

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LIX

3

ISSN 2038-0712

**MAGGIO-GIUGNO
2015**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● EDITORIALE

Competenze avanzate degli infermieri: ecco il modello dell'Ipasvi
di Barbara Mangiacavalli

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

La prossima generazione di infermieri: panoramica di un'Università italiana
di Loreana Macale, Roberta Fida, Alessandro Sili, Rosaria Alvaro

La comunicazione online tra i professionisti e il cittadino in ambito sanitario: secondo rapporto sulle attività della Federazione nazionale dei collegi infermieri (IPASVI)

di Marina Vanzetta, Annamaria Ferraresi, Rita Maricchio

● CONTRIBUTI

La letteratura scientifica Open Access: una risorsa per gli infermieri
di Claudia Righini, Donato Bragatto, Annamaria Ferraresi

● ESPERIENZE

Missed nursing care, dotazione organica ed esiti del lavoro in ambito onco-ematologico

di Antonio Nappo, Danilo Di Lorenzo

Conoscenze e percezioni degli studenti di Infermieristica sugli errori da somministrazione di farmaci

di Stefano Terzoni, Paolo Ferrara, Antonio De Angelis, Anne Destrebecq

Proporzionalità della cura: qual è la percezione dei professionisti sanitari?

di Francesca Zardi, Giuliana Maserà

Tubercolosi: conoscenze e percezioni del rischio tra gli studenti dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie

di Madina Marconini, Elisabetta Balestreri

Quali ostacoli alla donazione di sangue ed emocomponenti? I pareri dei NON donatori

di Chiara Fioribello

● SCAFFALE

La storia del Nursing in Italia e nel contesto internazionale

Come riorganizzare le risorse umane. il caso ESTAR nella sanità toscana



EDITORIALE

Competenze avanzate degli infermieri: ecco il modello dell'Ipasvi

di **Barbara Mangiacavalli**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Le competenze avanzate degli infermieri rappresentano il normale sviluppo di una professione che, nei fatti, ha già compiuto in moltissime realtà sul territorio nazionale i passi indicati nell'accordo Stato-Regioni la cui bozza è stata approvata dalla Commissione salute delle Regioni fin dall'inizio del 2013 e che giace nei cassetti del ministero della Salute, nonostante le sollecitazioni degli assessori perché sia messo all'ordine del giorno delle Conferenze.

A suo tempo l'accordo è stato congelato perché si è avanzata l'ipotesi che per essere reso attuabile avesse bisogno di una norma che lo prevedesse e il comma 566 della legge di stabilità 2015 altro non è se non quella norma.

Ancora qualche ostacolo da superare certo, ma questa volta anche i sindacati camminano con noi e negli ultimi tempi hanno preso una posizione forte a difesa delle tappe conquistate, dichiarandosi pronti a intervenire per promuovere la realizzazione di una diversa organizzazione del lavoro impostata sul riconoscimento del merito e delle diverse responsabilità.

A tutto questo ciò che serve è un modello che illustri come e dove la nuova figura dell'infermiere si andrà a posizionare.

Per questo la Federazione Ipasvi ha presentato a luglio il suo progetto, elaborato da un gruppo di infermieri esperti coordinati da Annalisa Silvestro, che si richiama al Patto per la salute e ai contenuti della bozza di accordo tra Governo e Regioni sulle competenze specialistiche dell'infermiere.

Nel modello sono posizionati su due assi – clinico e gestionale - i livelli di competenza che l'infermiere acquisisce attraverso specifici percorsi formativi.

Il primo livello corrisponde all'infermiere generalista, "cuore" del sistema, in possesso di laurea triennale, che rappresenta, in ogni caso, la matrice "core" della competenza da cui originano i successivi livelli di approfondimento o di espansione.

C'è poi l'infermiere con perfezionamento clinico o gestionale, che ha seguito un corso di perfezionamento universitario che lo ha messo in grado di sviluppare le sue competenze avanzate applicate a un'area tecnico operativa molto specifica.

Il terzo livello è quello dell'infermiere esperto clinico o coordinatore con master, formato con un master universitario di primo livello, in grado di approfondire le sue competenze in un settore particolare dell'assistenza infermieristica ed esperto di parti di processo assistenziale, di peculiari pratiche assistenziali settoriali o con capacità di governo dei processi organizzativi e di risorse in unità organizzative.

Infine, al quarto e più avanzato livello c'è l'infermiere specialista con laurea magistrale, formato con laurea magistrale in Scienze Infermieristiche con orientamento clinico o gestionale/formativo.

I nuovi modelli formativi corrispondono a un approfondimento delle competenze cliniche e gestionali, realizzato grazie a una formazione adeguata, di irrobustimento e specializzazione delle conoscenze e delle capacità assistenziali dell'infermiere in un determinato settore gestionale o in un'area clinica, in relazione ai bisogni di assistenza infermieristica, all'erogazione e valutazione di prestazioni e risultati e al governo dei processi assistenziali specifici. Dal punto di vista della gestione è prevista un'espansione delle competenze attraverso un processo che parte da quelle "disciplinari" e va verso conoscenze e capacità proprie del governo delle risorse e processi organizzativi.

Le specializzazioni infermieristiche insomma prendono corpo e pretendono l'approfondimento disciplinare del processo di assistenza e successivamente disegnano le abilità tecniche degli infermieri, abilità da utilizzare nei processi di assistenza su tutto il territorio nazionale.

L'infermiere vuole lavorare in squadra con paradigmi professionali, relazionali e organizzativi diversi dagli attuali e vuole ragionare su ciò che serve agli assistiti e alla sostenibilità del Ssn. E questo da ora in poi deve essere ben chiaro a tutti. Tutto, senza false strumentalizzazioni o vecchie sottomissioni a situazione che ormai appartengono al passato remoto.

E' di tutta evidenza, infatti, che nella quotidianità professionale i colleghi "spendono" le competenze acquisite in maniera autonoma e volontaristica, dentro il sistema salute che, oggettivamente, ne sta beneficiando.

Pensiamo ai colleghi esperti in wound care, in gestione delle stomie, in gestione dei picc, ai colleghi con master in area critica o assistenza territoriale o case manager: tutti esempi di attività "specialistica" che fino a quando si esercita senza visibilità "organizzativa" e senza riconoscimento formale, non è mai ostacolata, anzi, è ricercata. Quando si chiede il riconoscimento formale, giuridico ed economico, la strada diventa impervia e quasi impossibile.

In questo senso, l'attività del Comitato centrale è orientata a costruire rete, snodi e connessioni affinché le competenze specialistiche degli infermieri entrino a regime nel sistema salute.

In particolare, lavoreremo sulle questioni legate alla responsabilità professionale: come questa si connota nelle competenze specialistiche e come queste impattano sugli eventuali profili di colpa e di responsabilità, affinché i nostri professionisti possano "stare dentro il sistema" in maniera sicura e appropriata, per loro e per i nostri cittadini.

La comunicazione online tra i professionisti e il cittadino in ambito sanitario: secondo rapporto sulle attività della Federazione nazionale dei colleghi infermieri (IPASVI)

Marina Vanzetta¹, Annamaria Ferraresi², Rita Maricchio³

¹Coordinatore infermieristico, Ospedale Sacro Cuore - Don G. Calabria, Verona; ²Responsabile del Servizio interaziendale di formazione e aggiornamento, Azienda ospedaliero-universitaria e Azienda USL di Ferrara;

³Direttore della Direzione delle professioni sanitarie, Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara

Corrispondenza: marina22@libero.it

RIASSUNTO

Introduzione Nella primavera del 2011 la Federazione nazionale dei colleghi infermieri (IPASVI) aveva aperto, sul proprio sito Internet (www.ipasvi.it), una sezione informativa rivolta e dedicata al cittadino, "Per il cittadino"; nel tempo questa sezione ha registrato un progressivo aumento delle visite e suscitato un crescente interesse grazie ai contenuti offerti. Per consolidare il dialogo con i cittadini, offrendo informazioni sempre sicure e certificate, nel maggio 2014 la Federazione nazionale dei colleghi IPASVI ha deciso di lanciare un sito Internet dedicato, www.infermieriperlasalute.it. L'obiettivo di questo studio è quello di analizzare l'attività e il livello di fruibilità di questo sito Internet.

Materiale e metodi I dati relativi all'attività del portale sono stati raccolti tramite Google Analytics tra maggio e dicembre 2014.

Risultati Nel periodo considerato ci sono state 244.235 visite e 399.011 visualizzazioni di pagina singola. I visitatori sono stati in totale 192.975: il 78,9% erano nuovi visitatori e il 21,1% erano invece visitatori di ritorno. Il principale flusso di visitatori è provenuto dalla ricerca organica, ovvero tramite motori di ricerca. La frequenza di rimbalzo (*bounce rate*) sulle pagine del sito Internet in generale è stata pari all'80,3%; il numero medio di pagine visualizzate per ogni visita è stato di 1,63; la durata media della visita alla singola pagina è stata di 1,11 minuti.

Conclusioni I dati di questo rapporto sono incoraggianti e confermano l'avvedutezza della scelta fatta dalla Federazione prima con l'apertura di una sezione dedicata al cittadino sul proprio sito Internet e, successivamente, con l'apertura di un portale interamente dedicato.

Per fare sì che www.infermieriperlasalute.it continui a essere uno strumento valido e innovativo di comunicazione e di supporto alla relazione tra il professionista e il cittadino è necessario il contributo di tutta la comunità professionale per favorirne la diffusione e la promozione.

Parole chiave: cittadino, informazione sanitaria, Internet, infermiere

Online communication between healthcare professionals and citizens: second report on the activities of the Italian Federation of Nurses (IPASVI)

ABSTRACT

Introduction In spring 2011 the Italian Federation of Nurses (IPASVI) activated an informative web section dedicated to citizens on its Internet website (www.ipasvi.it), "For the citizen"; since then the section achieved a progressive increase in visits and aroused interest of the citizens thanks to the offered contents. To strengthen the relationship with the citizens, in May 2014 the Federation has launched a citizen dedicated website, www.infermieriperlasalute.it.

The aim of this study is to analyze the activity and the usability of this website.

Methods The data were collected through Google Analytics from May to December 2014.

Results The visits and the single page views were respectively 244.235 and 399.011. There were 192.975 visitors; 78.9% of new visitors and 21.1% of returning ones. The main flow to the website derived from the organic search (search engines). The global bounce rate was 80.3%; the average page numbers for visit was 1.63; the average visit duration was 1.11 minutes.

Conclusions The results show the rightness of the Federation choice in the opening a citizen dedicated website section on its site first and, successively, the launch of an entirely dedicated website, www.infermieriperlasalute.it.

It's necessary the involvement of the professional community for the spreading and the promotion of the website www.infermieriperlasalute.it as a valid and innovative tool for citizens.

Key words: citizen, health information, Internet, nurse

INTRODUZIONE

Il *Web 2.0* è uno spazio virtuale, accessibile ovunque e da chiunque e dove si può essere allo stesso tempo fruitori e produttori di informazioni (Santoro E, 2007, a-b), che ha oramai acquisito un ruolo importante nella vita quotidiana delle persone. I cambiamenti avvenuti con l'avvento del *Web 2.0* rappresentano una vera e propria rivoluzione nel campo della comunicazione che ha toccato tutti gli ambiti: da quello politico a quello sociale, economico, sanitario, eccetera (Santoro E, 2011).

Nei paesi in cui l'uso di Internet è diffuso e consolidato, la percentuale di persone che cerca sul *web* informazioni inerenti alla salute è pari, e in alcuni casi superiore, alla percentuale di persone che richiede assistenza sanitaria (Censis, 2009). Nel nostro Paese il 32,4% dei cittadini (oltre 19 milioni) usa Internet per ottenere informazioni riguardanti la salute. La ricerca delle informazioni avviene prevalentemente attraverso l'uso di motori di ricerca (97,6%), la consultazione di siti specializzati o scientifici (73,2%), la lettura della sezione salute dei quotidiani online (38,3%), la navigazione nei siti Internet istituzionali (29,8%) e tramite l'uso dei *social media* (34,7%) (Censis 2012, a-b).

Lo sviluppo esponenziale e trasversale del *web* ha coinvolto inevitabilmente anche i professionisti della salute e, di conseguenza, nella primavera del 2011, la Federazione nazionale dei colleghi infermieri (IPASVI), in occasione della rivisitazione del proprio portale, ha aperto una sezione del proprio sito Internet, "Per il cittadino", dedicata alle informazioni rivolte al cittadino. La sezione era a sua volta suddivisa in tre rubriche, "Click salute", "ABC salute" e "L'infermiere risponde", e offriva informazioni e consigli educativi su argomenti di interesse generale e specifico: dagli stili di vita corretti alle informazioni su singole condizioni patologiche o agli aspetti dell'assistenza infermieristica (Vanzetta M et al., 2013). Per consolidare il dialogo con i cittadini attraverso l'offerta di informazioni sempre sicure e certificate, nel maggio 2014 la Federazione nazionale dei colleghi IPASVI ha aperto un sito Internet dedicato interamente al cittadino, www.infermieriperlasalute.it. Il portale è organizzato in quattro sezioni: "Chi è l'infermiere?", "Lo sai che", "Guide pratiche" e "*Vademecum*" che fungono da contenitori di consigli pratici di assistenza, monografie di approfondimento e regole e informazioni per migliorare la propria salute.

Obiettivo

L'obiettivo di questo studio è quello di analizzare l'attività e la fruibilità del sito Internet www.infermieriperlasalute.it.

MATERIALI E METODI

Lo studio è di tipo osservazionale retrospettivo. I dati sono stati raccolti utilizzando Google Analytics, il servizio di analisi statistica web di Google che consente di monitorare in modo dettagliato le visite e l'attività di un sito. I parametri considerati sono stati il numero di visitatori, il numero di visualizzazioni di singola pagina, i canali di accesso al sito Internet, le parole chiave utilizzate, gli argomenti consultati, la frequenza di rimbalzo (*bounce rate*) – la percentuale di sessioni in cui gli utenti abbandonano il sito dalla pagina da cui sono entrati senza interagirci – il numero di pagine visitate e il tempo di permanenza su ogni pagina.

E' stata effettuata un'analisi statistica di tipo descrittivo esaminando ogni gruppo di dati in termini quantitativi e con un'analisi delle frequenze assolute.

I dati si riferiscono al periodo di tempo compreso tra l'apertura del portale, avvenuta il 12 maggio 2014, e il 30 dicembre 2014.

RISULTATI

Nell'intervallo di tempo considerato ci sono state 244.235 visite e un totale di 399.011 visualizzazioni di pagina singola. Ci sono stati 192.975 visitatori totali; in particolare il flusso di visitatori si è mantenuto omogeneo durante i mesi di giugno, luglio e agosto, è diminuito durante i mesi di settembre e agosto ed è aumentato tra novembre e dicembre (Figura 1).

Il 78,9% dei visitatori (152.257) erano nuovi mentre il 21,1% (40.718) erano visitatori di ritorno, ovvero coloro che sono ritornati sul sito Internet dopo averlo già visitato almeno una volta.

Il flusso di visitatori è provenuto per il 54,6% dalla ricerca organica (*organic search*), ovvero dai risultati visualizzati interrogando, con parole chiave, i motori di ricerca comuni (per esempio, www.google.it), per il 21,8% tramite collegamento diretto, ovvero con la digitazione dell'indirizzo www.infermieriperlasalute.it nella barra degli indirizzi del *browser*, per il 15,2% da collegamenti (*link*) presenti in altri siti Internet (*referral*) e per l'8,3% dai *social media*.

Le dieci parole chiave più spesso utilizzate nella ri-

Figura 1. Andamento delle visite del sito Internet www.infermieriperlasalute.it

cerca organica sono state, in ordine decrescente: disfagia, catetere vescicale, piaghe da decubito, decubito, catetere venoso centrale, primo vaccino, stomia, catetere, trombosi venosa profonda e primo vaccino neonato.

Il traffico dai *referral*, ovvero da fonti di terze parti, è arrivato principalmente dai siti Internet ipasvi.it e salute.gov e dai *client* di posta elettronica webmail. virgilio.it, mail.tiscali.it, m.mailbeta.libero.it e mail.google.com; il traffico dai *social media* è provenuto prevalentemente da Facebook, Blogger, Twitter e LinkedIn.

La maggioranza degli accessi al sito sono stati effettuati dal nostro Paese (93,52%); i restanti sono stati effettuati dall'Inghilterra, dalla Svizzera e dalla Francia.

Le località da cui sono state effettuate le visite sono risultate distribuite, con diversa concentrazione, su tutto il territorio nazionale (Figura 2). Le dieci principali città di provenienza dei visitatori sono state, in ordine decrescente per numero di visitatori: Milano (50.746), Roma (34.134), Torino (9.436), Napoli (8.315), Palermo (5.620), Bologna (5.451), Firenze (5.012), Catania (4.338), Bari (3.968) e Treviso (3.295).

Gli argomenti più consultati su www.infermieriperlasalute.it sono stati: la gestione del catetere vescicale, le vaccinazioni pediatriche, la prevenzione delle lesioni da decubito, il lavoro a turni, l'alimentazione come stile di vita per una buona salute, la preparazione preoperatoria del paziente, la disfagia dell'anziano, la gestione delle stomie intestinali, la gestione del catetere venoso centrale, le trasfusioni di sangue, la disidratazione nell'anziano, la bronco pneumopatia cronica ostruttiva, la somministrazione di insulina, l'ipertensione arteriosa e modifica dei comportamenti, le misure igieniche per la prevenzione delle infezioni e l'allergia al lattice.

La frequenza di rimbalzo (*bounce rate*) per tutte le sessioni è stata pari all'80,3%. Il numero di pagine visualizzate mediamente per ogni visita è stato di 1,63 mentre la durata media della visita alla singola pagina è risultata di 1,11 minuti.

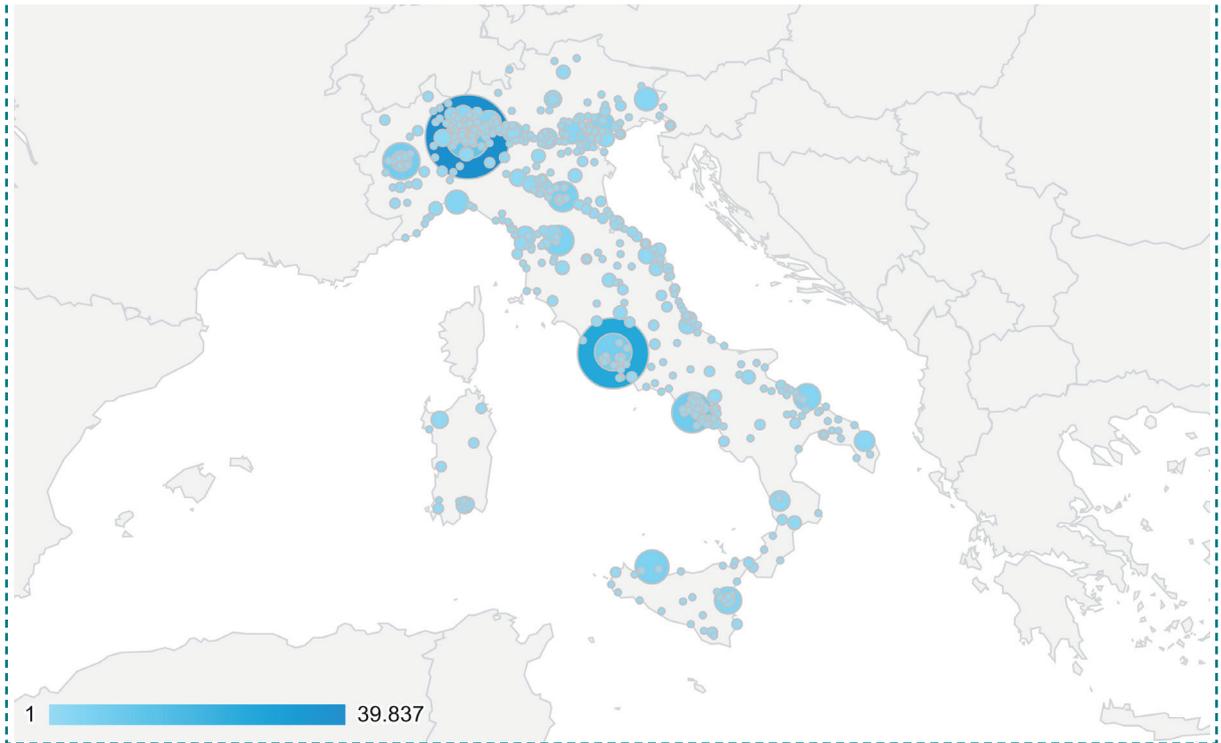
DISCUSSIONE

Il numero delle visite (244.235) e il numero delle visualizzazioni di pagina singola (399.011) rispecchiano la tendenza sempre più frequente a utilizzare le risorse del *web* per la ricerca di informazioni inerenti alla salute (Censis, 2009, 2012, a-b, 2013, 2014, a; Vanzetta M et al., 2013, 2014).

È rilevante sottolineare che il 21,1% dei visitatori è ritornato sul sito; questo dato potrebbe essere riconducibile sia all'interesse suscitato dallo strumento, sia alla funzionalità della sua struttura, che organizza efficacemente i contenuti facilitandone l'accesso e la fruizione. L'informazione offerta filtrata e strutturata secondo i fondamenti dell'*health literacy* (Masoni M et al., 2014) è per il cittadino garanzia della scientificità e della fruibilità dei contenuti, non lo disorienta nelle decisioni e ne promuove la fidelizzazione (Vanzetta M et al., 2013).

L'importanza di offrire informazioni di qualità in rete è un aspetto trasversale ma questo aspetto assume un peso maggiore se si tratta di informazioni legate alla salute che, altrimenti, potrebbe venire danneggiata. Esistono tre tipologie di *misinformation*, ovvero di cattiva informazione, reperibili in Internet: fonti che diffondono informazioni inaccurate in buona fede e senza scopo di lucro; fonti che offrono informazioni in modo non bilanciato, celando parte del problema; fonti che promuovono terapie miracolose senza alcuna evidenza scientifica (Masoni M et al., 2014). La definizione e l'applicazione di criteri condivisi di valutazione possono essere la soluzione al problema della qualità delle informazioni disponibili in rete e molte sono le organizzazioni sanitarie internazionali, private e pubbliche che si sono già impegnate in tal senso. I criteri essenziali che, secondo gli esperti, devono essere garantiti affinché l'informazione possa essere considerata di elevata qualità sono: l'accuratezza, l'autorevolezza delle fonti, l'aggiornamento, la trasparenza e la completezza, ovvero la descrizione di rischi e benefici (Masoni M et al., 2014).

I dati relativi alle modalità di accesso al sito www.infermieriperlasalute.it, avvenuto prevalentemente

Figura 2. Distribuzione geografica delle visite al sito Internet www.infermieriperlasalute.it

attraverso i motori di ricerca generici, riflettono le principali modalità utilizzate dalla popolazione in generale per la ricerca delle informazioni in rete.

Le parole chiave più usate nei motori di ricerca e gli argomenti più consultati sottolineano la presenza di un bisogno di informazioni riguardanti, in particolare modo, le patologie degli anziani (malattie cardiovascolari, respiratorie croniche, oncologiche e neurologiche) e la loro assistenza e il costante aumento di condizioni cronic-degenerative.

La domanda di cure e assistenza è crescente: secondo i dati del Censis, 4,1 milioni di persone in Italia sono attualmente portatrici di disabilità (il 6,7% della popolazione) e nel 2020 diventeranno 4,8 milioni, per arrivare a 6,7 milioni nel 2040. E' in aumento anche la domanda di assistenza per le persone anziane non autosufficienti. Nel nostro paese gli anziani che fruiscono di assistenza domiciliare integrata sono passati da poco più di 200.000 nei primi anni 2000 a oltre 532.000 nel 2012, cioè dal 2,1% al 4,3% della popolazione anziana (persone con 65 anni e oltre). Attualmente, la spesa complessiva per gli anziani sottoposti a cure a lungo termine (*long term care*) è pari all'1,7% del Prodotto interno lordo (PIL) ma nel 2050, alla luce delle proiezioni demografiche, l'incidenza potrebbe arrivare al 4% (Censis, 2014, b).

Per quanto riguarda l'uso del sito, è stata registrata

una frequenza di rimbalzo alta, un basso numero medio di pagine visitate e una bassa durata media di permanenza sulle pagine. Questo dato, sicuramente utile per considerazioni in termini di accessibilità, usabilità e qualità dei contenuti del sito, non va però considerato in senso assoluto; una frequenza di rimbalzo alta potrebbe essere ricondotta anche a una facile e immediata reperibilità delle informazioni di interesse del visitatore e non solo ed esclusivamente a problemi di accessibilità, usabilità o di bassa qualità dei contenuti.

Limiti

I dati sono riferiti a un intervallo di tempo limitato, sono stati analizzati a pochi mesi dall'apertura del portale e non sono confrontabili con i dati di attività della sezione del sito Internet dell'IPASVI rivolta al cittadino aperta precedentemente al lancio del sito Internet www.infermieriperlasalute.it (Vanzetta M et al., 2013).

CONCLUSIONI

L'indagine, pur presentando dei limiti, offre spunti di riflessione utili. Complessivamente, i dati di questo rapporto sono incoraggianti e confermano l'avvedutezza della scelta fatta dalla Federazione prima con la sezione del sito Internet dell'IPASVI rivolta al cittadino e, successivamente, con l'apertura di un

sito Internet dedicato (www.infermieriperlasalute.it). Per fare sì che questo sito Internet continui a essere uno strumento di comunicazione rivolto al cittadino valido, innovativo e capace di offrire informazioni sicure e certificate è necessario il contributo di tutta la comunità professionale; questa deve favorirne la diffusione e la promozione attraverso il suo utilizzo come strumento di supporto nella relazione con il cittadino e nella gestione dei percorsi assistenziali, sempre più complessi e differenziati. Sono necessari ulteriori studi per capire quanto e come le informazioni offerte soddisfino il reale bisogno del cittadino e come sono utilizzate dai professionisti della salute nella pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

- Censis (2009) *43° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese/2009*. <http://goo.gl/2KhoYc>
- Censis (2012, a) *10° Rapporto Censis/Ucsi sulla comunicazione. I media siamo noi. L'inizio dell'era biomediatca 2012*. <http://goo.gl/H3NVBC>
- Censis (2012, b) *46° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2012*. <http://goo.gl/vvO6op>
- Censis (2013) *47° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2013*. <http://goo.gl/K9kuyC>
- Censis (2014, a) *48° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2014*. <http://goo.gl/AZIkKH>
- Censis (2014, b) *Rapporto 2014 Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali*. <http://goo.gl/PYNurE>
- Masoni M, Guelfi MR, Conti A et al. (2014) *La qualità dell'informazione sanitaria in rete*. *L'Infermiere*, 1, 12-21.
- Santoro E (2007, a) *Podcast, wiki e blog: il web 2.0 al servizio della formazione e dell'aggiornamento del medico*. *Recenti Prog Med*, 98, 484-494.
- Santoro E (2007, b) *Il web 2.0: dalla partecipazione alla informazione*. *Ricerca & Pratica*, 138, 266-269.
- Santoro E (2011) *Web 2.0 e social media in medicina. Come i social network, wiki e blog trasformano la comunicazione, l'assistenza e la formazione in sanità*. Seconda edizione. Edizione Il pensiero Scientifico, Roma.
- Vanzetta M, Silvestro A, Martellotti E et al. (2013) *La comunicazione online tra professionisti e cittadino in ambito sanitario: primo rapporto sulle attività della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri (IPASVI)*. *L'Infermiere*, 50(1), e1-e8.
- Vanzetta M, Vellone E, Dal Molin A et al (2014) *Communication with the public in the health-care system: a descriptive study of the use of social media in local health authorities and public hospitals in Italy*. *Ann Ist Super Sanità*, 50(2), 163-170.

La prossima generazione di infermieri: panoramica di un'Università italiana

Loreana Macale¹, Roberta Fida², Alessandro Sili³, Rosaria Alvaro⁴

¹Dottorando di Ricerca in Scienze Infermieristiche Università degli Studi di Roma Tor Vergata; ²Ricercatore di psicologia del lavoro, Sapienza - Università di Roma; ³Responsabile Unità operativa complessa (UOC), Direzione infermieristica e delle professioni sanitarie, Policlinico Tor Vergata, Roma; ⁴Professore associato di scienze infermieristiche, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Corrispondenza: loreana.macale@torvergatasora.it

RIASSUNTO

Introduzione La professione infermieristica rientra tra quelle maggiormente intraprese grazie alla *good social reputation* e alle prospettive di carriera. Lo studio ha l'obiettivo di esaminare le motivazioni che hanno spinto gli studenti a intraprendere la carriera infermieristica, esplorare le conoscenze pregresse e l'autoefficacia percepita rispetto alle attività infermieristiche e indagare l'associazione tra queste variabili.

Materiali e metodi Lo studio utilizza un disegno di ricerca di tipo descrittivo osservazionale e ha coinvolto 874 studenti iscritti al primo anno del Corso di laurea in infermieristica presente in 17 sedi dell'Università Tor Vergata di Roma. Agli studenti sono stati somministrati una scala di valutazione dell'orientamento motivazionale e una scala di valutazione delle conoscenze pregresse e dell'autoefficacia percepita rispetto all'attività infermieristica.

Risultati e conclusioni I risultati mostrano che i motivi che spingono maggiormente gli studenti a intraprendere la carriera infermieristica sono il desiderio di rendersi utili socialmente, considerato un interesse genuino, o l'aver vissuto delle esperienze (personali o altrui) in ambito infermieristico. Inoltre, più gli studenti sono motivati da un interesse genuino più sono consapevoli delle attività professionali proprie del *nursing* e più sentono di possedere le competenze necessarie per il futuro ruolo di infermiere.

Parole chiave: studenti infermieri, motivazione, competenze, autoefficacia, carriera

The next generation of nurse: overview of an Italian University

ABSTRACT

Introduction The career of nurse is one of the most chosen, thanks to its good social reputation and career perspectives. The study aims to examine the motivations that lead the students to take up the nursing career, to explore their previous knowledge and self-efficacy perception about nursing activities and to investigate the association between these variables.

Methods An observational descriptive study has been conducted. A motivational orientation scale and a prior knowledge and perceived self-efficacy evaluation scale have been administered to 874 nursing students of Tor Vergata University of Rome.

Results and conclusions The results show that the main reasons that lead to the choice of the nursing career are 1) to help the people and to be socially useful, considered a genuine ideal, and 2) a previous experience (personal or not) in the nursing context. These findings are in line with the literature. Besides, the more the students are motivated by genuine ideals, the more they are aware about nursing activities and feel themselves self-efficacy.

Key words: nursing students, motivation, skills, self-efficacy, career

INTRODUZIONE

Secondo il Censis (Censis, 2012) c'è stato un aumento delle immatricolazioni nei corsi di laurea tecnico-scientifici, soprattutto quelli con uno sbocco in ambito sanitario. La professione infermieristica in particolare rientra fra quelle maggiormente intraprese grazie alla sua buona reputazione sociale (*good social reputation*) e alle prospettive di carriera. Ma

cosa spinge i giovani diplomati a intraprendere questa carriera e chi sono gli infermieri del futuro? In letteratura le motivazioni alla base della scelta di intraprendere la carriera infermieristica sono oggetto di studio da diversi decenni (Price SL, 2009; Rudman A et al., 2010; Cho SH et al., 2010). Al di là delle variabili generazionali o economico-sociali che influenzano i valori personali, le percezioni

e le aspettative (Mimura C et al., 2009; Price SL, 2009), è necessario approfondire quale sia il minimo comune denominatore alla base della scelta di intraprendere la carriera infermieristica. E' possibile infatti immaginare che gli studenti infermieri non solo abbiano già un'idea delle attività pratiche infermieristiche ma che questi abbiano anche già una consapevolezza delle competenze che saranno loro richieste nella pratica. In letteratura si presuppone che gli studenti infermieri con una motivazione più genuina siano anche quelli più preparati e più sicuri delle loro capacità.

Diversi studi (Lynn MR et al., 2006; Zysberg L et al., 2005, 2008; Lai HL et al., 2008; McCann TV et al., 2010; McLaughlin K et al., 2010) hanno esaminato i fattori che influenzano la scelta di intraprendere una carriera infermieristica e li hanno raccolti in tre gruppi:

- fattori restrittivi: comprendono le condizioni finanziarie personali e della famiglia;
- fattori attrattivi: comprendono quelli legati a un'immagine positiva della professione infermieristica motivati da esperienze personali e da modelli positivi (per esempio, familiari o amici infermieri);
- altruismo: è il desiderio di aiutare gli altri, una motivazione definita genuina. Questo è il fattore predominante.

Sempre in merito alle motivazioni, Price SL (Price SL, 2009), Eley (Eley D et al., 2011, 2012) e Usher e collaboratori (Usher K et al., 2013) hanno sottolineato l'importanza degli aspetti valoriali collegati alla professione e l'aver vissuto esperienze pregresse in ambito sanitario mentre altri autori (Beck C, 2000; Mills A et al., 2000; Day R et al., 2005; Coombs C et al., 2007; Miers ME et al., 2007; Russell M, 2005; Eley D et al., 2010, 2011) hanno posto l'accento sugli aspetti professionali legati alla possibilità di intraprendere un percorso ricco di soddisfazioni, nonché la percezione di un impiego sicuro. Analogamente, Jirwe M e collaboratori (Jirwe M et al., 2012), oltre ad aver descritto le motivazioni altruistiche, hanno identificato anche motivazioni meno genuine, più strumentali e opportunistiche o di ripiego, anche se meno frequenti.

In tutti gli studi, dunque, la cura per gli altri e i valori connessi rappresentano i fattori costantemente riconosciuti come alla base della scelta di intraprendere la carriera infermieristica mentre quelli più strumentali e opportunistici sono meno frequenti.

Una serie di altri studi (Brodie D et al., 2004; Laing C et al., 2005) hanno indagato le aspettative connesse al ruolo negli studenti di infermieristica in relazione allo *stress* e al *dropout* precoce della professione già durante lo studio. O'Donnell H (O'Donnell

H, 2011) afferma che gli studenti di infermieristica all'inizio del loro percorso di studio hanno aspettative ambigue, irreali o poco chiare in merito alla professione, così come hanno poche opportunità di riorientare le proprie aspettative durante il tirocinio clinico formativo (Spear HJ, 2002; Macale L et al., 2014). Secondo Karaoz S (Karaoz S, 2004) la percezione non realistica della professione infermieristica è da attribuire all'immagine acquisita dagli studenti prima di intraprendere il corso di studi che è stata influenzata dal contesto sociale e dalle immagini riflesse provenienti dalla società. Emerge quindi che, all'inizio del percorso accademico, gli studenti hanno un'idea piuttosto limitata della complessità delle competenze legate al ruolo dell'infermiere e credono che occorra soltanto un minimo studio per apprenderle (Mackay L et al., 2002).

Obiettivo

Questo studio si pone l'obiettivo di esaminare le motivazioni che portano gli studenti a intraprendere la carriera infermieristica per capire se siano più o meno genuine e in linea con la letteratura (Jirwe M et al., 2012). Inoltre, per meglio comprendere il *background* degli studenti, si intende esplorare la loro conoscenza pregressa e l'autoefficacia percepita in funzione all'attività infermieristica e indagare eventuali associazioni tra queste variabili.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

Lo studio è di tipo descrittivo osservazionale e rientra in uno studio longitudinale più vasto condotto dall'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e dal Dipartimento di psicologia dell'Università Sapienza di Roma. La raccolta dei dati di questo studio è stata effettuata nel 2011.

Strumenti

Le motivazioni alla base della scelta di intraprendere la carriera infermieristica è stata misurata utilizzando l'Occupational Choice Inventory (Jirwe M et al., 2012); alle 9 affermazioni originali ne sono state aggiunte 15 per l'adattamento al contesto italiano. A ciascuna affermazione era possibile rispondere tramite una scala *Likert* a 5 livelli (1 = non descrive affatto; 5 = descrive perfettamente).

Per indagare la conoscenza pregressa e l'autoefficacia percepita – quell'insieme di convinzioni che le persone possiedono riguardo alle proprie capacità di organizzare ed eseguire azioni necessarie al raggiungimento dei propri scopi – in merito all'attività infermieristica è stata sviluppata una scala *ad hoc*: facendo riferimento al decreto ministeriale n° 270

del 2004 (D.M. 270/04), sono state identificate 43 differenti attività di infermieristica generale.

Per queste 43 attività, tramite una scala *Likert* a 5 livelli (1 = per nulla; 5 = del tutto), è stato chiesto ai rispondenti di indicare quanto ciascuna, secondo loro, fosse parte del lavoro dell'infermiere e il livello di autoefficacia percepita.

Entrambe le scale sono state sottoposte a valutazione di costruito e di contenuto da parte di un gruppo composto da infermieri impegnati nella formazione universitaria degli studenti, da psicologi del lavoro e da infermieri esperti in *management*.

Campione e metodi

Sono stati coinvolti nello studio 874 studenti del primo anno del Corso di scienze infermieristiche di 17 sedi dell'Università Tor Vergata di Roma. Gli strumenti di valutazione sono stati somministrati dai responsabili del progetto durante le lezioni dopo avere esposto lo scopo dello studio e ottenuto il consenso al trattamento dei dati.

Analisi dei dati

Sono state effettuate una serie di analisi della varianza (ANOVA within) sulle dimensioni della motivazione, delle conoscenze possedute e dell'autoefficacia percepita. Per esaminare la relazione tra le scale di valutazione sono state esaminate le correlazioni. Le analisi sono state effettuate utilizzando il

software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versione 19. La soglia di significatività (p) è stata fissata a 0,05.

RISULTATI

Caratteristiche del campione

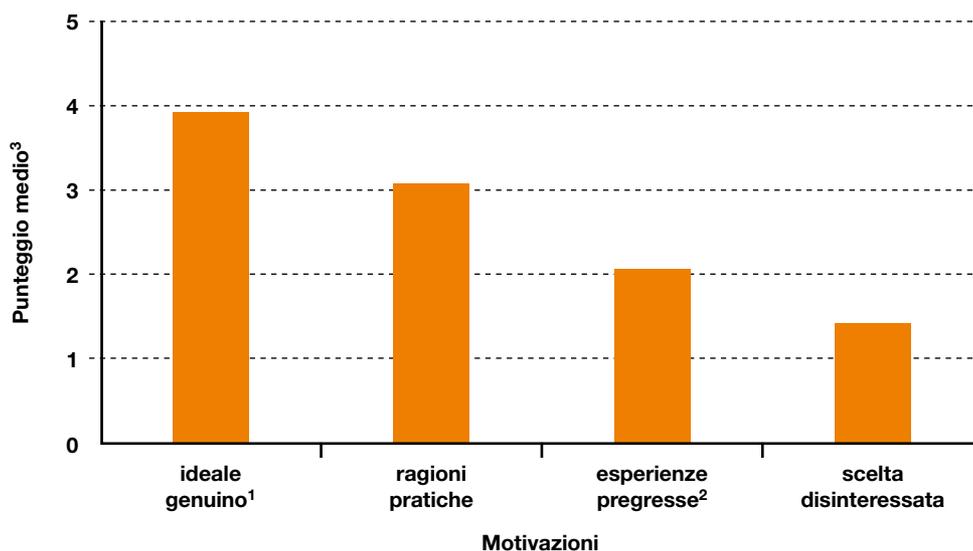
Gli studenti che hanno partecipato all'indagine sono stati 840. La maggioranza dei partecipanti era di sesso femminile, aveva un'età compresa tra i 18 e i 20 anni e una età media di 21,85 anni (deviazione standard, $DS=4,67$). Circa un terzo dei partecipanti ha conseguito la maturità scientifica mentre quasi il 14% ha frequentato un istituto tecnico commerciale. Il 70% dei partecipanti non aveva avuto precedenti esperienze universitarie, il 79,6% non lavorava, il 43% studiava fuori sede.

Le scale utilizzate per la raccolta dei dati sono state sottoposte ad analisi di riduzione fattoriale.

Motivazioni

Le principali motivazioni indicate alla base della scelta di intraprendere la carriera infermieristica sono state (Figura 1): il senso di utilità sociale (coefficiente dell'alfa di Cronbach, $\alpha=0,87$); le ragioni pratiche, ovvero la possibilità di fare carriera o la ricerca di un posto sicuro ($\alpha=0,62$); l'aver vissuto esperienze sanitarie pregresse, personali o altrui ($\alpha=0,6$); la scelta disinteressata, senza una motivazione specifica ($\alpha=0,55$) ($F=1690,99$, $p<0,001$, $\eta^2=0,66$).

Figura 1. Principali motivazioni della scelta della carriera infermieristica



¹ aiutare gli altri, essere di utilità sociale

² esperienze in ambito infermieristico personali o altrui

³ Scala di punteggio: 1 = non descrive affatto; 5 = descrive perfettamente

Tutte le medie sono statisticamente differenti tra loro per $p<0,01$

Conoscenze pregresse

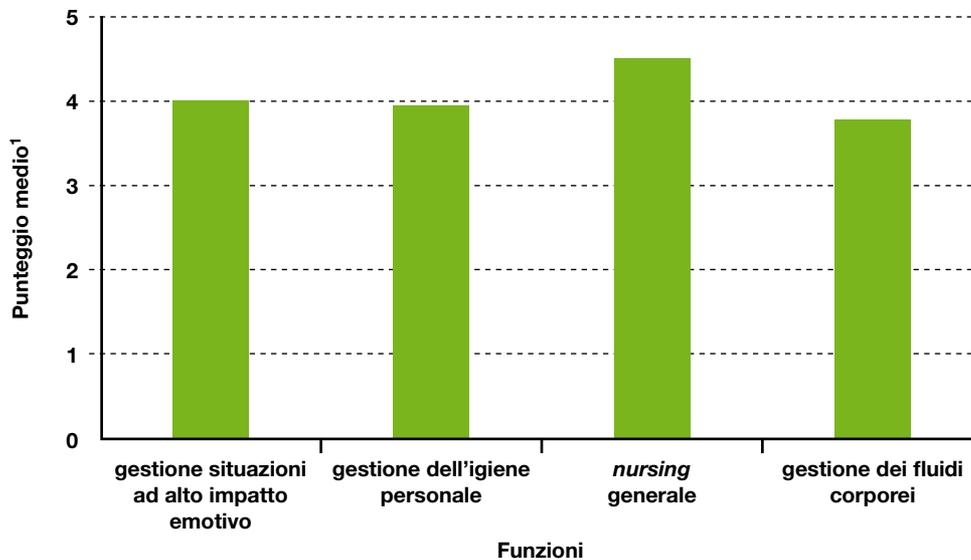
Le funzioni che secondo gli studenti descrivono la professione infermieristica sono state prevalentemente (Figura 2): la gestione di situazioni ad alto impatto emotivo come, per esempio, rianimare un bambino con massaggio cardiaco ed eventuale respirazione bocca a bocca ($\alpha=0,92$); la gestione

dell'igiene personale dei pazienti ($\alpha=0,91$); il *nursing* generale, come, per esempio, fare un prelievo di sangue ($\alpha=0,89$); la gestione dei fluidi corporei ($\alpha=0,89$) ($F=396,51$; $p<0,001$; $\eta^2=0,31$).

Autoefficacia percepita

Le funzioni della professione infermieristica rispet-

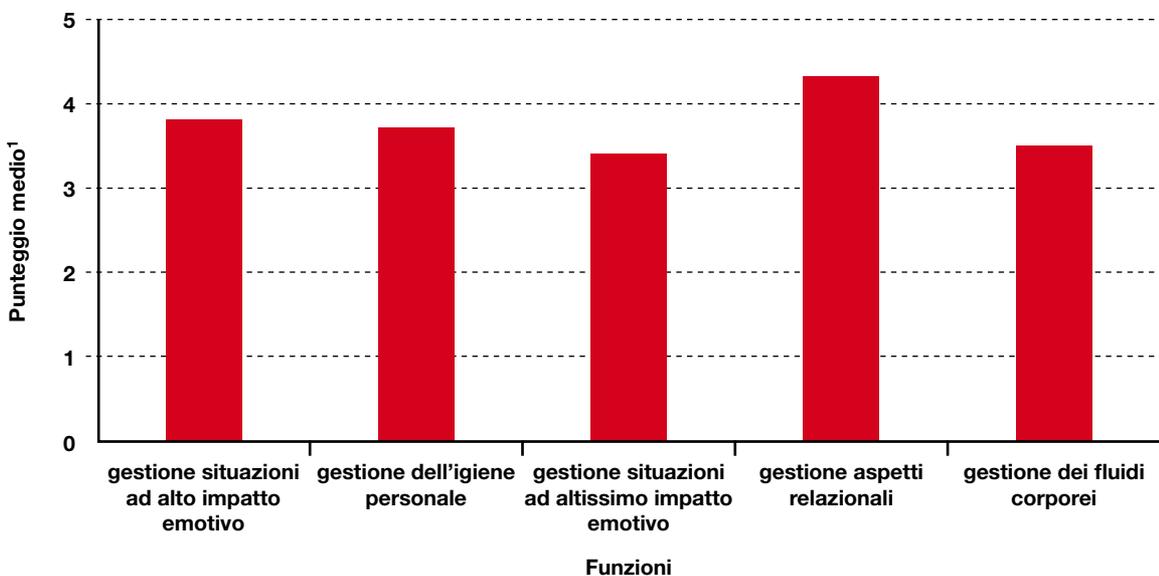
Figura 2. Principali funzioni che secondo gli studenti descrivono la professione infermieristica



Tutte le medie sono statisticamente differenti tra loro per $p<0,01$

¹ Scala di punteggio: 1 = per nulla; 5 = del tutto

Figura 3. Livello di autoefficacia percepita in merito alle principali funzioni dell'attività infermieristica



Tutte le medie sono statisticamente differenti tra loro per $p<0,01$

¹ Scala di punteggio: 1 = per nulla; 5 = del tutto

Tabella 1. Correlazione tra i motivi della scelta della carriera infermieristica e la conoscenza pregressa delle funzioni che la caratterizzano

	Conoscenza pregressa			
	Funzioni			
Motivazioni	gestione situazioni ad alto impatto emotivo	gestione dell'igiene personale	nursing generale	gestione dei fluidi corporei
ideale genuino	0,258*	0,224*	0,263*	0,240*
ragioni pratiche	0,013	-0,070**	0,061	-0,052
esperienze pregresse	0,141*	0,126*	0,120*	0,208*
scelta disinteressata	-0,089*	-0,110*	-0,124*	-0,098*

*p<0,05; **p<0,01

Tabella 2. Correlazione tra i motivi della scelta della carriera infermieristica e l'autoefficacia percepita rispetto alle funzioni che la caratterizzano

	Autoefficacia percepita				
	Funzioni				
Motivazioni	gestione situazioni ad alto impatto emotivo	gestione dell'igiene personale	gestione situazioni ad altissimo impatto emotivo	relazionali	gestione dei fluidi corporei
ideale genuino	0,262*	0,307*	0,267*	0,372*	0,276*
ragioni pratiche	0,013	-0,029	0,023	0,102*	-0,016
esperienze pregresse	0,144*	0,240*	0,177*	0,110*	0,205*
scelta disinteressata	-0,125*	-0,166*	-0,137*	-0,176*	-0,125*

*p<0,05

to alle quali gli studenti si sono ritenuti autoefficaci sono state principalmente (Figura 3): la gestione di situazioni ad alto o altissimo impatto emotivo (rispettivamente $\alpha=0,97$ e $\alpha=0,92$); la gestione dell'igiene personale dei pazienti ($\alpha=0,93$); la gestione dei fluidi corporei ($\alpha=0,92$); la gestione delle relazioni ($\alpha=0,86$)($F=310,139$; $p<0,001$; $\eta^2=0,265$).

Analisi delle correlazioni

Gli studenti spinti verso la carriera infermieristica dal desiderio di aiutare gli altri (interesse genuino) o dall'aver vissuto esperienze sanitarie pregresse, sono risultati più consapevoli e con una maggiore percezione di autoefficacia rispetto alle funzioni proprie dell'assistenza infermieristica (Tabella 1 e 2). Al contrario, gli studenti motivati da una scelta disinteressata sono risultati meno consapevoli e con una minore autoefficacia percepita.

Gli studenti che si sono iscritti per ragioni pratiche, ovvero il desiderio di fare carriera o l'aspettativa di avere un posto sicuro, hanno presentato un quadro

di conoscenze pregresse e autoefficacia percepita più eterogeneo; non è stata trovata nessuna correlazione significativa, fatta eccezione per la gestione delle relazioni, competenza rispetto alla quale questi studenti si sono percepiti autoefficaci.

DISCUSSIONE

I risultati mostrano che le principali motivazioni che spingono gli studenti a intraprendere la carriera infermieristica sono il volersi prendere cura degli altri e il desiderio di rendersi socialmente utili, ovvero motivazioni considerate genuine, o l'aver vissuto esperienze personali o altrui in ambito sanitario. I risultati sono in linea con la letteratura (Mooney M et al., 2008; Eley D et al., 2012; Price SL, 2009; O'Donnell H, 2011; Rudman A et al., 2011). Gli studenti mossi da questo spirito sono dunque quelli che potrebbero raggiungere *performance* accademiche migliori e avere un minore rischio di *stress*, *burnout* e delusione delle aspettative sia durante sia dopo gli studi; infatti, i risultati mostrano che questi sog-

getti hanno una maggiore conoscenza pregressa degli aspetti pratici dell'assistenza infermieristica e si sentono anche già capaci o predisposti ad attuarla (Bandura A, 2000; Deci EL et al., 1985).

Alcuni studenti intraprendono la carriera infermieristica motivati dall'idea di trovare un'occupazione sicura. Questo dato potrebbe trovare spiegazione nell'attuale panorama socio-economico che offre prospettive di lavoro incerte. Gli studenti con questo profilo hanno un quadro di conoscenze pregresse e autoefficacia percepita più eterogeneo e quindi meno chiaro; probabilmente, hanno la stessa probabilità di avere un percorso più o meno a rischio di sviluppare *stress*, *burnout* o delusione delle aspettative. Questa tipologia di studenti, quindi, necessita di un costante monitoraggio da parte dell'università durante il corso degli studi.

Un gruppo ad alto rischio invece è rappresentato da coloro che si iscrivono senza una motivazione definita o in seguito a una scelta disinteressata. Gli studenti con questo profilo motivazionale potrebbero essere più a rischio di sviluppare *stress* e *burnout* non solo lungo la carriera lavorativa ma anche già durante il percorso formativo (Rudman A et al., 2011; Malach-Pines A, 2000).

CONCLUSIONI

Dallo studio emerge che il principale *leitmotiv* della scelta di intraprendere la carriera infermieristica è il volere essere di utilità sociale, come riportato in letteratura. Il punto di forza di questo studio è la carenza di studi che mettono a confronto le motivazioni che portano a intraprendere la carriera infermieristica con la pregressa conoscenza e autoefficacia percepita rispetto alle attività di questa professione. Conoscere il profilo della prossima generazione di infermieri, e quindi gli studenti, consente, da un lato, di identificare i soggetti più a rischio di *stress* e *burnout* e, dall'altro, di prevenire questo stesso rischio, il che potrebbe ridurre la possibilità di abbandono della professione e portare a ripercussioni positive sulla qualità dell'assistenza.

Servono ulteriori studi più ampi che prendano in considerazione altri aspetti quali l'avvicendamento professionale, il *burnout*, l'abbandono della professione infermieristica, eccetera per rispondere più efficacemente alla costante richiesta infermieristica e ai bisogni di salute dei cittadini.

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

Ringraziamenti: gli autori di questo studio ringraziano il Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica

(GECRI) del Collegio IPASVI di Roma per il supporto economico ricevuto per la realizzazione dello studio.

BIBLIOGRAFIA

- Bandura A, *Self-efficacy: the foundation of agency*. In: Perrig JW, Gorb A. (2000) *Control of human behavior, mental processes, and consciousness: essays in honor of the 60th birthday of August Flammer*. Ed. Psychology Press, 16-30.
- Beck C (2000) *The experience of choosing nursing as a career*. J Nurs Educ, 39(7), 320-322.
- Brodie D, Andrews G, Andrews J et al. (2004) *Perceptions of nursing: confirmation, change and the student experience*. Int J Nurs Stud, 41(7), 721-733.
- Censis (2012) *L'infermiere protagonista della buona sanità del futuro. Rapporto di ricerca 2012*. <http://goo.gl/eUoFoK>
- Cho SH, Jung SY, Jang S (2010) *Who enters nursing schools and why do they choose nursing? A comparison with female non-nursing students using longitudinal data*. Nurse Educ Today, 30(2), 180-186.
- Coombs C, Arnold J, Loan-Clarke J et al. (2007) *Improving the recruitment and return of nurses and allied health professionals: a quantitative study*. Health Serv Manage Res, 20(1), 22-36.
- Day R, Field P, Campbell I et al. (2005) *Students' evolving beliefs about nursing: from entry to graduation in a four-year baccalaureate programme*. Nurse Educ Today, 25(8), 636-643.
- Deci EL, Ryan RM (1985) *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Ed. Plenum, New York.
- Eley D, Eley R, Bertello M et al. (2012) *Why did I become a nurse? Personality traits and reasons for entering nursing*. J Adv Nurs, 68(7), 1546-1555.
- Eley D, Eley R, Young L et al. (2011) *Exploring temperament and character traits in nurses and nursing students in a large regional area of Australia*. J Clin Nurs, 20 (3-4), 563-570.
- Eley R, Eley D, Rogers-Clark C (2010) *Reasons for entering and leaving nursing: an Australian regional study*. Aust J Adv Nurs, 28(1), 6-13.
- Jirwe M, Rudman A (2012) *Why choose a career in nursing?* J Adv Nurs, 68(7), 1615-1623.
- Karaoz S (2004) *Change in nursing students' perceptions of nursing during their education: the role of the introduction to nursing course in this change*. Nurse Educ Today, 24(2), 128-135.
- Lai HL, Lin YP, Chang HK et al. (2008) *Is nursing profession my first choice? A follow up survey in pre-registration student nurses*. Nurse Educ Today, 28(6), 768-776.
- Laing C, Robinson A, Johnston V (2005) *Managing the transition into higher education: an on-line spiral induction programme*. Active Learning in Higher Education, 6(3) 243-255.
- Lynn MR, Redman RW, Zomorodi MG (2006) *The canar-*

- ies in the coal mine speak: why someone should (and should not) become nurse.* Nurs Adm Q, 30(4), 340-350.
- Macale L, Scialo G, Di Sarra L et al. (2014) *Psychometric properties of the scale for quality evaluation of the bachelor degree in nursing version 2 (QBN 2).* Nurse Educ Today, 34(3), 299-305.
- Mackay L, Elliott J (2002) *NHS recruitment. School daze.* Health Serv J, 112(5801), 30-31.
- Malach-Pines A (2000) *Nurses' burnout: an existential psychodynamic perspective.* J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 38(2), 23-31.
- McCann TV, Clark E, Lu S (2010) *Bachelor of Nursing students' career choices: a three-year longitudinal study.* Nurse Educ Today, 30(1), 31-36.
- McLaughlin K, Moutray M, Moore C (2010) *Career motivation in nursing students and the perceived influence of significant others.* J Adv Nurs, 66(2), 404-412.
- Miers ME, Rickaby CE, Pollard KC (2007) *Career choices in health care: is nursing a special case? A content analysis of survey data.* Int J Nurs Stud, 44(7), 1196-1209.
- Mills A, Blaesing S (2000) *A lesson from the last nursing shortage: the influence of work values on career satisfaction with nursing.* J Nurs Adm, 30(6), 309-315.
- Mimura C, Griffiths P, Norman I (2009) *What motivates people to enter professional nursing?* Int J Nurs Stud, 46(5), 603-605.
- Mooney M, Glacken M, O'Brien F (2008) *Choosing nursing as a career: a qualitative study.* Nurse Educ Today, 28(3), 385-392.
- O'Donnell H (2011) *Expectations and voluntary attrition in nursing students.* Nurse Educ Pract, 11(1), 54-63.
- Price SL (2009) *Becoming a nurse: A meta-study of early professional socialization and career choice in nursing.* J Adv Nurs, 65(1), 11-19.
- Rudman A, Gustavsson JP (2011) *Early-career burnout among new graduate nurses: a prospective observational study of intraindividual change trajectories.* Int J Nurs Stud, 48(3), 292-306.
- Rudman A, Omne-Pontén M, Wallin L et al. (2010) *Monitoring the newly qualified nurses in Sweden: The Longitudinal Analysis of Nursing Education (LANE) study.* Hum Resour Health, 27, (8:10), 2-17.
- Russell M (2005) *Why choose nursing?* Nurs Stand, 19(28), 25.
- Spear HJ (2002) *Reflections on practice: why choose nursing?* Nurs Forum, 37(4), 32-34.
- Usher K, West C, MacManus M et al (2013) *Motivations to nurse: an exploration of what motivates students in Pacific Island countries to enter nursing.* Int J Nurs Pract, 19(5), 447-454.
- Zysberg L, Berry DM (2005) *Gender and students' vocational choices in entering the field of nursing.* Nurse Outlook, 53(4), 193-198.
- Zysberg L, Zisberg A (2008) *Nursing students' expectations of the college experience.* J Nurs Educ, 47(9), 389-395.

CONTRIBUTI

La letteratura scientifica Open Access: una risorsa per gli infermieri

di **Claudia Righini (1)**, **Donato Bragatto (1)**, **Annamaria Ferraresi (2)**

(1) *Bibliotecario, Biblioteca di Scienze della Salute Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara*

(2) *Responsabile Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento – Azienda Ospedaliero Universitaria e USL di Ferrara*

Corrispondenza: a.ferraresi@ospfe.it

Il sistema di produzione e circolazione della letteratura scientifica è dominato quasi esclusivamente da grandi case editrici commerciali che progressivamente hanno aumentato i prezzi dei periodici: si stima più del 300% in 20 anni.

Atenei, enti di ricerca e biblioteche, in relazione alla crisi economica, in alcuni casi riducono il numero dei titoli che è possibile offrire all'utenza, con conseguente minore disseminazione dei risultati della ricerca.

I contratti editoriali prevedono inoltre una serie di barriere tecnologiche e legali nei confronti della trasmissione e del riutilizzo delle risorse acquistate in abbonamento.

I ricercatori, spesso dipendenti di pubbliche amministrazioni, pubblicano articoli sulle riviste, principali canali di diffusione scientifica, perdendone però i contenuti intellettuali poiché la cessione dei diritti fa sì che le istituzioni siano costrette a pagare nuovamente, sotto forma di abbonamento, per accedere ai risultati della ricerca.

Il movimento Open Access (OA) nasce proprio con l'obiettivo principale di rendere libera e gratuita in rete la produzione scientifica validata e, conseguentemente, di facilitare la circolazione delle informazioni tra studiosi.

È dalla seconda metà del Novecento infatti che è emersa, soprattutto in ambito universitario, l'esigenza di rendere più veloce ed immediata la circolazione delle informazioni; ad esempio negli Stati Uniti vengono sperimentati i primi sistemi di scambio di fotocopie di *pre-print*.

L'idea di accesso aperto si potrebbe legare alla nascita e allo sviluppo dell'editoria, ma diviene un fenomeno globale grazie alla forza dirompente del web.

Nel 1991 Paul Ginsparg apre agli studiosi di tutto il mondo il server del *Los Alamos National Laboratory*, dando vita a "*arXiv*", un archivio *pre-print* di fisica e matematica. Nel 1992, durante un convegno sulle biotecnologie a Trieste, il premio Nobel per la medicina Joshua Lederberg pone in evidenza il divario tra i costi delle riviste accademiche e gli stanziamenti per le biblioteche per il loro acquisto, denunciando la crisi del modello tradizionale dell'editoria scientifica.

Nel 1997 Thomas Krichel fonda *RePEc (Research Papers in Economics)*, una banca dati di risorse di economia.

Nell'ottobre del 1999 a Santa Fe, un gruppo di ricercatori e bibliotecari crea l'*OAI (Open Archives Initiative)*, che segna la svolta fondamentale per l'OA.

Sarà tra la fine del 2001 e l'inizio del 2002 che l'OA diventerà un movimento con una fisionomia concettuale ben definita: «*Open Access literature is digital, online, free of charge, and mostly free of copyright and licensing restrictions*» Peter Suber, [Earlham College](http://EarlhamCollege.edu), 2004.

L'espressione OA viene utilizzata per la prima volta in un documento pubblico il 14 febbraio 2002, nel *Budapest Open Access Initiative (BOAI)*, promosso a Budapest dall'*Open Society Institute*. Il manifesto è considerato come l'atto costitutivo del movimento OA e dove sono definite le strategie da seguire: il *Self Archiving (BOAI-1)* e gli *Open-Access Journals (BOAI-2)*, ribattezzate in un secondo tempo *Green road* (autoarchiviazione) e *Gold road* (riviste OA).

A questa prima dichiarazione ne sono seguite altre due: nel giugno 2003 il *Bethesda Statement on Open Access Publishing* e il 22 ottobre 2003 la *Berlin Declaration on Open Access to Knowledge in the Sciences and Humanities*, dove vengono stabiliti i due requisiti che deve avere una pubblicazione ad accesso aperto:

- a. "garantire a tutti i possibili utenti il diritto di accesso gratuito e l'autorizzazione libera, irrevocabile, estesa e perpetua, a riprodurre, scaricare, distribuire, stampare per uso personale l'opera dell'ingegno di cui l'autore rimane unico detentore dei diritti materiali e immateriali, purché ne sia riconosciuta la paternità intellettuale";
- b. "essere depositata in un archivio in linea che impiega standard tecnici adeguati e in un formato elettronico che rispetti uno standard riconosciuto a livello internazionale".

Ad oggi vi sono oltre 70 manifesti/dichiarazioni legati ai principi dell'OA.

Per quanto riguarda il nostro paese, il movimento OA si afferma ufficialmente durante un convegno nazionale promosso dalla CRUI (Conferenza dei Rettori delle università italiane) a Messina il 4 e 5 novembre del 2004. Con un atto formale, i rettori di 30 università aderiscono ai principi della Dichiarazione di Berlino, firmando un documento dal titolo "*Gli atenei italiani per l'open access: verso l'accesso aperto alla letteratura di ricerca*", noto come la Dichiarazione di Messina.

Pubblicare OA non significa però pubblicare "gratis": circa la metà delle riviste OA richiede il pagamento per il processo di pubblicazione, costi legati al *workflow* editoriale e alla garanzia di una *peer-review* di qualità.

I costi delle pubblicazioni OA sono a carico di chi produce la ricerca e non del lettore; quindi paga l'autore o, sempre più spesso, la sua istituzione e in questo modo l'articolo diviene visibile a tutti e per sempre.

I beneficiari dell'OA sono numerosi: in primis le biblioteche, perché la letteratura OA è una risposta alla crisi dell'aumento esponenziale dei prezzi delle sottoscrizioni.

Un'opportunità anche per le università, che possono dare maggiore visibilità ai propri ricercatori, possono adottare economie sostenibili sui costi degli abbonamenti ed infine avere la possibilità di razionalizzare l'anagrafe della ricerca, collegandola ad un archivio istituzionale.

Un notevole vantaggio anche per gli autori che mantengono i loro diritti, hanno maggiore visibilità e impatto per i propri lavori (fino al 300% in più in certe aree disciplinari), la possibilità di nuove metriche di valutazione d'impatto, alternative all'*Impact Factor* e l'opportunità di una *peer-review* più trasparente ed efficace. Infine anche i ricercatori hanno una maggiore facilità di accesso ai dati e ai risultati della ricerca rispetto agli articoli accessibili solo a pagamento.

I risultati delle ricerche hanno una maggiore disseminazione, sono disponibili immediatamente grazie all'autoarchiviazione, che non prevede i tempi di stampa e, da una maggiore disseminazione, ne consegue un maggiore impatto e una notevole riduzione del divario culturale.

I modelli di editoria OA sono due: *Golden road* e *Green road*.

La cosiddetta *Golden road* è la pubblicazione su riviste OA, ricercabili in *DOAJ (Directory of Open Access Journals)* <http://doaj.org/>, una banca dati online nata in Svezia nel 2003, che indicizza i periodici ad accesso aperto suddivisi per disciplina; le riviste rispondono rigorosamente ai requisiti di accesso aperto secondo criteri *peer-reviewed*.

I principali editori OA sono *PLoS (Public Library of Science)* e *Biomed Central*, entrambi nati nel 2000.

PLoS è un'organizzazione americana no profit di scienziati con l'obiettivo primario di rendere fruibili liberamente sul web i progressi nel campo della scienza e della medicina, mediante una strategia editoriale che ottimizza la qualità e l'integrità del processo di pubblicazione e sviluppa approcci innovativi per la valutazione, l'organizzazione e il riutilizzo di idee e di dati. Attualmente l'editore pubblica 7 collezioni di riviste <http://www.ploscollections.org/home.action>: *PLoS Biology, Medicine, Computational Biology, Genetics, Pathogens, One, Neglected Tropical Diseases*.

Biomed Central è un editore inglese con all'attivo 265 riviste ad accesso aperto *peer-reviewed* <http://www.biomedcentral.com/journals>. Il portfolio di riviste abbraccia tutti i settori della biologia, della biomedicina e della medicina e comprende titoli di interesse generale accanto a riviste specializzate. Tutti gli articoli di ricerca originali pubblicati sono accessibili on-line immediatamente al momento della pubblicazione. Gli autori che pubblicano mantengono il copyright per il loro lavoro, il che permette agli articoli di essere riutilizzati e ri-distribuiti senza restrizioni. Attualmente *Biomed Central* è di proprietà di *Springer Science e Business Media* ed ospita anche la piattaforma *SpringerOpen*.

Il deposito di articoli in archivi aperti (*Open Archives*) è la cosiddetta *Green road*: copie di articoli non ancora sottoposti a *peer-review* e articoli già pubblicati implementano archivi aperti preposti, in cui l'autore stesso, o il bibliotecario, possono depositare gli articoli di ricerca, che saranno liberamente e per sempre disponibili online.

In Italia, il Decreto n. 91 del 8 agosto 2013 ha stabilito che le pubblicazioni dei risultati di ricerche, finanziate almeno per il 50% con fondi pubblici, siano depositate in archivi elettronici ad accesso libero e gratuito.

Parallelamente, la CRUI e diversi enti pubblici e di ricerca si sono impegnati nella sottoscrizione di un *Position Statement*

<http://www.cnr.it/sitocnr/Iservizi/Biblioteche/PositionAccessoAperto.html>, che promuove l'istituzione di archivi liberamente consultabili e incoraggia i ricercatori a rendere disponibili i loro risultati.

Negli ultimi anni sono emerse altre due vie che insidiano le pubblicazioni OA: "via rossa" e "via nera". La *Red road* è abbracciata da molti editori scientifici tradizionali, che offrono l'opportunità di rendere OA un singolo articolo su una rivista, che resta però a pagamento.

Il modello editoriale (denominato *hybrid*) rimane quello tradizionale, ma "*author/institution pays*", con eventuali scontistiche se l'istituzione di appartenenza ha all'attivo una sottoscrizione alla versione cartacea.

La via nera, *Black road*, è il subdolo fenomeno di editori "predatori" che strumentalizzano l'OA per creare un mercato parallelo, spesso un modello editoriale che rasenta la truffa.

Nonostante la crescente sensibilità sul tema, oggi le pubblicazioni OA non superano il 20% dell'intera produzione scientifica mondiale.

Attualmente manca ancora, soprattutto da parte degli autori, la conoscenza dei vantaggi che comporta pubblicare OA, ma sono allo studio modelli economici alternativi per sostenere soluzioni che portino vantaggi a tutti i diversi attori coinvolti: enti finanziatori, editori e ricercatori.

All'interno di tali scenari la produzione scientifica in ambito infermieristico è ampiamente coinvolta, di particolare interesse è la rivista OA *BMC Nursing*

<http://www.biomedcentral.com/bmcnurs>, *peer-reviewed* che pubblica articoli su tutti gli aspetti della ricerca infermieristica, la formazione, l'educazione e la pratica.

Si ritrovano inoltre interessanti articoli in altre riviste del gruppo BMC: BMC Medical education, **BMC Health Services Research**, BMC Palliative care, etc.

Miti da sfatare e sfide aperte incombono tuttora sull'OA, ma auspichiamo «(...) che l'Open Access possa rappresentare il futuro della comunicazione scientifica, riportandola alla sua iniziale natura di conversazione aperta fra pari» [Elena Giglia, Università degli studi di Torino, 2007].

BIBLIOGRAFIA

- Abadal, Ernest *Open Access. L'accesso aperto alla letteratura scientifica*, Milano, Ledizioni, 2014.
- Alosi, Benedetta *Dalla crisi della comunicazione scientifica alle strategie Open Access: nuovi modelli di circolazione del sapere*, Tesi di specializzazione, Scuola speciale per archivisti e bibliotecari, Università degli studi di Roma "La Sapienza", 2005, <http://eprints.rclis.org/archive/00004730/01/AlosiOA2005.pdf>
- Ayris, Paul *Are they Open yet? L'impatto della pubblicazione Open Access sulle biblioteche per la ricerca*. "Biblioteche Oggi", 24 (2006) 3, p. 44-55. <http://www.bibliotecheoggi.it/2006/20060304401.pdf>
- Arabito, Stefania *Open Access Café, Trieste, 19 ottobre 2009*, "AIDainformazioni - Manifestazioni dopo", 27 (2009), 3-4, <http://www.aidainformazioni.it/pub/arabito342009.html>
- Barca, Graziano *Open archives e repository istituzionali*, in "Passi in biblioteca per la didattica e la ricerca Universitaria – Report 2006", a cura di Isabella Varraso – Bari: WIP Edizioni, 2007.
- Bassi, Chiara *Open Access: un modello alternativo di pubblicazione scientifica?* "Orizzonti", 2009, n. 4.
- Caso, Roberto (a cura di) *Pubblicazioni scientifiche, diritti d'autore e Open Access, Atti del Convegno tenuto presso la Facoltà di Giurisprudenza di Trento il 20 giugno 2008*, (Quaderni del Dipartimento Scienze giuridiche; 79). Trento, Università degli Studi, 2009, p. 7-45, <http://eprints.biblio.unitn.it/archive/00001589/>
- Cassella, Maria *L'Open Access in Italia: conquiste recenti, sviluppi futuri*, in Rapporto sulle biblioteche italiane 2007-2008, a cura di Vittorio Ponzani; direzione scientifica di Giovanni Solimine, Roma, AIB, 2009, p. 90-99.
- Cassella, Maria *Open Access e comunicazione scientifica*, Milano, Editrice Bibliografica, 2012.
- Castellucci, Paola *Dichiarazione di Budapest per l'Accesso Aperto. Testo e commento*, "Nuovi annali della Scuola speciale per archivisti e bibliotecari", XXIV (2010), p. 131-158.
- Chiappi, Michele, Bergomi Piera *Le riviste scientifiche bio-mediche ed infermieristiche: Open-access vs Tool-access. Revisione della Letteratura e stato dell'arte*. *Bibliotime*, 3 (2013), anno XVI.
- De Castro, Paola - Poltronieri, Elisabetta *Facciamo il punto sull'open access: editori, ricercatori e specialisti dell'informazione biomedica a confronto*, "AIB notizie", 18 (2006), 9, <http://www.aib.it/aib/editoria/n18/0914.htm3>
- De Robbio, Antonella *Open Archive. Per una comunicazione scientifica 'free online'*, "Bibliotime", 5 (2002), 2, <http://www.spbo.unibo.it/bibliotime/num-v-2/derobbio.htm>
- De Robbio, Antonella *Accesso aperto e diritti: un difficile equilibrio tra tutele e libertà*. *Bibliotime*, 3 (2013), anno XVI.
- De Robbio, Antonella *Archivi aperti e comunicazione scientifica*, Napoli, Clio Press, 2007, <http://www.storia.unina.it/cliopress/derobbio.pdf>
- Gargiulo, Paola *Il nuovo ruolo dell'autore nella comunicazione scientifica*, "Bibliotime", 3 (2000), 2, <http://www.spbo.unibo.it/bibliotime/num-iii-2/gargiulo.htm>
- Giglia, Elena *Open Access: panorama e scenario futuro: impressioni e tendenze da Berlin 5*, "Biblioteche Oggi", 25(2007)9, p. 16- 22, <http://www.bibliotecheoggi.it/content/20070901601.pdf>
- Guédon, Jean Claude *Open Access, contro gli oligopoli nel sapere*, a cura di Francesca Di Donato. Pisa, edizioni ETS, 2009.
- Guerrini, Mauro *Nuovi strumenti per la valutazione della ricerca scientifica. Il movimento dell'open access e gli archivi istituzionali* "Biblioteche Oggi", 27 (2009), 8, p. 7-17, <http://www.bibliotecheoggi.it/content/20090800701.pdf>
- Guerrini, Mauro *Gli archivi istituzionali: open access, valutazione della ricerca e diritto d'autore*, a cura di Andrea Capaccioni; con saggi di Antonella De Robbio, Roberto Delle Donne, Rosa Maiello e Andrea Marchitelli. Milano, Editrice Bibliografica, 2010.
- Paccagnella, Luciano *Open access. Conoscenza aperta e società dell'informazione*, Bologna, Il Mulino, 2010.
- Redazione ResearchItaly *Verso un network italiano dell'Open Access*. <https://www.researchitaly.it/conoscere/stampa-e-media/news/verso-un-network-italiano-dell-open-access/>, 08/11/2013.
- Suber, Peter *Creare un bene comune attraverso il libero accesso*, in *La conoscenza come bene comune. Dalla teoria alla pratica*, a cura di Charlotte Hess e Elinor Ostrom, edizione italiana a cura di Paolo Ferri, premessa di Fiorello Cortiana. Milano, Mondadori, 2009.



ESPERIENZE

Missed nursing care, dotazione organica ed esiti del lavoro in ambito onco-ematologico

di Antonio Nappo (1), Danilo Di Lorenzo (2)

(1) Infermiere, Istituto Nazionale Tumori - Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano
 (2) Infermiere

Corrispondenza: nappoantonio1977@gmail.com

Non c'è vento favorevole per chi non sa in che porto vuole andare - Lucio Anneo Seneca

Il Fenomeno del *Missed nursing care* (Mnc) è molto presente e discusso nello scenario infermieristico internazionale e anche nazionale. Il primo lavoro pubblicato sulle Mnc è una ricerca qualitativa condotta da B. J. Kalisch nel 2006, nella quale sono state determinate le tipologie di cure infermieristiche perse e le relative motivazioni.

Il consolidamento del concetto di Mnc è stato sviluppato soltanto pochi anni fa (Kalisch, 2009) e si riferisce a *qualsiasi aspetto relativo all'assistenza al paziente che venga omesso (parzialmente o totalmente) o ritardato*, evento che dal punto di vista della sicurezza delle cure è da considerare *errore di omissione*, un aspetto questo molto presente e rilevante in letteratura (**Figura 1**).

Figura 1 - Processo di sviluppo del Mnc Model

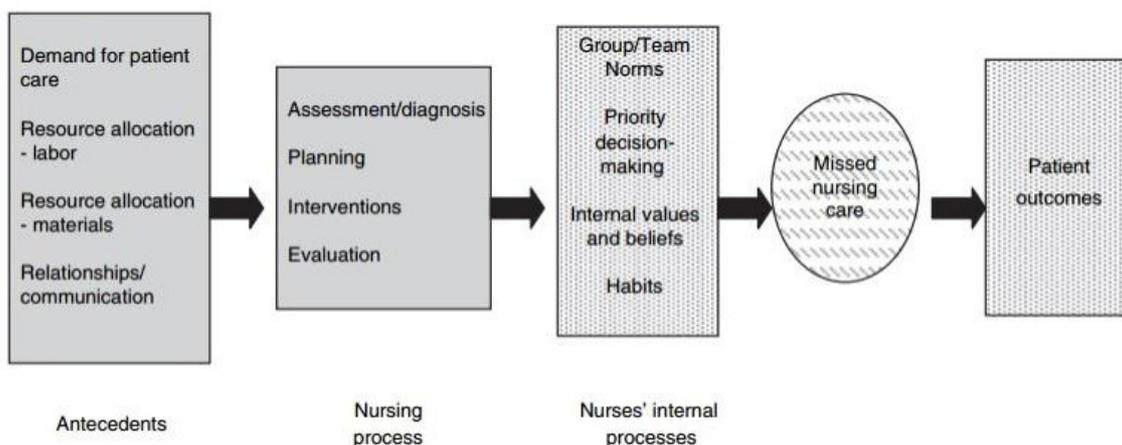
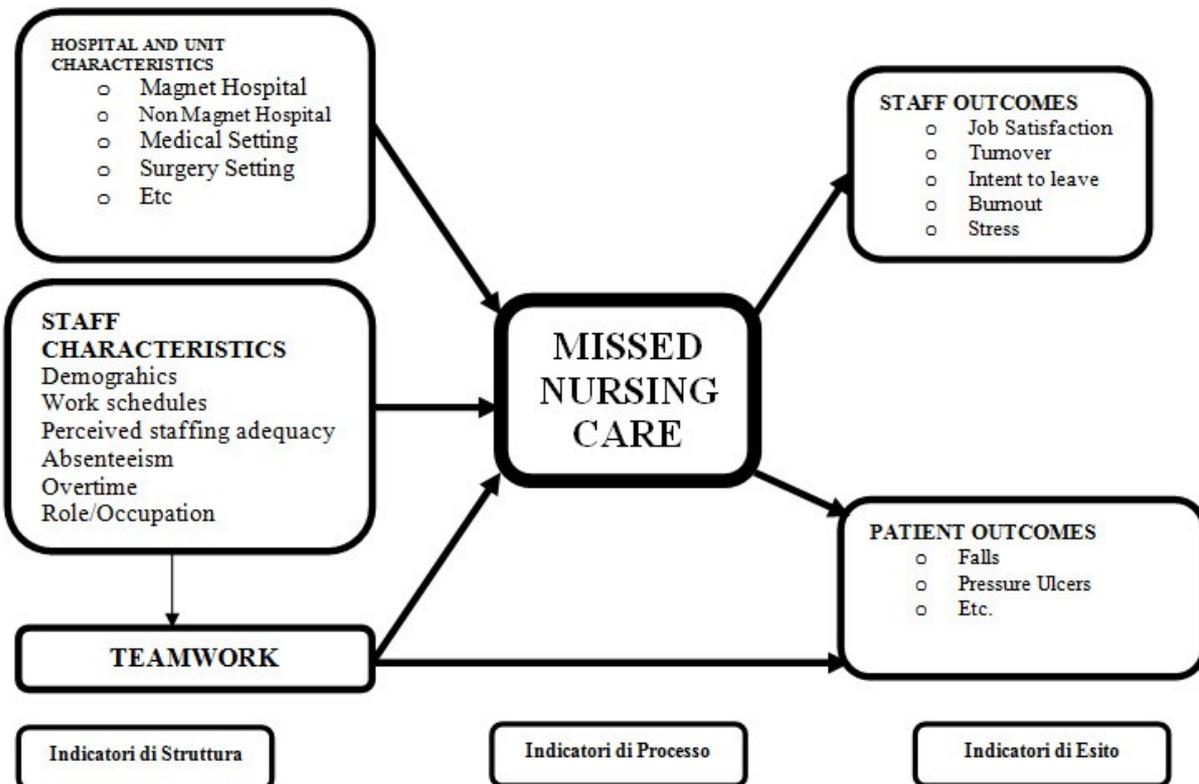


Figure 1 Missed Nursing Care Model.

Nella **Figura 2** viene rappresentato il *Missed nursing care model*, proposto da Kalisch per affrontare il fenomeno del Mnc allo stato attuale. Questo modello si basa sulla teoria degli indicatori per il monitoraggio e la valutazione della qualità in ambito sanitario di Donabedian: Struttura, Processo ed Esito. Il modello del Mnc sperimenta la relazione tra questi indicatori nell'ambito dell'assistenza infermieristica per acuti.

Individua come indicatori di struttura le caratteristiche degli ospedali e delle unità operative, invece come indicatore di processo considera il Missed nursing care (elemento cardine della pianificazione-erogazione dell'attività di assistenza infermieristica) ed infine come indicatore di esito l'effetto sullo staff assistenziale e sul paziente.

Figura 2 - Missed nursing care model



Lo strumento per la rilevazione della percezione del Mnc da parte degli operatori è un questionario denominato *Missed care survey*, tradotto e validato anche in italiano (Sist, 2012), che ha lo scopo di individuare le attività di assistenza infermieristica che si perdono, omettono o rimandano e le relative cause o motivazioni.

L'esposizione ai fattori di rischio per gli esiti negativi del lavoro, nel tempo, mettono a dura prova il lavoratore dal punto di vista fisico, psicologico e comunicativo-relazionale, lo spingono verso scelte non vantaggiose per l'organizzazione, inoltre lo espongono a condizioni pericolose per se stesso e per la società (Sarchielli, 2010).

Le variabili di studio degli esiti del lavoro sono diverse, ma la dotazione organica è il primo aspetto da considerare in termini di carenza infermieristica (*nursing shortage*), intesa come la situazione in cui la domanda di infermieri è maggiore dell'offerta (Yun, 2010; Tho, 2012). Un altro aspetto da considerare è la soddisfazione lavorativa (*job satisfaction*) intesa come la situazione in cui il personale infermieristico si definisce soddisfatto del proprio lavoro (Hawang, 2009). Si tratta in realtà di un fenomeno complesso, con diverse componenti, che considera un insieme di atteggiamenti verso i diversi aspetti del lavoro, come ad esempio il salario, il lavoro di gruppo, i fattori organizzativi e l'ambiente lavorativo (Tho, 2012). Un'altra variabile considerata è lo *stress*, inteso da AbuAIRub (2004) come una reazione a situazioni critiche nel lavoro che porta a una risposta fisiologica manifestata attraverso sintomi psicosomatici, come ipertensione e mal di testa (Tho, 2012). L'ultima variabile è il *burnout*, considerato dalla Oncology nursing society (2005) come lo svuotamento di energie fisiche e mentali in seguito a un periodo di stress cronico legato al lavoro (Tho, 2012).

I risultati dell'analisi degli studi considerati nella revisione sistematica condotta da Tho (2012) hanno rilevato una relazione diretta tra carenza infermieristica da una parte e soddisfazione lavorativa, stress e *burnout* in ambito oncologico dall'altra.

Gli indicatori di esito sull'operatore presenti nel modello del Mnc (*soddisfazione lavorativa, turnover e intention to leave*) da sempre fanno parte di osservazione e analisi da parte di molti studiosi anche nell'ambito della psicologia del lavoro.

Successivamente all'inquadramento generale di quelli che sono i concetti chiave di questa revisione critica, il passo successivo è quello di esplorare la dimensione dei saperi e dei risultati fino ad oggi studiati.

Risultati

La valutazione del Mnc può essere condotta assumendo, rispetto agli esiti del modello, due punti di vista: quello del paziente e quello dello staff infermieristico o d'assistenza.

L'indagine condotta da Kalisch nel 2013 ha assunto il punto di vista del paziente, attraverso questionari specifici (Patient-Reported Mnc). I risultati hanno evidenziato come la percezione dei pazienti sia sovrapponibile a quella degli operatori.

I pazienti sono consapevoli di non ricevere le cure standard e mostrano idonea capacità a evidenziare il Mnc e i punti di debolezza del rapporto assistenziale; laddove la comunicazione risulta essere inefficace, assente o inadeguata, si correla alla diminuzione della qualità dell'assistenza, della soddisfazione e della sicurezza, oltre all'aumento della sintomatologia dolorosa, della durata del ricovero, dei costi sanitari, del delirio e dell'angoscia.

Di seguito saranno riportati gli aspetti del modello del Mnc dal punto di vista degli operatori e i risultati più rilevanti. Nella prima indagine di rilevazione Kalisch (2009a) ha evidenziato gli errori di omissione in ospedali per acuti e le cause ad essi correlate.

Gli ambiti del processo di assistenza di maggiore interesse per il Mnc sono (i più rilevanti):

- *accertamento* (44%) (ad esempio, compilazione della documentazione, rilevazione parametri vitali);
- *interventi di assistenza di base standardizzati* (73%) (ad esempio, deambulazione tre volte al giorno o su prescrizione, mobilitazione ogni due ore);
- *interventi di assistenza di base personalizzati* (73%) (ad esempio, valutazione dell'efficacia terapeutica dei farmaci, somministrazione al bisogno di farmaci entro cinque minuti dalla richiesta);
- *pianificazione assistenziale* (71%) (ad esempio, educazione/informazione del paziente, dimissione pianificata).

Le cause maggiori per il Mnc sono da attribuirsi:

- per l'85% a problematiche collegate alle risorse umane-lavorative (ad esempio, aumento inaspettato del numero di pazienti, situazioni di urgenze cliniche, livello di dotazione organica, inadeguatezza del personale di assistenza);
- per il 56% alle risorse materiali (ad esempio, indisponibilità di farmaci, dispositivi/device o loro mancato funzionamento);
- per il 38% alla comunicazione (ad esempio, tensione con il personale medico e all'interno del gruppo infermieristico, inefficace comunicazione di omissioni da parte del personale di supporto, tensioni tra unità operative, scarso supporto dell'équipe, scarse competenze ed esperienze dello staff di cura, metodologia di distribuzione del carico di lavoro, inadeguato passaggio di informazione clinica tra i vari turni di lavoro tra colleghi dello stesso reparto e reparti diversi, indisponibilità fisica del personale).

Le cause del Mnc dovrebbero porre in *alert* i gestori dell'assistenza a tutti i livelli, in particolare nella gestione del rischio o dei livelli di sicurezza e in quella delle risorse umane.

I risultati evidenziati dall'indagine condotta da Kalisch (2011) sui metodi di rilevazione del *nurse staffing* (rapporto tra infermieri/pazienti) ha evidenziato una correlazione positivamente debole e statisticamente significativa tra l'Hours per patient day (Hppd), ossia ore giornaliere per paziente e la percezione dell'adeguatezza della dotazione organica con il carico di lavoro per paziente riportato dal personale infermieristico sull'ultimo turno di lavoro eseguito. La correlazione, invece, tra la percezione dell'adeguatezza della dotazione organica e il carico di lavoro per paziente si presenta forte.

Nelle diverse osservazioni condotte durante questi anni si sono ricercati altri possibili indicatori di struttura, che potessero in un certo modo influenzare gli esiti attraverso il processo del Mnc. Una variabile di contesto collegata principalmente al clima lavorativo e alle dinamiche del gruppo lavoro è il *Team Work* (Tw), inteso come un'azione comune svolta da un gruppo di persone, in cui ogni individuo subordina i propri interessi e opinioni personali all'unità ed efficienza dello stesso, ritenuto idoneo elemento critico per garantire sicurezza e qualità dell'assistenza in termini di errori e di controllo del rischio.

L'analisi della letteratura (Kalisch, 2010) sottolinea come in ambito infermieristico ci siano pochi studi relativi all'efficacia del Tw tra infermiere e personale di supporto, in relazione ad esiti sensibili dell'assistenza infermieristica come cadute, soddisfazione lavorativa e mortalità. Nell'indagine esplorativa condotta da Kalisch (2010) il Tw è stato posto come terzo elemento strutturale insieme alla tipologia di ospedale e alle caratteristiche dello staff nel modello di Mnc. I risultati tendono a sostenere come all'aumentare del livello di cooperazione del Tw, diminuiscono i casi di Mnc, ma permane la necessità di approfondire questi aspetti con ulteriori studi.

Nel 2013 è stato approfondito il fenomeno del Tw in ambito infermieristico andando ad osservare le associazioni tra le diverse dimensioni strutturali, culturali e delle risorse umane e gli elementi fondanti del Tw nell'ambito delle cure per acuti (ospedali).

Nell'indagine condotta sul Tw da Kalisch (2013) vengono presi in considerazione diversi elementi, quali: lavoro di squadra, fiducia, orientamento alla squadra, supporto reciproco e comune sentire (*Shared mental model*, Smm).

Sono stati individuati i fattori predittivi del lavoro di squadra che favoriscono il Tw infermieristico in diverse realtà ospedaliere, quali la leadership infermieristica, il lavoro full-time, l'orario di lavoro, gli anni di esperienza nel gruppo di lavoro, il basso indice di assenteismo, la *percezione dell'adeguatezza delle risorse umane* e l'unità operativa.

Relativamente a quest'ultima, si evidenzia come utilizzare i Tw infermieristici in psichiatria ha valore predittivo maggiore che in terapia intensiva, quest'ultima invece ha valore predittivo maggiore rispetto agli ambiti medico-chirurgici e riabilitativi. Infine non risultano essere fattori predittivi il sesso, l'età e le ore straordinarie.

Anche gli studi sui modelli di analisi del rischio psicosociale (Fraccaroli, 2011) e quelli in ambito del lavoro, come sottolineato da Cox et al. (2000), pongono l'ambiente o il contesto lavorativo come fattore capace di condizionare la performance attraverso la produzione di stressor di gruppo e organizzativi, oltre a quelli individuali. Condizioni particolari come i cambiamenti tecnologici e l'instabilità lavorativa sono predittivi per gli aspetti di esposizione ai rischi psicosociali, in particolare se accompagnati a politiche di *downsizing* e di *merging* (Sarchielli, 2010).

Rispetto all'indicatore di struttura del modello del Mnc relativo alle caratteristiche dell'ospedale, risulta interessante il confronto tra ospedali magnete e non magnete rispetto alla percezione del Mnc. Nell'indagine condotta da Kalisch (2012) è stata verificata la presenza di differenze tra il modello di ospedale magnete vs ospedale non magnete.

L'indagine ha evidenziato una significativa differenza di percezione di riduzione delle cure perse nel modello di ospedale magnetico. Le principali differenze, in generale, si sono apprezzate rispetto agli indicatori sensibili dell'assistenza, quali le cadute, la soddisfazione del personale e appunto le cure perse. Dal punto di vista clinico-assistenziale le maggiori differenze tra le cure perse nei due modelli sono state principalmente la mobilitazione, l'alimentazione, la compilazione della documentazione, l'educazione/informazione del paziente, la cura del cavo orale, la cura del sito/Cvc, la risposta alla richiesta di intervento, la valutazione dell'efficacia del farmaco e la cura della cute.

I ricercatori sottolineano che la differenza tra le cure perse tra i due modelli di ospedali è data dalle differenze di staffing. Dal punto di vista organizzativo-gestionale sono risultati essere fattori predittivi significativi il Hppd, l'Hppd specifico per infermiere e lo *skill mix*.

In generale il modello del Mnc è stato indagato, sperimentato e validato con un grado di attendibilità accettabile su tutti gli indicatori previsti. Anche gli studi condotti sui fattori di rischio psicosociali e sugli esiti del lavoro hanno evidenziato come il contesto, la prestazione, il carico di lavoro, laddove non "idonei", favoriscano il rischio di aumento dei costi lavoro correlati. I modelli di analisi del lavoro presentano un limite molto importante: tendenzialmente necessitano della fase di sperimentazione successiva a quella empirica (Fraccaroli, 2011) ed inoltre sono molto diversificati tra loro per poter raggruppare i risultati al fine di un approfondimento.

Nel paragrafo successivo saranno discussi i risultati dei due articoli scelti per questa revisione critica alla luce di quelli che sono il sapere e risultati esposti fino ad adesso.

Considerazioni

Attualmente gli studi condotti sul Mnc hanno visto coinvolto intere unità operative, molto diversificate tra loro, appartenenti ad ospedali per acuti con e senza accreditamenti alla qualità e all'eccellenza.

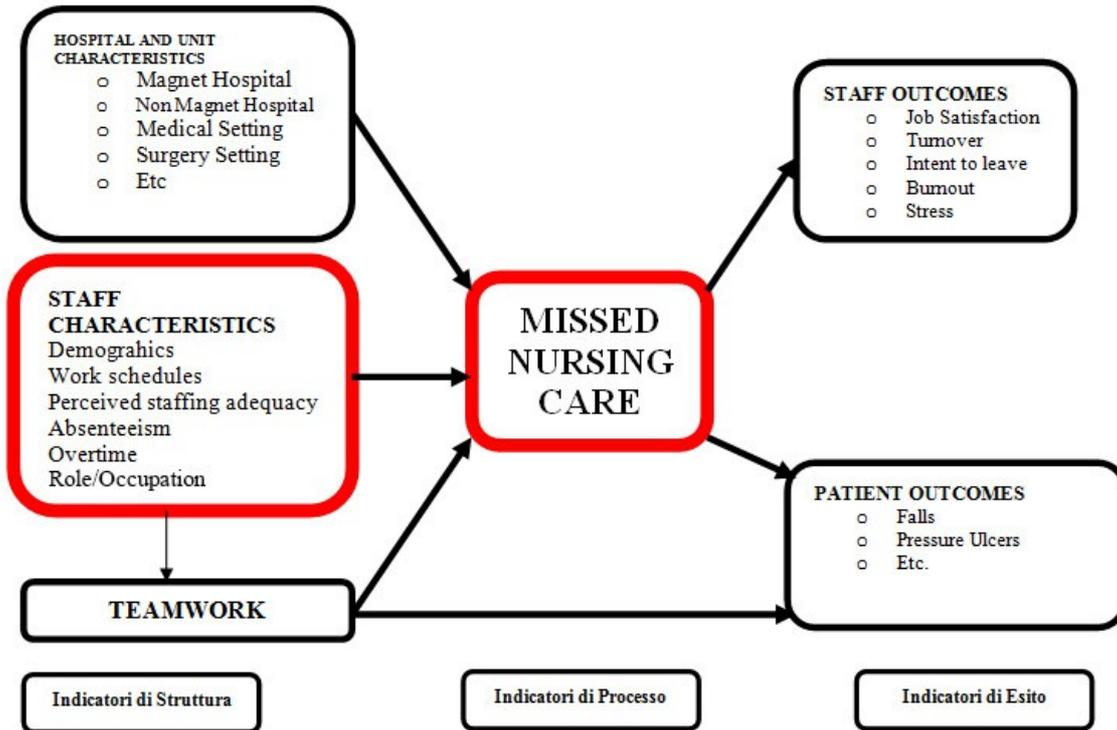
La comprensione del Mnc nell'infermieristica oncologica per acuti è limitata a causa dell'assenza di studi multicentrici specifici con adeguati campioni.

I dati utilizzati nell'analisi condotta da Friese (2013) sono stati estrapolati da un precedente studio condotto prevalentemente su contesti clinici non oncologici e solo in minima parte in ambito oncologico (Kalisch, 2011).

Da un punto di vista concettuale, come in **Figura 3**, questo studio ha analizzato il fenomeno attraverso il Missed nursing care model, esaminando quei fattori legati alla struttura (*Staff credentials* e *Nurse staffing*) e al processo che hanno dimostrato avere una correlazione significativa con il Mnc. Inoltre è stato possibile:

- quantificare il grado di Mnc nelle unità oncologiche;
- confrontare il Mnc tra unità medico-chirurgiche oncologiche e non;
- identificare le correlazioni tra il Mnc nelle unità oncologiche.

Figura 3 - Mnc model e le variabili di studio di Friese (2013)



I contesti oncologici sono ambienti dove gli elementi strutturali del modello del Mnc relative alle caratteristiche delle unità (*Case mix index*, *Nurse staffing* e *Staff credential*) sono quantitativamente superiori ai contesti non oncologici.

Risultano infatti statisticamente significativi alcuni aspetti delle caratteristiche del campione:

- l'anzianità nel ruolo (anni di servizio nel ruolo);
- l'anzianità nel contesto (anni di servizio nel contesto);
- le ore straordinarie (numero di ore oltre il previsto nei precedenti tre mesi).

Riflettendo sulle differenze appena elencate è possibile evidenziare come nei contesti oncologici lavori personale con un'anzianità di ruolo maggiore (elevata *expertise*), la permanenza in questi contesti risulta essere elevata (basso *turnover* o elevata *retention*) e risulta un limitato numero di ore di lavoro straordinario (*overtime*), dati questi che vanno a supportare il grado maggiore di adeguatezza della dotazione organica rispetto agli altri contesti. L'*expertise*, il basso *turnover* (o elevato *retention*) e l'*overtime* si correlano, infatti, significativamente al Mnc.

In generale le cure perse in oncologia sono significativamente inferiori ai contesti non oncologici (T-test 2.20, $p < 0,05$). Inoltre, sono stati esaminati gli elementi delle Mnc in comune tra le unità oncologiche e le unità non oncologiche, che risultano essere: la deambulazione del paziente almeno tre volte al giorno o su prescrizione, la partecipazione a conferenze interdisciplinari sull'assistenza (meeting) e la cura del cavo orale. Questi elementi del Mnc in comune tra i diversi contesti dovrebbero spingere alla riflessione all'interno del gruppo professionale, al fine di prendere consapevolezza del grado di impatto sugli esiti sensibili dell'assistenza e sullo stato di salute in generale.

Successivamente sarà trattata la cura del cavo orale, ma rispetto alla deambulazione andrebbe sottolineato che in ambito onco-ematologico un aspetto da considerare è la *fatigue*, inteso come esaurimento delle energie fisiche, che porta ad una ridotta tolleranza alla attività ed un continuo affaticamento, aspetto questo di un possibile bias nella percezione del Mnc.

La partecipazione alle conferenze interdisciplinari, talvolta, è strettamente collegata all'organizzazione del lavoro in termini di modelli organizzativi dell'assistenza: in questa analisi è un aspetto non considerato, in quanto non sono noti i dati al riguardo.

Relativamente a possibili distorsioni di percezione, va sottolineato come nello studio condotto da Kalisch (2012) (magnete vs non magnete e Mnc), i risultati parrebbero indicare che il personale con un basso livello di formazione e un elevato grado di esperienza si associano a una diminuita individuazione di Mnc. Questo potrebbe essere spiegato con un "processo di indottrinamento" piuttosto che con la cultura organizzativa e la pratica clinica, che spinge i membri a non riconoscere i casi di Mnc perché ritenuti clinicamente accettabili.

Altri aspetti interessanti di questa analisi risultano essere il confronto tra le differenze di Mnc nelle unità oncologiche e non. In oncologia si evidenzia una *minore* incidenza di Mnc rispetto alla mobilizzazione, all'alimentazione, alla preparazione al pasto, alla documentazione, all'educazione e all'informazione al paziente, alla cura del cavo orale, alla medicazione del sito e del Cvc, alla risposta a richiesta di assistenza, alla valutazione dell'efficacia del farmaco, alla cura della pelle e delle lesioni. Riflettendo sui risultati va sottolineato come gli aspetti peculiari dell'assistenza infermieristica in ambito oncologico sono salvaguardati da un'incidenza minore di Mnc rispetto ad altri contesti. Inoltre, queste aree di intervento infermieristico rappresentano il *core* dell'*expertise* del nursing oncologico. Forse questi aspetti dovrebbero essere studiati in correlazione ad esiti clinici forti (mortalità, degenza media, riammissioni, infezioni, ecc.) al fine di avviare una riflessione organizzativa importante. Inoltre, verrebbe da chiedersi se negli altri contesti si riesca a mantenere il *core* del proprio nursing specifico a bassa incidenza di Mnc.

Per quanto riguarda la relazione tra la composizione dello staff di assistenza e Mnc in oncologia, dopo l'aggiustamento per le variabili maggiori, è stato evidenziato come, all'aumento di un paziente in carico è corrisposto un aumento del 2,1% di incremento sul totale di Mnc. Sarebbe interessante conoscere il limite inferiore e superiore entro i quali è possibile mantenere il Mnc ad un livello ritenuto accettabile di sicurezza e di qualità rispetto agli esiti sensibili e la dose di assistenza necessaria a garantirlo (standard di base), elemento questo che aprirebbe una forte discussione sulle dotazioni organiche in termini quantitativi, ma soprattutto qualitativi.

Questa analisi è servita particolarmente a spiegare gli stessi fenomeni analizzati da altri studi, alcuni dei quali hanno riportato una più elevata soddisfazione lavorativa e qualità delle cure riferita dallo staff infermieristico oncologico rispetto a quello non oncologico.

Inoltre, il livello di Mnc individuato nei contesti oncologici può essere messo in relazione alla percezione di una maggiore qualità dell'assistenza da parte dello staff infermieristico.

Soprattutto, questa indagine può spiegare, attraverso il Mnc, perché lo staff infermieristico ospedaliero è stato associato a complicate, insuccesso in caso di emergenze (*failure to rescue*) e mortalità in diversi altri studi quali Friese (2008) e Needleman (2011) (Friese 2013). Se lo staff infermieristico è associato a Mnc, verosimilmente un livello elevato di Mnc ha come conseguenza una ritardata individuazione e gestione delle complicate, che può determinare una maggiore mortalità nei pazienti a rischio.

Dal punto di vista delle implicazioni per la pratica clinica e la gestione delle risorse, i risultati di questa analisi suggeriscono, in particolare per il Mnc relativo alla cura del cavo orale, ma non solo, come questo aspetto sia rilevante nell'assistenza ai pazienti oncologici, data la nota correlazione tra l'inefficace cura del cavo orale e lo sviluppo di mucositi: questo aspetto è da monitorare al fine di erogare cure appropriate e prevenire le complicazioni e i sintomi debilitanti.

I risultati dell'analisi evidenziano come vi sia un considerevole livello di Mnc nei pazienti oncologici e come questo sia legato ai livelli di staff del personale infermieristico.

Questi possono in parte spiegare le differenze tra i risultati sul paziente negli Usa, ma si potrebbe aggiungere anche in Italia. I responsabili sanitari dovrebbero prestare maggiore attenzione alla relazione tra la dotazione organica e il Mnc quando decidono i livelli di staff infermieristico, ovvero utilizzare lo strumento del Mnc come strumento di valutazione e monitoraggio per gli indicatori di struttura e di esito individuati nel Mnc model.

L'analisi condotta da Tho (2012) si collega proprio all'aspetto della relazione che esiste nei contesti oncologici tra il livello di dotazione organica (indicatore di struttura) e gli esiti del lavoro (indicatori di esito), aspetto questo che nell'analisi di Friese (2013) non è stato affrontato (Figura 3).

I risultati degli studi considerati hanno rilevato una relazione diretta tra carenza infermieristica da una parte e la soddisfazione lavorativa, lo stress e il burnout dall'altra.

Come previsto, la carenza infermieristica è stata collegata a un aumento del carico di lavoro e del lavoro straordinario, con conseguente riduzione della soddisfazione lavorativa, aumento di stress e burnout che, in alcuni casi, hanno portato all'abbandono della professione (tasso di abbandono). La carenza infermieristica, se non correttamente affrontata, può portare a effetti deleteri sulla qualità delle cure in oncologica, come è stato considerato precedentemente rispetto all'incidenza di Mnc.

Un fattore significativo per la soddisfazione lavorativa e il burnout in ambito oncologico è legato alla tipologia di assistenza in regime di degenza o ambulatoriale. La soddisfazione lavorativa è inferiore nei reparti di degenza: questo potrebbe essere collegato alla gravità del paziente (elevata complessità), alle relative responsabilità (pratiche assistenziali ad elevato rischio) e pratiche burocratiche (enormi volumi di documentazione). Le caratteristiche dell'ospedale influiscono anch'esse sulla soddisfazione lavorativa, sulla percezione della carenza di personale e sul burnout: questi sono migliori negli ospedali magneti rispetto a quelli non magneti.

L'aspetto demografico gioca un ruolo importante in ambito oncologico relativamente alla percezione della soddisfazione lavorativa e specialmente sull'*intention to leave*: infatti l'intenzione di lasciare è più diffusa nei contesti dove esiste elevata anzianità lavorativa di contesto che, da dati non ancora pubblicati dello studio EsaMed (Palese, 2014) condotto in Italia, sembra essere un fattore protettivo per il Mnc. In sintesi maggiore è l'*intention to leave*, minore è l'occorrenza di Mnc.

Le iniziative legislative volte a definire la dotazione organica sono sempre state focalizzate soltanto sul rapporto numerico infermiere/paziente (nurse staffing), non considerando il rapporto (relazione-comunicazione) tra i pazienti e il personale di assistenza.

L'analisi dei risultati dei due studi arruolati in questa revisione critica ha permesso di completare, anche se con concettualizzazioni diverse, la relazione tra dotazione organica, Mnc e esiti da lavoro (struttura, processo ed esito).

Conclusioni

Il Mnc è un aspetto dell'assistenza che coinvolge tutti i Paesi e le culture, potenzialmente dannoso per la sicurezza del paziente. Il Mnc model sopra esposto può essere utilizzato per implementare nuove strategie infermieristiche per contrastare gli effetti negativi di tali omissioni. È necessario sviluppare politiche atte ad affrontare il Mnc e le più ampie conseguenze sanitarie, economiche e sociali.

Altri aspetti che vanno analizzati in una più ampia considerazione del fenomeno e dell'impatto sull'organizzazione, oltre al Mnc, sono la natura degli esiti del lavorare sia nella accezione positiva (soddisfazione lavorativa) sia in quella negativa (stress e burnout) rispetto a variabili quali la dotazione organica, in particolare il carico di lavoro e la relativa distribuzione di esso oltre che come impatto sull'organizzazione, sui gruppi di lavoro e sul singolo lavoratore.

Da un punto di vista clinico-assistenziale devono essere individuate e implementate strategie per ridurre l'impatto del Mnc e di eventi avversi percepite da parte dei pazienti, attraverso interventi di educazione/informazione e percorsi dedicati di preparazione alla dimissione. Questi potrebbero rappresentare una leva efficace attraverso cui risollevare gli infermieri dagli attuali Mnc. Gli interventi educativi si correlano già a una diminuzione delle riammissioni, delle complicanze (correlate alle conoscenze) e un aumento della qualità delle cure.

La percezione degli operatori di Mnc deve spingere ad identificare altrettante soluzioni idonee ed efficaci: innanzitutto implementare il monitoraggio dei fattori predittivi del Mnc, la diminuzione di Hppd, il Cmi (Case mix index) come valore relativo assegnato a un gruppo di pazienti, correlato alla diagnosi, ed infine l'assenteismo.

Da un punto di vista della gestione delle risorse umane, i responsabili devono principalmente considerare, nell'ottica della promozione del contenimento della percezione del Mnc e degli esiti del lavoro, la possibilità di sviluppo del Tw, attraverso una formazione professionale specifica del personale infermieristico. Il Tw è la leva che correla la percezione di adeguatezza dello staff al Hppd positivamente.

Inoltre attuare processi di sviluppo e di valorizzazione del personale coinvolto nell'assistenza, in considerazione della diversità tra i professionisti, dei miglioramenti dei ruoli e degli sviluppi potenziali futuri in relazione agli obiettivi assistenziali e organizzativi, permette di contenere, prevenire e promuovere il contenimento gli esiti da lavoro e i Mnc. Sperimentare modelli organizzativi dell'assistenza che siano fortemente focalizzati sul processo di pianificazione e monitoraggio del piano assistenziale, di valorizzazione delle competenze e della soddisfazione dei professionisti in considerazione del contesto onco-ematologico e della tipologia di segmentazione dei pazienti su fasce di età (anziani, adulti e bambini).

Per avere cure sicure e minimizzare gli errori è fortemente indicato avere livelli minimi di staff garantiti, quindi sviluppare anche in ambito onco-ematologico ricerche organizzative specifiche o consensus conference tra esperti sull'individuazione di raccomandazioni per la qualità dell'assistenza e standard per la dotazione organica che siano di sicurezza.

Sono necessarie alcune considerazioni e la riflessione sulla pratica clinica da parte dei dirigenti, al fine di individuare soluzioni in grado di alleviare la carenza infermieristica in contesti oncologici ed ematologici, con potenziali effetti positivi sulla soddisfazione lavorativa, sullo stress e il burnout:

- lo sviluppo di strategie atte a migliorare la *retention* del personale infermieristico in tali contesti, elementi cruciali per assicurare livelli ottimali di staffing coerenti con un'assistenza di qualità;
- la riflessione e l'analisi sui reparti di degenza, approfondendo le ragioni della carenza infermieristica;
- l'implementazione di programmi di supporto per gli infermieri in oncologia nella loro carente soddisfazione lavorativa, per lo stress e burnout che sviluppano, anche attraverso strumenti che li aiutino a gestire le proprie emozioni.

Vanno considerati in conclusione alcuni possibili ambiti di approfondimento della futura ricerca, al fine di chiarire alcuni aspetti ancora non conosciuti e consolidarne altri. Ulteriori studi:

- sono necessari anche in altri contesti, quali pediatria oncologica e trapianto di midollo, in cui la ricerca è ancora carente;
- dovrebbero analizzare la relazione tra carenza infermieristica e risultati infermieristici, al fine di identificare le caratteristiche peculiari degli infermieri che sono più portati a sviluppare esperienze negative dovute alla carenza infermieristica;

- dovrebbero approfondire ulteriormente la relazione tra la carenza infermieristica e lo stress e il burnout sperimentato dal personale infermieristico in ambito oncologico in considerazione del Mnc.

Il Missed nursing care e gli esiti negativi del lavoro hanno una forte correlazione con la carenza di dotazione organica in ambito oncologico. Anche se l'incidenza del Mnc, la soddisfazione lavorativa, lo stress e il burnout sono inferiori rispetto ad altri contesti, è necessario attivare strategie e misure di contenimento dei fenomeni analizzati, al fine di evitare un impatto negativo sulla salute dei pazienti e dei lavoratori.

BIBLIOGRAFIA

- AbuAIRub R. F. *Job stress, job performance, and social support among hospital nurses*. J Nurs Scholarsh, 2004, 36 (1):73-8.
- Fraccaroli F, Balducci C. *I modelli teorici del rischio psicosociale*. In: Stress e rischi psicosociali nelle organizzazioni. Bologna: Il Mulino, 2011, 71-126.
- Friese C. R., Kalisch B. J., Lee K. H. *Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units*. Cancer Nurs, 2013, 36(6):E51-7.
- Kalisch B. J. *Missed nursing care: a qualitative study*. J Nurs Care Qual, 2006, 21(4):306-13; quiz 314-5.
- Kalisch B. J., Friese C. R., Choi S. H., Rochman M. *Hospital nurse staffing: choice of measure matters*. Med Car, 2011, 49(8):775-9.
- Kalisch B. J., Lee K. H. *Missed nursing care: magnet versus non-magnet hospitals*. Nurs Outlook, 2012, 60(5):e32-9.
- Kalisch B. J., Lee K. H. *Variations of nursing teamwork by hospital, patient unit, and staff characteristics*. Appl Nurs Res, 2013, 26(1):2-9.
- Kalisch B. J., Tschannen D., Lee H., Friese C. R. *Hospital variation in missed nursing care*. Am J Med Qual, 2011, 26(4):291-9.
- Kalisch B. J., Xie B., Dabney B. W. *Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events*. Am J Med Qual, 2013, (9): 4.
- Saiani L., Guarnier A., Barelli P., Zambiasi P., Allegrini E., Bazoli L., Casson P., Magon G., Mari M., Padovan M., Picogna M., Taddia P., Salmaso D.; Università degli Studi di Verona, di Udine e di Bologna. *Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure: esiti di una consensus conference*. Igiene Sanità Pubblica, 2011, 67(6), 777-92.
- Sarchielli G., Fraccaroli F. *Costi e ricavi del lavoro*. In: *Introduzione alla psicologia del lavoro*. Bologna: Il Mulino, 2010, Aulaweb, 157-190.
- Sist L., Cortini C., Bandini A., Bandini S., Massa L., Zanin R., Vesca R., Ferraresi A. *The concept of missed care: a literature review*. Assist Inferm Ric, 2012, 31(4):234-9.
- Sist L., Cortini C., Bandini A., Bandini S., Massa L., Zanin R., Vesca R., Ferraresi A. *The concept of missed care: a literature review*. Assist Inferm Ric, 2012, 31(4):234-9.
- Tschannen D., Kalisch B. J., Lee K. H. *Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover*. Can J Nurs Res, 2010, 42(4):22-39.
- Toh S. G., Ang E., Devi M. K. *Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings*. Int J Evid Based Healthc, 2012, 10(2):126-41.
- Tschannen D., Kalisch B. J., Lee K. H. *Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover*. Can J Nurs Res, 2010, 42(4):22-39.
- Palese A., Saiani L., Guarnier A. *Correlazioni tra dotazioni di personale ed esiti dell'assistenza infermieristica sui pazienti*. In: I risultati dello studio EsaMed – Esiti sensibili dell'assistenza in Medicina, Trento, 18 Giugno 2014, 2014.



ESPERIENZE

Conoscenze e percezioni degli studenti di Infermieristica sugli errori da somministrazione di farmaci

di Stefano Terzoni (1), Paolo Ferrara (2), Antonio De Angelis (3), Anne Destrebecq (4)

(1) Phd, Infermiere tutor, Corso di laurea in infermieristica, A. O. San Paolo di Milano

(2) Infermiere tutor, Corso di laurea in infermieristica, A. O. San Paolo di Milano

(3) Infermiere, Milano

(4) Ricercatrice MED/45 Università degli Studi di Milano

Corrispondenza: paolo.ferrara@ao-sanpaolo.it

La sicurezza del paziente rappresenta un obiettivo prioritario per le organizzazioni sanitarie di tutto il mondo, ma rischia talvolta di essere compromessa da errori di varia natura, che possono presentarsi durante i vari processi di cura e assistenza. Tali errori non sono sempre esenti da conseguenze, che possono riguardare sia il paziente, con un peggioramento delle sue condizioni di salute e un aumento dei giorni di degenza, sia gli operatori e l'organizzazione stessa, con implicazioni etico-deontologiche e contenziosi legali (Pham et al., 2012; Al-Assaf et al., 2003; Andel et al., 2012; Baker et al., 2004).

Il rischio associato all'utilizzo dei farmaci può riguardare le *Adverse drug reactions*, ovvero le *reazioni avverse* (risposte involontarie e nocive direttamente correlate al farmaco) e i *Medication errors* o errori di terapia, non direttamente legati alla natura della molecola (Aronson, 2009).

Si stima che l'errore di terapia rappresenti il 12%-20% degli errori totali all'interno del panorama sanitario (Guchelaar et al., 2005).

La definizione del problema è complessa e variabile. In Italia, l'errore di terapia è stato definito dal Ministero della salute come "ogni evento prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente". Inoltre, come riportato nell'ultimo Rapporto ministeriale sul monitoraggio degli eventi sentinella, si attesta all'ottavo posto nell'elenco degli eventi segnalati (Ministero della salute, 2013), sebbene il diffuso *underreporting* non permetta una stima precisa del fenomeno (Chiang et al., 2011; Mansouri et al., 2014; Kim et al., 2011; Antonow et al., 2000).

L'errore di terapia si può verificare in ogni fase del processo terapeutico: prescrizione, etichettatura, confezionamento, conservazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio. Numerosi studi (Mayo, 2004; Nguyen et al., 2010) evidenziano però che molto spesso si verifica durante la somministrazione (*Medication administration errors*), fase che prevede un ruolo di assoluta centralità per il personale infermieristico.

Studi recenti (Difonzo et al., 2013; Mrayyan et al., 2008) hanno evidenziato come le conoscenze infermieristiche in merito all'errore di somministrazione non soddisfino pienamente i criteri di gestione del rischio clinico atti a garantire adeguatamente la sicurezza del paziente. I lavori pubblicati sono stati condotti esclusivamente sui professionisti, mentre non sono al momento disponibili studi in merito a soggetti in formazione.

Questa indagine esplora le conoscenze di un gruppo di studenti del Corso di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Milano riguardo gli errori di somministrazione dei farmaci e la necessità di attivare un *incident reporting*; mira inoltre a valutare la percezione dello studente riguardo alle principali cause di errore di somministrazione e al fenomeno dell'*underreporting*.

Cosa dicono gli studenti?

Nel periodo giugno-agosto 2014 è stata condotta un'indagine tra tutti gli studenti del terzo anno del Corso di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, ricorrendo al questionario di *Gladstone* modificato e validato nel 2009 da Aronson (Gladstone, 1995; Aronson, 2009).

Tabella 1 - Scenari e tipi di errore

N.	Scenario	Tipo di errore
1	Un paziente non riceve la dose di ampicillina delle ore 12.00 perché rimane in sala radiologica per 3 ore	<i>Omission error</i>
2	Quattro pazienti di un reparto chirurgico ricevono la loro dose di antibiotico endovena delle h 18 quattro ore dopo	<i>Wrong time error</i>
3	Un paziente che riceve una Nutrizione parenterale totale attraverso una pompa per infusione ha ricevuto 200ml/ora invece di 125ml/ora nelle prime tre ore dell'infusione prevista per 24 ore. La pompa è stata reimpostata alla corretta velocità al cambio del personale alle 7 quando l'infermiere montante si è accorto che la pompa era impostata ad un'errata velocità	<i>Wrong form error</i>
4	Un paziente ricoverato in stato asmatico il 13 agosto alle 2 di notte, aveva come prescrizione una nebulizzazione di Ventolin ogni quattro ore. L'infermiere non somministrò la dose delle ore 6 del 13 agosto perché il paziente dormiva	<i>Omission error</i>
5	Un medico prescrive 1-2 compresse di Percocet (antidolorifico) per dolore post-operatorio da somministrare ogni quattro ore. Alle 16,00 il paziente lamenta dolore, richiede una compressa e la riceve. Alle 18,30 il paziente richiede una seconda dose. L'infermiere la somministra nuovamente	<i>Extra dose error</i>
6	Un paziente riceve routinariamente tutti i giorni alle 9 una dose di digossina. Ieri il livello di digossina era 1,8 (ai limiti superiori della normalità). Il prelievo per il livello di digossina è stato eseguito in giornata alle ore 6. Alle ore 9 l'infermiere non somministra la digossina perché il valore del laboratorio non è ancora disponibile.	<i>Omission error</i>

L'indagine ha coinvolto 201 studenti, individuando potenziali situazioni facilitanti un errore di somministrazione di farmaci. La principale causa di errore percepita da questi studenti è costituita dalla difficile comprensione della prescrizione medica da parte del personale infermieristico, seguita dalla confusione creata dalla presenza di farmaci con nomi o confezioni simili e dall'errato calcolo del dosaggio del farmaco da parte dell'infermiere.

Tabella 2 - Principali cause di errore di somministrazione

Le errate somministrazioni di farmaci avvengono quando l'infermiere/a non confronta il nome del paziente sul braccialetto identificativo con il registro della terapia
Le errate somministrazioni di farmaci avvengono quando la scrittura del medico sulla prescrizione si legge difficilmente o è illeggibile
Le errate somministrazioni di farmaci avvengono quando le etichette sui farmaci o il materiale sono di cattiva qualità o danneggiate
Le errate somministrazioni di farmaci avvengono quando c'è confusione tra due farmaci con nomi o confezionamento simili
Le errate somministrazioni di farmaci avvengono quando il medico prescrive una dose errata
Le errate somministrazioni di farmaci avvengono quando l'infermiere/a calcola erroneamente la dose
Le errate somministrazioni di farmaci avvengono quando l'infermiere/a predisporre o regola in modo errato i dispositivi per l'infusione
Le errate somministrazioni di farmaci avvengono quando gli infermieri/e sono confusi da differenti tipi e funzioni dei dispositivi per l'infusione
Le errate somministrazioni di farmaci avvengono quando gli infermieri/e sono distratti da pazienti, altro personale o eventi all'interno dell'unità
Le errate somministrazioni di farmaci avvengono quando gli infermieri/e sono stanchi o spossati

Il 79,6% degli studenti si ritiene sicuro circa la capacità di riconoscere un errore di somministrazione di terapia; tuttavia le risposte agli scenari che nel questionario simulavano casi clinici hanno evidenziato risultati controversi. In più di uno scenario incentrato su *omission error*, gli studenti scelgono di effettuare una segnalazione al personale medico, ma solo una ridotta percentuale di studenti è stata in grado di riconoscere la situazione di errore e di individuare la necessità di compilare un *incident report*.

In un altro scenario incentrato sul *wrong time error*, la maggioranza degli studenti rileva la presenza di un errore (66,1%), la necessità di avvisare il medico (83,6%) e di segnalare l'evento attraverso un *incident report* (56,2%). La stessa situazione si riscontra nello scenario che propone un errore di dosaggio rispetto alla prescrizione (*wrong form error*): la quasi totalità degli studenti riconosce l'errore di terapia (88,6%), più della metà ritiene necessario avvisare i medici (77,6%) e attivare un *incident report* (63,7%).

Nello scenario incentrato sulla mancata somministrazione del farmaco perché il paziente dorme, la maggioranza degli studenti interpellati riconosce l'errore (62,2%) e la necessità di avvisare il personale medico (77,6%); tuttavia non ritiene di dover attivare un *incident report* (40,8%). Risultati simili sono rilevati in uno scenario in cui il 56,7% degli studenti riconosce l'errore di sovradosaggio e la necessità di avvisare il medico (82,1%) ma una minoranza (37,8%) avrebbe attivato l'*incident report*.

La maggioranza del campione (79,6%) si sente sicura circa le proprie conoscenze in merito all'errore di somministrazione di farmaci ma, al contempo, maggiori dubbi (63,7%) sembrano emergere circa le situazioni in cui si rende necessario compilare un *incident report*.

In particolare, in riferimento al riconoscimento dell'errore, non sono emerse differenze significative nelle risposte tra coloro che si sentivano sicuri e non rispetto alla loro capacità soggettivamente percepita.

Anche nei quesiti riguardanti la natura e i criteri di compilazione di un *incident report*, i risultati sono stati discordanti.

La maggioranza concorda sul fatto che solo una minima percentuale degli errori normalmente compiuti dai professionisti sia poi riportata dal personale infermieristico; nella percezione degli studenti interpellati, la percentuale di errori riferiti attraverso *incident reporting* è tipicamente del 20%. Solo 19 studenti credono che più del 60% degli errori di somministrazione di terapia siano effettivamente riportati.

La paura delle reazioni, in particolare del proprio coordinatore infermieristico (81.4%) ma anche dei propri colleghi (69.2%), sono nella percezione degli studenti due motivazioni influenzanti la tendenza alla non segnalazione dell'errore da parte del personale infermieristico.

Considerazioni

La somministrazione dei farmaci è una delle attività principali dell'infermiere a garanzia di una corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche, come previsto dal profilo professionale (Ministero della salute, 1994).

La responsabilità professionale durante la somministrazione della terapia farmacologica non è riconducibile ad un atto specifico, bensì al sistema di azioni che nel loro insieme permettono una gestione sicura della terapia; la letteratura internazionale sottolinea infatti come l'errore durante la fase di somministrazione di terapia abbia un'origine multifattoriale (Buchini, 2012; Biron et al., 2009; Westbrook et al., 2010).

In questa indagine la percezione dello studente rispecchia questa visione, pur enfatizzando l'influenza della scrittura di pugno/a mano della prescrizione da parte del medico e anche la presenza di farmaci "*Look-alike/Sound-alike*", ossia farmaci che potrebbero essere facilmente scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e per l'aspetto simile delle confezioni. In tal senso lo sviluppo della scheda unica di terapia e della cartella clinica informatizzata, oltre all'implementazione concreta della raccomandazione n. 12/2010 (Ministero della salute, agosto 2010) per la prevenzione degli errori derivanti dall'uso di farmaci Lasa, possono indubbiamente rappresentare alcune delle strategie salienti finalizzate alla riduzione dell'errore.

Per quanto concerne invece l'errato dosaggio farmaceutico da parte dell'infermiere, lo sviluppo delle abilità legate al calcolo, già affrontato nella formazione di base, potrebbe prevedere percorsi di formazione continua, attraverso l'utilizzo di metodiche didattiche interattive (Vernel, 2009).

Il sistema di monitoraggio degli eventi sentinella, dei quali l'errore di terapia fa parte, si basa su segnalazioni volontarie, confidenziali, non punitive e ha come scopo principale quello di promuovere, nell'ambito del sistema sanitario nazionale italiano, la *cultura dell'apprendere dagli errori*; ciò costituisce il fondamento di tutte le metodologie per la gestione del rischio clinico e sicurezza dei pazienti. Questo studio, in sintonia con quanto già asserito in letteratura, ha evidenziato come in realtà lo studente, prossimo professionista, percepisca ancora la paura di reazioni e punizioni quali sostanziali motivazioni alla sotto segnalazione dell'errore da parte del professionista; inoltre pare esistere ancora una scarsa conoscenza circa il concetto e le modalità di utilizzo di un sistema di *incident report*.

Conclusioni

L'errore di terapia, in tutte le sue possibili varianti, ivi compresa l'errata somministrazione di farmaci, costituisce un problema serio che richiede immediate attenzioni da parte di tutti i professionisti. I risultati di questa indagine condotta tra gli studenti del Corso di laurea in infermieristica di Milano, ovvero riguardante un limitato numero di soggetti, confermano quanto già emerso in letteratura.

È auspicabile il continuo sviluppo di percorsi formativi, sia per l'accesso alla professione che per la formazione permanente, atti alla promozione e al consolidamento delle conoscenze riguardo la sicura gestione della terapia farmacologica e l'utilizzo libero e incondizionato dei sistemi di segnalazione, passi fondanti una politica orientata alla necessaria riduzione dell'errore legato all'uso dei farmaci.

BIBLIOGRAFIA

- Al-Assaf A. F., Bumpus Lj, Carter D. et al. *Preventing errors in healthcare: a call for action*. Hosp Top, 2003, 81(3), 5-12.
- Andel C., Davidow S. L., Hollander M. et al. *The economics of health care quality and medical errors*. J health care finance, 2012, 39(1), 39-50.
- Antonow J., Smith A., Silver M. *Medication error reporting: a survey of nursing staff*. J Nurs Care Qual, Issue 2000, 42-8.
- Aronson J. K. *Medication errors: definitions and classification*. Br J Clin Pharmacol., 2009, 67(6), 599-604.
- Aronson J. K. *Medication errors: what they are, how they happen, and how to avoid them*. Q J MED, 2009, 102, 513-2.
- Baker G., Norton P., Flintoft V. et al. *The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada*. Canadian Medical Association Journal, 2004, 170, 1678-86.
- Biron A., Loisel C., Lavoie-Tremblay M. *Work interruptions and their contribution to medical administration errors: an evidence review*. Worldview Evid Based Nurs, 2009, 6, 70-86.
- Buchini S., Quattrin R. *Avoidable interruptions during drug administration in an intensive rehabilitation ward: improvement project*. Journal of Nursing Management, 2012, 20, 326-34.
- Difonzo M., Coppolecchia M., Colagrande G. (2013) *Gli errori di somministrazione di farmaci: una survey per valutare la percezione degli infermieri*. Evidence 5(9), 2013, <http://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000057.pdf>.
- Gladstone J. *Drug administration errors: a study into the factors underlying the occurrence and reporting of drug errors in a district general hospital*. J Adv Nurs, 1995, 22, 628-37.
- Guchelaar H., Colen H., Kalmeijer M. D. et al. *Medication errors: hospital pharmacist perspective*. Drugs, 2005, 65, 1735-46.
- Chiang H. I., Ya-Chu H., Lin S. Y. et al. *Incident reporting culture: scale development with validation and reliability and assessment of hospital nurses in Taiwan*. International Journal for Quality in Health care, 2011, 23(4), 429-36.
- Kim K. S., Kwon S. H., Kim J. et al. *Nurses perception of medication errors and their contributing factors in South Korea*. Journal of Medication Management, 2011, 19, 346-53.
- Mansouri A., Ahmadvand A., Hadjibabaie M. et al. *A review of medication errors in Iran: sources, underreporting reason and preventive measures*. Iran J Pharm, 2014, 13, 3-17.
- Mayo A. M., Duncan D. *Nurse perception of medication errors: what we need to know for the patient safety*. Journal of Nursing Care Quality, 2004, 19, 209-17.
- Ministero della salute, 14 Settembre 1994. *Decreto del Ministero della sanità, n. 739, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo dell'infermiere*.
- Ministero della salute, Agosto 2010. *Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/Sound-alike". Raccomandazione n. 12*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1307_allegato.pdf.
- Ministero della salute, settembre 2005-dicembre 2011. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella. 4° rapporto*. Febbraio 2013. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1940_allegato.pdf.
- Mrayyan M., Shishani K., Faouri I. et al. *Nurses Perceptions of Medication Errors in Jordan*. J Med J, 2008, 42, 94-105.
- Nguyen E., Connolly P. M., Wong V. et al. *Medication safety initiative in reducing medication errors*. Journal of Nursing Care Quality, 2010, 25, 224-30.
- Pham J. C., Aswani M. S., Rosen M. et al. *Reducing medical errors and adverse events*. Annu Rev Med, 2012, 63, 447- 63.
- Vernel E., Maxine P. *Exploring the factors contributing to errors in medicines administration*. Nursing Time, 2009, 105, 46.
- Westbrook J., Woods A., Rob M. I. et al. *Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors*. Arch Intern Med, 2010, 26, 683-90.



ESPERIENZE

Proporzionalità della cura: qual è la percezione dei professionisti sanitari?

di **Francesca Zardi (1)**, **Giuliana Masera (2)**

(1) Infermiera, Casa di Riposo Fondazione Tosi-Cippelletti di Rivarolo Mantovano

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

Corrispondenza: francesca.zardi900@gmail.com

Nel corso degli ultimi anni la percezione del morire ha subito un notevole mutamento. Ciò può essere ricondotto principalmente alla crescente incidenza delle malattie croniche degenerative associate alla “tentazione tecnicistica”, derivante dalla disponibilità di risorse tecnologiche sofisticate, che consentono, sia pure entro certi limiti, di decidere sul prolungamento o il termine della vita. Tale “diluizione nel tempo” del processo del morire è sempre positiva? Il fatto che esistano alcuni trattamenti che possano prolungare la vita di un paziente per un certo periodo è di per sé un motivo sufficiente per applicare quel trattamento?

La letteratura scientifica internazionale mette in primo piano a questo proposito il fenomeno della *dysthanasia*, termine poco conosciuto ma che rappresenta una realtà con cui gli infermieri si scontrano quotidianamente. La distanasia non è altro che l'ostinazione terapeutica e si configura nei trattamenti sproporzionati. Risulta curioso quindi esplorare come gli infermieri percepiscano il fenomeno della proporzionalità della cura e cosa rappresenti per loro.

L'obiettivo di questa indagine è di approfondire la conoscenza dei professionisti sanitari a proposito del significato del termine “proporzionalità della cura” ed esplorare il fenomeno dell'ostinazione terapeutica. Sono state realizzate delle interviste a medici, infermieri e studenti del Corso di laurea in infermieristica (Cli), effettuate in luoghi a discrezione dell'intervistato, con sei domande mirate.

Cosa dicono gli infermieri

Conoscenza e concettualizzazione del termine “proporzionalità della cura”

Il 54,4% degli intervistati, rappresentato dagli studenti del 3° anno del Cli e dagli infermieri, asserisce di non conoscere il significato del termine “proporzionalità della cura”, mentre tutti i medici dichiarano di conoscerne il significato. Nonostante ciò, tutti gli intervistati sono stati in grado di definire il concetto come l'insieme di cure appropriate, adeguate alla condizione clinica del paziente, all'aspettativa di vita e che portino a un miglioramento della qualità della stessa. Alcuni intervistati hanno considerato il rapporto tra rischi e benefici che comporta il trattamento terapeutico, individuando come sia importante non limitarsi alla cura riducendola a una mera somministrazione della terapia farmacologica, piuttosto cercando di prendersi cura del paziente e quindi riflettendo sulla sua dignità.

Qualche intervistato annovera le cure palliative come un tipo di trattamento proporzionato.

Affrontare le situazioni di sospensione di un trattamento terapeutico

La totalità degli intervistati dichiara di essersi trovato di fronte a situazioni in cui si doveva decidere di sospendere un trattamento terapeutico durante l'esperienza lavorativa o di tirocinio. Da questa tematica sono emerse le seguenti questioni:

- *rispetto della volontà del malato*: molti intervistati sostengono l'importanza di rispettare le decisioni e le volontà del paziente, o dei familiari quando quest'ultimo è incapace di intendere e di volere, sebbene le scelte non siano sempre condivise. Alcuni medici parlano di "contrattazioni" con il malato e i suoi familiari, quindi è necessario supportare il paziente nelle scelte che dovranno essere intraprese;
- *il ruolo della comunicazione*: dalle risposte fornite dai medici, possiamo dedurre l'importanza di trovare il coraggio e di saper spiegare il motivo della sospensione di un trattamento al paziente e alla famiglia (come la chemioterapia, la quale causa numerosi effetti collaterali) e ciò comporta anche l'onere di farsi carico delle reazioni emotive che il paziente può manifestare, soprattutto quando ci riferiamo a malati oncologici. Nella comunicazione possiamo introdurre un altro aspetto, ossia la collaborazione tra medici e infermieri sulle decisioni e scelte terapeutiche da intraprendere. La maggior parte degli infermieri include nei comportamenti: la collaborazione, il confronto con i medici, consapevoli del potere decisionale di questi ultimi e quindi tendenti a supportare le decisioni prese. I medici invece menzionano tra i comportamenti da adottare solo il confronto con altri medici specialisti e il rispetto della volontà dei familiari;
- *implicazioni emotive*: alcuni intervistati, in particolar modo gli infermieri, esprimono le proprie difficoltà emotive, frustrazioni, burn-out suscitate dalla pratica di ostinazione terapeutica e dalla delicata situazione di sospendere un trattamento per un paziente.

Frequenza dell'ostinazione terapeutica nei confronti di pazienti in fase terminale

L'80% del campione afferma che l'ostinazione terapeutica sia un fenomeno molto frequente e dalle considerazioni degli intervistati si possono evincere i motivi che caratterizzano tale fenomeno:

- *responsabilità professionale*: riconosciuta in particolar modo dai medici, è dichiarata anche dagli infermieri che sentono il dovere di rispettare le scelte del medico. Alcuni intervistati affermano che, quando si assiste un paziente in condizioni critiche, si cerca di fare il possibile per mantenerlo in vita e su quest'aspetto incide anche la preoccupazione di non aver fatto abbastanza e il timore che i familiari possano ricorrere a provvedimenti legali;
- *incapacità di arrendersi e di interrompere la cura*: i medici asseriscono l'incapacità di arrendersi di fronte alla morte e alla malattia, cercando di mantenere in vita il paziente a qualsiasi costo. La prosecuzione dei trattamenti terapeutici è riconosciuta come l'incapacità del medico di affrontare la "non cura", poiché il loro obiettivo è di curare e non sempre sono in grado di valutare le aspettative di vita del paziente; a causa di ciò pochi pazienti sono indirizzati alle cure palliative. Inoltre, la prosecuzione di trattamenti a pazienti senza alcuna prospettiva di miglioramento ha indotto alcuni intervistati a menzionare gli elevati costi sanitari e risorse economiche che comportano;
- *ruolo dei familiari nelle scelte decisionali*: essi rivestono un ruolo fondamentale nelle scelte decisionali. Gli intervistati affermano che i desideri e le volontà dei familiari devono essere rispettate anche quando non si condivide la decisione. Molto spesso i familiari non possiedono le informazioni e le conoscenze sulla malattia e sulla condizione clinica del proprio caro e ciò può portare a una mancanza di fiducia nei confronti dei professionisti sanitari.

È necessario quindi che ricevano tutte le informazioni indispensabili sul percorso terapeutico e sulla condizione clinica del malato e accertarsi che abbiano compreso. Alcuni infermieri evidenziano anche un altro importante aspetto, cioè il senso di colpa dei familiari per non poter assistere il proprio caro e altri fattori come il legame affettivo, la religione e l'incapacità di accettare la malattia che possono influire sulla pratica di ostinazione terapeutica. Vi sono però anche familiari favorevoli ad accompagnare il malato a una morte serena, rinunciando quindi all'ostinazione terapeutica.

Il coinvolgimento dell'infermiere e di altri professionisti sanitari nelle decisioni terapeutiche

Quasi tutti gli intervistati sostengono che il coinvolgimento dell'infermiere sia importante nelle decisioni terapeutiche che riguardano il paziente. Anche gli altri professionisti sanitari svolgono un ruolo fondamentale, poiché possedendo conoscenze specifiche sono in grado di contribuire nelle decisioni terapeutiche e assistenziali. Dalle risposte fornite possiamo dedurre l'importanza dell'infermiere per i seguenti motivi:

- *figura professionale più vicina al paziente:* molto spesso il malato confida all'infermiere le proprie preoccupazioni e angosce; chiede spiegazioni, chiarimenti e quindi funge da mediatore tra medico e paziente. Lavorando a stretto contatto con il paziente, l'infermiere è in grado di decidere adeguate scelte assistenziali e di riconoscere le problematiche a esso legate;
- *ruolo dell'esperienza lavorativa:* gli infermieri con molti anni di esperienza lavorativa sono in grado di gestire situazioni assistenziali complesse e per questo motivo sono maggiormente coinvolti dal medico nel processo decisionale. Alcuni infermieri sostengono che in determinati casi dovrebbe essere l'infermiere stesso a prendere iniziativa.

Conclusioni

Biondo e Silva (2009), interpellando un campione d'infermieri a cui è stato chiesto di concettualizzare il termine distanasia, sono stati in grado nel 54,5% dei casi di concettualizzare il termine; tra questi l'82,35% afferma di imbattersi nella dysthanasia quasi quotidianamente. Riflettendo sulla frequenza dell'ostinazione terapeutica, in un'indagine condotta da Mohammed e Peter (2009), il 95% degli infermieri e l'87% dei medici hanno denunciato l'impiego di trattamenti futili; questo accanimento è richiesto in primo luogo dai familiari e in seguito dai medici. Lo studio asserisce che gli infermieri, rispetto ai medici, risentono maggiormente del problema riguardante la futilità dei trattamenti.

Lo studio di Biondo e Silva, inoltre, ha preso in considerazione il ruolo dei familiari, sostenendo che i trattamenti futili diano false speranze alla famiglia e che potrebbero essere sostituiti con le cure palliative, nonostante siano difficilmente accettate.

Da moltissimi studi ricavati dalla letteratura scientifica, emerge chiaramente il coinvolgimento dell'infermiere nel processo decisionale. Lo studio effettuato da Epstein (2010) ha dimostrato che, sebbene la quasi totalità di medici e infermieri sostenga che le decisioni debbano essere prese in modo collaborativo, solo il 27% degli infermieri e il 50% dei medici ritiene che tali collaborazioni avvengano nella pratica clinica.

Nello studio di Georges e Grypdonck (2002), Hoffmaster analizza le prospettive divergenti degli infermieri e dei medici; ciò sembra spiegare come nascano i conflitti:

- *prospettiva infermieristica*: si caratterizza per la volontà di agire in conformità con i desideri del paziente; gli infermieri trascorrono molto più tempo con i pazienti e ciò favorisce l'instaurazione di una relazione;
- *prospettiva medica*: è caratterizzata dalla volontà di agire secondo le possibilità di trattamento e influenzata dalla responsabilità del ruolo. I medici dedicano un tempo molto limitato ai pazienti e traggono le conclusioni sulla base di referti clinici, esami diagnostici e letteratura scientifica.

Concludendo, è opportuno sottolineare l'importanza del rispetto dei desideri, della volontà del paziente in merito alle cure di fine vita e di come questo sia centrale nell'assistenza. I familiari giocano un ruolo fondamentale nelle decisioni da intraprendere, in particolar modo quando il paziente perde la capacità di intendere e di volere, quindi il dovere di medici e infermieri è di porsi come guida per aiutarli a comprendere l'importanza di attuare trattamenti proporzionati alla situazione clinica in cui verte il paziente.

Gli infermieri, data la stretta vicinanza con i pazienti, sono in grado di comprendere le angosce, le paure ma anche gli effetti di un trattamento; per questo il loro coinvolgimento nelle decisioni può aiutare nella scelta dei trattamenti terapeutici da adottare.

BIBLIOGRAFIA

- Biondo C. A., Silva M. J., Secco L. M. *Dysthansia, euthansia, orthotanasia: the perceptions of nurses working in intensive care units and care implications*. Rev Lat Am Enfermagem. 2009; 17:613-9.
- Mohammed S., Peter E. *Rituals, death and the moral practice of medical futility*. Nurse Ethics. 2009; 16: 293-301.
- Epstein E. G. *Moral obligations of nurses and physicians in neonatal end of life care*. Nurs Ethics. 2010; 17:577-89.
- Georges J. J., Grypdonck M. *Moral problems experience by nurses when caring for terminally ill people: a literature review*. Nurs Ethics. 2002; 9:155-78.

ESPERIENZE

Tubercolosi: conoscenze e percezioni del rischio tra gli studenti dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie

di *Madina Marconini (1), Elisabetta Balestreri (2)*

(1) *Infermiera libera professionista*

(2) *Direttore didattico della Sezione di Busto Arsizio - Corso di laurea in Infermieristica Università degli Studi di Milano*

Corrispondenza: elisabetta.balestreri@unimi.it

In Italia la tubercolosi è considerata una malattia relativamente rara (Ministero della salute, 2013), ma negli ultimi anni sono emersi numerosi motivi di allarme: nelle grandi città metropolitane l'incidenza di tubercolosi è oggi fino a 4 volte maggiore rispetto alla media nazionale (Besozzi, 2014).

Nel 2013 a Milano si sono verificati casi che coinvolgevano studenti universitari (Asnaghi, 2013), mentre recenti evidenze dimostrano che i professionisti dedicati alla cura e all'assistenza della persona sono vulnerabili alla tubercolosi non solo a causa dell'esposizione elevata, ma anche a causa della disinformazione e della mancanza di conoscenze aggiornate sulla malattia (Mussi, Traldi, De Souza Talarico, 2012). La normativa in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro raccomanda di predisporre un'adeguata formazione per tutti gli operatori sanitari, includendo gli studenti, i tirocinanti e i volontari, sul rischio e sulle misure di prevenzione tecnica e individuale (Decreto Legislativo 81/2008).

Si è quindi ritenuto opportuno indagare la conoscenza e la percezione del rischio biologico da tubercolosi tra gli studenti delle professioni sanitarie dell'Università degli Studi di Milano.

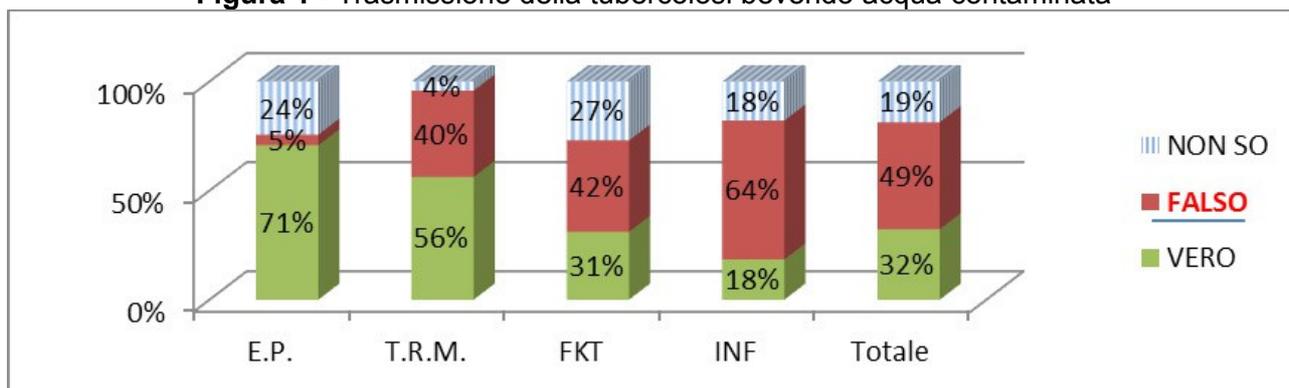
Cosa ne sanno gli studenti?

L'indagine è stata svolta coinvolgendo gli studenti di 4 Corsi di laurea di I livello delle professioni sanitarie dell'Università degli Studi di Milano: infermieristica, fisioterapia, educazione professionale e tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia, per un totale di 353 soggetti.

Dai risultati emerge che sono molti gli studenti che non conoscono le caratteristiche dell'infezione.

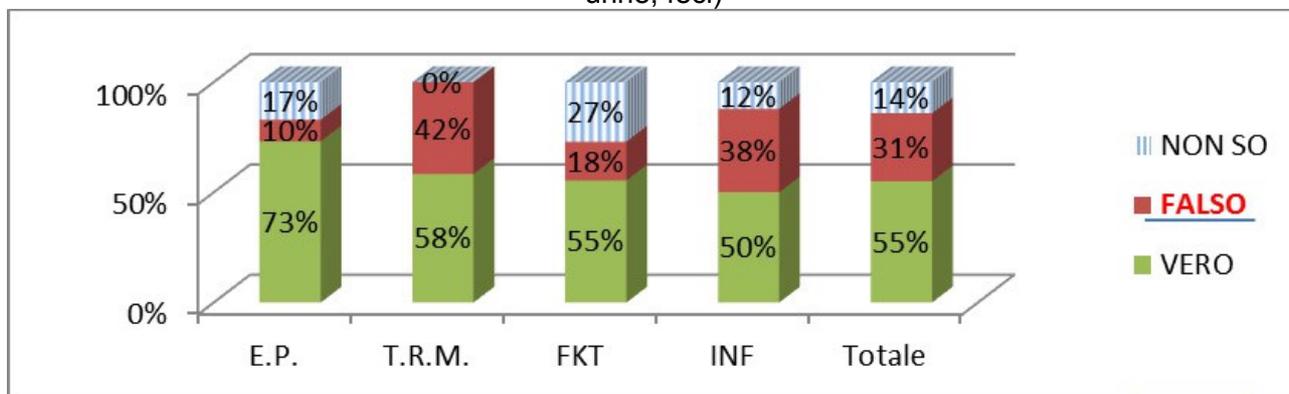
Le risposte in cui si rilevano maggiori errori riguardano per esempio la modalità di trasmissione della tubercolosi: solo 173 studenti su 353 (49%) hanno saputo individuare che la risposta "attraverso l'assunzione di acqua contaminata" è scorretta (**Figura 1**).

Figura 1 - Trasmissione della tubercolosi bevendo acqua contaminata



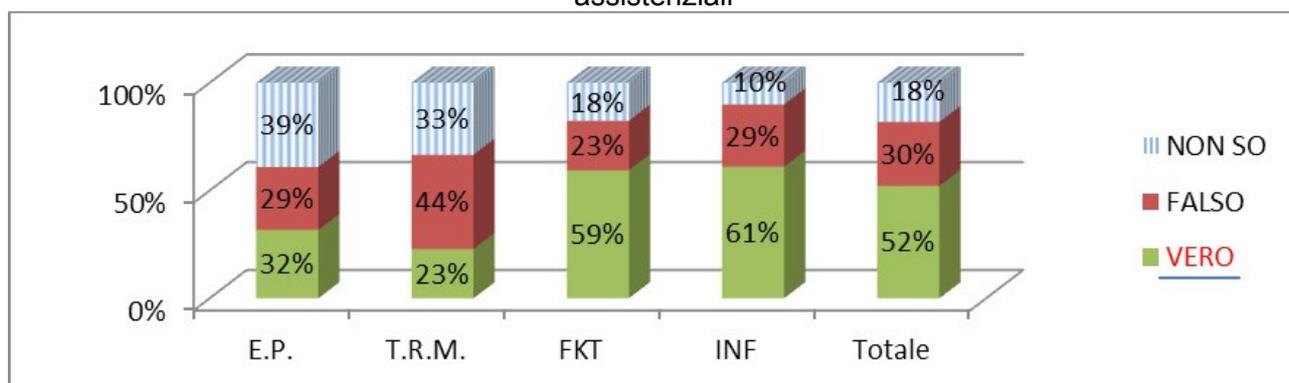
Quando invece si è indagata la “trasmissione per contatto con sangue o materiali biologici”, hanno risposto correttamente 109 studenti su 353 (31%) (**Figura 2**).

Figura 2 - Trasmissione della tubercolosi per contatto con sangue o materiali biologici (saliva, urine, feci)



Sono inoltre molti coloro che non riconoscono come fattore di rischio il lavorare in comunità/strutture assistenziali (**Figura 3**).

Figura 3 - Fattori di rischio per il contagio della tubercolosi: lavorare in comunità/strutture assistenziali



Discussione

Le lacune conoscitive degli studenti sono molteplici e senza distinzione di anno di corso. Gli interpellati sono consapevoli della contagiosità della malattia, la maggioranza conosce l’agente eziologico, ma si riscontrano errori inerenti la localizzazione della malattia: solo il 42% ritiene che la malattia possa interessare organi extra polmonari.

La maggioranza dei soggetti condivide l'impossibilità di guarigione spontanea (54%), ma solo il 39% ritiene possibile lo sviluppo di un'infezione cronica non contagiosa. Così come in letteratura anche le conoscenze inerenti la trasmissione dell'infezione da una persona malata ad una sana non escludono risposte come il contatto con sangue o materiali biologici (55%) (Durando et al., 2013; Morandi M., Favale M., Borsari L., Carluccio E., Bisaccia E., Borrella P. et al., 2012).

Il rischio di venire a contatto con il bacillo della tubercolosi non sembra così presente tra questi studenti: nonostante la percezione del rischio sia riscontrabile nel 72% degli studenti, solo il 12% degli interpellati si ritiene ad alto rischio. È possibile dare ulteriore valore negativo a questo comportamento correlandolo al fatto che circa la metà dei soggetti non ritiene un fattore di rischio lo svolgimento di attività lavorative assistenziali.

Conclusioni

Nel loro insieme i risultati mostrano che gli studenti reclutati non possiedono adeguate conoscenze sulla tubercolosi: nessuno dei partecipanti all'indagine ha risposto correttamente a tutti i quesiti. Si ritengono di particolare importanza le lacune circa le modalità di trasmissione e le caratteristiche dell'infezione, temi che, se non conosciuti, potrebbero aumentare il rischio di esposizione all'infezione. Da questa mancanza di sapere consegue una percezione del rischio quasi assente: si ritengono a rischio alto solo 42 studenti su 353.

Quanto è emerso evidenzia la necessità di incrementare le conoscenze, come già indicato dalla normativa e dalla letteratura (Montagna M. T., Napoli C., Tafuri S., Agodi A., Auxilia F., Casini B. et al., 2014). Gli studenti dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie sono tenuti a possedere conoscenze sui diversi aspetti della malattia tubercolare, seppur con focalizzazioni diverse a seconda della categoria professionale di appartenenza.

Fondamentali l'informazione e la formazione, che sono considerate le armi più efficaci per contrastare l'insorgenza della malattia, con l'obiettivo di raggiungere tutti coloro che, a diverso titolo, intervengono nei processi di diagnosi, cura e prevenzione.

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della salute. *Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti a essi equiparati*. Approvato come Accordo nella Conferenza Stato-Regioni-Province Autonome del 7 febbraio 2013. Consultato il 28 ottobre 2014. Disponibile all'indirizzo web http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1901_allegato.pdf.
- Besozzi G. *Numero speciale tubercolosi*. Malattie Infettive Asl di Milano (M.I.A.Mi) 1/2014. Consultato il 2 ottobre 2014. Disponibile all'indirizzo web: www.asl.milano.it.
- Durando P, Sotgiu G, Spigno F, Piccinini M, Mazzarello G, Viscoli C, Copello F, Poli A, Ansaldo F, Icardi G. *Latent tuberculosis infection and associated risk factors among undergraduate healthcare students in Italy: a cross-sectional study*. *BMC Infect Dis* 2013, 13:443.
- Asnaghi L. *Tubercolosi, aumentano i casi. La Asl: a Milano è emergenza*. 28 ottobre 2013, La Repubblica. Consultato il 2 ottobre 2014 Disponibile all'indirizzo web: http://milano.repubblica.it/cronaca/2013/10/28/news/tubercolosi_aumentano_i_casi_la_asl_a_milano_emergenza-69609999/.
- Mussi T. V. F, Traldi M. C., De Souza Talarico J. N. *Knowledge as a factor in vulnerability to tuberculosis among nursing students and professionalis*. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):696-703.
- Montagna M. T., Napoli C., Tafuri S., Agodi A., Auxilia F., Casini B. et al. *Knowledge about tuberculosis among undergraduate health care students in 15 Italian universities: a cross-sectional study*. *Sanità Pubblica di BMC* 2014, 14: 970.
- Morandi M., Favale M., Borsari L., Carluccio E., Bisaccia E., Borrella P. et al. *Conoscenze sulla tubercolosi e percezione del rischio tra i giovani universitari, Modena 2011*. Notiziario dell'Istituto superiore di sanità. Inserto BEN Bollettino Epidemiologico Nazionale: Volume 25 - numero 6 - Giugno 2012. Consultato il 2 ottobre 2014 Disponibile all'indirizzo web: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2012/giugno/giugno2012.pdf>.



ESPERIENZE

Quali ostacoli alla donazione di sangue ed emocomponenti? I pareri dei NON donatori

di **Chiara Fioribello**

Infermiera

Corrispondenza: chiarafioribello@hotmail.com

L'infermiere moderno sta acquisendo un'autonomia sempre maggiore e più riconosciuta dal momento in cui, oltre alla gestione del processo infermieristico, tra le sue funzioni rientra quella dell'educazione sanitaria di tutti i cittadini, associata alla promozione di uno stile di vita sano, così come dichiarato all'interno del Dm 739/94.

Obiettivo di questa indagine è indagare le paure e i dubbi di chi non dona sangue ed emocomponenti, con il fine di riscontrare quali siano le convinzioni e le reali motivazioni che, per questi soggetti, sono diventate motivo di dichiarazione di contrarietà a questa donazione.

Il nostro percorso

Attraverso l'analisi dei dati riferiti all'anno 2013, si è verificato che nel bacino della Regione Lazio e in particolare all'interno dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma vi è una grave carenza di sangue ed emocomponenti (**Tabella 1 e Tabella 2**).

Si è così deciso di individuare i principali ostacoli alla scelta di donare, somministrando tramite web un questionario anonimo alle persone che hanno scelto di non donare, suddiviso in tre parti: una autopercezione, una inerente la trasfusione e l'ultima per valutare le conoscenze degli intervistati.

Il questionario è stato rielaborato principalmente attraverso l'analisi di precedenti indagini accreditate e svolte dal centro di ricerca indipendente "Observe science in society"^[1], riportate su vari siti Internet del Centro nazionale sangue^[2]. In totale abbiamo somministrato 200 questionari.

Tabella 1 - Donazioni e utilizzazione di sangue nelle Aziende Sanitarie laziali – 2013

Struttura trasfusionale		Unità prodotte	Unità consumate
I1302	OSPEDALE PAOLO COLOMBO VELLETRI - VELLETRI (RM)	15.128	12.142
I1303	OSPEDALE SAN PIETRO FATEBENEFRAPELLI - ROMA (RM)	4.267	4.278
I1305	OSPEDALE SANDRO PERTINI - ROMA (RM)	10.573	12.178
I1306	POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI - ROMA (RM)	6.613	17.452
I1307	AZ. OSP. SAN CAMILLO-FORLANINI - ROMA (RM)	13.069	21.169
I1308	POLICLINICO UMBERTO I - ROMA (RM)	18.650	25.143
I1311	OSPEDALE SANTA MARIA GORETTI LATINA - LATINA (LT)	19.444	15.700
I1312	PRESIDIO S. CAMILLO DE LELLIS DI RIETI - RIETI (RI)	5.692	3.802
I1313	OSPEDALE DI BELCOLLE - VITERBO (VT)	14.844	11.140
I1314	OSPEDALE F. SPAZIANI FROSINONE - FROSINONE (FR)	10.543	11.181
I1315	OSPEDALE SAN PAOLO - CIVITAVECCHIA (RM)	3.165	2.844
I1319	ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI - ROMA (RM)	3.269	3.341
I1320	AZIENDA OSP. S. GIOVANNI/ADDOLORATA ROMA - ROMA (RM)	6.469	7.450
I1321	OSPEDALE S. FILIPPO NERI - ROMA (RM)	9.880	14.215
I1323	OSPEDALE SANTO SPIRITO - ROMA (RM)	5.478	5.060
I1324	OSPEDALE S. EUGENIO - ROMA (RM)	9.824	19.325
I1325	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU' - ROMA (RM)	13.810	7.796
I1326	OSPEDALE G. B. GRASSI - ROMA (RM)	4.710	2.923
I1331	OSPEDALE FATEBENEFRAPELLI - ROMA (RM)	3.503	2.884
I1334	OSPEDALE SAN GIOVANNI EVANGELISTA - TIVOLI (RM)	7.595	4.645
I1335	AZ. OSP. UNIV. POLICLINICO TOR VERGATA - ROMA (RM)	4.774	14.188
Totale LAZIO		191.300	218.856

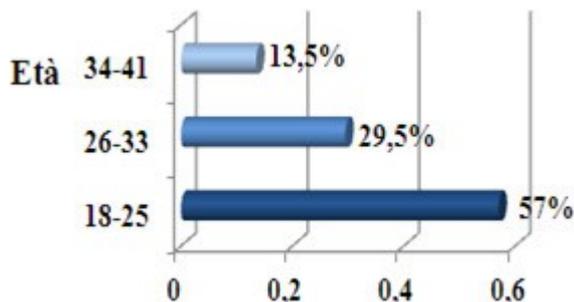
Tabella 2 - Donazioni e utilizzazione di sangue nelle Aziende Sanitarie laziali – 2013

Unità sangue intero prodotte vs unità consumate anno 2013 policlinico Umberto I						
	Sangue intero	Pediatriche	Aferesi	Tot	Consumato	Δ
EMAZIE	18.326	117	324	18.767	25.254	-6487

I nostri risultati

La popolazione più giovane risulta essere quella più difficile da attirare alla donazione nelle campagne di formazione ed informazione (**Figura 1**).

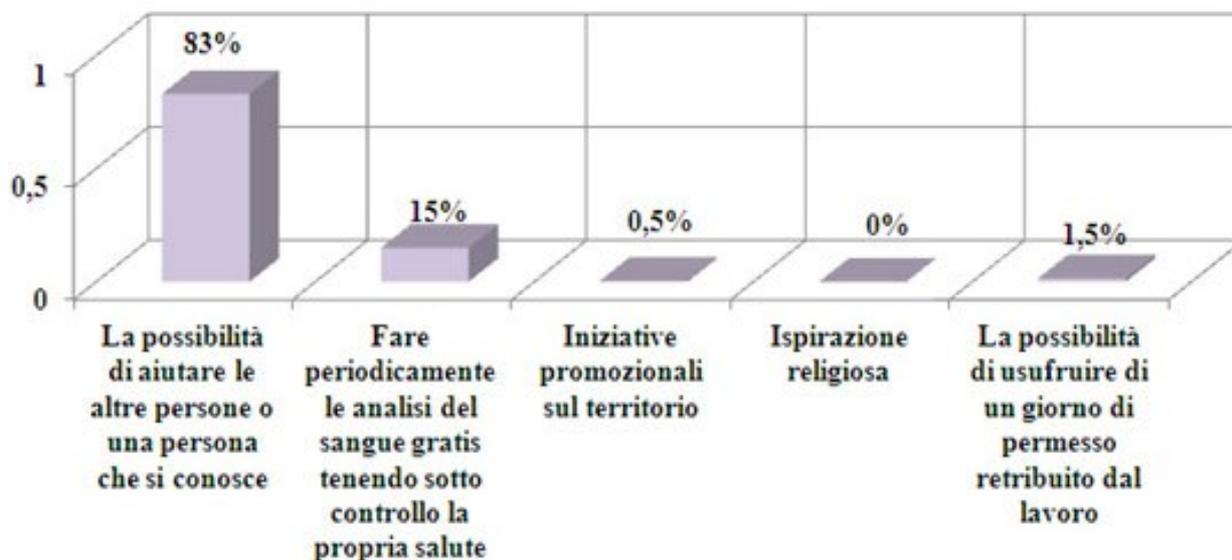
Figura 1 - L'età del campione



L'83% dei rispondenti (37,5% maschi e 62,5% femmine) ritiene che il motivo per cui si dona sia la possibilità di prestare aiuto a qualcuno, conoscente o meno. Il 15% ha rimandato invece una visione più pragmatica della donazione, beneficiando in tal modo di un controllo gratuito del proprio stato di salute. A tale visione si aggiunge poi la possibilità di usufruire di un giorno di permesso retribuito dal lavoro, anche se soltanto l'1,5% degli intervistati ha contrassegnato tale risposta.

Infine, lo 0,5% dei non donatori ha attribuito importanza alle iniziative promozionali sul territorio come costante input alla donazione nella popolazione dei donatori, mentre nessuno ha ritenuto che eventuali motivazioni religiose possano essere talmente radicate e valide da poter spingere a donare (Figura 2).

Figura 2 - Scelte a monte della donazione

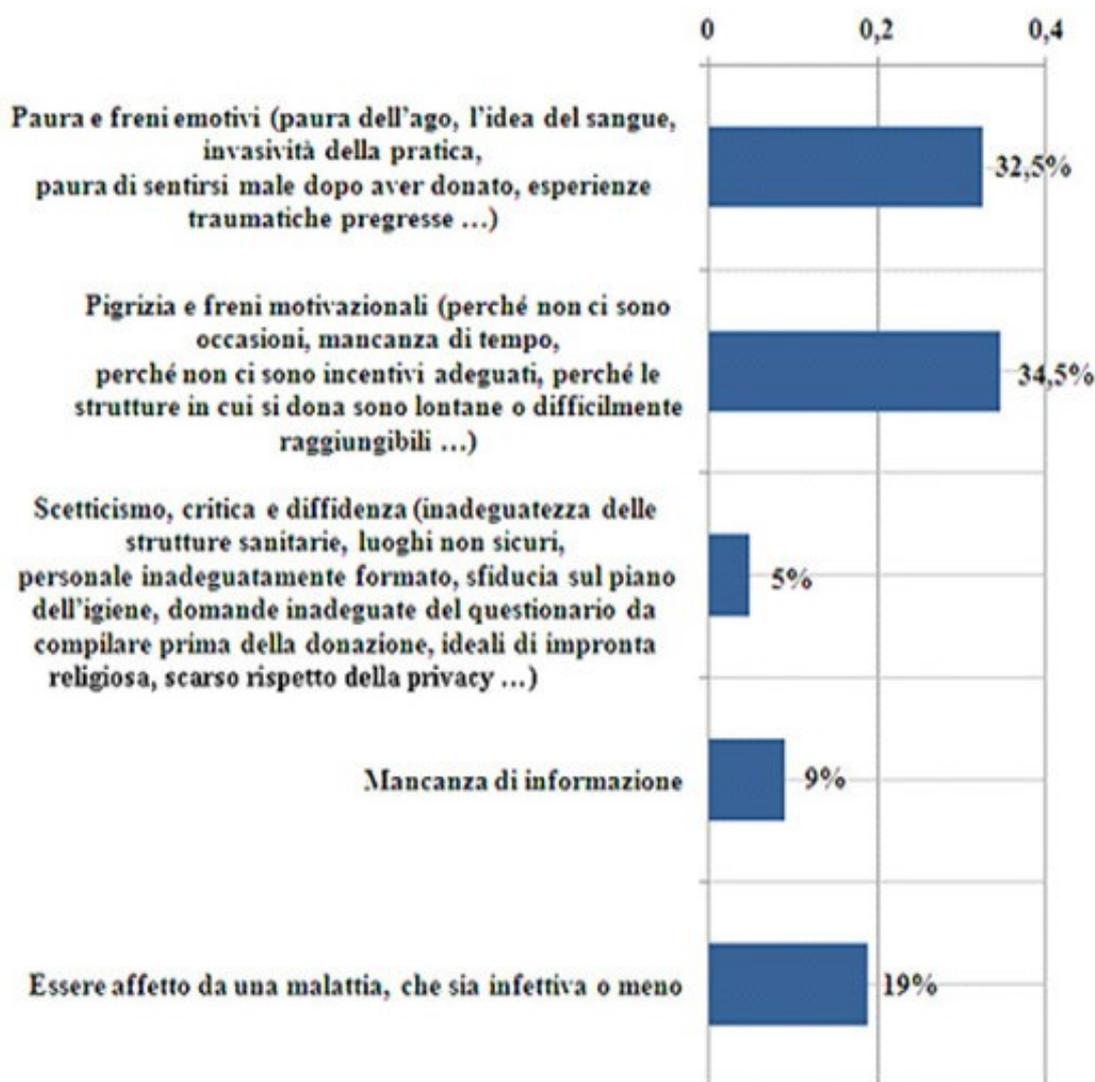


Tra gli ostacoli alla donazione di sangue ed emocomponenti sono prevalsi per il 32,5% dei rispondenti motivazioni legate alla paura e ai freni emotivi (paura dell'ago, l'idea del sangue, invasività della pratica, paura di sentirsi male dopo aver donato, esperienze traumatiche pregresse); per il 34,5% la mancanza di occasioni, di tempo, di incentivi adeguati e la lontananza delle strutture in cui si dona, che si rivelano difficilmente raggiungibili.

Il 19% dei rispondenti ha affermato che è una malattia ad impedire la possibilità di donare. Il 9% ha ammesso di non essere adeguatamente informato e, di conseguenza, di non aver mai avuto la curiosità di saperne di più per quanto riguarda la donazione di sangue o emocomponenti.

Il restante 5% ha indicato lo scetticismo e la diffidenza come il principale ostacolo che impedisce di diventare donatore, che si manifestano con critiche riguardanti la sospettata inadeguatezza delle strutture sanitarie e di luoghi non sicuri, personale non sufficientemente formato, sfiducia sul piano dell'igiene, domande inadeguate del questionario da compilare prima della donazione, ideali di impronta religiosa, scarso rispetto della privacy (**Figura 3**).

Figura 3 - Ostacoli alla donazione



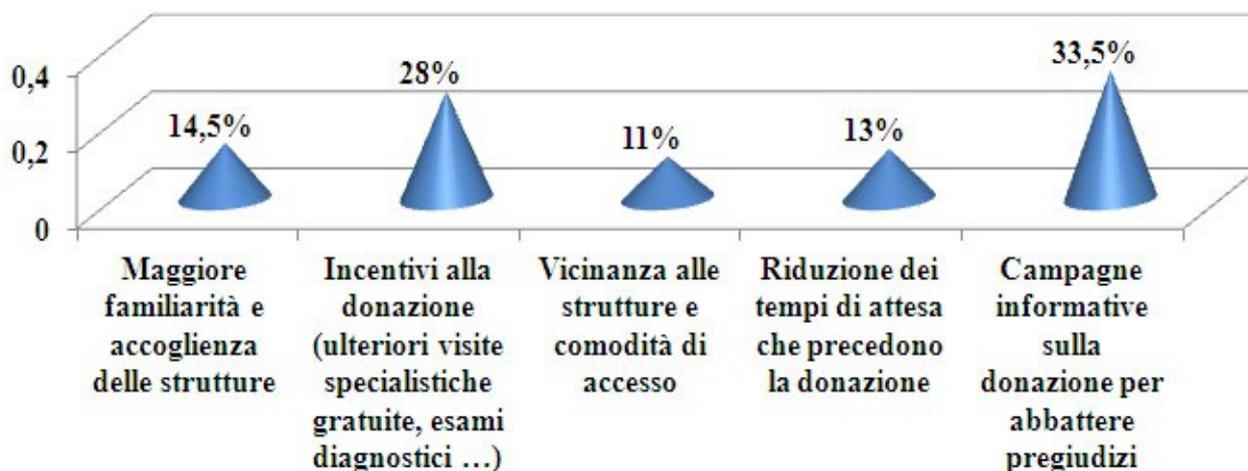
Tra le possibili soluzioni per tentare di superare i vari ostacoli precedentemente individuati è emerso che il 33,5% dei non donatori ha conferito totale importanza e potere alle campagne di informazione sulla donazione, istituite per abbattere qualsiasi tipo di pregiudizio in tale ambito.

Il 28% crede che un non donatore sarebbe disposto più volentieri a donare se si offrissero incentivi da parte delle strutture, quali ad esempio esami diagnostici o ulteriori visite specialistiche gratuite.

Il 14,5% ha presupposto che un clima di maggiore familiarità e accoglienza nelle strutture potrebbe essere utile a smorzare eventuali sentimenti negativi o paure nei confronti di questo atto.

L'11% e il 13%, invece, hanno dichiarato che sarebbero più inclini alla donazione di sangue o emocomponenti se avessero la possibilità di abitare in aree che garantiscano un accesso più comodo alle strutture in cui si effettua la raccolta, oppure se i tempi di attesa venissero ridotti, in particolare per l'ansia e le preoccupazioni per l'esito della donazione stessa che si sviluppano durante tale attesa (**Figura 4**).

Figura 4 - Soluzioni per favorire la donazione



Il 69,5% ha avuto bisogno almeno una volta nella vita di una trasfusione o conosceva una persona che ha dovuto affrontarne una. In netta minoranza, invece, il 30,5% non ha mai avuto a che fare con questa procedura, né direttamente né indirettamente. Si deve sottolineare che se nessuno donasse il proprio sangue o parte di esso, tutti un giorno potremmo avere la sfortuna di subirne le conseguenze.

I risultati inerenti la parte conoscitiva non vengono riportati in quanto il campione si è dimostrato ferrato sulle conoscenze di base riguardanti l'argomento: quantità di sangue prelevato durante una donazione di sangue intero, gruppo donatore e ricevente universale, altro.

Conclusioni

L'indagine si è focalizzata sul punto di vista dei non donatori, permettendoci così di affrontare con loro ciò che non avrebbe suscitato in loro alcun interesse. Inoltre, la consapevolezza che la sfida per il raggiungimento dell'autosufficienza regionale e nazionale ha bisogno di essere sempre rinnovata, ci ha portato alla creazione di un opuscolo informativo da divulgare tra la cittadinanza, proposto quale manuale tascabile del donatore ideale, da portare con sé e da consultare al momento del bisogno.

L'opuscolo è stato elaborato appositamente per il Centro trasfusionale del Policlinico Umberto I di Roma, ma può essere revisionato e riadattato per qualsiasi struttura che voglia adottarlo. L'idea di proporre un opuscolo è scaturita esclusivamente dai risultati emersi durante l'indagine, in primo luogo in quanto i non donatori hanno riconosciuto l'importanza delle campagne di informazione indette dagli enti che si occupano di tali tematiche; in secondo luogo perché si è avvertito come doveroso trovare uno strumento che potesse aiutare ad integrare le conoscenze sulla donazione di sangue ed emocomponenti con ulteriori dettagli.

[1] <http://www.observa.it/chi/?lang=it>. Observa science in society è un centro di ricerca indipendente, senza fini di lucro, legalmente riconosciuto, che promuove la riflessione e il dibattito sui rapporti tra scienza e società, favorendo il dialogo tra ricercatori, policy maker e cittadini.

[2] <http://www.centronazionale sangue.it/>

BIBLIOGRAFIA

- Bonomo P. *La qualità della selezione dei donatori e delle procedure di prelievo può contribuire al raggiungimento dell'autosufficienza senza spreco di risorse*, Avis SOS, 1997.
- *La medicina Trasfusionale: il Sistema Qualità, l'Ambulatorio, il Laboratorio e la Donazione di Sangue. Raccolta delle lezioni dei corsi di aggiornamento*, Lecce, Ed. SIMTI, giugno 2002.
- Zucchelli P. et al. *La donazione di sangue*, Milano; Ed. SIMTI, 2002.

SCAFFALE

La storia del Nursing in Italia e nel contesto internazionale

*Gennaro Rocco, Costantino Cipolla, Alessandro Stievano
Franco Angeli, 2015
pagine 608, euro 34,00*



Lo scorso 11 maggio, presso il ministero della Salute, il Cecri (Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica) e il Collegio Ipasvi di Roma, con il patrocinio della Federazione nazionale Ipasvi, hanno organizzato l'evento (accreditato Ecm) dal titolo: "La storia del Nursing in Italia e nel contesto internazionale".

Tra gli obiettivi specifici della giornata, la presentazione di un testo sull'evoluzione della professione infermieristica: "La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale" (Franco Angeli Editore), a cura di Gennaro Rocco, direttore scientifico del Centro di Eccellenza, Costantino Cipolla, sociologo e Alessandro Stievano, ricercatore.

Un modo speciale per celebrare la Giornata internazionale dell'Infermiere e per rimarcare ancora una volta gli enormi passi in avanti compiuti dalla professione a partire dagli inizi del secolo scorso, quando l'assistenza sanitaria era poco sviluppata così come le condizioni della maggior parte ospedali italiani. Non a caso, una visitatrice americana parlò di "totale assenza di assistenza infermieristica".

Scrivere della storia del nursing in Italia significa infatti descrivere le vicende di un cospicuo ritardo rispetto ad altri Paesi che invece sono stati da subito teatro dello sviluppo in senso scientifico e professionalizzante dell'Infermieristica moderna.

Nel corso dell'evento organizzato dal Cecri sono state quindi ripercorse le principali tappe del cammino che ha portato alla piena evoluzione del nursing in Italia. La Scuola Convitto Regina Elena, costruita all'interno del Policlinico "Umberto I" di Roma, rappresentò ad esempio uno spartiacque importante. La sua attività ebbe inizio nel 1910: operò ininterrottamente fino al 1976, diplomando circa tremila infermiere. La Scuola cercò di riprodurre il modello anglosassone anche grazie alle numerose infermiere insegnanti provenienti dall'Inghilterra: doveva inoltre essere un convitto, e doveva essere annessa a un ospedale pubblico che offrisse sufficiente campo di esperienza ai fini del tirocinio pratico. Nel 1913 le prime 17 diplomate, ricevettero dalla Regina, la medaglia-distintivo in argento appositamente coniata per l'occasione.

Furono le prime infermiere italiane formate in un ospedale pubblico. Una Scuola che ebbe un rilievo di prim'ordine durante la Prima Guerra Mondiale.

Ma il volume presentato al ministero della Salute ha consentito di dare la giusta luce anche ad un periodo che precede gli inizi del Novecento, quando, sempre nella città di Roma, visse ed operò una figura importante per l'Infermieristica italiana quanto quella di Florence Nightingale per l'Infermieristica mondiale. Si tratta della principessa milanese Cristina Trivulzio di Belgiojoso, esule e perseguitata dalla polizia austriaca per le sue posizioni liberali, che nel 1849 si mise a disposizione di Mazzini, capo del governo repubblicano, per organizzare l'assistenza ai feriti di guerra.

Intelligente e spregiudicata, ma anche piena di umanità e di dedizione, Cristina di Belgiojoso si mise al lavoro per creare un'assistenza sanitaria efficiente con il supporto delle autorità. Alla fine dell'aprile 1849, quando era ormai imminente l'attacco francese, con l'autorizzazione di Mazzini e del ministro degli interni Aurelio Saffi, si diede a ispezionare ospedali e conventi alla ricerca di locali adeguati al ricovero e alla cura dei feriti di guerra.

La Belgiojoso considerò prioritario il problema del personale sanitario e propose allo scopo la creazione di una "Associazione di donne per l'assistenza ai feriti", sollecitando e anticipando le stesse decisioni ufficiali del governo il quale, il 29 aprile, decretò la costituzione di un Comitato per l'amministrazione delle ambulanze", nel quale ebbero un ruolo di primo piano le "cittadine", Cristina Trivulzio di Belgiojoso, Giulia Paolucci ed Enrichetta Pisacane.

Il Comitato istituì l'Ospizio dei Pellegrini alla Santa Trinità come Ambulanza centrale a altre Ambulanze negli ospedali S. Gallicano, S. Spirito, S. Giacomo e S. Giovanni in Laterano e inoltre nei conventi di S. Pietro in Montorio e di S. Martino ai Monti. Ad ogni Ambulanza veniva preposta una coordinatrice incaricata di organizzare il ricovero e l'assistenza dei feriti e di coordinare l'opera delle "infermiere volontarie". Negli stessi giorni, infatti, dei manifesti affissi in città invitavano le donne romane a presentarsi alle cittadine del Comitato per offrire la loro opera. In tante risposero all'appello, ricche e povere, popolane e aristocratiche, alcune di costumi poco specchiati o solo allettate dai pasti gratuiti.

Tanti, insomma, gli spunti di riflessione proposti da Rocco, Cipolla e Stievano lungo le circa seicento pagine del volume. E tanti gli autori che hanno firmato originali contributi, accompagnando il lettore fino alla nascita dei Collegi Ipasvi (1960) e descrivendo così l'evoluzione legislativa della professione infermieristica, fino a toccare temi di stretta attualità come il Codice deontologico o la transculturalità.

La seconda parte del libro è invece dedicata al quadro internazionale, con cenni storici relativi al nursing tedesco, francese, finlandese, statunitense e canadese, sempre all'insegna degli insegnamenti della Nightingale.

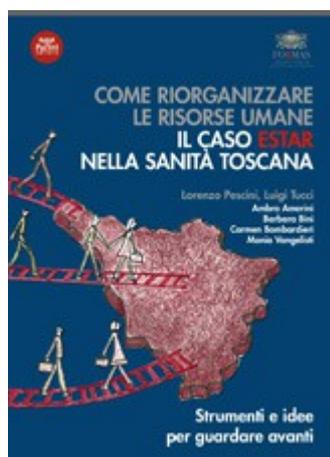
Conclude il volume una sitografia ragionata, che consente di restare informati rispetto alle fonti utilizzati da autori e curatori.

Silvestro Giannantonio

SCAFFALE

Come riorganizzare le risorse umane. il caso ESTAR nella sanità toscana

Lorenzo Pescini, Luigi Tucci, Ambra Amerini, Barbara Bini, Carmen Bombardieri,
Monia Vangelisti
Pacini Editore - collana Sociologia
pagine 168, euro 16.00



La riduzione delle risorse, l'elevata disponibilità di tecnologie avanzate e alcune modificazioni epidemiologiche, quali l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle aspettative dei cittadini impongono al sistema sanitario numerose riflessioni e azioni di riorganizzazione del sistema per garantire servizi di qualità in modo sostenibile, riducendo sprechi e inefficienze.

All'interno delle organizzazioni complesse, come quelle sanitarie, le risorse umane sono una componente fondamentale, sia in termini di spesa sia in termini strategici in quanto il loro coinvolgimento può garantire efficienza, efficacia ed economicità al sistema.

La filosofia che sta alla base del processo di riorganizzazione del sistema sanitario toscano è riassunta nel libro "Come riorganizzare le risorse umane – Il caso ESTAR nella Sanità Toscana" sembra andare proprio in questa direzione. Infatti come scritto nella premessa, dal direttore generale ESTAR Nicolò Pestelli, *"non può esistere innovazione senza le persone. Il loro coinvolgimento rappresenta il requisito essenziale per il successo di un progetto di riorganizzazione aziendale"* (pag. 11).

Il libro attraverso un linguaggio semplice ma pertinente, descrive il processo di riorganizzazione delle risorse umane nella regione Toscana in seguito all'istituzione dell'Ente di Supporto Tecnico – Amministrativo Regionale (ESTAR) come conseguenza della fusione dei tre Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta (ESTAV) istituiti nel 2005 con l'obiettivo di migliorare la gestione di acquisti, gare e forniture.

Il testo è strutturato in 7 capitoli, nei quali è possibile approfondire e comprendere, grazie il contributo degli autori e dei loro specifici e diversi ambiti di competenza, il progetto realizzato dal Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria – FORMAS. Nel progetto si sono analizzate le organizzazioni esistenti (ESTAV) con l'obiettivo di riorganizzare le risorse umane per ottimizzare la gestione nel nuovo ente (ESTAR).

In particolare, il primo capitolo si concentra maggiormente sulla motivazione di una riorganizzazione.

Il secondo esplora il concetto di centralità delle persone nelle organizzazioni, introducendo il progetto di riorganizzazione.

Nel terzo capitolo viene presentata la fotografia della situazione prima dell'istituzione del ESTAR, di come è stato condotto il progetto e vengono presentati alcuni strumenti impiegati nel progetto.

E' nel quarto capitolo che vengono riportati i risultati principali del progetto, mentre nel quinto gli Autori propongono indicazioni sugli strumenti informatici impiegati.

Nel sesto capitolo si sviluppano i temi centrali della gestione delle risorse umane, quali le politiche di reclutamento e selezione, l'addestramento e formazione e la valutazione nelle organizzazioni.

Il settimo capitolo chiude il libro facendo un'analisi della precedente esperienza legata all'attivazione degli ESTAV e sulle potenzialità e prospettive legate alla nuova struttura ESTAR.

Per rendere accessibile e di facile utilizzo il testo, nell'ultima parte del libro viene proposta una sessione dedicata al glossario in cui è possibile ritrovare i termini maggiormente utilizzati nell'ambito delle organizzazioni.

Il libro, oltre a esplorare il progetto di riorganizzazione condotto in Toscana, offre una serie di spunti di riflessione utili, sia al *top management*, sia al *middle management* per la valorizzazione del capitale umano in quanto come indicato dagli Autori “... *il capitale umano fa parte di quel patrimonio immateriale preziosissimo che l'azienda ha a disposizione e che deve far crescere, valorizzare e proteggere*” (pag. 63).

Gianni Bonelli

Direttore Generale ASL BI di Biella

COLOPHON

Direttore responsabile

Annalisa Silvestro

Comitato editoriale

Ciro Carbone, Barbara Mangiacavalli, Beatrice Mazzoleni, Pierpaolo Pateri, 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. 181 del 17/6/2011

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

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

Le norme editoriali sono 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