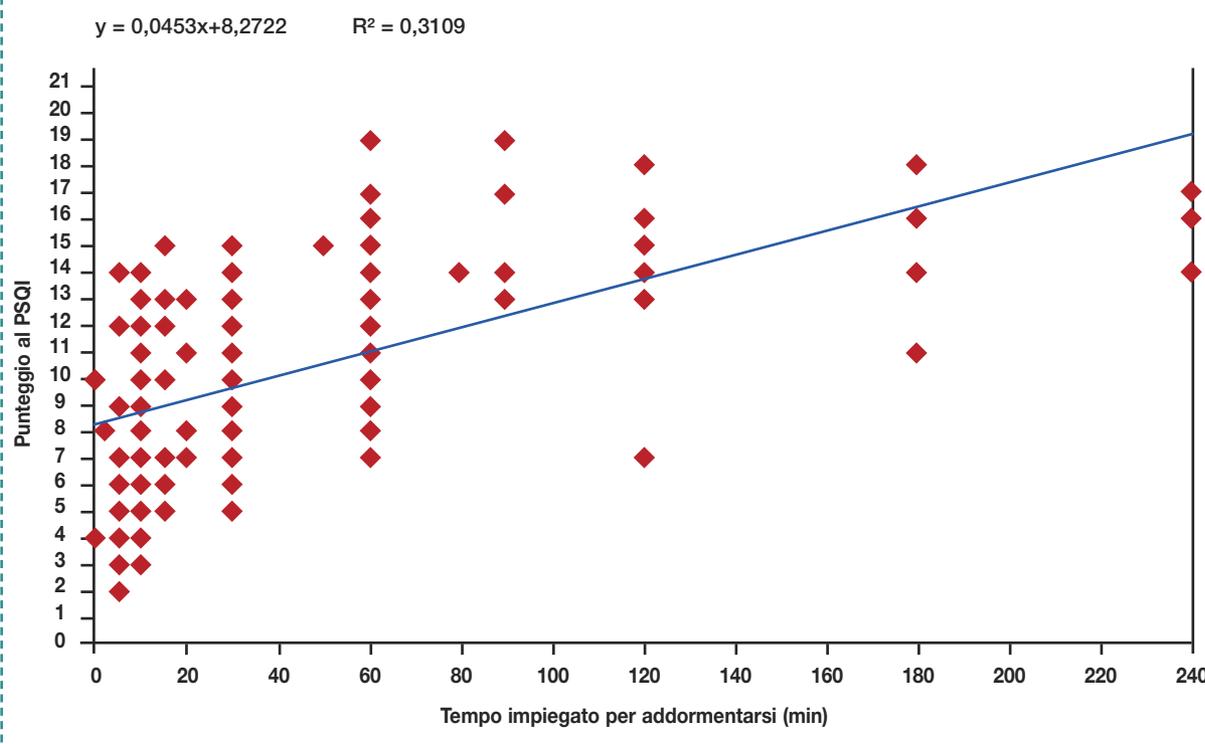
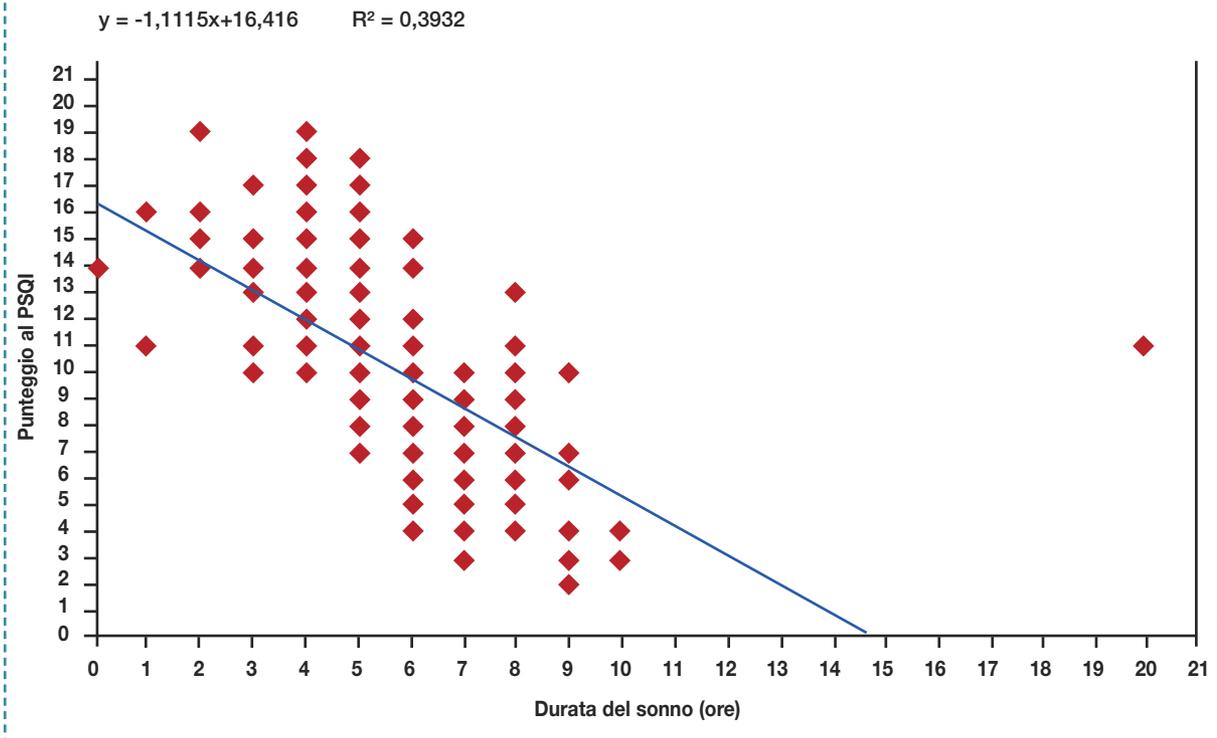
Figura 1. Correlazione tra il punteggio PSQI e tempo impiegato per addormentarsi in ospedale

Figura 2. Correlazione tra il punteggio al PSQI e la durata del sonno in ospedale

malattia ($p=0,024$), la noia ($p=0,011$) e il senso di dipendenza ($p=0,038$). Il dolore non ha raggiunto il livello di significatività statistica prevista dallo studio ($p=0,059$).

I ricoverati in area chirurgica hanno indicato in misura maggiore il dolore quale fattore di disturbo del sonno rispetto ai ricoverati in area medica ($p=0,048$); viceversa, i pazienti dell'area medica hanno indicato il soddisfacimento dei bisogni fisiologici ($p=0,043$) e la presenza di preoccupazioni per la malattia ($p=0,013$). Il dolore ($p=0,005$), la noia ($p=0,009$) e il senso di dipendenza ($p=0,047$) sono stati fattori segnalati maggiormente dalle donne.

Tramite l'analisi della regressione logistica sono stati individuati 4 fattori che possono indurre un sonno di scarsa qualità: il malessere associato alla malattia (odds ratio, OR=1,22; intervallo di confidenza al 95%, IC95%: 1,11-1,34; $p \leq 0,05$), la preoccupazione per la malattia (OR=1,17; IC95%: 1,07-1,27; $p \leq 0,05$), la noia (OR=1,16; IC95%: 1,06-1,26; $p \leq 0,05$) e il dolore (OR=1,16; IC95%: 1,03-1,22; $p \leq 0,05$) (Tabella 4).

La gestione infermieristica del sonno in ospedale

In merito alla documentazione infermieristica, per il 52,2% dei soggetti era stato riportato il livello di sonno abituale, accertato con una scala di valutazione (ASGO), e per il 42% il monitoraggio del sonno du-

rante il ricovero. Quest'ultimo è stato effettuato in base a quanto riferito dal paziente nel 15,9% dei casi (IC95%: 26,2-50,7), tramite una scala di valutazione nell'11,5% dei casi (IC95%: 17,00-39,6) od osservazione diretta nel 14,6% dei casi (IC95%: 23,5-47,6). Nel 14,6% dei pazienti sono state segnalate le ore totali di sonno ma non è chiaro perché ciò non sia stato fatto anche per gli altri.

Le azioni infermieristiche di promozione del sonno hanno interessato il 32,5% dei pazienti e sono state: la mobilizzazione (68,6%), la somministrazione di farmaci sintomatici (37,2%), la somministrazione di farmaci antidolorifici (29,4%), la relazione terapeutica (25,5%) o altro (4,81%). Il 54,9% dei pazienti ha ricevuto due o più dei precedenti interventi combinati. Gli interventi sono stati messi in atto senza una precedente pianificazione.

Durante le due notti sorvegliate il 43,3% dei pazienti ha chiamato il personale infermieristico: il 38,2% per l'espletamento dei bisogni fisiologici (IC95%: 31,14-44,16), il 17,6% per il dolore (IC95%: 7,12-21,33), l'11,8% per difficoltà nel dormire (IC95%: 7,46-13,52), l'11,8% per avvertire il personale delle richieste di attenzione del compagno di camera e il 20,6% per altre esigenze (IC95%: 14,56-25,67).

Le attività clinico assistenziali sul paziente sono terminate, mediamente, alle ore 22:00 (tra le 20:15 e le 23:30). Lo spegnimento delle luci si è verificato, me-

Tabella 3. Relazione tra il punteggio al PSQI e i primi 8 fattori di disturbo indicati dai pazienti

Fattori di disturbo	Pazienti (%)		χ^2	P
	$\geq 6^1$	$\leq 5^2$		
Ambientali				
<i>Discomfort letto</i>				
Si	91,7	8,3	2,13	0,14
No	83,5	16,5		
Fisiopatologici				
<i>Malessere associato alla malattia</i>				
Si	93,5	6,5	9,01	0,003
No	76,9	23,1		
<i>Espletamento dei bisogni fisiologici</i>				
Si	91,7	8,3	2,92	0,046
No	82,4	17,6		
<i>Dolore</i>				
Si	91,4	8,6	2,52	0,059
No	82,8	17,2		
Psicologici				
<i>Preoccupazione per la malattia</i>				
Si	91,6	8,4	5,1	0,024
No	79,0	21,0		
<i>Noia</i>				
Si	94,2	5,8	6,10	0,011
No	80,7	19,3		
<i>Senso di dipendenza</i>				
Si	94,9	5,1	3,05	0,038
No	83,9	16,1		
<i>Preoccupazione legata alle attività di vita interrotte</i>				
Si	88,9	11,1	0,36	0,55
No	85,4	14,6		

¹ scarsa qualità del sonno
² buona qualità del sonno

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index
p: significatività $p \leq 0,05$

diamente, alle ore 22:10 (DS \pm 0,11) nelle camere di degenza e circa un'ora dopo nei corridoi del reparto (ore 23:15; DS \pm 0,03). Il termine della terapia programmata è avvenuto in media alle ore 22:00, per riprendere alle ore 07:00. L'accensione delle luci nel reparto è avvenuta in media alle ore 06:10 (DS \pm 0,03). Non è stata osservata una relazione significativa tra l'accensione delle luci al mattino e una bassa qualità del sonno.

DISCUSSIONE

Il nostro studio ha confermato come il dormire in ospedale, associato ad alcuni fattori, incida negativamente sulla qualità del sonno (Kamphuis J et al., 2012; Wu CY et al., 2012; Ueki T et al., 2011; Lee HJ et al., 2011; Missildine K et al., 2010; Humphries JD, 2008; Humphries JD, 2008). Le rilevazioni hanno mostrato come, spesso, la qualità del sonno abituale (al domicilio) sia già bassa ancor prima del ricovero (punteggio al PSQI

Ringraziamenti: Si ringraziano gli studenti del secondo anno del corso di Laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Firenze (anno accademico 2010/2011) per aver svolto la rilevazione e l'intervista ai pazienti. Nello specifico si ringraziano: Ilaria Zingoni, Calogero Cottone, Paolo Cannarozzo, Giovanni Cammilleri, Davide Battini, Serena D'aquila, Rosanna Bonaventura, Camilla Di Maio, Marilena Amato, Gabriele Falaschi, Alessio Pasquinelli, Matteo Seriacopo, Arianna Loconte, Vera Zakharchenko, Aurora Carverretta, Elena Di Ricco, Davide Giglio, Sara Trimonte, Rachele Masullo, Matteo Giuffrè, Sara Ciofi, Marco Vigneri, Federico Vagnoni, Maria Giangrosso.

BIBLIOGRAFIA

- Banks S, Dinges DF (2007) Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. *J Clin Sleep Med*, 3(5), 519-528.
- Besedovsky L, Lange T, Born J (2012) Sleep and immune function. *Pflugers Arch*. January, 463(1), 121-137.
- Bollinger T, Bollinger A, Skrum L et al. (2009) Sleep-dependent activity of T cells and regulatory T cells. *Clin Exp Immunol*, 155(2), 231-238.
- Budhiraja R, Parthasarathy S, Budhiraja P et al. (2012) Insomnia in patients with COPD. *Sleep*, 35(3), 369-375.
- Closs SJ (1988) Assessment of sleep in hospital patients: a review of methods. *J Adv Nurs*, 13(4), 501-510.
- Curcio G, Tempesta D, Scarlata S et al. (2013) Validity of the Italian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Neurol Sci*, 34(4), 511-519.
- Dijk DJ, Duffy JF, Silva EJ et al. (2012) Amplitude reduction and phase shifts of melatonin, cortisol and other circadian rhythms after a gradual advance of sleep and light exposure in humans. *PLoS One*, 7(2), e30037.
- Dogan O, Ertekin S, Dogan S (2005) Sleep quality in hospitalized patients. *J Clin Nurs*, 14(1), 107-113.
- Grandner MA, Jackson NJ, Pak VM et al. (2012) Sleep disturbance is associated with cardiovascular and metabolic disorders. *J Sleep Res*, 21(4), 427-433.
- Harada Y, Oga T, Chin K et al. (2012) Differences in relationships among sleep apnoea, glucose level, sleep duration and sleepiness between persons with and without type 2 diabetes. *J Sleep Res*, 21(4), 410-418.
- Hellström A, Willman A (2011) Promoting sleep by nursing interventions in health care settings: a systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs*, 8(3), 128-142.
- Humphries JD (2008) Sleep disruption in hospitalized adults. *Medsurg Nurs*, 17(6), 391-395.
- Jacobson BH, Boolani A, Dunklee G et al. (2010) Effect of prescribed sleep surfaces on back pain and sleep quality in patients diagnosed with low back and shoulder pain. *Appl Ergon*, 42(1), 91-97.
- Kamphuis J, Meerlo P, Koolhaas JM et al. (2012) Poor sleep as a potential causal factor in aggression and violence. *Sleep Med*, 13(4), 327-334.
- Kohlhuber M, Bolte G (2011) Influence of environmental noise on sleep quality and sleeping disorders-implications for health. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54(12), 1319-1324.
- Lee HJ, Hwang DS, Wang SK et al. (2011) Early assessment of delirium in elderly patients after hip surgery. *Psychiatry Investig*, 8(4), 340-347.
- Lei Z, Qiongjing Y, Qiuli W et al. (2009) Sleep quality and sleep disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. *J Clin Nurs*, 18(17), 2521-2529.
- Lindstrom V, Andersson K, Lintrup M et al. (2012) Prevalence of sleep problems and pain among the elderly in Sweden. *J Nutr Health Aging*, 16(2), 180-183.
- Little A, Ethier C, Ayas N et al. (2012) A patient survey of sleep quality in the Intensive Care Unit. *Minerava Anesthesiol*, 78(4), 406-414.
- Magge CA, Kritharides L, Attia J et al. (2012) Short and long sleep duration are associated with prevalent cardiovascular disease in Australian adults. *J Sleep Res*, 21(4), 441-447.
- McIntosh AE, MacMillan M (2009) The attitudes of student and registered nurses to sleep promotion in hospitals. *Int J Nurs Pract*, 15(6), 560-565.
- Missildine K, Bergstrom N, Meininger J et al. (2010) Sleep in hospitalized elders: a pilot study. *Geriatr Nurs*, 31(4), 263-271.
- Mohsenin V (2005) Sleep in chronic obstructive pulmonary disease. *Semin Respir Crit Care Med*, 26(1), 109-116.
- Nerbass FB, Pedrosa RP, Genta PR et al. (2011) Calcium channel blockers are independently associated with short sleep duration in hypertensive patients with obstructive sleep apnea. *J Hypertens*, 29(6), 1236-1241.
- Ottoni GL, Lorenzi TM, Lara DR (2011) Association of temperament with subjective sleep patterns. *J Affect Disord*, 128(1-2), 120-127.
- Pellatt GC (2007) The nurse's role in promoting a good night's sleep for patients. *Br J Nurs*, 16(10), 602-605.
- Shochat T, Martin J, Marler M et al. (2000) Illumination levels in nursing home patients: effects on sleep and activity rhythms. *J Sleep Res*, 9(4), 373-379.
- Ueki T, Nagai K, Mizukami Y et al. (2011) Cross-sectional study on relationship between constipation and medication in consideration of sleep disorder. *Yakugaku Zasshi*, 131(8), 1225-1232.
- Wu CY, Su TP, Fang CL et al. (2012) Sleep quality among community-dwelling elderly people and its demographic, mental, and physical correlates. *J Chin Med Assoc*, 75(2), 75-80.
- Yoder JC, Staisiunas PG, Meltzer DO et al. (2012) Noise and sleep among adult medical inpatients: far from a quiet night. *Arch Intern Med*, 172(1), 68-70.

Appendice 1. Fattori di disturbo del sonno

Ambientali	Fisiopatologici	Psicologici
<ul style="list-style-type: none"> • Attività assistenziali svolte dal personale sanitario verso altri compagni di camera • attività assistenziali svolte dal personale sanitario verso la persona (l'intervistato) • telefoni che squillano • suono dei campanelli di chiamata • luminosità in camera • luminosità del corridoio • televisori accesi in camera • rumori provenienti da condizionatori/ventilatori, eccetera • dialoghi tra il personale sanitario • rumori provenienti da dispositivi sanitari, per esempio le pompe da infusione e gli strumenti di monitoraggio • rumori dovuti al "passeggio" delle persone • rumori provenienti dallo spostamento di oggetti • rumori provenienti dall'uso della <i>toilette</i> da parte di altri • rumore proveniente dalla macchina lavapadelle • rumori provenienti dalle persone che fanno sorveglianza notturna (badanti/parenti) • <i>discomfort</i> del letto • suono del russare 	<ul style="list-style-type: none"> • Malessere associato alla malattia: difficoltà respiratorie, posizioni obbligate, nausea e vomito, eccetera • espletamento dei bisogni fisiologici • presenza di dolore 	<ul style="list-style-type: none"> • Preoccupazione per la malattia • noia • mancanza dei familiari • dipendenza da altri • preoccupazione legata alle attività di vita interrotte • mancanza di <i>privacy</i> • interruzione delle abitudini e dei riti favorevoli al sonno • preoccupazione legata all'idea di disturbare il sonno altrui • preoccupazione legata alla sicurezza ambientale (furti, eccetera) • preoccupazione legata alla sicurezza igienica: pulizia del letto, igiene delle lenzuola e del cuscino

CONTRIBUTI

Alla ricerca della salienza. Analisi fenomenologica del disagio etico

di **Duilio Manara (1)**, **Giulia Villa (2)**, **Dina Moranda (2)**

(1) Infermiere, Direttore della didattica professionale, Corso di Laurea in Infermieristica, Università Vita-Salute, Ospedale San Raffaele, Milano

(2) Infermiere, Tutor, Corso di Laurea in Infermieristica, Università Vita-Salute, Ospedale San Raffaele, Milano

Corrispondenza: manara.duilio@hsr.it

Ecco il racconto di Elisa, una giovane infermiera in servizio presso un'Unità operativa di Urologia.

- Mi sento schiacciata dal suo sguardo (Elisa)

Ho conosciuto Mario quando sono rientrata dal giorno di riposo dopo le notti, un sabato pomeriggio dei primi giorni di gennaio. È giunto in reparto proveniente dal Pronto Soccorso accompagnato dal padre. Mario è tranquillo ma dolorante: "si tratterà di una colica renale", dice al telefono alla moglie a casa con le figlie. Durante l'accertamento mi racconta della sua famiglia, lui ha 38 anni, è sposato con Alice e hanno due bimbe di cinque e sette anni. Racconta delle vacanze di Natale in montagna, proprio vicino a dove sono nata io e così chiacchieriamo dei posti più belli, della cucina e della passione che abbiamo in comune: lo sci. Mario è una persona molto cordiale, piena di vita, e spesso durante il pomeriggio mi chiede quanto dovrà rimanere ricoverato, vuole tornare a casa a godersi le sue bimbe perché durante l'anno tra lavoro e scuola si ha sempre poco tempo. [...]

Lunedì Mario viene sottoposto ad una serie di indagini diagnostiche, nel primo pomeriggio il primario si reca in camera e comunica che non si tratta di una colica renale ma di una neoplasia renale che ha infiltrato i tessuti limitrofi e con metastasi. Il medico spiega a Mario che faranno di tutto per cercare di allungare il tempo di sopravvivenza, ma che la prognosi è infausta. Il contenuto della conversazione viene annunciato dal medico durante le consegne chiedendo la massima collaborazione al team e chiedendo di creare un ambiente quanto più favorevole per il paziente: predisporre una camera singola, nessun limite agli orari di visita...

Mario nei giorni successivi conclude l'iter diagnostico e chiede di essere operato. Quando entro in stanza per somministrare la preanestesia c'è anche Alice; Mario sorridendo mi dice "altro che colica renale... spero almeno di sopravvivere all'intervento e quando sarò sveglio di ricordarmi chi sono...". Alice ha le lacrime agli occhi, li lascio soli prima di far entrare il barelliere. Mario dopo l'intervento trascorre alcuni giorni in terapia intensiva, in realtà la situazione è più complessa rispetto al previsto e la malattia, già in fase avanzata, ha prodotto un'insufficienza multi organo. Mario rientra in reparto, ad aspettarlo tutti i familiari, è a tratti disorientato, ma li riconosce subito; passano i giorni, Mario fatica a riprendersi, non riusciamo a mobilitarlo, lamenta sempre più dolore, è sempre più debole.

Un giorno Alice mi chiede di andare a bere un caffè, mi spiega di aver compreso che per Mario è una questione di giorni, ma che ha un pensiero che la logora e che non riesce a prendere una decisione perché in questo momento non ha la forza e la lucidità per decidere. Mi chiede come gestire le due figlie che sanno che il papà è ricoverato in ospedale ma niente di più, non sanno dell'intervento, di quali sono le sue condizioni ora e non sanno che il papà non tornerà più a casa. Mi chiede "cosa è giusto fare in questi casi"... io fisso il caffè nel bicchiere, non ho mai visto un caffè così nero... non riesco a guardare Alice negli occhi... e ho una domanda che non dà tregua al mio cervello: che cos'è giusto? E poi: perché proprio a me questa domanda? Io non ti conosco, come posso decidere una cosa così importante? Alice mi dice di non sapere cosa fare, vede che Mario peggiora di giorno in giorno, ormai è "così gonfio che non sembra più lui". Io sono in silenzio e lei mi guarda... mi sento schiacciata dal suo sguardo, vorrei capire qual è la risposta giusta, qual è la risposta che lei si aspetta da me, per sollevarla un pochino da questo peso, mi sento in difficoltà, continuo a chiedermi qual è la risposta giusta, mi chiedo cosa vorrei io, ma io non so niente di questo, non ho figli, cos'è il bene per loro, e cos'è il bene per Mario, le bimbe da grandi potranno soffrire per non aver visto il papà o si ricorderanno solo le cose belle, Mario sarà più sereno dopo averle viste o starà male, e Alice cosa pensa? ... non vorrei mai essere andata e bere quel caffè, vorrei non essere lì, io non ho gli elementi per dire cosa è giusto fare forse è meglio non prendere una posizione, perché rischia di essere una posizione forzata, preferisco dire ad Alice la verità...la guardo e le dico che non so qual è la scelta giusta in questi momenti e che non saprei cosa consigliare...Leggo negli occhi di Alice la delusione, o forse leggo in me la delusione, non l'ho aiutata quando lei mi ha chiesto aiuto.

Le bimbe sono andate a trovare il papà un sabato mattina a fine gennaio, una bellissima giornata di sole. Mario non le ha riconosciute e loro non hanno riconosciuto il loro papà. Mario è morto alle 16.30 di quel sabato pomeriggio.

La ragione di questo studio è cercare di esplorare le modalità con le quali si determinano per gli infermieri situazioni di disagio etico. Non vogliamo svolgere un'analisi esterna del racconto di Elisa, piuttosto svolgere un'indagine del vissuto e, quindi, assumere uno sguardo *interno* a questo racconto: non chiederci *che cosa* è stato detto, ma *perché* è stato detto; non "che cosa mi sta dicendo" questo racconto o "è giusto? è vero?", ma piuttosto: "*perché* l'hanno raccontato?" (Bruner, 1988; Todorov, 1985).

Chiedersi il perché vuol dire porsi sul *piano dei significati* in alternativa a quello dell'analisi razionale, dei dati analitici e delle valutazioni di principio, adottando un approccio di tipo squisitamente fenomenologico (Benner, 1994; Denzin & Lincoln, 2000). Seguendo la lezione di Platone, significa mettersi alla ricerca della *misura interna* delle cose raccontate (*métrion*), quella che lui chiamava la "giusta misura" riferita all'adeguatezza e alla qualità interiore di una totalità vivente, piuttosto che della *misura esterna* quantitativa e oggettiva (*métron*) (Platone, *Politico*, 3-284E, 283C 10).

Perché sentiamo il bisogno di raccontare alcune esperienze della nostra clinica? Come avviene che – nella situazione – ci si accorge che qualcosa di importante sta avvenendo nella relazione con l'altro? Come avviene che ne percepiamo il significato e siamo in grado di accoglierlo e di integrarlo nel processo decisionale con cui ci prendiamo cura della salute dell'altro? Come avviene invece che, in altre situazioni, questo non accada e l'infermiere percepisce un senso di disagio etico, di incomprendimento o di delusione dalla relazione con il paziente?

Il Codice deontologico dell'infermiere italiano (Federazione Nazionale IPASVI, 2009) non aiuta a dare risposta a questi quesiti dal momento che indica principi e valori sotto forma di "indicazioni di rotta", che tuttavia richiedono necessariamente di essere *incarnati*, qui ed ora. Il racconto di Elisa mostra che in ogni situazione di cura i protagonisti contribuiscono a costruire una relazione significativa nella misura in cui si lasciano coinvolgere e partecipano alla ricerca di un senso condiviso a quello che succede. Come nel gioco dei due specchi che si riflettono l'uno nell'altro: per intraprendere questo percorso occorre che entrambi i protagonisti accettino di mettersi in gioco allo stesso livello di profondità.

Background

La costruzione dei significati nell'assistenza infermieristica

Per Wittgenstein il significato è "l'uso che facciamo dei segni" (Wittgenstein, 1958; Harré & Gillett, 1994). Ogni segno che giunge alla nostra attenzione – parola, immagine, gesto eccetera – non significa nulla di per sé stesso. Siamo noi – con la nostra cultura, la nostra storia e la nostra esperienza personale – che attribuiamo al segno il significato che ci colpisce e ci fa commuovere, arrabbiare, arrossire e altro ancora (Bruner, 1992; Harré & Gillett, 1994).

L'assistenza infermieristica è una pratica relazionale basata sulla co-costruzione dialogica dei problemi assistenziali dei pazienti e sulla loro risoluzione nel contesto della situazione data. La progressiva costruzione di significato che si crea nella relazione assistenziale agisce su entrambi i protagonisti della cura e influenza in modo determinante le decisioni e l'esito della cura (Benner & Wrubel, 1989; Benner, 1994; Mortari, 2006). Che l'assistenza sia una questione di significati è noto da tempo: la novità più recente è che stiamo iniziando a comprendere *come* questi significati *agiscano* in noi nella relazione di cura e *come influenzino* le nostre decisioni e i nostri comportamenti.

Un punto cruciale del percorso di co-costruzione dei significati nell'assistenza è stato recentemente indicato da alcuni autori nella ricerca della *salianza* di ogni situazione assistenziale. Con questo termine si intende "un crescente e differenziato senso delle priorità nella pratica infermieristica" (Benner et al., 2010, p. 94), ovvero la capacità dell'infermiere di giudicare quali sono i fatti più rilevanti della situazione in quel momento (Benner & Tanner, 1987). La percezione della salienza è una competenza avanzata fortemente contesto-dipendente ed è altrettanto determinata dalla capacità del singolo di reagire – con le proprie conoscenze, esperienze e capacità interpretative – a ciò che avviene nella situazione. Sviluppare la salienza della cura corrisponde a sviluppare nel professionista "l'abilità ad *usare* le conoscenze per aumentare la sua comprensione di ciò che significa quella particolare situazione di pratica clinica e rendere più facile le sue riflessioni sul contesto [*situated cognition*], così come il pensiero in azione" (Benner et al., 2010, p. 94). *Tutte* le forme di conoscenza che sostengono le competenze di cura sono quindi implicate e coinvolte nella situazione: quelle esplicite e quelle tacite, quelle formali e quelle informali, quelle scientifiche e quelle umanistiche, quelle razionali e quelle affettive. Nella situazione di cura – dice qualche autore – siamo implicati con tutto ciò che siamo, "con tutto noi stessi" (Kittay, 1999; Benner, 2000; Mortari, 2006; Zannini, 2008).

Un modo immediato per comprendere il nostro grado di coinvolgimento in una situazione di cura è ascoltare le proprie emozioni. Infatti, le emozioni non spiegano nulla di ciò che accade, ma dicono qualcosa di essenziale su come noi *stiamo* in quella determinata situazione: "non ti informano su ciò che vedi, ma su come guardi" (Sclavi, 2003, p. 63; cfr. Harré & Gillett, 1994; Nussbaum, 2001). Allenarci preventivamente a *prestare attenzione a ciò che accade* significa compiere il primo, fondamentale passo verso la comprensione dell'altro. Occorre – come dice Edith Stein – imparare a guardare il mondo "con occhi spalancati" e a "pensare con il cuore" (Stein, 1998). Occorre educare una coscienza preliminarmente sensibile all'alterità dell'altro (Gadamer, 1960).

L'empatia che ne deriva, allora, non sarà la parziale e fugace conoscenza esterna degli stati emotivi dell'altro, ma sarà l'atto mediante il quale l'essere umano si costituisce attraverso l'esperienza di incontro con l'altro (Stein, 1989).

Accoglienza affettiva e percezione dei problemi etici

Gli infermieri prendono quotidianamente decisioni di tipo morale. La letteratura è unanime nel rilevare che la pratica riflessiva che accompagna le decisioni cliniche degli infermieri include di continuo gli aspetti etici della cura (Bishop & Scudder, 1990; Benner et al., 1994; Hargreaves, 1997; Moody Fairchild, 2010; Park, 2012). Nella pratica infermieristica le competenze etiche accompagnano e completano quelle cliniche, relazionali e tecniche, in quanto i valori e i principi etici dei professionisti giocano un ruolo significativo nella loro decisioni cliniche (Jormsri et al., 2005).

Goethals et al. (2010) sostengono che molti degli studi che indagano il ragionamento etico descrivono la personale relazione tra gli infermieri e i loro pazienti; questa relazione di cura forma il contesto per la valutazione etica. Guidati dall'ideale di cura e con lo scopo di "fare il bene" del paziente, gli infermieri accolgono la storia personale del paziente, i sentimenti, i desideri, le intenzioni. Dato che il ragionamento etico è immerso nella relazione personale tra un paziente e un infermiere, le qualità personali di entrambi influenzano il processo decisionale etico. Gli infermieri sono fortemente guidati da valori (Vogel Smith, 1996; Dierckx de Casterlè et al., 1997; Rodney et al., 2002; Varcoe et al., 2004; Monterosso et al., 2005), religione, educazione e formazione (Vogel Smith, 1996), dalle loro intuizioni, sentimenti, riflessioni etiche (Lützen & Nordin, 1993; Aström et al., 1995) e dalle precedenti esperienze personali e professionali (Vogel Smith, 1996; Dierckx de Casterlè et al., 1997; 2008; Varcoe et al., 2004; Monterosso et al., 2005).

Molti studiosi insistono nel sottolineare la distanza tra la decisione etica *ideale* ed il comportamento etico *reale* (Sherblom et al., 1993; Raines, 2000; Kim et al., 2007). Alcuni studi illustrano come gli infermieri abbiano difficoltà ad implementare le loro decisioni nella pratica, sottolineando la rilevanza dei fattori contestuali come limitanti le capacità degli infermieri a mettere in pratica le loro decisioni o ad agire in accordo ai loro valori (Dierckx de Casterlè et al., 1997, 2008; Raines, 2000; Rodney et al., 2002; Varcoe et al., 2004; Kim et al., 2007).

Quando la complessità morale di una situazione non conduce ad una qualche soluzione, l'infermiere avverte una sorta di disagio morale, definito da Corley et al. (2005) come uno stato emotivo che esprime inconsapevolmente tale situazione. Varcoe et al. (2012) distinguono le cause di disagio morale tra *fattori sistemici* e *situazioni specifiche* del paziente. I primi includono intensità delle cure ed eccessivo carico di lavoro, la propria incompetenza o quella degli altri operatori tali da sfociare in cure inadeguate. La sensibilità etica [*ethical sensitivity*] è l'elemento necessario per acquisire la consapevolezza dell'esistenza dei problemi etici, e rende possibile interpretare una data situazione e decidere quali opzioni vadano favorite. La sensibilità etica richiede all'infermiere di prestare attenzione e di interpretare indizi verbali, non verbali e comportamenti al fine di identificare i bisogni del paziente; può essere influenzata dall'etnia, dal genere, dai valori spirituali, dall'orientamento sessuale, dalla cultura, dalla religione, dall'educazione, dalla formazione e dall'età (Kim et al., 2005; Schluter et al., 2008).

Il disagio etico presuppone quindi accoglienza affettiva e sensibilità etica da parte dell'infermiere ed è correlata a variabili sia esterne sia interne all'operatore, che conducono all'incapacità di assumere o di attuare decisioni eticamente fondate (Benner, 1994; Corley et al., 2005; Schluter et al., 2008; Pavlish et al., 2011; Lazzarin et al., 2012; Huffman & Rittenmeyer, 2012; Varcoe et al., 2012).

Risultati

Elisa è una giovane infermiera con due anni di esperienza clinica. Il suo racconto copre un lasso temporale di circa quattro settimane e riferisce esclusivamente situazioni vissute in prima persona. Siamo in un reparto di urologia di un grande ospedale universitario e la descrizione degli spazi è minima: la camera di degenza di Mario e l'area ristoro del reparto collocata in una zona marginale dell'Unità operativa.

La dimensione corporale nel racconto è minima. Sin dall'inizio, l'ambiente di cura di Mario sembra protetto e favorente. Le situazioni relazionali descritte dal racconto sono il dialogo tra Elisa e Mario durante l'accertamento; la comunicazione del primario circa la prognosi; l'assistenza immediatamente prima e dopo l'intervento; il dialogo tra Elisa e Alice al distributore del caffè.

Due sono i grandi grappoli di significato del racconto di Elisa: il primo riguarda la progressiva elaborazione del dramma da parte di Mario, di Alice e degli altri familiari. Il secondo, che per attinenza al tema della ricerca è stato il vero oggetto della nostra indagine, riguarda la progressiva partecipazione di Elisa all'esperienza di Mario e di Alice. L'analisi testuale mostra come la partecipazione personale di Elisa alla vicenda di Mario ed Alice è stata favorita sin dall'inizio dalla giovane età sia del paziente sia dell'infermiera, ed emerge dal livello personale che la relazione raggiunge già durante l'accertamento iniziale. Un secondo dato testuale del coinvolgimento di Elisa si verifica il giorno dell'intervento, quando Elisa entra nella stanza per somministrare a Mario la pre-anestesia e questi *"sorridente [...le] dice 'altro che colica renale...'"*. La partecipazione di Elisa le permette di cogliere la triste ironia di Mario e l'emozione negli occhi di Alice. Elisa in questa situazione non dice nulla, ma intuisce che è un momento delicato e li lascia soli *"prima di far entrare il barelliere"*.

Un terzo elemento di questo grappolo di significati è la richiesta di Alice di una pausa per un caffè. Alice confida ad Elisa una serie di riflessioni che mostrano il suo grado di consapevolezza e di elaborazione di ciò che sta accadendo. Alice ha compreso *"che per Mario è una questione di giorni"*, ma confessa anche di avere *"un pensiero che la logora"*. Alice non sa se e che cosa dire alle due bambine circa le reali condizioni del papà; le bambine *"non sanno dell'intervento, di quali sono le sue condizioni ora e non sanno che il papà non tornerà più a casa"*. Alice è combattuta, incerta su come comportarsi e *"non riesce a prendere una decisione perché in questo momento non ha la forza e la lucidità per decidere"*. Ecco la vera ragione della pausa caffè: Alice chiede ad Elisa *"che cosa è giusto fare in questi casi..."*.

Alice la incalza ed Elisa resta in silenzio: *"Io sono in silenzio e lei mi guarda... mi sento schiacciata dal suo sguardo"*. Questa terza sezione è il vero *tòpos* del racconto, ed è quindi utile presentare separatamente ed in sequenza il testo che narra le azioni ed i pensieri di Elisa, con accanto il significato emotivo che i ricercatori ipotizzano possa aver provato Elisa durante questi pochi secondi di dialogo. Quest'analisi (**Tabella 1**) è frutto di un lavoro prima individuale e poi di gruppo tra i ricercatori e di un successivo incontro con Elisa stessa (*member checking*) (Silvermann 2000).

Tabella 1 - Analisi testuale delle azioni e del vissuto di Elisa (righe 29-43)

Azioni	Pensieri	Emozioni sintesi
<ul style="list-style-type: none"> • <i>fisso il caffè nel bicchiere</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>non ho mai visto un caffè così nero...</i> • <i>non riesco a guardare Alice negli occhi...</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • senso di vuoto, imbarazzo • disagio, paura di essere giudicata, vergogna
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>ho una domanda che non dà tregua al mio cervello: che cos'è giusto?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • inquietudine, disorientamento, tensione al compito • paura di deludere
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>E poi: perché proprio a me questa domanda?</i> • <i>lo non ti conosco, come posso decidere una cosa così importante?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • irritazione, senso di inadeguatezza, desiderio di distacco
<ul style="list-style-type: none"> • <i>io sono in silenzio e lei mi guarda...</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>mi sento schiacciata dal suo sguardo</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • inadeguatezza, senso di colpa, vergogna
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>vorrei capire qual è la risposta giusta</i> • <i>qual è la risposta che lei si aspetta da me, per sollevarla un pochino da questo peso</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • senso del dovere, desiderio di aiuto • frustrazione, debolezza, senso di inefficacia
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>mi sento in difficoltà</i> • <i>continuo a chiedermi qual è la risposta giusta</i> • <i>mi chiedo cosa vorrei io, ma io non so niente di questo, non ho figli</i> • <i>[mi chiedo] cos'è il bene per loro, e cos'è il bene per Mario, le bimbe da grandi potranno soffrire per non aver visto il papà o si ricorderanno solo le cose belle, Mario sarà più sereno dopo averle viste o starà male</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • insicurezza, paura di deludere • disorientamento • senso di impotenza, ansia • senso di tristezza e di inefficacia
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>e Alice cosa pensa? ...</i> • <i>non vorrei mai essere andata e bere quel caffè</i> • <i>vorrei non essere lì</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • incertezza, impotenza, angoscia • senso di inefficacia e di inadeguatezza • paura di essere giudicata • preoccupazione, risentimento • desiderio di trovare una soluzione • desiderio di fuga
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>io non ho gli elementi per dire cosa è giusto fare</i> • <i>forse è meglio non prendere una posizione, perché rischia di essere una posizione forzata</i> • <i>preferisco dire ad Alice la verità...</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • bisogno di giustificarsi
<ul style="list-style-type: none"> • <i>la guardo e le dico che non so qual è la scelta giusta in questi momenti e che non saprei cosa consigliare...</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Leggo negli occhi di Alice la delusione, o forse leggo in me la delusione, non l'ho aiutata quando lei mi ha chiesto aiuto</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • insoddisfazione e delusione • frustrazione • senso di fallimento • senso di colpa

Il racconto si conclude con l'epilogo della tragica storia di Mario. Le bambine vanno a trovarlo in *“una bellissima giornata di sole”*. Non si riconoscono, ma Mario sembra che abbia aspettato proprio il loro saluto per congedarsi dalla vita.

Analisi strutturale e discussione dei risultati

Il racconto di Elisa narra un episodio di disagio etico in una situazione ai margini di quello che in genere è considerato il lavoro dell'infermiere italiano: esso racconta di una situazione assistenziale non clinica, ma puramente relazionale, non centrata sul paziente, ma su un familiare, in un contesto non sanitario, ma neutro, come possono esserlo appunto le aree ristoro dei reparti.

Questa marginalità permette di focalizzare meglio l'attenzione sul processo di pensiero che accompagna le azioni di Elisa: non ci sono linee guida *evidence-based* che possono aiutarla; non esistono protocolli operativi di reparto, né tanto meno articoli del Codice deontologico che indicano come occorre comportarsi in una situazione simile. Come Elisa ha detto nell'intervista in profondità, in quella situazione si è sentita *“insicura e debole”*, *“abbandonata a sé stessa”* e ai propri pensieri, *“ruminando i propri interrogativi”* alla ricerca della soluzione *“giusta”* per il problema posto da Alice.

In queste situazioni, non così infrequenti come potrebbe sembrare, gli infermieri sono sprovvisti della *“copertura”* decisionale offerta dagli strumenti organizzativi e clinici standardizzati e si può meglio indagare il processo di pensiero che sostiene l'agire infermieristico. Nella parte topica del racconto di Elisa nessuna delle due protagoniste, prese singolarmente, ha la soluzione del problema. La soluzione, se c'è, sta alla fine di un percorso di comprensione reciproca e di co-costruzione dei significati di volta in volta *diagnostici* (sul problema da affrontare, nel nostro caso la visita delle figlie di Mario al loro papà), *terapeutici* (sulle soluzioni migliori, più efficaci o appropriate per loro, quale ad esempio il senso di questa visita per ognuno dei familiari, con relative riflessioni su rischi e benefici) ed *educativi* (sulle fatiche e sulle risorse di *coping* che questa famiglia può mettere in campo per affrontare e gestire il dramma che sta vivendo). Appare evidente che nel dialogo tra Alice ed Elisa questo percorso di ricerca di una soluzione condivisa non è avvenuto.

Quando ci si propone di cercare insieme al paziente la soluzione migliore *per lui* ai problemi che *lui* sta vivendo, ci poniamo necessariamente in un'ottica costruttivista o ancora meglio, partecipativa (Lincoln & Guba, 2000). Ma un tale percorso implica una capacità meta-riflessiva da parte dell'infermiere, che deve potersi astrarre dal proprio ragionare per accogliere la riflessione dell'altro e per dialogare con lui. Occorre che l'infermiere riesca a *“pensarsi pensare”* per poter cogliere che cosa gli stia accadendo e che cosa sia davvero importante in ciò che gli sta accadendo (Benner, 1994; Mortari, 2009). Se è vero, come sostengono Benner e Wrubel (1989, p. XI), che la prassi infermieristica è *“una pratica di cura la cui scienza è guidata dall'arte morale e dall'etica dell'assistenza e della responsabilità”*, capire *su che cosa* esercitare questo primato dell'etica e della responsabilità non è sempre facile. La scoperta di ciò che è saliente, primario ed essenziale in una situazione non è immediata né scontata: richiede molta esperienza e capacità riflessive perspicue per non essere soggiogati dalle emozioni e dai conflitti che possono nascere nelle situazioni assistenziali (Dierckx de Casterlé et al., 1997, 2008; Erlen & Sereika, 1997; Benner et al., 2010;).

L'analisi strutturale dell'episodio topico del racconto mostra che Elisa non è stata in grado di governare il flusso di pensieri e di emozioni che l'hanno investita. Come mostra la Tabella 1, il pensiero esplicito e le azioni di Elisa sono state sostanzialmente accompagnate da un progressivo senso di smarrimento. Una domanda *“non dà tregua”* ad Elisa: la ricerca di una risposta *“giusta”*.

La difficoltà, o l'impossibilità, di fornire ad Alice una soluzione definitiva al suo quesito suscita in Elisa un senso di inadeguatezza e di irritazione crescente che mostra il suo grado di impreparazione ad affrontare situazioni simili. Concentrata sulla ricerca solitaria della risposta "giusta" da dare, Elisa ha perso di vista l'importanza di rendersi disponibile ad Alice per un percorso di ricerca condiviso di una risposta possibile.

Tre sembrano gli elementi fondamentali che si sono potenziati a vicenda nel determinare il disagio etico finale descritto da Elisa: il suo legame ad un pensiero logico-formale orientato al problem solving, l'impreparazione a leggere e governare le proprie emozioni all'interno di relazioni ad alta emotività e, infine, l'inadeguatezza nel trovare la salienza nelle situazioni di cura.

Il potere del pensiero logico-formale

Rimuginando continuamente la domanda su "che cosa sia giusto dire" ad Alice, Elisa mostra di essere legata alla forma di pensiero prevalente nel ragionamento clinico, quella scientifica o logico-formale. La formazione professionale che abbiamo ricevuto ci ha insegnato quali fenomeni ricercare e valutare e quali invece scartare, a seconda di ciò che vogliamo. Per far questo, abbiamo sviluppato nel tempo un pensiero logico-formale che ci aiuta a classificare, scegliere, ponderare le alternative e trovare la soluzione migliore da un punto di vista razionale e probabilistico. Ma non è detto che questa forma di pensiero risolva la totalità dei problemi affidati agli infermieri. Anzi, a volte si ha l'impressione che le cose "veramente importanti" dell'assistenza siano altro rispetto a quelle coperte dal ragionamento tecnico (Kikuchi, 1992; Dunlop, 1994; Blondeau, 2002). I quesiti etici suscitati dalla pratica clinica, ad esempio, non possono essere risolti esclusivamente tramite percorsi logico-formali (Rubin, 1994; Benner et al., 2010), i quali, se usati senza la dovuta accortezza, rischiano di essere limitanti.

Anche gli infermieri, come altri professionisti, sono legati ad una epistemologia della pratica professionale che li lascia incapaci di spiegare, o persino di descrivere, competenze alle quali attualmente attribuiscono estrema importanza (Schön, 1983; Schön, 1987). Queste epistemologie tradizionali si rifanno ad un modello di 'razionalità tecnica' che, secondo Schön, è ormai insufficiente a spiegare le dinamiche di scelta in situazioni di rischio ed incertezza nelle quali il professionista si trova ad agire. La stessa formazione del professionista sanitario gli insegna a diffidare del sentire affettivo nella situazione (Good, 1994; Schön, 1987; Charon, 2006).

Dal un punto di vista della razionalità tecnica, la pratica professionale è un processo di soluzione di problemi. Formare un infermiere ad essere un "problem solver" amplifica la dimensione interventista a discapito di quella dell'ascolto e della condivisione delle scelte assistenziali. Per Schön (1983) questa enfasi sulla soluzione del problema ci allontana da una corretta *impostazione* del problema medesimo. Nella realtà della pratica, i problemi non si presentano al professionista come dati di fatto neutri rispetto al processo con il quale sono stati ricercati, ma come elementi che devono essere costruiti a partire dai materiali presenti nella situazione.

Il potere delle emozioni nel processo decisionale

Certamente noi possiamo in qualche misura "scegliere" a che livello di profondità essere coinvolti a seconda delle situazioni che affrontiamo (Stein, 1989): ma è precisamente a partire da questa scelta che preconditioniamo l'eticità ed il valore morale delle nostre azioni di cura. Non tutte le situazioni assistenziali richiedono all'infermiere il medesimo grado di coinvolgimento personale o la stessa intensità di partecipazione emotiva all'esperienza dell'altro; ma, in una situazione come quella vissuta da Elisa, sembra evidente la necessità di essere in qualche modo preparati *prima* di essere coinvolti nella relazione.

La cartina di tornasole del livello di profondità della relazione di cura è il suo effetto emotivo su ciascuno di noi. La conoscenza personale, scrive De Monticelli, “è sempre anche conoscenza di sé, attraverso quella di un altro individuo” (De Monticelli, 1998, 144; cfr. Zannini, 2008, 7). Elisa appare totalmente assorbita dalla ricerca della “risposta giusta”, e dietro l’incalzare delle proprie emozioni – di cui non appare del tutto consapevole – decide di non esporsi, di rimanere senza risposta. La dinamica tra i pensieri espliciti e i vissuti emotivi (Tabella 1) non mostra traccia di un pensiero meta-riflessivo che consenta ad Elisa di staccarsi dal pensiero logico-formale e di pensare che cosa queste emozioni le stavano dicendo e come avrebbe potuto utilizzarle nella relazione con Alice.

Nessuno aveva preparato Elisa a legittimare tali emozioni, ovvero a riconoscerle come tali senza dar loro una valutazione morale, e ad utilizzarle come dati informativi essenziali per la valutazione di ciò che sta avvenendo su di sé, sul suo stare in quella situazione (Benner et al., 2010). Vuole “dire ad Alice la verità”, ma in realtà quello che comunica ad Alice è solo una parte della verità: non riesce ad esprimere i suoi pensieri, i suoi dubbi ed il suo senso di insufficienza ed impreparazione. Vorrebbe sinceramente aiutare Alice, ma, non trovando una risposta certa e non riuscendo ad esprimere ad Alice il proprio senso di incertezza ed il proprio disagio, sceglie di non comprometersi ulteriormente ponendo un limite al dialogo: “non saprei cosa consigliare...”. Ciò che esprime ad alta voce è il dato di fatto che non esiste una risposta “giusta in assoluto”, ma, così facendo, non offre una sponda a un dialogo che, pur nell’incertezza e nell’indeterminatezza, potrebbe configurarsi come una ricerca condivisa di una risposta che sia valida per Alice e per la sua famiglia.

Elisa percepisce un senso di delusione per aver interrotto questa ricerca, un senso di colpa “per non aver aiutato [Alice] quando lei me l’aveva chiesto”. Se Elisa fosse riuscita ad elaborare consapevolmente i suoi pensieri e le sue emozioni e avesse trovato il modo di esprimerle ad Alice in modo adeguato, l’esito di questa relazione e l’epilogo della storia di Mario avrebbero potuto essere diversi? Non sarebbe stato questo stesso atteggiamento di ammissione del proprio limite e del conseguente imbarazzo un punto di riferimento per continuare la ricerca di una soluzione appropriata per Alice e la sua famiglia? Di certo, avrebbe mantenuto aperto il dialogo, alleviato la solitudine di Alice e ricostruito un senso di adeguatezza e di identità personale e professionale per Elisa stessa.

Per un tale lavoro di ricerca interiore, i sanitari devono invertire il pensiero logico-formale imparato a scuola e utilizzare il pensiero narrativo visitando e curando non solo il corpo fisico del paziente (*Körper*), ma il corpo vitale (*Leib*) di entrambi i protagonisti, mettendo a frutto le informazioni che nascono dal corpo stesso del professionista (Good, 1994; Greenhalgh & Hurwitz, 1998). Rita Charon definisce *narrative knowledge* quella competenza dell’operatore sanitario che lo affranca dal rischio di appiattire e di spersonalizzare la consultazione, permettendogli invece di rivolgersi al proprio paziente con rispetto, attenzione, discrezione e creatività (Charon, 2006). Altri autori definiscono tale caratteristica dell’operatore “sensibilità etica” (*moral imagination*) (Scott, 1998).

Secondo Martha Nussbaum, l’*immaginazione narrativa* è una delle capacità distintive essenziali per coltivare l’umanità nel mondo attuale: senza la capacità di pensare creativamente eventi e situazioni verosimili a partire dalla situazione data, non è nemmeno possibile provare empatia e compassione per gli altri (Nussbaum, 1999).

Come sostiene Patricia Benner (Benner et al., 2008):

- Lo sviluppo dell’abilità di riflettere criticamente del clinico dipende da ciò su cui ha imparato a prestare attenzione: ricercare la salienza significa guadagnare la capacità di accorgersi e di comprendere ciò che è rilevante in una data situazione e dalla capacità di rispondervi. Il senso della salienza di un clinico in ogni situazione dipende dalle passate esperienze e dalle evidenze scientifiche correnti. La riflessione critica è una competenza cruciale del professionista, ma non è l’unica abilità di ragionamento o di logica clinica richiesta.

- L'abilità di pensare criticamente utilizza la riflessione, l'induzione, la deduzione, l'analisi, l'assunzione del rischio e la valutazione del dato e delle informazioni guida del processo decisionale.

Se quindi l'*attenzione* alla salienza è il primo passo della comprensione, l'anima dell'attenzione è l'*accogliere affettivo*, che è la preconditione essenziale al sentire e al giudicare etico. Per De Monticelli questa attenzione "del cuore" dovrebbe essere posta "a fondamento di tutta la filosofia morale" (2004, p.18; 2003), perché, se viviamo davvero a partire da livelli di profondità differenti, come dice Edith Stein, ciò avviene da un lato secondo la profondità propria di un certo avvenimento, e dall'altro, "secondo la nostra disponibilità ad accoglierlo al 'giusto' livello di profondità" (De Monticelli, 2004, p.173-174). La preconditione all'esperienza di cura del paziente è l'apertura all'altro, a ciò che ha da dirmi. Questa "attenzione del cuore" ha il suo polo estremo in quello che potremmo semplicemente chiamare "bontà", "poesia" o "amore" (Watson, 1996; Kittay, 1999), o "umanità" (Nussbaum, 1999; 2001) mentre trova l'estremo opposto nella *disattenzione*, *insensibilità* o *insipienza* dei frivoli e dei superficiali e, potremmo anche dire, nell'*irresponsabilità* e nel "silenzio del giudizio" dei duri di cuore (Arendt, 1963). Nel racconto di Elisa questa prima essenziale preconditione ad ogni espressione etica – cioè l'accoglienza affettiva – è ben presente ed è dimostrata dall'insieme delle emozioni scatenate dalla situazione; ciò che è mancato è stata la capacità o l'esperienza per orientare tali energie nel sostenere un dialogo con Alice nella costruzione di una soluzione condivisa (Dierckx de Casterlé et al., 1997; 2008).

Alla ricerca della salienza

Elisa è stata affettivamente attenta a ciò che avvenne quel giorno alla macchinetta del caffè; da brava infermiera era genuinamente orientata alla ricerca del bene per Mario e Alice (Goethals et al., 2010), eppure questa ricerca è stata infruttuosa e eticamente insoddisfacente. L'orientamento al pensiero logico formale e l'impreparazione a gestire le proprie emozioni nella situazione specifica sono forse state le cause principali di tale insuccesso, unitamente all'impreparazione ad assumere la salienza di ciò che stava accadendo. Se la cura è cura della vulnerabilità dell'altro (Nortvedt, 2001; Edwards, 2001), Elisa si è mostrata sostanzialmente impreparata ad un percorso che richiedeva l'esposizione e il confronto con la sua stessa vulnerabilità. Forse, dietro alla mancanza di competenze professionali, scopriamo in Elisa una mancanza nella capacità di aver cura di sé stessa, dei suoi sentimenti e dei suoi valori quando esposti a ciò che la situazione le richiedeva (Varcoe et al., 2012; Mortari, 2009).

A volte, come nel caso raccontato da Elisa, nella situazione di cura non è possibile seguire uno schema preordinato, ma occorre anzi allontanarsene, variare il nostro approccio alla situazione, modellare noi stessi per accedere al mondo dell'altro per ricercare e negoziare con l'altro la soluzione del problema, quella per lui più significativa e appropriata: in questo senso, *la cura è essa stessa ricerca* (Ellis, 1969; Henderson & Nite, 1968; Evans, 1980; Mortari, 2006). In alcune situazioni di cura, tutta la nostra persona è implicata nella situazione, e siamo in grado di prenderci cura degli altri solo quando siamo in grado di coinvolgere *tutta la nostra persona* – la nostra razionalità, sensibilità, affettività e corporeità – nella ricerca di ciò che di saliente sta accadendo al paziente e a noi stessi.

In questi particolari percorsi di cura lo strumento da perfezionare non è l'*oggetto* (la malattia, la diagnosi infermieristica, la cura come trattamento eccetera), ma la *persona stessa* del professionista inserito nella situazione di cura (Mortari, 2009). Seguendo ancora una volta Patricia Benner, l'eccellenza degli infermieri ha origini percettive, nel senso che la consapevolezza dei propri sentimenti e delle proprie percezioni costituisce una parte importante del giudizio clinico (Benner, 1984, 3; Benner, 2011).

La narrazione, quindi, non solo permette di avvicinarsi alla questione etica, ma è la stessa questione etica che con il suo carico di pensieri e di emozioni permane a lungo nella memoria e nel cuore dei protagonisti, cambiandone *il modo di pensare e di sentire*, e *preme per essere narrata*.

Vari studi fenomenologici mostrano come il giudizio professionale degli esperti assomigli molto alle categorie filosofiche della “saggezza pratica”, della “prudenza” e dell’*ordo cordis* cui si accennava sopra; si è altresì visto che gli infermieri possono capitalizzare queste attitudini mettendo a frutto nel tempo le riflessioni sulla pratica favorite dalla narrazione (Scott, 1998, 152; Benner et al., 1999; 2010, 165ss; 2008; Zannini, 2008, 74; De Monticelli, 2003). Ogni incontro tra infermiere e paziente è quindi l’inizio di un percorso di ricerca della salienza nel quale la “soluzione migliore” va costruita a partire dalle categorie e dalle indicazioni offerte dalla scienza, quando disponibili, onde poi superarle. La soluzione migliore è quella che tiene conto del potere decisionale del paziente e dell’infermiere, entrambi consapevoli dei valori in gioco nella situazione, consapevoli, come dice Bachtin, che “il criterio della profondità della comprensione [è] uno dei criteri supremi della conoscenza nelle scienze umane” (Bachtin, 1986, p. 127).

Conclusioni

Abbiamo esplorato il processo attraverso il quale si determinano situazioni eticamente deludenti per gli infermieri coinvolti in una situazione di cura. La percezione del disagio etico è un segnale che qualcosa nella relazione di cura ha colpito la nostra sensibilità: allenarsi alla salienza permette in questi casi di attivare un vero e proprio percorso di ricerca interiore elaborando significati co-costruiti tra tutti i protagonisti della situazione di cura. Come aveva intuito Henderson (1966, 69), possiamo dire che l’infermiere, con tutto se stesso, è una variabile indipendente del percorso di cura. Se ancora non possiamo misurare in termini scientifici il peso “dell’etica dell’assistenza e della responsabilità” (Benner & Wrubel, 1989, p. ix) negli esiti dell’assistenza infermieristica, stiamo tuttavia iniziando a capire come questo avvenga.

La ricerca della salienza in ogni situazione di cura potrebbe essere un valido esercizio per allenare il giudizio prudenziale degli infermieri. Come scrive Ricoeur (1996, 29-30), il giudizio medico segue infatti tre livelli. Il primo è quello prudenziale (altrimenti detto della saggezza pratica, o *phronesis*, la *prudentia* dei latini); il secondo è quello deontologico (nel senso dell’etica) e il terzo è quello riflessivo (nel senso della morale). Nel giudizio prudenziale, infatti, il “sentire” e il “giudicare”, il “comprendere” e lo “spiegare” hanno la caratteristica dell’*immediatezza* e, come abbiamo visto nel racconto di Elisa, quella di coniugare i principi generali con i casi particolari (Aristotle, *Nicomachean Ethics*, 1142). È per questo che il giudizio dei clinici, *prima ancora* di essere oggetto di riflessione “deontologica” o “morale”, è essenzialmente prudenziale: esso indica la “giusta misura” del coinvolgimento personale del professionista, la sua capacità di tessere insieme il pensiero logico-formale e quello affettivo e di riconoscere che la soluzione migliore al quesito etico – così come significata dal paziente – non è estranea al processo che l’ha costruita. Nella cura, come nella saggezza pratica, il fine è *la bontà stessa dell’azione* (Aristotele, *Nicomachean Ethics*, 1140b; Gadamer, 1960; Benner, 2000; Blondeau, 2002) e non già quella delle sue conseguenze.

Ciò spiega perché gli infermieri amano raccontare storie di assistenza. Raccontano *perché sanno* che i resoconti scientifici e le teorie formali non raccolgono il valore reale di quello che passa loro tra le mani. Raccontano *perché sentono* l’urgenza di riflettere su gesti apparentemente umili che hanno in sé il potere terapeutico della cura, nonché su situazioni che hanno avuto il potere di cambiare il loro modo di sentire e di agire.

Raccontano *perché avvertono* che, in certi casi, la soluzione 'migliore' sfugge alle indicazioni operative dettate dai protocolli *evidence-based* o alle indicazioni comportamentali dei Codici deontologici, nascondendosi piuttosto nell'attenzione ai particolari, perché come diceva un'infermiera: "è dietro ai particolari che si nasconde la persona".

BIBLIOGRAFIA

- Arendt H. (1963) *Eichmann in Jerusalem. A Report on the Banality of Evil*. The Viking Press, New York.
- Aström G, Furaker C, Norberg A. (1995) Nurses' skills in managing ethically difficult care situations: interpretation of nurses' narratives. *Journal of Advanced Nursing* 21(6):1073-1080.
- Bachtin M.M. (1986) *Speech Genres and Other Late Essays*. University of Texas Press, Austin, TX.
- Benner P. (2000) The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy* 1:5-19.
- Benner P. ed. (1994) *Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Sage publications, London.
- Benner P. (1984) *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley, Menlo Park.
- Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. (1999) *Clinical wisdom and interventions in critical care: a thinking-in-action approach*. W.B. Saunders Company, Philadelphia, PA.
- Benner P, Hughes RG, Sutphen M. (2008) *Clinical reasoning, decision making, and action: thinking critically and clinically*. In *Patient safety and quality: an Evidence-based handbook for nurses* (ed, RG Hughes), Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. (2010) *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. Jossey Bass-Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, San Francisco, CA.
- Benner P. & Tanner C. (1987) *Clinical judgment: how expert nurses use intuition*. *American Journal of Nursing* 87(1):23-31.
- Benner P. & Wrubel J. (1989) *The primacy of caring. Stress and coping in health and illness*. Addison-Wesley, Reading, MA.
- Benner P. (2011) *Formation in professional education: an examination of the relationship between theories of meaning and theories of the self*. *Journal of Medicine and Philosophy* 36:342-353.
- Bishop AH & Scudder JR. eds. (1990) *The practical, moral and personal sense of nursing a phenomenological philosophy of practice*. State University of New York Press, New York.
- Blondeau D. (2002) *Nursing art as a practical art: the necessary relationship between nursing art and nursing ethics*. *Nursing Philosophy* 3:252-259.
- Bruner J. (1986) *Actual minds, possible worlds*. [Harvard University Press](http://www.harvard.edu), Cambridge, MA.
- Bruner J. (1990) *Acts of Meaning*. [Harvard University Press](http://www.harvard.edu), Cambridge, MA.
- Charon R. (2006) *Narrative Medicine: honoring the stories of illness*. Oxford University Press, New York.
- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. (2005) *Nurse moral distress and ethical work environment*. *Nursing Ethics* 12(4):381-390.
- De Monticelli R. (1998) *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*. Guerini Studio, Milano.
- De Monticelli R. (2003) *L'ordine del cuore. Etica e teoria del sentire*. Garzanti, Milano.
- De Monticelli R. (2004) *L'allegria della mente. Dialogando con Agostino*. Mondadori, Milano.
- Denzin NK & Lincoln YS, eds. (2000) *Handbook of qualitative research*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Dierckx de Casterlé B, Grypdonck M, Vuytsteke-Wauters M, Janssen PJ. (1997) *Nursing student's responses to ethical dilemmas in nursing practice*. *Nursing Ethics* 4(1):12-28.
- Dierckx de Casterlé B, Izumi S, Godfrey NS, Denhaerynck K. (2008) *Nurses responses to ethical dilemmas in nursing practice: metanalysis*. *Journal of Advanced Nursing* 63(6):540-549.
- Dunlop MJ. (1994) *Is a science of caring possible? In Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*(ed P. Benner) pp.27-42. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Edwards SD. (2001) *Philosophy of nursing*. Palgrave, Basingstoke.
- Ellis R. (1969) *The practitioner as theorist*. *American Journal of Nursing* 69(7):428-435.
- Erlen JA & Sereika SM. (1997) *Critical care nurses, ethical decision-making and stress*. *Journal of Advanced Nursing* 26(5):953-961.
- Evans D. (1980) *Ever nurse as researcher: an argumentative critique of principles and practice of nursing*. *Nursing Forum*, 19:337-49.
- Federazione Nazionale IPASVI. (2009) *Codice Deontologico degli infermieri italiani*, 17 gennaio 2009.
- Gadamer H-G. (1960) *Wahrheit und Methode*. Trad. it. *Verità e metodo*, Fabbri, Milano, 1972.
- Goethals S, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B. (2010) *Nurse's ethical reasoning and behaviour: a literature review*. *International Journal of Nursing Studies* 47(5):635-650.

- Good BJ. (1994) *Medicine, Rationality and Experience: an anthropological perspective*. Cambridge U. Press, Cambridge.
- Greenhalgh T. & Hurwitz B. (1998) *Narrative Based Medicine: dialogue and discourse in clinical practice*. BMA Books, London.
- Hargreaves J. (1997) Using patients: exploring the ethical dimension of reflective practice in nurse education. *Journal of Advanced Nursing* 25(2):223-228.
- Harré R & Gillet GR. (1994) *The discursive mind*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Henderson V. (1966) *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education*. Macmillan Co, New York.
- Henderson V. & Nite G. (1968) *Principles and practice of nursing*. Macmillan Co, New York.
- Huffman DM. & Rittenmeyer L. (2012) How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Critical care nursing clinics of North America* 24(1):91-100.
- Jormsri P, Kunaviktikul W, Ketefian S, Chaowalit A. (2005) Moral competence in nursing practice. *Nursing Ethics* 12(6):582-594.
- Kikuchi J.F. (1992) Nursing questions that Science cannot answer. In *Philosophic inquiry in nursing* (eds J.J.F. Kikuchi, H. Simmons) pp. 26-32. Sage, Newbury Park, CA.
- Kim YS, Park J, You M, Seo Y, Han S. (2005) Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nursing Ethics* 12(6):595-605.
- Kim YS, Park JH, Han SS. (2007) Differences in moral judgment between nursing students and qualified nurses. *Nursing Ethics* 14(3):309-319.
- Kittay FE. (1999) *Love's labor. Essays on women, equality and dependency*. Routledge, New York.
- Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. (2012) Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nursing Ethics* 19(2):183-195.
- Lincoln YS, Guba EE. (2000) Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In *Handbook of qualitative research* (eds NK Denzin, YS Lincoln) pp. 163-188. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Lützen K & Nordin C. (1993) Structuring moral meaning in psychiatric nursing practice. *Scandinavian journal of caring sciences* 7(3):175-180.
- Monterosso L, Kristjanson L, Sly PD, Mulcahy M, Holland BG, Grimwood S, White K. (2005) The role of the neonatal intensive care nurse in decision-making: advocacy, involvement in ethical decisions and communication. *International Journal of Nursing Practice* 11(3):108-117.
- Moody Fairchild R. (2010) Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. *Nursing Ethics* 17(3):353-362.
- Mortari L. (2006) *La pratica dell'aver cura*. Mondadori, Milano.
- Mortari L. (2007) *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*. Carocci, Roma.
- Mortari L. (2009) *Ricercare e riflettere. La formazione del docente professionista*. Carocci, Roma.
- Mustakas C. (1994) *Phenomenological research methods*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Nortvedt P. (2001) Needs, closeness and responsibility. An inquiry into some rival moral considerations in nursing care. *Nursing Philosophy* 2:112-121.
- Nussbaum MC. (1997) *Cultivating Humanity*. [Harvard University Press](http://www.harvard.edu), Cambridge, MA.
- Nussbaum MC. (2001) *Upheavals of thought. The intelligence of emotions*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Park EJ. (2012) An integrated ethical decision-making model for nurses. *Nursing Ethics* 19(1):139-159.
- Pavlish C, Brown-Saltzman K, Hersh M, Shirk M, Nudelman O. (2011) Early indicators and risk factors for ethical issues in clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship* 43(1):13-21.
- Raines ML. (2000) Ethical decision-making in nurses. Relationships among moral reasoning, coping style and ethics stress. *JONA's Healthcare law, Ethics and regulation* 2(1):29-41.
- Ricoeur P. (1996) Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit* 12:21-33.
- Rodney P, Varcoe C, Storch JL, McPherson G, Mahoney K, Brown H, Pauly B, Hartrick G, Starzomski R. (2002) Navigating towards a moral horizon: a multisite qualitative study of ethical practice in nursing. *Canadian journal of nursing research* 34(3):75-102.
- Rubin J. (1994) Impediments to the development of clinical knowledge and ethical judgement in critical care nursing. In *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgement, and Ethics* (eds P Benner, CA Tanner, CA Chesla) pp. 170-192. Springer, New York.
- Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. (2008) Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics* 15(3):304-321.
- Schön DA. (1983) *The reflective practitioner. How professionals think in action*. Basic Books, New York.
- Schön DA. (1987) *Educating the Reflective Practitioner*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Sclavi M. (2003) *Arte di ascoltare e mondi possibili*. Bruno Mondadori, Milano.
- Scott AP. (1998) Nursing, narrative, and the moral imagination. In *Narrative Based Medicine: dialogue and discourse in clinical practice* (eds T Greenhalgh, B Hurwitz) pp. 141-149. BMA Books, London.
- Sherblom S, Shippis TB, Sherblom JC. (1993) Justice, care and integrated concerns in the ethical decision making of nurses. *Qualitative health research* 3(4):442-464.

- Silverman D. (2000) Doing qualitative research. Sage, London.
- Stein E. (1989) On the Problem of Empathy. ICS publication, Washington.
- Stein E. (1998) Introduzione alla filosofia, Città Nuova, Roma.
- Todorov T. (1985) All against Humanity. Times Literary Supplement 4 October 1985.
- Varcoe C, Doane G, Pauly B, Rodney P, Storch JL, Mahoney K, McPherson G, Brown H, Starzomski R. (2004) Ethical practice in nursing: working the in-betweens. Journal of Advanced Nursing 45(3):316-325.
- Varcoe C, Pauly B, Storch J, Newton L, Makaroff K. (2012) Nurse's perceptions of and response to morally distressing situations. Nursing Ethics 19(4):488-500.
- Vogel Smith K. (1996) Ethical decision-making by staff nurses. Nursing Ethics 3(1):17-25.
- Watson J. (1996) Poeticizing as truth in nursing inquiry. In Truth in nursing inquiry (eds JJF. Kikuchi, H. Simmons, D. Romyn) pp. 125-139. Sage Publication, Newbury Park, CA.
- Wittgenstein L. (1958) The Blue and Brown Books (1933-4 e 1934-5). Basil Blackwell, Oxford.
- Zannini L. (2008) Medical humanities e medicina narrativa. Raffaello Cortina, Milano.



ESPERIENZE

Infermieristica di famiglia e di comunità: una survey tra infermieri e medici di medicina generale

di Paola Obbia (1), Ludovica Tamburini (2), Gessica Giovannetti (3), Mirco Ongaro (4), Diletta Calamassi (5)

(1) Infermiera Presidente AIFeC Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità

(2) Infermiera AUSL 5 Pisa

(3) Infermiera neolaureata

(4) Infermiere neolaureato

(5) Infermiera Formatore AUSL 11 Empoli

Corrispondenza: diletta.calamassi@gmail.com

Introduzione

La transizione epidemiologica e sociale e la crisi economica richiedono risposte nuove ai nuovi bisogni di salute attraverso un sostanziale ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria di base, per sostenere il carico della fragilità e della malattia.

L'OMS Europa, nel documento "Salute 21" del '98, propone un nuovo ruolo, quello dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), quale consulente specialista-generalista con formazione post base, in grado di agire soprattutto a livello preventivo attraverso la valutazione e la gestione integrata dei bisogni di salute di un gruppo di cittadini a lui assegnato, in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale (MMG).

A distanza di 15 anni dalla pubblicazione di "Salute 21", l'importanza strategica del ruolo non è ancora stata riconosciuta a livello politico in Italia e questa figura è poco conosciuta dai professionisti della salute.

Conoscenze e aspettative di Infermieri e Medici di Medicina Generale rispetto all'infermieristica di famiglia e di comunità

Gli infermieri del territorio e i Medici di Medicina Generale (MMG) sono gli operatori "in prima linea" che dovrebbero intraprendere e stimolare specifiche azioni promotrici per l'implementazione all'Infermieristica di Famiglia e di Comunità.

Lo scopo del lavoro è stato quello di indagare le loro conoscenze e aspettative su questa figura.

L'indagine è stata svolta modificando e integrando il questionario elaborato dall'Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità (AIFeC), nel 2012. Il questionario, sottoposto a validazione di facciata, è strutturato in due parti delle quali la prima articolata in otto domande chiuse finalizzate ad indagare aspetti socio-anagrafici dei rispondenti (regione e ente di appartenenza, ruolo professionale, anni di anzianità sul territorio, percorso formativo affrontato e titolo posseduto, sesso e età anagrafica); la seconda indirizzata ad esplorare, sempre attraverso domande chiuse (con possibilità di risposta sì, no, non so o di espressione del grado di accordo/ disaccordo), il livello di conoscenze e percezioni riguardo la figura dell'IFeC (ricadute socio-sanitarie, ambiti di autonomia professionale, contesto operativo, ecc). Questa parte comprende anche una domanda a risposta aperta per permettere la libera espressione di opinioni/riflessioni.

Hanno aderito all'indagine 113 soggetti (90 infermieri e 23 medici), dei quali il 68,1% di età compresa tra i 30 e i 50 anni e il 70,8% rappresentati da femmine.

Oltre il 60% degli Infermieri ha acquisito il titolo con formazione regionale e quasi il 40% con formazione universitaria. Il 46% degli infermieri non ha effettuato nessun percorso formativo post base.

Pur lavorando in ambito territoriale, quasi il 70% dei rispondenti non ha avuto modo di documentarsi sulla figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

Non esistono sostanziali differenze tra i professionisti che hanno una diversa anzianità di servizio sul territorio in termini di formazione e/o aggiornamento in merito alla figura, ma gli infermieri risultano comunque più informati sull'IFeC rispetto ai medici. Inoltre, è opportuno sottolineare che oltre il 60% dei soggetti (campione totale) non si è mai trovato coinvolto in una discussione in merito a questa figura.

Oltre il 65% dei soggetti intervistati riferisce di non sapere se nel Piano Sanitario Regionale della propria regione è previsto l'inserimento dell'IFeC. Tuttavia, oltre il 60% non concorda sul fatto che i politici ed i tecnici che si occupano della riforma delle Cure Primarie abbiano chiaro il ruolo e le potenzialità dell'IFeC.

Quasi l'80% del campione totale conosce poco o per niente le realtà italiane in cui è attiva questa figura ed oltre il 40% sostiene che l'IFeC sia un professionista che attualmente non esiste in Italia. Solo il 24,8% dei rispondenti conoscono realtà europee e/o extra europee in cui è attiva la figura dell'IFeC.

Quasi il 93% dei partecipanti all'indagine concorda sulla necessità di attribuire in modo ufficiale all'IFeC autonomia professionale per le funzioni di propria competenza. L'indagine ha preso in considerazione anche il giudizio degli intervistati in merito all'autonomia prescrittiva per presidi per incontinenza (**Tabella 1**), presidi sanitari come materassi, cuscini, letti articolati, carrozzine e loro accessori, deambulatori, girelli (**Tabella 2**), materiali per medicazione (**Tabella 3**), consulenza infermieristica specialistica (**Tabella 4**) e di altri professionisti sanitari (**Tabella 5**). In merito all'autonomia prescrittiva per i presidi per incontinenza si è provveduto anche ad una stratificazione delle risposte di infermieri e medici (**Tabella 6**).

Oltre il 90% del campione totale concorda (d'accordo e fortemente d'accordo) che l'IFeC rappresenta un'evoluzione dell'assistenza infermieristica resa necessaria del mutamento dei bisogni socio-sanitari dei cittadini. Oltre il 73% indica come utile l'attribuzione ad ogni nucleo familiare di un IFeC, con modalità di scelta/revoca presso gli sportelli SAST/Distrettuali.

Il 73% ritiene che l'IFeC dovrebbe valutare le dinamiche familiari e quasi il 94% che dovrebbe rilevare l'insorgere di problemi di salute delle famiglie. Circa il 90% concorda che l'IFeC sia disponibile a visite domiciliari, ambulatoriali e a contatti telefonici e ritiene che non debba occuparsi solo di persone malate, tuttavia il 73,4% afferma che le sue attività fondamentali sono l'erogazione di prestazioni rivolte all'assistito.

I rispondenti si sono, inoltre, detti d'accordo circa l'impegno dell'IFeC nella comunità locale.

Agli intervistati è stato richiesto di esprimere la loro opinione anche in merito al contesto organizzativo e professionale dell'IFeC che, per la maggior parte dei soggetti, dovrebbe collocarsi presso gli ambulatori della medicina di gruppo.

L'86,7% concorda sull'utilità di una formazione post-base per l'IFeC, solo il 3,5% è in disaccordo.

Solo la metà del campione è d'accordo (d'accordo + fortemente d'accordo) in merito al garantire un riconoscimento economico per l'IFeC.

Conclusioni

Dall'indagine risulta non facile per gli operatori del territorio documentarsi rispetto all'evoluzione di scenario e di ruoli, così come risultano scarsi momenti di confronto su possibili sviluppi futuri. Anche la maggior anzianità di servizio (16 anni o oltre) non garantisce maggiori conoscenze sulla figura dell'IFeC.

Risultano, inoltre, incerte tra i rispondenti, le modalità organizzative da adottare con l'implementazione di questa figura e gli incentivi da utilizzare.

E' stato però impossibile un reale ed esaustivo confronto dei risultati tra infermieri e medici, a causa della scarsa adesione di questi ultimi.

Il questionario utilizzato è risultato sufficientemente completo e chiaro.

In conclusione l'Infermiere di Famiglia e di Comunità rappresenta un'evoluzione del ruolo infermieristico con competenze avanzate, ma non vi è una chiara percezione e conoscenza delle sue potenzialità. Pertanto, i professionisti della salute devono essere informati, sensibilizzati e consapevoli delle caratteristiche e del ruolo per facilitarne l'introduzione ed evitare barriere e diffidenze sia interne alla professione sia con gli altri attori delle cure primarie.

L'indagine potrebbe essere estesa su scala nazionale pubblicizzandola su riviste sanitarie e tramite la Federazione IPASVI, i Collegi provinciali, le Associazioni Scientifiche Infermieristiche e Mediche e contribuire a creare cultura rispetto all'IFeC.

Potrebbe essere utile, inoltre, continuare con un percorso di validazione dello strumento utilizzato.

Per dimostrare l'efficacia della gestione infermieristica è necessario avviare progetti di ricerca, azione e valutazione dei risultati.

L'AIFeC è a disposizione di quanti vogliono cogliere questa sfida per la ricerca di soluzioni innovative a beneficio dei cittadini italiani.

BIBLIOGRAFIA

- Martin P, Duffy T, Johnston B, Banks P, Harkess-Murphy E, Martin CR (2013) *"Family Health Nursing: a response to the global health challenges"* Journal of Family Nursing 19:99.
- Obbia P (2010) *"L'assistenza sanitaria di base e l'Infermiere di Famiglia e di Comunità"* I Colori del Bianco anno 1 N 1 Ed. IPASVI Torino 1:12-14.
- OMS Europe (2000) *"The Family Health Nurse: conceptual framework and curriculum"* Consultato il 30 novembre 2013. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/>.

Tabella 1 - Grado di accordo su autonomia professionale da riconoscere a IFeC per la prescrizione dei presidi per incontinenza

L' IFeC dovrebbe essere autonomo nella prescrizione dei Presidi per incontinenza	Frequenza n.	Percentuale %	Rappresentazione grafica
Fortemente in disaccordo	1	0,9	
In disaccordo	4	3,5	
Indifferente	1	0,9	
D'accordo	69	61,1	
Fortemente d'accordo	38	33,6	
Totale	113	100,0	

Tabella 2 - Grado di accordo su autonomia professionale da riconoscere a IFeC per la prescrizione dei presidi sanitari

L' IFeC dovrebbe essere autonomo nella prescrizione di presidi sanitari	Frequenza n.	Percentuale %	Rappresentazione grafica
Fortemente in disaccordo	1	0,9	
In disaccordo	8	7,1	
Indifferente	6	5,3	
D'accordo	73	64,6	
Fortemente d'accordo	25	22,1	
Totale	113	100,0	

Tabella 3 - Grado di accordo su autonomia professionale da riconoscere a IFeC per la prescrizione di materiali per medicazione

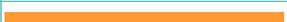
L' IFeC dovrebbe essere autonomo nella prescrizione di materiale per medicazioni	Frequenza n.	Percentuale %	Rappresentazione grafica
Fortemente in disaccordo	0	0	
In disaccordo	6	5,3	
Indifferente	1	0,9	
D'accordo	65	57,5	
Fortemente d'accordo	41	36,3	
Totale	113	100,0	

Tabella 4 - Grado di accordo su autonomia professionale da riconoscere a IFeC per richiedere la consulenza infermieristica specialistica

L' IFeC potrebbe richiedere direttamente la consulenza infermieristica specialistica (wound care, enterostomie)	Frequenza n.	Percentuale %	Rappresentazione grafica
Fortemente in disaccordo	3	2,7	
In disaccordo	5	4,4	
Indifferente	9	8,0	
D'accordo	68	60,2	
Fortemente d'accordo	28	24,8	
Totale	113	100,0	

Tabella 5 - Grado di accordo su autonomia professionale da riconoscere a IFeC per richiedere la consulenza di altri professionisti sanitari

L' IFeC potrebbe richiedere direttamente la consulenza di altri professionisti sanitari	Frequenza n.	Percentuale %	Rappresentazione grafica
Fortemente in disaccordo	3	2,7	
In disaccordo	12	10,6	
Indifferente	3	2,7	
D'accordo	73	64,6	
Fortemente d'accordo	22	19,5	
Totale	113	100,0	

Tabella 6 - Stratificazione delle risposte di infermieri e medici su autonomia prescrittiva per i presidi per incontinenza

L' IFeC dovrebbe essere autonomo nella prescrizione dei presidi per incontinenza	Frequenza n.	Percentuale %	Rappresentazione grafica
Fortemente in disaccordo	0	0,0	
In disaccordo	2	2,2	
Indifferente	1	1,1	
D'accordo	50	55,6	
Fortemente d'accordo	37	41,1	
Totale Infermieri	90	100,0	
Fortemente in disaccordo	1	4,3	
In disaccordo	2	8,7	
Indifferente	0	0,0	
D'accordo	19	82,6	
Fortemente d'accordo	1	4,3	
Totale Medici	23	100,0	



ESPERIENZE

Il supporto del tutor clinico allo studente infermiere nella gestione della morte e della sofferenza

di **Mattia Morone (1)**, **Simona Facco (2)**

(1) infermiere libero professionista, Casa di Cura Città di Bra

(2) infermiera, docente del Corso di laurea in Infermieristica, Università degli studi di Torino

Corrispondenza: 325851@edu.unito.it

Durante il progetto “La gestione delle emozioni di fronte alla sofferenza ed alla morte negli studenti di infermieristica in tirocinio”, proposto agli studenti del terzo anno di CdL in Infermieristica in tirocinio presso l'ASL TO5 nel febbraio 2014, gli studenti hanno rappresentato la morte come un salto nel vuoto, come un'incognita, un grande punto interrogativo. Hanno disegnato burroni, strapiombi e buchi neri; famiglie e società da cui il soggetto si allontana per andare a morire solo. Molti studenti del terzo anno hanno portato alla luce episodi critici verificatisi durante i primi anni di corso. Alcuni, molto emozionati, hanno faticato a raccontare tali esperienze, ma allo stesso tempo sono stati soddisfatti di aver finalmente potuto “svuotare i loro cassetti.”

Il concetto di lutto è stato esplorato ampiamente nelle famiglie che perdono una persona cara e nei pazienti che soffrono a causa di una diagnosi terminale; i pazienti e le famiglie vivono in genere una sola volta questo lutto. Che dire allora degli infermieri che vivono il lutto più volte a settimana, che affrontano ogni giorno la sofferenza? Gli infermieri aiutano troppo spesso famigliari e pazienti ad elaborare il lutto, ma poi chi si prende cura degli infermieri stessi? Riconoscere che gli infermieri devono attraversare il lutto dei pazienti e giungere ad una sana risoluzione è il primo passo per aiutare a mantenere una salute fisica, mentale e spirituale (Brunelli, 2005).

La nostra esperienza

Abbiamo deciso di indagare come i tutor vivono la morte e come affrontano l'argomento con gli studenti durante il tirocinio. In particolare si è voluto indagare: come vivono la morte di un paziente i tutor clinici, come preparano gli studenti ad affrontare la morte di un paziente, come aiutano gli studenti ad elaborare la morte di un paziente; quali sono, secondo i tutor clinici, le carenze del percorso formativo triennale per supportare lo studente nella gestione della sofferenza e del lutto e quali sono invece le proposte dei tutor per supportare gli studenti.

A tal fine è stata realizzata un'indagine, interpellando i Tutor clinici del C.L.I. di Città della Salute e della Scienza di Torino, selezionando coloro che hanno un'esperienza superiore ai 5 anni.

Il parere dei tutor è unanime nel descrivere l'atteggiamento degli studenti: nell'approccio al morente, nel momento della morte, della gestione della salma, lo studente tende a rimanere impietrito.

Si isola, osserva da debita distanza, difficilmente si propone per aiutare gli infermieri. Gli studenti sembrano spaventati, hanno quasi paura di toccare il defunto, se possibile addirittura cercano di non entrare nella stanza.

I tutor invece, da parte loro, si dividono tra coloro che cercano di coinvolgere lo studente, di spronarlo, senza comunque forzarlo e coloro che invece allo studente non chiedono nulla: non se la sentono di coinvolgerli nella pulizia e nella vestizione della salma, quindi li lasciano in disparte ad osservare.

I tutor riferiscono che le emozioni degli studenti sono in realtà le più svariate: alcuni tendono a minimizzare l'evento, dicendo che per loro non è un problema, ma al tutor sembra in realtà che lo studente lasci trasparire altri sentimenti, in particolare lo spavento. Altri invece non riescono a descrivere cosa possa provare lo studente: li vedono guardare, ma non riescono a capire cosa possano provare veramente.

Parlando di quanto precede l'inizio del tirocinio, alcuni tutor preparano gli studenti ad affrontare la morte: indagano i vissuti personali degli studenti, li introducono alle principali patologie presenti in reparto, soprattutto introducono l'argomento morte riferendo loro che vedranno sicuramente persone morire, quindi iniziano a raccontare cosa succederà, cosa vedranno e cosa verrà chiesto loro di fare. Altri invece non affrontano l'argomento: alcuni perché danno per scontato che lo studente sappia che, avendo scelto questo lavoro, vedrà sicuramente persone soffrire e morire; altri, più semplicemente, perché non ci hanno mai pensato. Alcuni affrontano invece l'argomento solo con gli studenti del primo anno, mentre non fanno nulla con quelli del secondo e terzo anno, perché danno per scontato che ormai li abbia già preparati qualcun altro.

La preparazione degli studenti alla morte è risultata molto studiata e strutturata nelle degenze a carattere oncologico, pur sempre presente nelle medicine, ma trascurata principalmente nelle chirurgie e in alcuni servizi di emergenza-urgenza.

In seguito al lutto alcuni tutor cercano di parlare con lo studente, chiedendogli come si è sentito, cosa ha provato; cercano di recuperare emozioni e sensazioni. Altri invece lasciano correre, se lo studente non chiede spiegazioni o non fa domande l'argomento non viene approfondito. Questi ultimi tutor, la minoranza, si giustificano dicendo che non si sentono pronti a supportare lo studente in quanto anche loro stessi si sentono inadeguati e impreparati; altri, invece, dicono che se lo studente lo chiede, loro sono ben disposti a parlarne, ma se nessuno riporta problematicità legate all'evento allora va bene così.

Anche per il "dopo morte", il servizio dove l'argomento è maggiormente affrontato è l'oncologia: ci sono incontri strutturati settimanali e a disposizione degli studenti, oltre la tutor, c'è anche una psicologa.

Coloro che però parlano con gli studenti tendono a non forzarli: provano a buttare l'amo, ma poi non insistono e riferiscono infatti che gli studenti si dividono tra coloro che riescono a esteriorizzare e coloro che invece tornano a casa in silenzio, senza aver affrontato l'argomento.

Andando a indagare la preparazione dei tutor alla gestione dell'evento morte, alla gestione dello studente nel momento del lutto, solo uno ha riferito di aver partecipato, anni indietro, a corsi inerenti l'argomento e di conseguenza adotta una metodologia precisa e studiata. Quello che tutti gli altri percorrono, invece, è frutto della loro esperienza, di percorsi personali, di improvvisazione.

Alcuni, ricordando come sono stati aiutati loro in passato, così cercano di aiutare oggi gli studenti.

In modo critico ribadiscono che tutto viene lasciato alla libera scelta dei tutor, che a differenza di molti altri argomenti, su questo tema non c'è preparazione: sono loro i primi a sentirsi impreparati e inadeguati e di conseguenza non pronti ad aiutare correttamente gli studenti.

Domandando ai tutor di cosa avrebbero bisogno, gli interpellati hanno risposto nei modi più svariati: la maggior parte propone che siano i tutor stessi ad essere maggiormente formati e preparati in modo da poter aiutare gli studenti: citando Campione (2005), *“prendersi cura di quelli che curano”* è fondamentale.

CONCLUSIONI

Le dinamiche emozionali che si instaurano fra paziente e curante, che sia esso infermiere o studente, sono profonde e coinvolgenti.

Un corretto atteggiamento di fronte alla morte è frutto di una ricerca costante che non può essere rinchiusa nella sfera del sentire personale; per accostarsi utilmente al morente bisogna essersi preparati sia sui testi che con esperienze e scambi professionali, sviluppare capacità di empatia, oltre che una buona conoscenza di sé. È questo che emerge dalle interviste: una preparazione maggiore sia degli studenti che dei tutor stessi, un aiuto ai tutor per poter aiutare gli studenti a esprimere queste emozioni.

Per poter aiutare gli studenti a prepararsi alla morte occorrerebbe forse uniformare gli interventi: fare in modo che non sia una scelta del tutor informare o meno lo studente sulla morte nel proprio reparto, sulle casistiche, le modalità, i comportamenti da adottare, le implicazioni, gli aspetti amministrativi, la gestione della salma, le emozioni. Per poter invece supportare efficacemente lo studente, in caso di sofferenza o in seguito ad un lutto, quello di cui i tutor sentono maggiormente il bisogno è il confronto tra tutor stessi, infermieri di reparto e studenti per poter imparare dai propri errori, dalle proprie mancanze e dalle conoscenze dei più esperti: incontri trimestrali, semestrali o in occasione di ogni tirocinio. Jonsson, Segesten e Mattsson (2003) suggeriscono l'opportunità di organizzare debriefing tra gli operatori, per dar loro modo di parlare, per poter superare il trauma subito, confrontandosi con i propri pari.

Un aspetto largamente condiviso, è la necessità di dare spazio ai tutor clinici, agli studenti, agli infermieri per poter parlare delle proprie difficoltà. Questo spazio non deve essere lasciato in autogestione, ma deve essere ben strutturato. Uno degli strumenti più accreditati per soddisfare le esigenze di intervenire nelle situazioni di grave stress, come può essere la morte di un paziente, è il *Critical Incident Stress Management*, ideato da Mitchell e Everly negli anni Ottanta (Monti, 2001). All'interno del programma, una parte importante è assunta dal *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD). Questo metodo di intervento ha lo scopo di prevenire lo stress lavorativo nei reparti di emergenza, ma può essere utile anche nell'elaborazione del lutto e nella gestione della sofferenza.

Secondo Zanlucchi (2003) il debriefing psicologico permette effettivamente di ridurre i segni e sintomi causati da distress.

La tecnica invece sperimentata da Lillyman (2010) in Gran Bretagna, e rivolta direttamente agli studenti infermieri, prevede l'utilizzo dello storyboard.

Lo storyboard, introdotto da Leonardo da Vinci e utilizzato ora dai registi cinematografici, è uno strumento che aiuta a visualizzare in maniera organica l'esperienza che l'utente vive, tramite il disegno di passaggi chiave relativi ad una storia. La forma, oltre che visuale, è anche narrativa e aiuta a esplorare i concetti e renderli visibili a tutto il team coinvolto. L'attività prevede la creazione di storyboard in piccoli gruppi e poi la discussione in plenaria. I temi affrontati dagli storyboard sono proprio la morte dei pazienti, il lutto, la sofferenza, le dinamiche con i familiari. Gli studenti inglesi sono stati soddisfatti dall'esperienza perché si sono sentiti ascoltati gli uni dagli altri, si sono sentiti liberi di poter raccontare le loro emozioni e le loro esperienze. Il disegno aiuta a creare un clima di fiducia e sicurezza, li incoraggia ad esternare i propri sentimenti.

Questo lavoro, lungi dal voler proporre facili soluzioni, intende fornire un quadro descrittivo della situazione dei tutor, delle loro conoscenze e competenze, delle loro modalità di intervento e supporto degli studenti nell'ambito della morte e del lutto. Di conseguenza offrire spunti di riflessione utili ad una successiva e competente pianificazione di interventi formativi rispetto a questo ambito di apprendimento.

La formazione è conoscenza e la conoscenza porta alla crescita dell'individuo come entità. E' per questo che i tutor clinici e gli studenti, e gli infermieri in generale, hanno il diritto di essere formati, il dovere di informarsi e di crescere, di diventare liberi di provare emozioni e sentimenti che non li coinvolgano negativamente, ma che li aiutino ad essere migliori per sé stessi come professionisti della cura, ma anche per gli utenti che affrontano quotidianamente (Cappelli, De Camillis, 2007).

BIBLIOGRAFIA

- Brunelli T. (2005) A concept analysis: the grieving process for nurses. *Nurs Forum* 40(4):123-8.
- Campione F. (2005) *The last dance*. Bologna: CLUEB Ed.
- Cappelli C., De Camillis N. (2007) *L'infermiere: vittima o sopravvissuto. Un no al burn-out dei sentimenti* [tesi]. Pescara: Università degli studi "Gabriele d'Annunzio" Chieti-Pescara.
- Jonsson A., Segesten K. (2003) The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*; 11: 141-152.
- Jonsson A., Segesten K., Mattsson B. (2003) Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*; 20: 79-84.
- Lylliman S., Gutteridge R., Berridge P. (2011) Using a storyboarding technique in the classroom to address end of life experiences in practice and engage student nurses in deeper reflection. *Nurse Education in Practice*, 11 179-185.
- Monti M. (2001) Lo stress acuto negli operatori d'emergenza e sue complicanze. Descrizione e criteri di intervento nel personale. In: Relazione convegno AISACE, Lugo 11-12 ottobre 2001.
- Zanlucchi C. (2003) *Lo stress e le strategie di coping degli infermieri del soccorso extraospedaliero. Una ricerca qualitativa* [tesi]. Trento: Università degli studi di Verona.



ESPERIENZE

La complessità assistenziale per la determinazione dell'organico infermieristico: l'esperienza di un pronto soccorso

di *Pietro Ricci*

Infermiere, Pronto soccorso Azienda Ospedaliera di Alessandria

Corrispondenza: prienovi99@libero.it

INTRODUZIONE

Il divario tra la domanda di prestazioni/assistenza da parte della popolazione e la risposta fornita dal Servizio Sanitario Nazionale, in particolare nell'ambito dell'emergenza-urgenza, si è tradotto in un notevole sovra-affollamento del pronto soccorso ed in una domanda di assistenza richiesta da parte dei pazienti, più impegnativa rispetto al passato, e in un aumento del carico di lavoro dei sanitari.

I fattori sottesi all'aumento del carico di lavoro sono numerosi:

- tipologia di pazienti: è in crescita il numero degli anziani (ISTAT 2011) e dei pazienti con poli-patologie che richiedono livelli e tempi di assistenza nettamente maggiori rispetto ad alcuni decenni fa;
- contrazione numerica dei posti letto nei reparti di degenza con conseguente aumento dei tempi di stazionamento in pronto soccorso prima del ricovero;
- nuovi modelli gestionali finalizzati a incrementare l'appropriatezza dei ricoveri e ridurre i tempi di degenza nei reparti;
- accessi impropri al pronto soccorso, da parte di coloro che non utilizzano, per ragioni diverse, l'assistenza sul territorio;
- aspettative degli assistiti e dei familiari anche in relazione alle mutate condizioni socio culturali;
- impiego di dispositivi terapeutici tecnologicamente sempre più complessi che richiedono quindi livelli di preparazione maggiore da parte del personale sanitario.

Quanto descritto, oltre a determinare un progressivo aumento del carico di lavoro, ha prodotto di conseguenza un aumento proporzionale della complessità dell'assistenza (Silvestro, Maricchio et al, 2009). All'aumento dell'attività assistenziale in pronto soccorso ha contribuito anche il passaggio da un modello gestionale "ADMIT to WORK" ricovera rapidamente per poi fare diagnosi in reparto, ad uno denominato "WORK to ADMIT" fai la diagnosi più completa possibile in pronto soccorso per poi ricoverare, se necessario, nel reparto più appropriato. L'implementazione di tale modello a livello nazionale ha avuto larga diffusione, facendone emergere i notevoli vantaggi dal punto di vista economico. A questo però non ha fatto seguito un adeguamento in termini strutturali e di risorse umane.

II CONTESTO OPERATIVO

Lo scopo di questo lavoro è proporre l'utilizzo di un metodo per il calcolo del fabbisogno di risorse umane in ambito infermieristico per le aree di pronto soccorso, che tenga conto dei tempi necessari a garantire un buon livello di assistenza in relazione ai nuovi carichi di lavoro.

Dall'analisi della letteratura effettuata non sono emersi dati utili per l'individuazione di un metodo di calcolo dell'entità dell'assistenza fornita e conseguentemente del fabbisogno di personale infermieristico per dipartimenti d'emergenza e accettazione.

Di fatto, quelli che potrebbero essere utilizzati come indicatori standard in grado di valutare l'aumento nel tempo dell'attività assistenziale (es.: codice di gravità del triage, permanenza media in pronto soccorso del paziente dopo la diagnosi e/o prima del ricovero, terapie messe in atto, diagnosi del ricovero), non rispondono ai requisiti di completezza ed uniformità richiesti. Infatti, non tutti i dati sono attualmente registrati con sistematicità (es.: le terapie effettuate sono riportate solo come prescrizioni nel diario medico) o non tutti sono direttamente acquisibili e standardizzati (es.: il codice di gravità del triage è spesso operatore-dipendente e comunque anche in presenza di linee guida interne non c'è uniformità tra i vari servizi di pronto soccorso).

L'unico strumento ritrovato in letteratura ed adattabile alla realtà sanitaria italiana, è risultato essere quello utilizzato dal sistema CLOC che contempla il calcolo dei tempi standard, in minuti, per fornire l'assistenza per ogni prestazione nelle diverse unità operative, compreso il pronto soccorso. La modalità di calcolo fornita dal sistema CLOC accanto ai dati ricavati dalla compilazione del diario infermieristico, ha rappresentato la base per la costruzione del metodo utilizzato nel nostro pronto soccorso.

Al DEA di Alessandria fino al 2011 l'unico contesto in cui il lavoro infermieristico veniva sistematicamente documentato e registrato in modo informatizzato, era la postazione di Triage. Sin dal 1998, infatti, ogni paziente che accedeva al servizio di pronto soccorso veniva registrato nel sistema informatizzato, per cui in caso di necessità era possibile risalire al numero di passaggi annui e alla tipologia di prestazioni complessivamente erogate dal servizio di emergenza-urgenza.

Di qui l'idea di calcolare, attraverso la compilazione sistematica del diario infermieristico informatizzato, anche il lavoro specificatamente svolto nella sola area di trattamento del pronto soccorso.

Il diario infermieristico, infatti, se sistematicamente e correttamente compilato, fornisce dati precisi ed sull'attività svolta e consente di quantificare in modo uniforme e completo il carico assistenziale per ciascun paziente. Per questo, può essere utilizzato come strumento standard per misurare l'attività assistenziale infermieristica ed il reale carico di lavoro (Moiset, Vanzetta 2009), e fornisce dati utili per il calcolo degli organici infermieristici.

II PERCORSO

E' stato creato un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha selezionato uno strumento, basato sulla tecnologia WHS (Windows Script Host). Lo strumento utilizza il PC Windows come Host per gli script Visual Basic Script, la Clipboard di sistema e la suite Office presente sui PC. Questi Script sono stati creati per semplificare, velocizzarle e standardizzare le registrazioni.

L'automazione delle scritture, inoltre, ha garantito una certa uniformità di linguaggio, evitato errori di battitura e facilitato le attività di ricerca dei dati. L'utilizzo di questo sistema non è stato imposto agli operatori: ciascuno è stato libero di aderirvi anche in considerazione delle caratteristiche delle registrazioni effettuate che sono tutte nominative e firmate elettronicamente.

Dalle registrazioni effettuate è stato possibile ricavare i dati relativi alle prestazioni per l'anno 2012, successivamente elaborati attraverso:

- "CONTA. SE" (Paganoni, Ponteggia 2008);
- Visual Basic for Applications VBA di MS Excel (Salvaggio 2007) creando una macro ad hoc;
- VBA di MS Excel LCase.

Utilizzando questo sistema si è ottenuto il numero totale delle prestazioni infermieristiche erogate per l'intero anno 2012. Ogni prestazione è stata moltiplicata per i tempi in minuti ricavati con il sistema CLOC" e si è calcolata così la quantità totale dei minuti assistenza necessari per garantirle (**Tabella 1**).

Successivamente è stata effettuata la verifica degli eventuali scostamenti tra l'organico in dotazione e il numero di unità necessarie a garantire i minuti assistenza ricavati con questo metodo.

L'orario di lavoro previsto dalle norme per il comparto sanità, definito debito orario teorico annuale viene così calcolato: [orario lordo (1872) - ferie (298) - tasso di assenteismo, che per l'anno 2012 per l'azienda in esame è risultato essere del 25,58% (dati ricavati dalla U.O. Risorse Umane-Amministrazione Trasparente AO Alessandria).

Ogni giorno nella fascia diurna (14 ore) è garantita la presenza di 3 operatori e i minuti teorici d'assistenza sono 2520 (14x3x60). Nelle ore notturne sono presenti 2 infermieri i minuti sono 1200 (10x2x60): i minuti/anno sono 1.357.800 (3720x365).

Il numero di unità previsto nell'area post triage del pronto soccorso di Alessandria, è di 8 infermieri nelle 24 ore, (2 turni da 7 ore con 3 unità, nelle ore diurne, ed un turno da 10 ore con 2 unità, nelle ore notturne); le unità attualmente dedicate alla gestione di quest'area sono 14.

Calcolando che ogni operatore deve garantire 1172 ore annue al netto delle ferie e del tasso di assenteismo, considerando il calcolo su 14 operatori i minuti assistenza risultano essere 984.480 (1172x60x14).

La discrepanza tra il calcolo teorico e i minuti effettivi di assistenza risulta quindi essere pari a 373.320 minuti (1.357.800-984.480) per garantire i quali sarebbero necessarie ulteriori 5 unità. Già con questo calcolo teorico si evince che l'organico è sottodimensionato e che la carenza è tamponata con il residuo ferie che ogni operatore mediamente si porta all'anno successivo.

Più precisamente, il risultato ottenuto dall'applicazione del metodo estrapolato dalla compilazione sistematica del diario infermieristico, fa rilevare una carenza di 8 unità: i minuti assistenza erogati nell'anno preso in esame, risultano essere 1.567.511 (Tabella 1) rispetto ai 984480 minuti effettivi, garantiti dall'organico di 14 operatori previsto dall'Azienda.

LE CONSIDERAZIONI

I risultati ottenuti hanno dimostrato che l'attività assistenziale e gli organici, non andrebbero calcolati solo sulla base del numero degli accessi annui, come previsto dalle normative vigenti, ma sarebbe opportuno considerare anche la complessità assistenziale degli utenti e l'aumento della loro permanenza in pronto soccorso.

I dati raccolti e i successivi calcoli hanno fatto emergere che per erogare l'assistenza infermieristica nell'area post triage, del pronto soccorso dell'ospedale di Alessandria, per l'anno 2012, sono stati necessari 1.567.511 minuti di lavoro. L'analisi di questo dato ha permesso di stabilire che l'organico infermieristico necessario per l'area di trattamento, considerando le ore effettive di lavoro, dovrebbe essere di 22 unità e non di 14 come attualmente.

Questa dotazione di personale, peraltro, risulta numericamente deficitaria soprattutto se si valutano anche i cambiamenti organizzativi determinati dalla riduzione delle risorse economiche destinate alla sanità. I professionisti che operano in questo settore devono necessariamente velocizzare la loro attività per ridurre i tempi delle prestazioni, oltre che garantire i rientri per la copertura dei turni.

E' importante riflettere su come ciò crei una situazione di rischio sia per l'utente che per l'operatore. Da un lato, infatti il paziente può non ricevere l'assistenza adeguata o addirittura essere vittima di errori da parte dell'operatore che 'lavora in fretta'. Dall'altro, l'operatore che ha un carico di lavoro troppo elevato non solo rischia di commettere maggior numero di errori, ma la qualità della sua vita lavorativa, nonché la qualità della vita in generale, ne risultano quantomeno compromesse.

Analizzando i dati nazionali degli ultimi dieci anni, non si può non notare come gli amministratori abbiano cercato, in virtù del contenimento dei costi, di razionalizzare la spesa riducendo i posti letto, accorpando le diverse unità operative, modificando le attività di reparto, determinando di fatto una riduzione dei giorni di ospedalizzazione dei malati. Tutto questo, pur consentendo una contrazione della spesa sanitaria, ha comportato un aumento dell'attività assistenziale nei dipartimenti d'emergenza.

Il lavoro condotto ha messo in luce l'importanza della compilazione sistematica del diario infermieristico in pronto soccorso, non solo per fini di ricerca o per rendere più completa la documentazione clinica (Benci 2011) del paziente, ma anche e soprattutto in quanto unico strumento in grado di documentare l'attività svolta.

Con il diario infermieristico è infatti possibile monitorare l'attività lavorativa del personale infermieristico e determinare l'eventuale necessità di incremento dell'organico, o, al contrario, in alcune realtà, mantenere costante il numero di unità assegnate.

In ultimo, un dato positivo che emerge dallo studio condotto, è che, nonostante l'imprevedibilità e la frenesia dell'attività in Pronto Soccorso, documentare l'assistenza infermieristica attraverso la compilazione sistematica del diario infermieristico è possibile anche nei dipartimenti d'emergenza.

Tabella 1 - Tabella tempi delle prestazioni infermieristiche 2012				
ASSISTENZA DIRETTA				
PRESTAZIONE	QUANTITA'	TEMPO S. CLOC	TEMP TOTALE	TOTALI
Posizionamento CVP	14249	15	213735	
Esecuzione EGA	8564	15	128460	
Esecuzione ECG	23988	10	239880	
Esecuzione prelievo ematico	11931	10	119310	
Esecuzione emocolture	774	20	15480	
Somm. terapia endovenosa	15192	15	227880	
Somm. terapia intramuscolare	2055	10	20550	
Somm. terapia orale	5274	15	79110	
Somm. aerosol terapia	1077	15	16155	
Posizionamento CV	974	15	14610	
Esec. cure igieniche preventive	974	10	9740	
Esecuzione cure igieniche	312	25	7800	
Rilievo parametri vitali	4352	3	13056	
Ass. al posizionamento CVC	72	40	2880	
Ass. all'incan. della arteria	13	15	195	
Ass. al paziente in NIV	392	90	35280	
Ass. alla sutura	1009	20	20180	
Ass. al pos. drenaggio toracico	11	25	275	
Ass. all'intubazione	36	20	720	
Trasporto protetto	92	30	2760	
Somm. terapia sottocutanea	2924	5	14620	
Esec. altri esami colturali	1657	10	16570	
Pos. presidi per O2 terapia	801	15	12015	
Posizionamento SNG	492	20	9840	
Esecuzione lavanda gastrica	68	30	2040	
Esecuzione medicazione	1565	10	15650	
Ass. alla rachicentesi	9	40	360	
Trasfusioni (GR - plasma - piastrine)	970	30	29100	
Composizione salma	59	90	5310	
Rimozione abiti	29850	3	89550	1363111
ASSISTENZA INDIRETTA				
Compilazione documentazione	(5x365)	20	36500	
Comunicazione tra infermiere parente	(5x365)	20	36500	
Comunicazione tra infermiere e medico	(5x365)	60	109500	
Riordino materiale	365	60	21900	204400
TOTALE MINUTI ASSISTENZA				1567511

BIBLIOGRAFIA

- Amministrazione trasparente del sito ufficiale Azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio disponibile all'indirizzo www.ospedale.al.it, (ultima consultazione 14 marzo 2013).
- Silvestro A, Maricchio R, Montanaro A, Molinar Min M, Rossetto P, (2009) *"La complessità assistenziale"* The McGraw-Hill Companies, S.r.l. Italia Milano.
- Paganoni A M, Ponteggia L (2008). *"Laboratorio di statistica con Excel"* . Pearson Paravia Bruno Mondadori S.p.A. Milano.
- Benci, L. (2011). *"Gli aspetti giuridici della professione infermieristica" 6 edizione*, The McGraw-Hill Companies, S.r.l. Italia Milano.
- ISTAT Censimento 2011, disponibile all'indirizzo www.istat.it, (ultima consultazione 18 gennaio 2013).
- Moiset C, Vanzetta M, (2009). *"Misurare l'assistenza"*. The McGraw-Hill Companies, S.r.l. Italia Milano.
- Decreto Legge 7 maggio 2012 disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblico (*GU n.106.del 8 maggio 2012*).
- Autori Vari, GRIAC. Gruppo di Ricerca Infermieristica di Area Critica (1998) *"Sistema cloc"* The McGraw-Hill Companies, S.r.l. Italia Milano.
- Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E.) disponibile all'indirizzo www.epidemiologia.lazio.it/prevale13/, (ultima consultazione 1 febbraio 2013).
- Salvaggio A, (2007). *"Excel 2007 Macro e VBA"*. Edizioni FAG Milano.



ESPERIENZE

Indagine sulla soddisfazione lavorativa degli infermieri di chirurgia in un'azienda sanitaria dell'Emilia Romagna

di *Silvia Polastri (1), Michela Zanandrea (2), Loredana Gamberoni (3), Claudio Bonifazzi (4), Valerio Muzzioli (5)*

(1) CPSI c/o Blocco Operatorio Polispecialistico, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

(2) CPSE c/o Formazione e Aggiornamento, Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara

(3) Prof. a contratto di Sociologia della Salute Università di Ferrara

(4) Prof. Ricercatore Dipartimento di Scienze biomediche e chirurgico specialistiche Università di Ferrara

(5) docente di Informatica Università di Ferrara

Corrispondenza: m.zanandrea@ospfe.it

Il tema del benessere del personale sanitario è analizzato da molto tempo nei contesti anglosassoni e americani, mentre in Italia solo da alcuni decenni è oggetto di ricerche in ambito psicosociale e organizzativo. Tradizionalmente le indagini che hanno trattato temi attinenti la definizione e la misurazione dei livelli di benessere sono state identificate con variabili di natura economica; negli ultimi anni, grazie anche al contributo di idee e di analisi offerte da numerosi filosofi, economisti ed esperti di organizzazione quali P. Dasgupta, J.B. Rawls e A. Sen, si è promosso un nuovo approccio che considera il benessere come un fenomeno multidimensionale.

Dagli studi finora condotti si evidenzia che il lavoro dell'infermiere presenta diversi aspetti che concorrono a "minare" il benessere quali: affrontare situazioni di vita o di morte, di angoscia; rispondere a persone che fanno domande impegnative e imbarazzanti; conciliare gli impegni di lavoro con quelli di famiglia. A questi se ne aggiungono altri, quali il mancato riconoscimento professionale e la difficoltà di esprimere al meglio le proprie potenzialità legata ai modelli organizzativi del lavoro che sono ancora in molti casi orientati ai compiti.

Si è quindi valutato opportuno sondare la soddisfazione correlata al lavoro negli infermieri dell'area chirurgica, in quanto i dipartimenti chirurgici della nostra Azienda sono caratterizzati dalla presenza di personale relativamente stabile, con tassi contenuti di turn over e di assenteismo. Le rilevazioni sono state effettuate alla vigilia di un cambiamento organizzativo importante, quale il trasferimento della sede, interpellando 89 soggetti tramite un questionario individuale anonimo a risposta multipla, adattato al contesto chirurgico dell'A.O.U.S. Anna, proposto agli infermieri per una compilazione su base volontaria.

Risultati

Dall'analisi emerge che la soddisfazione degli infermieri, nel 2009, è distribuita maggiormente sul gruppo logico "benefici", mentre nel 2010 su "clima relazionale" e "formazione e sviluppo professionale".

Tabella 1

	Anno 2009			Anno 2010		
	Media (tot)	DS (tot)	α di Cronbach	Media (tot)	DS (tot)	α di Cronbach
1. Benefici	23.763	5.398	0.8195	23.481	4.779	0.7610
2. Pianificazione Vita/lavoro	16.091	4.416	0.7617	16.080	5.164	0.8385
3. Clima relazionale	29.972	7.520	0.8706	28.952	6.084	0.7823
4. Formazione e sviluppo Professionale	13.988	3.747	0.8635	15.149	4.085	0.8352

Nel confronto tra l'anno 2009 e 2010, la differenza maggiore si nota sul gruppo 4, evidenziando una maggior soddisfazione percepita nell'ambito della formazione.

Discussione

Analizzando gli esiti della nostra indagine si constata che il personale infermieristico abbia "reagito" ad un cambiamento logistico ed organizzativo che si stava prospettando, spostando tutta la sua attenzione al gruppo, quasi a voler attingere una certa forza. Le pressioni organizzative che il gruppo ha ricevuto hanno prodotto una richiesta di adattamento, gli stimoli risultanti dal clima dell'ambiente di lavoro hanno portato gli infermieri a sviluppare capacità per sostenere eventi negativi e convertire queste esperienze in situazioni di stabilità, fino ad occasioni di crescita e di sviluppo. Possiamo definirla una forma di resilienza, intesa come un processo dinamico che si sviluppa tra individuo e ambiente (Tusaie et al., 2004).

Nel 2010 si è evidenziato poi un nuovo bisogno infermieristico: la necessità di costruire e richiedere la creazione di legami significativi all'interno dell'"organizzazione ospedale". L'opportunità di far parte di progetti e gruppi di lavoro aziendali, oppure di interagire in prima persona con l'Università o i Centri di formazione sembrano essere stati la "ricetta giusta" per aiutare il professionista a "ripensarsi", trovando nuove fonti di soddisfazione personale e professionale.

Conclusioni

I risultati, seppure limitati a un solo setting infermieristico, confermano come la professione infermieristica sia connotata dalla compresenza di fattori di soddisfazione e insoddisfazione, che configurano un equilibrio fragile e instabile. Le direzioni professionali in primis e quella aziendale subito dopo devono tenere costantemente sotto controllo i sintomi di malessere, che potrebbero generare eventi non voluti quali alti tassi di turn over, assenteismo o peggio ancora errori nelle attività professionali.

L'indagine ha evidenziato come vi sia l'esigenza di definire ruoli più ricchi di spazi decisionali e di responsabilità, con la necessità costante di fare gruppo e di sentirsi parte di un gruppo. Si riscontra una forte richiesta, oggi, di darsi un'organizzazione basata sui processi di lavoro integrati e multi professionali, ovvero un'organizzazione capace di ridurre la catena gerarchica e di valorizzare il coordinamento orizzontale, nonché un arricchimento dei ruoli organizzativi per processi e per obiettivi.

BIBLIOGRAFIA

- Avallone F., Paplomatas A., *Salute organizzativa: psicologia del benessere nei contesti organizzativi*, Ed. Cortina, 2005.
- Dasgupta P. (2004); *Benessere umano e ambiente naturale*, Vita e Pensiero, Milano.
- Destrebecq A., Terzoni S., *Management infermieristico*, Ed. Carocci Faber, Roma, 2007.
- Fulcheri M, Lo Iacono A, Novara F, "*Benessere psicologico e mondo del lavoro*", Centro Scientifico Editore, Torino, 2008.
- Geri LoBiondo-Wood, Judith Haber "*Metodologia della ricerca infermieristica*" ed. italiana a cura di Alvisa Palese, quinta edizione, McGraw-Hill, Milano, 2004.
- Sen A. (1999); *La libertà individuale come impegno sociale*, Laterza, Bari.

RIVISTE

- A.A.V.V., *A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital Nurses*, *International Journal of Nursing Studies* 44 (2007) 1354-1362.
- A.A.V.V., *The relationship Between Hospital Unit Culture and nurses' Quality of Work life*, *Journal of healthcare Management*, Jan/Feb 2002; 47, 1.
- Bega S, Ferraresi A, *Percezione dell'appropriatezza del lavoro in un gruppo di infermieri ospedalieri con diversi percorsi formative di base*, *Management Infermieristico*, N 4/2008.
- Benso P.G, Gerbaudo L, Violante B, Violante S, *Correlazione tra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari*, *Giornale Italiano Medicina del Lavoro Ergonomia*, supplemento A Psicologia, 2009.
- Biavati C, Calanchi S, Chiari P, Chiarelli P, D'Ercole F, Farinella P, Fontana S, Martelli B, Mosci D, Parma D, Ruffini B, Robb MC, Sansolino S, Taddia P, *Valutazione della soddisfazione per l'organizzazione basata sulla valorizzazione di posizioni funzionali, tra gli infermieri del Policlinico S.Orsola-Malpighi*, *Assistenza infermieristica e ricerca*, 2007, 26, 4.
- Cafaro G, Sansoni J, *Job satisfaction: uno studio tra pubblico e privato*, *Professioni Infermieristiche* Vol 63 n2 Aprile-Giugno pp 67-76; 2010.
- Camerino D, Mansano Sarquis LM, *Condizioni di lavoro, salute e benessere del personale infermieristico in Europa*, *Professioni Infermieristiche*, Vol 63, n.1 Gennaio-Marzo 2010, pp 53-61.
- Castaldo A, *Soddisfazione operatori, il tema cruciale della valutazione in Residenza, Assistenza Anziani*, Gennaio, 2009.
- Cortese CG, Ghisilieri C, Colombo L, *satisfaction: presence of work-family conflict in a sample of Italian nurses*, *Med Lav. 2008 Sep-Oct;99(5):371-86*.
- Crems (a cura di) *La motivazione al lavoro secondo Herzberg e McGregor*, *Risorse Umane*, Gennaio-Febbraio 2008.
- Di Nuovo S, Zanchi S, *Benessere lavorativo: una ricerca sulla soddisfazione e le emozioni positive della mansione*, *Giornale di psicologia*.it, Vol.2 NO.1-2, 2008.
- Doran D M, McGillis Hall L, Petch T, Tourangeau A E, *Measurement of Nurse Job Satisfaction Using the McCloskey/Mueller Satisfaction Scale*, *Nursing Research* March/April 2006 Vol 55, No 2.
- McCloskey JC Mueller CW, *Nurses' job satisfaction: a proposed measure*, *Nurs Res.* 1990 Mar-Apr;39(2):113-7.
- McVicar A, *Workplace stress in nursing: a literatur review*, Blackwell Publishing, 2003.
- Toode K, Routasalo P, Suominen T, *Work motivation of nurses: A literature review*, *Int J Nurs Stud.* 2010 Oct 12.
- Tusaie K, Dyer J., *Resilience: a historical review of construct* [Holist Nurs Pract.](#) 2004.

SCAFFALE

Filosofia per i professionisti della cura

Roberta Sala
Carocci, 2014
pagine 154, euro 16,00



Un viaggio interessante e originale quello che Roberta Sala, autrice già nota ai lettori infermieri, offre a tutti i professionisti della cura. Nel percorso che il suo volume propone viene esplorato il ruolo e il significato della riflessione filosofica nell'ambito delle professioni della cura, con un approfondimento sullo sviluppo del senso di responsabilità professionale per coloro che sono chiamati a prendere in carico persone in situazione di necessità/fragilità.

Come si può comprendere già dal titolo dell'opera, Sala ritiene che la formazione umanistica sia fondamentale per i professionisti della cura: una posizione oggi di tendenza, comune a molti, sebbene in realtà i percorsi di formazione di base dei professionisti in questione non siano adeguati a questa posizione diffusa e condivisa. Più in generale si deve ricordare che la crisi della cultura umanistica è trasversale a una ben più ampia categoria: le discipline scientifiche

sembrano vincersela in molti percorsi didattici delle scuole superiori, per esempio, con un orientamento pressoché monocorde nello sviluppo degli adolescenti.

Un volume quindi che intraprende un percorso diverso e lo propone ai lettori per accentuare la riflessione sulle reali caratteristiche di un professionista della cura, per i quali la filosofia è un insegnamento indispensabile. In particolare sono da mettere in primo piano alcuni degli strumenti del mestiere del filosofo, per esempio di Socrate, che possono costituire anche punti di ricerca e di attenzione del sanitario:

- il partecipare a "quell'inesausto e inesauribile ricercare" che è tipico dei professionisti che hanno la grande responsabilità di prendere in carico delle persone, quindi necessariamente orientate alla ricerca come attitudine di fondo;
- lo sviluppo di un senso critico, che dovrebbe essere proprio di ogni professionista, per definizione autonomo nei suoi giudizi e libero da pregiudizi;
- l'abbandono delle convenzioni e abitudini in quanto tali, per lasciare spazio alla ricerca di nuove spiegazioni, così come alla testimonianza delle proprie convinzioni.

Il lungo viaggio sulla responsabilità di Sala prende le mosse dall'*Apologia di Socrate* di Platone, procedendo poi con un percorso argomentativo che sottolinea "alcune riflessioni fondamentali relativamente al significato della filosofia, al senso di praticarla, alla sua funzione, nonché alla sua eventuale utilità" (pag. 20).

Efficacemente, aiutandosi con un linguaggio approcciabile a tutti, anche a chi non ha precedenti confidenze con la filosofia, Sala recupera il messaggio socratico, che propone per punti essenziali:

- “la filosofia non deve rimanere un’impresa intellettuale isolata e astratta, ma deve assumersi il compito di migliorare le persone che sono coinvolte, più o meno direttamente, nella sua pratica”;
- “la filosofia non è un sapere per pochi eletti”;
- “la filosofia richiede coraggio”: probabilmente per questo non è facile né studiarla né insegnarla;
- “la filosofia esige che si ragioni in proprio, ciascuno con la propria testa”;
- “la filosofia rende disobbedienti (...) Essere liberi di pensare impone il dovere morale di disobbedire se obbedire significa commettere ingiustizia”;
- “la filosofia è per menti aperte, disposte a rinunciare a protezioni e salvacondotti” (pag. 21 e 22).

Un insegnamento per niente fuori tempo, quindi, che anzi riporta l’attenzione su temi focali anche del nostro tempo: l’impegno della famiglia professionale, di ognuna di quelle che costituiscono la nostra comunità scientifica e civile, è essenziale per lo sviluppo positivo di tutta la società, dato che i professionisti sanitari non possono occuparsi solo di standard di prestazioni, bensì di dove va la salute rispetto agli attuali impegni/attenzioni di chi è chiamato a scegliere, e anche noi lo siamo.

La deontologia entra quindi in tutta la sua rilevanza in questa discussione, lunga ben 128 pagine, sorretta per di più da un ampio corredo bibliografico, comprensivo di note esplicative per condurre tutti verso l’approfondimento. I professionisti della cura, medici e infermieri in special modo, appartengono ad “una comunità volontaria che si regge su propri valori, idealmente sottoscritti al momento dell’adesione a essa” (pag. 48). La professione è quindi “la comunità volontaria di individui che intendono condividere valori, azioni, condotte e finalità” (pag. 51). E’ questo uno spunto di riflessione estremamente attuale per i curanti, in quanto la dimensione valoriale dei professionisti sta ponendosi sullo sfondo, nella società attuale, anziché in primo piano.

Lo spazio per sviluppare questa dimensione della professione è ormai molto limitato nel percorso formativo e il prezzo di questa scelta sarà oneroso nel tempo se non vi si porrà provvedimento. Ma Sala non accetta questa posizione secondaria della deontologia, ribadendo anzi che “il professionista agisce *liberamente* secondo una norma dettata dalla professione (dal gruppo professionale), norma che tuttavia egli riconosce come propria del suo agire da professionista in quanto appartenente a quella particolare professione” (pag. 53). La deontologia di conseguenza rende libero il professionista, o come afferma Sala “riconoscere una valenza morale all’agire deontologico significa riconoscere nell’agire professionale un ampio spazio all’autonomia: non agisce conformemente a doveri (e non soltanto obbedendo a essi) se non chi ha la libertà di agire disattendendoli (...) Solo comprendendo questo intreccio tra libertà e dovere si comprende il senso più profondo della responsabilità: essa è il dovere di rendere conto del proprio operato in quanto espressione della propria decisione autonoma, che è autonoma in quanto determinata dalla legge morale, dai dettami della coscienza. Responsabile può essere solo chi è autonomo, ovvero solo colui che agisce coscientemente, che sa di dover agire secondo quella norma fondamentale che è la sua coscienza morale. Agire deontologicamente significa dunque agire responsabilmente, in modo conforme agli ideali della professione e ai suoi correlati doveri. Agire deontologicamente non significa, pertanto, eseguire comandi quanto piuttosto avvertire la doverosità morale di certi atti o azioni” (pag. 53).

Più avanti Sala riprende la questione morale facendoci apprezzare l'insensatezza di un luogo comune che vuole separata nell'esperienza individuale la ragione e il sentimento, o come riportato a pag. 115, *sense and sensibility*, intesi come "la capacità di cogliere in un'unica visione di insieme i significati delle cose che accadono e del loro simultaneo accadere" (pag. 117). La dimensione della cura permette di recuperare l'una e l'altra visione ed esperienza, assumendo "l'atteggiamento della cura come sfondo delle singole decisioni, richieste per ogni situazione, andando oltre le regole apprese e individuando i significati delle cose che accadono nelle circostanze in cui accadono. Non basta sapere a memoria manuali di etica o codici di deontologia se non si possiede la cura" (pag. 119).

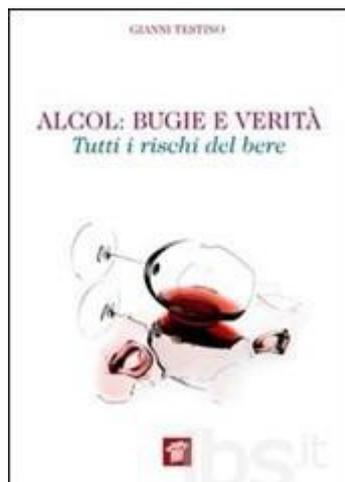
Con questo percorso in 7 capitoli, quindi più che avvicinabile e agile, Sala ci conduce a constatare le sfide del nostro tempo per le professioni di cura: "solo da persone libere si sente l'appello che gli altri ci rivolgono; riconoscerli liberi, eguali, degni di eguale rispetto. Tutte queste parole trovano sintesi nella cura che dobbiamo loro, a noi stessi, alla nostra comune umanità" (pag. 128).

Laura D'Addio

SCAFFALE

Alcol: bugie e verità, tutti i rischi del bere

Gianni Testino
 Il Pensiero Scientifico Editore - collana Informa
 pagine 296, euro 22,00



L'opera del professor Giovanni Testino dal titolo "Alcol: bugie e verità, tutti i rischi del bere", costituisce, nel panorama scientifico, un'analisi innovativa, dettagliata e rigorosa su un fenomeno, quello del consumo delle bevande alcoliche, che affligge la società.

Medico, specialista in Medicina interna e gastroenterologia ed Endoscopia digestiva, e coordinatore del Centro Alcolico Regionale della regione Liguria, il professor Giovanni Testino, avvalendosi della collaborazione di personalità eminenti del settore, traccia un percorso unico e approfondito del problema, ben fruibile per la chiarezza e la semplicità del linguaggio anche a chi non è un operatore sanitario. Tale percorso origina dalla simbologia e dall'utilità che il vino e le bevande alcoliche avevano nelle culture antiche e in ambito religioso, fino a

toccare gli anni del proibizionismo per arrivare a descrivere "che cosa significa bere, oggi", con tutte le conseguenze che ne derivano e che stravolgono la sfera della salute, sociale e familiare.

A tale proposito è interessante notare come in Italia, già nei primi anni del '900, si parlasse di alcolismo, cioè di un problema che si manifestava in tutta la sua gravità. Ecco perciò che nel 1904, a Bergamo, il Dott. Luigi Agliardi tenne il "I° Convegno Antialcoolistico italiano", nel quale spiegò quanto fosse importante una solida propaganda antialcolista, condotta dalle istituzioni unitamente al clero, ai medici, agli insegnanti, a campagne pubblicitarie e a conferenze e lezioni, ai fini di estirpare la piaga dell'alcol. E, proprio alla luce di questo problema, che nel corso degli anni coinvolgeva sempre più la popolazione, nel 1913 il Governo Giolitti varò la legge n. 632 recante la voce "Provvedimenti per combattere l'alcolismo in Italia".

Ad oggi tante sono state le leggi che si sono susseguite in materia di prevenzione dell'alcol, in particolare ricordo il "Manifesto europeo Amphora", promosso nel 2012 da 71 scienziati appartenenti a 33 organizzazioni di 14 paesi europei, e nato alla luce dell'ancora elevato numero di decessi alcol-correlati. Il documento, ancora una volta ha ribadito l'importanza della prevenzione in materia legislativa e pubblicitaria, e l'importanza, particolare non di poco conto, del rivalutare alcune normative ancora vigenti.

Eppure, già la conoscenza delle patologie che originano dall'assunzione di bevande alcoliche (come: cirrosi epatica, tumori all'esofago, alla laringe, all'intestino), dovrebbe indurre il consumatore a non assumere più tali sostanze, e invece, a tutt'oggi, bere è ancora un comportamento socialmente accettato, che nel nostro paese è tra l'altro parte integrante della nostra cultura, mediterranea, dove bere un bicchiere di vino, a tavola, è scontato come bere un bicchiere d'acqua.

Per questo Giovanni Testino, nel libro, cerca di stimolare il lettore a riflettere sui tanti falsi miti che gravitano intorno all'alcol, quali per esempio: "consumo sociale-moderato", e su come e su quanto la comunicazione possa indurre la persona ad assumere una specifica sostanza perché "è figo" perché "lo fa tutto il gruppo al quale appartengo" perché "quando io e i miei amici ci ritroviamo in quel locale, non possiamo non bere una birra".

Ecco allora che Giovanni Testino spiega come non esista un "consumo sociale-moderato", e ad avvalorare la tesi che un bicchiere di vino ai pasti nuoce alla salute sono i dati scientifici, confermati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Dati che spesso, e purtroppo, sono poco conosciuti dagli operatori sanitari se non addirittura oscurati, ed inoltre manipolati da chi ha da guadagnare dalla vendita di alcolici, e peggio ancora sono sottovalutati dalla cultura della nostra stessa società, che consiglia il consumo di alcol, spesso pari a un bicchiere di vino ai pasti, anche nei regimi dietetici salutistici, implicanti anche lo svolgimento di un'attività fisica.

Chi guadagna dalla vendita di alcolici sono le lobby dell'alcol e della pubblicità, unite tra di loro da un legame potente e difficile da combattere, perché si avvale di uno strumento inossidabile: l'operato di ricercatori e pubblicitari, che riescono a costruire un messaggio efficace nel fare leva sui desideri dei giovani e sui piaceri della vita, e questo nonostante la legge 125 del 2001 sottolinei come "non debba essere prodotta nessuna pubblicità che induce a bere, ma bisogna limitarsi a fare conoscere il prodotto".

Come trattare quindi, si chiede l'Autore, l'alcol dipendenza? Rivalutando il modo di lavorare nel trattamento dell'alcol-dipendenza, e dunque considerando, prima di tutto, l'individuo, la famiglia e la società non come tre unità distinte. Esse vanno bensì considerate come un insieme che deve essere stimolato a crescere e a maturare, e che deve essere valorizzato trasformandolo nella parte attiva e consapevole dei percorsi di cura e di trattamento, e delle strategie di prevenzione. Ciò perché molto resta ancora da fare e da recuperare sul piano delle relazioni umane, della promozione della salute e di una organizzazione sanitaria complessa più moderna e sostenibile.

Tuttavia questo nuovo modo di lavorare, a mio parere rivoluzionario, purtroppo viene oggi applicato solo in pochi casi, ma sono certo che conoscerà la sua massima espansione quando verrà creata un'intesa, un legame certo tra gli operatori della salute, tra la famiglia e i gruppi di auto-aiuto.

In particolare, conclude Testino, l'attenzione deve essere rivolta al volontariato di auto-aiuto: "un'affascinante economia alternativa, che è sempre con noi, un'economia eccezionalmente produttiva che genera vita, una sorgente di benessere per tutti che non conosce crisi" (John Mac-an-Leisdre). E nell'auto-aiuto, importante è la formazione dei giovani, la crescita morale, civica e la scelta a seguire stili di vita compatibili con la propria salute e quella degli altri. Questi valori vanno coltivati e continuamente rinnovati così come la libertà dell'uomo sempre si rinnova, e quindi ogni persona, ogni generazione anche a venire, può e deve prendere di nuovo in mano le conoscenze morali, civiche e scientifiche che gli sono state passate, senza lasciare che la responsabilità dei nostri pensieri e delle nostre azioni sia delegata ad altri.

La vera forza e l'originalità di questa opera di Giovanni Testino, basata su elementi scientificamente indiscutibili, sta proprio nel riuscire a chiarire i dubbi che interessano tutti i cittadini, e che possono essere riassunti nei seguenti assiomi:

- a. L'alcol etilico, componente di tutte le bevande alcoliche (es. vino, birra, spumante, superalcolici, etc.), è una sostanza psicoattiva, una droga con una capacità di indurre dipendenza superiore alle droghe illegali più conosciute.
- b. L'alcol etilico è un noto cancerogeno, responsabile della formazione di tumori, e determina effetti tossici su tutti i nostri organi, tra cui i più vulnerabili sono il fegato e il sistema nervoso centrale.
- c. Pur essendo presente in molte abitudini e stili alimentari, l'alcol etilico non è un alimento né un nutriente per il nostro organismo, come lo sono invece le proteine, i carboidrati o i grassi alimentari.
- d. In base alle conoscenze scientifiche attuali non è possibile raccomandare una quantità di alcol sicura per la salute: il rischio esiste a qualsiasi livello di consumo ed aumenta progressivamente con l'aumentare delle quantità di alcol assunte, con effetto cumulativo.

Valentino Patussi

Direttore SOD di Alcologia della AOUC e
Coordinatore del Centro Alcologico Regionale Toscano

COLOPHON

Direttore responsabile

Annalisa Silvestro

Comitato editoriale

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

Redazione

Laura D'Addio, Alberto Dal Molin, Immacolata Dall'Oglio, Pietro Dri, Annamaria Ferraresi, Silvestro Giannantonio, Rita Maricchio, Marina Vanzetta

Segreteria di redazione

Antonella Palmere

Progetto grafico

Ennio De Santis
Vladislav Popov

Editore

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

Internet

www.ipasvi.it

Periodicità

Bimestrale

Registrazione

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

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

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

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