

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LX

2

ISSN 2038-0712

**MARZO-APRILE
2016**

 **IPASVI**

Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● EDITORIALE

Infermieri: dalle parole ai fatti
di Barbara Mangiacavalli

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Indagine sul ruolo lavorativo e sui bisogni formativi di ex studenti di un master in management per le funzioni di coordinamento in ambito sanitario
di Riccardo Sperlinga, Giuseppe Marmo, Silvio Geninatti, Silvana Paoletti, Anna Maria Derossi, Caterina Galletti, Maria Luisa Rega, Simona Gallizioli

Che cosa ostacola l'implementazione di competenze specialistiche per l'infermiere? La prospettiva degli infermieri clinici: uno studio esplorativo e descrittivo
di Rosario Caruso, Francesco Pittella, Greta Ghizzardi, Laura Cesari, Francesco Zaghini, Anne Lucia Leona Destrebecq, Alessandro Sili

● CONTRIBUTI

Un confronto generazionale nella professione infermieristica: effetti del lavoro sulla salute e sulla produttività
di Danilo Di Lorenzo, Antonio Nappo

Infermiere case manager in salute mentale: benefici per i pazienti misurati attraverso la scala HoNOS
di Ione Moriconi, Teresa De Paola, Gennaro Rocco, Alessandro Stievano, Carlo Turci

La valutazione dell'ambiente di apprendimento clinico attraverso il CLEI (Clinical Learning Environment Inventory) in un Ateneo italiano
di Nadia Teresa Colombo, Candida Ester Villa, Maurizio Sala, Chiara Frigerio, Laura Giacconi, Beatrice Malvestiti, Davide Ausili, Stefania Di Mauro

● ESPERIENZE

L'acquisizione di competenze nel soggetto con patologia cronica inserito nel Chronic Care Model: da paziente a paziente esperto
di Nicoletta Franchi, Federica Paolacci

Gli infermieri e il percorso organizzativo di allocazione degli organi per i trapianti
di Giuseppe Balducci, Libera Antonella Del Duca, Clara Clapasson, Francesco Perrone, Paola Trogolo

Percorsi infermieristici nelle cure primarie nella Usl di Grosseto: modelli e risultati
di Paola Cesarini, Irene Malinverno, Simone Montani, Barbara Moscatelli, Elisabetta Nannini, Sabrina Pastorelli, Anna Bertini, Cristina Corsini, Lucia Ciuffoletti, Nicola Draoli, Gaia Franci, Loredana Micheli, Stefania Vannuchi, Silvia Bellucci, Gabriele Taddei, Vania Novi, Donatella Capitani, Lorenzo Baragatti

Movimentazione manuale dei carichi in sala operatoria e sterilizzazione: valutazione del rischio e realizzazione di interventi risolutivi
di Agnese Bonfanti, Cinzia Garofalo, Monica Pandolfi, Natale Battevi, Sabrina Bonalumi

Sviluppo metodologico e culturale dell'infermieristica in un Centro di Salute Mentale
di Roberto Brisichella

● SCAFFALE

Il tempo senza ore

Formazione Infermieristica. Strategie per una trasformazione radicale



EDITORIALE

Infermieri: dalle parole ai fatti

di **Barbara Mangiacavalli**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Dalle parole ai fatti. Mi piace sintetizzare così il percorso avviato da questo Comitato centrale lo scorso anno e che ora sta cominciando a tirare le prime somme della sua attività e delle sue scelte.

La primavera 2016 infatti consente già di raccogliere alcuni frutti di quei semi gettati lo scorso anno.

Il binario su cui si muove la nostra professione e che la Federazione ha il compito – di legge così come morale – di mantenere al passo coi tempi e di far rispettare, il nostro Codice deontologico, è alla sua prima svolta dopo la stesura del 2009. Il lavoro del gruppo che lo sta rielaborando infatti è in fase avanzata, ma il punto chiave sarà – come comunicato ufficialmente ai Collegi – la revisione collettiva da parte del Consiglio nazionale che proporrà le sue osservazioni e modifiche e, nel nome di quella trasparenza e pluralità che deve caratterizzare la nostra professione e che è il filo rosso che la Federazione segue in tutte le sue attività, una volta conclusa questa fase, si darà il via a un momento di condivisione con il mondo infermieristico. A esprimersi sul Codice potranno essere infatti gli infermieri iscritti ai Collegi che lo vorranno, grazie a una consultazione on line i cui meccanismi porteranno a un Codice davvero di tutti.

Un Codice che rappresenta la vera “linea guida” della nostra professione anche rispetto agli attacchi che spesso subiamo probabilmente proprio perché maggiore è la visibilità, più alto è il rischio di esposizione. Ma siamo e vogliamo essere la professione del futuro e, come tale, il nostro posto è in prima linea, dove il rischio è maggiore, ma lo sono anche i risultati.

Una prima linea fatta da tutti gli infermieri che a diverso titolo operano o hanno operato nel caso dei pensionati che tuttavia non sono mai davvero “fermi” ma portano la loro esperienza e la loro attività in mille contesti della vita di tutti i giorni.

Ci sono i 270mila dipendenti del Servizio sanitario nazionale, per i quali le battaglie aperte sono sotto gli occhi di tutti e la Federazione le combatte tutte per le sue competenze: il contratto, le nuove competenze, la dirigenza infermieristica, il precariato, la sottoccupazione e la disoccupazione, le “fughe” all'estero e così via. L'Aran ci ascolta e la dirigenza infermieristica è a pieno titolo inserita nell'area di quella sanitaria con medici, veterinari, biologi ecc. L'Agenas lavora gomito a gomito con la Federazione sul progetto di alta formazione. Il ministero ha avviato la realizzazione al suo interno di un'area infermieristica dove gli infermieri e non altri porteranno avanti le loro istanze organizzative e programmatiche. E questi sono solo alcuni esempi.

Non dimentichiamo poi i molti colleghi che lavorano nelle strutture private, anche in quelle non convenzionate e quelli che operano nelle residenze socioassistenziali, davvero in prima linea non solo della professione come tutti gli altri, ma della cronaca, spesso accusati ingiustamente di fatti che con la professione non hanno nulla a che fare e che loro come persone non farebbero mai, solo perché confusi ingiustamente con altri profili che lavorano all'interno di queste strutture. Siamo e saremo sempre al loro fianco per difenderli e difendere con loro l'immagine e l'integrità della nostra professione.

Ci sono i liberi professionisti: l'Enpapi ha censito quasi 70mila iscritti e a Como, nell'annuale giornata sulla libera professione, è stato presentato lo strumento dell'accreditamento professionale per la libera professione infermieristica e a breve sarà disponibile un manuale ad hoc, che consentirà agli infermieri libero-professionisti di accreditarsi volontariamente secondo schemi che mettono in risalto le loro capacità e la qualità del servizio offerto ai cittadini, che da questo innovativo meccanismo potranno avere più indicazioni e garanzie per soddisfare i propri bisogni di assistenza.

Ci sono vere e proprie praterie che i liberi professionisti possono percorrere e vale la pena investire energie e sperimentare modelli organizzativi innovativi per essere all'avanguardia in questo settore, specie in un contesto critico come quello degli ultimi anni, contrassegnato dalla contrazione della spesa sanitaria e dall'aumento di quella privata dei cittadini.

E ci sono anche circa 4mila nostri colleghi che operano nelle Forze armate e nella Polizia, per i quali la Federazione ha organizzato la prima giornata sull'infermieristica delle Forze Armate e della Polizia di Stato: un momento di attenzione nei confronti degli infermieri che questa Federazione rappresenta ma soprattutto la volontà di intraprendere una collaborazione costruttiva finalizzata al miglioramento della condizione del professionista infermiere militare e della Polizia, risorsa irrinunciabile per le Amministrazioni in cui è inquadrato ma non di meno per la società civile e per il cittadino in qualsiasi contesto. Una giornata che ha dato anche i suoi risultati positivi, non solo in termini di affluenza e di rappresentanza dei vertici della sanità militare. Anche in questo caso si è fatto un primo passo concreto verso il riconoscimento alla nostra professione e gli alti ufficiali presenti hanno annunciato che dal 2017, cambierà qualcosa nelle modalità di reclutamento. Non si accederà solamente con il diploma (in qualità, quindi, di allievo maresciallo durante il percorso accademico), ma sarà possibile partecipare a selezioni anche con la laurea di primo livello, e quindi con inquadramento iniziale già da maresciallo.

Abbiamo inaugurato un percorso poco battuto finora, facendo da punto di incontro tra ministero della Salute, Funzione pubblica e Sanità militare. Apprezziamo lo sforzo di superare le differenze di inquadramento, ma ci sono sicuramente molti spazi per migliorare l'attuale impianto normativo e noi li percorreremo tutti.

E poi l'Ordine. Il cambio di rotta atteso da anni che trasformerà i nostri Collegi in Ordini professionali è compiuto. Lo sblocco in commissione Igiene e Sanità al Senato del disegno di legge Lorenzin sulla riforma degli Ordini che ora passa all'Aula di Palazzo Madama è un passo importantissimo nel quadro generale di rilancio delle professioni sanitarie, ma anche per quel bisogno di maggiore appropriatezza e tutela dei pazienti che da tempo è la parola d'ordine di chi programma e gestisce la sanità. La riforma degli Ordini consente di offrire le maggiori garanzie di tutela non solo dei professionisti, ma anche dei cittadini con la possibilità di avere forme di controllo, intervento diretto e sanzione nel caso di malpractice e maggiori verifiche per evitare i fenomeni di abusivismo professionale.

Come ha anche commentato la nostra senatrice Annalisa Silvestro, ci sono aspetti che ancora potranno essere migliorati in Aula a Palazzo Madama o nel passaggio alla Camera, ma speriamo che ora che la strada è stata imboccata si possa giungere alla chiusura definitiva dell'iter al più presto.

Siamo solo agli inizi e questi sono solo i primi esempi. Siamo in gioco e giocheremo per vincere e far vincere la nostra professione. Stiamo davvero passando dalle parole ai fatti.

Indagine sul ruolo lavorativo e sui bisogni formativi di ex studenti di un master in management per le funzioni di coordinamento in ambito sanitario

Riccardo Sperlinga¹, Giuseppe Marmo², Silvio Geninatti³, Silvana Paoletti⁴, Anna Maria Derossi⁵, Caterina Galletti⁶, Maria Luisa Rega⁷, Simona Gallizioli⁸

¹Docente di metodologia della ricerca, Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto Piccola casa della Divina Provvidenza Cottolengo, Torino; ²Coordinatore didattico, Corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto Piccola casa della Divina Provvidenza Cottolengo, Torino; ³Responsabile servizio ricerche statistiche ed epidemiologiche, Azienda sanitaria locale Torino 2; ⁴Docente in metodologia Infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto Piccola casa della Divina Provvidenza Cottolengo, Torino; ⁵Coordinatore attività formative e professionalizzanti, Corso di laurea in infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto Piccola casa della Divina Provvidenza Cottolengo, Torino; ⁶Coordinatore didattico, Corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ⁷Docente di metodologia della ricerca, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ⁸Collaboratore professionale sanitario infermiere clinico, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di Candiolo, Torino

Corrispondenza: r.sperlinga@ospedalecottolengo.it

RIASSUNTO

Introduzione Identificare le opportunità di sviluppo professionale e i bisogni formativi di coloro che hanno terminato un percorso di studio è una strategia per valorizzare il capitale intellettuale, migliorare la qualità assistenziale e la produttività. L'obiettivo di questo studio è di valutare l'influenza dell'alta formazione, in questo caso di un master in *management* per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie, sul ruolo lavorativo e di identificare gli eventuali bisogni formativi.

Materiali e metodi È stata condotta un'indagine descrittiva attraverso la somministrazione di un questionario a 223 ex studenti del Master in *management* per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Torino.

Risultati Sono stati restituiti compilati 145 questionari (65%). Dopo il conseguimento del master, il 51% dei rispondenti svolgeva funzioni di coordinamento (il 9% per la prima volta). L'acquisizione di un ruolo di coordinamento è risultata positivamente associata all'età (OR=1,1; IC95%: 1,002-1,21) e all'anzianità di servizio (OR=1,12; IC95%: 1,02-1,24). Il 50,3% dei rispondenti ha potuto gestire progetti di vario genere (formazione, miglioramento organizzativo, gestione delle risorse). I bisogni formativi indicati dai rispondenti riguardavano le aree: gestionale-organizzativa (64,6%), di ricerca (58,5%), di comunicazione/relazione (42,3%), della formazione (34,7%) e dell'assistenza (17,7%).

Conclusioni Il conseguimento del Master in *management* per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie ha permesso la formalizzazione del ruolo a chi già aveva funzioni di coordinamento; per gli altri non ha determinato un cambiamento incisivo. I bisogni formativi dipendono dal contesto lavorativo e dalla personale motivazione all'aggiornamento continuo.

Parole chiave: valutazione dei bisogni formativi, competenza professionale, formazione infermieristica, management infermieristico

A survey on the working role and educational needs of former Master of Science in Health care Management students

ABSTRACT

Introduction Identify opportunities for professional development and the training needs of those who have completed a training course enhance the intellectual capital and improve the quality of care and productivity. The aim of the study is to assess the Master of Science in Health Care Management outcomes on the working career and identify the training needs of the coordinators.

Methods A descriptive survey has been conducted through the administration of a questionnaire to 223 former students with the Master's degree in Healthcare Management from Università Cattolica del Sacro Cuore, Turin.

Results 145 (65%) questionnaire were returned. After the achievement of the Master's degree in Healthcare Management, the 51% of participants had a coordination role (9% of them for the first time). The achievement of this role is positively associated with age (OR 1.1; 95% CI 1.002 to 1.21) and seniority (OR: 1.12; 95% CI 1.02 to 1.24). A little more than half of participants (50,3%) had the possibility to manage different projects (training, organizational improvement and resource management). The participants expressed training needs in these areas: organizational/management (64,6%), research (58,5%), communications and relationships (42,3%), education (34,7%) and health care (17,7%).

Conclusions The Master of Science in Health Care Management seems only to strengthen the role of those who already had coordination functions. The training needs depend on the working environment and the motivation for continuing education.

Key words: educational needs assessment, professional competence, nursing education, nursing management

INTRODUZIONE

Il Master di primo livello in *management* per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie (Legge n. 43/2006) è un corso di formazione universitaria avanzata per l'acquisizione di competenze specifiche, in particolare nell'area gestionale-organizzativa in ambito sanitario. Anche l'area della formazione e quella dello sviluppo professionale continuo fanno parte del percorso formativo in quanto settori imprescindibili di esercizio del coordinatore delle professioni sanitarie. Il campo della ricerca, poi, assume particolare importanza allorché i coordinatori sono chiamati, nelle aziende sanitarie, a ricercare e usare informazioni utili per un'organizzazione del lavoro orientata alla buona pratica, o *best practice*, o per il confronto con professionisti specializzati (infermieri di ricerca, specialisti in area clinica e in tutorato clinico). Un'indagine condotta per valutare le funzioni dei coordinatori infermieristici ha evidenziato come per gli stessi coordinatori fosse indispensabile non solo una formazione specifica ma anche il monitoraggio dei propri bisogni formativi (Calamandrei C et al., 2001; D'Innocenzo M et al., 2001). Le competenze richiedono continui rinforzi e sostegni e l'identificazione dei bisogni formativi di coloro che hanno terminato un percorso universitario è di fondamentale importanza per lo sviluppo dell'attuale e futura generazione di professionisti sanitari (Crosby FE et al., 2010; Wolf DM et al., 2011). Si possono mettere in atto diverse strategie sinergiche, riferibili al professionista e all'organizzazione, per identificare i bisogni formativi e garantire lo sviluppo continuo del personale: l'autovalutazione, l'implementazione di un piano di apprendimento, la valutazione della conoscenza, delle prestazioni (comportamenti professionali) e degli esiti sui pazienti e sull'organizzazione, la revisione tra pari oltre che la partecipazione e collabo-

razione a progetti di *audit* e di ricerca clinica e/o organizzativa. Gli istituti di formazione sia aziendale sia universitaria sono da tempo impegnati a offrire opportunità di apprendimento e di soddisfacimento dei bisogni formativi dei professionisti clinici e del *management* (Jooste K et al., 2010; Saiani L et al., 2009).

Cubit e collaboratori (Cubit KA et al., 2011) e Swearingen (Swearingen S, 2009) hanno ribadito l'importanza di non sottovalutare i bisogni dei professionisti così da ottenere vantaggi sia per l'operatore sia per l'azienda e per l'utente. Altri autori (Pelletier D et al., 2003) hanno rilevato che, solitamente, si cerca di misurare l'impatto della formazione di un professionista a livello personale e professionale ma è più difficile cercare di quantificare l'eventuale impatto che la formazione ha avuto sul suo comportamento professionale e sul risultato assistenziale. Nel progetto di ricerca infermieristica sulla formazione manageriale (IN.FOR.MA), che ha valutato la percezione di acquisizione di competenze dei professionisti in merito a un master in coordinamento, è risultato un livello di soddisfazione elevato in quanto a utilità dell'esperienza formativa nell'ambito lavorativo (54,1%) (Rega M L et al., 2012).

Allo stato attuale, non ci sono studi infermieristici che abbiano valutato come l'alta formazione impatti sui comportamenti dei professionisti con nuovi ruoli all'interno delle organizzazioni.

Obiettivo

Lo scopo di questo studio è quello di valutare le ricadute di un percorso di alta formazione, un master di I livello in *management* per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie, sul ruolo lavorativo e di identificare i bisogni formativi dei professionisti sanitari.

MATERIALI E METODI

E' stato condotto uno studio osservazionale descrittivo trasversale sugli ex studenti del Master di I livello in *management* per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Torino.

E' stato utilizzato un questionario costruito *ad hoc*; lo strumento è stato sottoposto a un processo di revisione da parte degli studenti dell'ultima edizione del Master (anno accademico 2009/10) del Centro di formazione di Torino, condotti e supervisionati da un docente esperto in metodologia della ricerca e da quattro tutor metodologici esperti per la valutazione della comprensibilità e capacità di perseguire l'obiettivo prefissato. Il questionario è stato realizzato e somministrato tramite Google Moduli, un strumento per la costruzione e l'invio di indagini online.

Strumento di valutazione

Il questionario è costituito da 27 domande (tra aperte e chiuse) suddivise in 5 sezioni:

- dati socio demografici: età, genere e percorsi formativi universitari;
- *background* formativo;
- posizione lavorativa attuale e funzioni di coordinamento;
- influenza del master per le funzioni di coordinamento nell'ambito del lavoro;
- bisogni formativi.

Procedura di raccolta dati

L'indagine è stata condotta da ottobre 2012 a gennaio 2013 attraverso l'invio di una e-mail di invito alla partecipazione allo studio e compilazione del questionario online; il questionario doveva essere compilato entro 15 giorni dalla ricezione. Ogni destinatario poteva rispondere al questionario una sola volta. La restituzione del questionario è stata considerata come consenso implicito al trattamento dei dati personali.

Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati con il software Statistical Analysis System (SAS), versione 9.1, e trattati in modo anonimo. Le variabili continue sono state descritte con media e deviazione standard; le variabili discrete con frequenza assoluta e percentuali. La differenza tra proporzioni è stata effettuata con il χ^2 e tra medie con il test T di Student. E' stata condotta una regressione lineare per la valutazione della relazione tra le variabili quantitative "titolo di studio" e "conseguimento delle funzioni di coordinamento". Il punteggio associato al titolo di studio è stato ottenuto assegnando valori incrementali da

un minimo di 1, corrispondente all'avere esclusivamente frequentato una scuola per infermieri professionali, fino a un massimo di 5, valore attribuito a tutti coloro che avevano conseguito un master di I livello. Il modello di regressione può essere utilizzato anche con intenti predittivi, in questo caso perciò si intendeva stimare se e quanto il conseguimento del master avrebbe favorito l'assegnazione di funzioni di coordinamento.

La stima dell'associazione tra variabili è stata fatta con l'*odds ratio* e un intervallo di confidenza al 95%. La soglia di significatività (*p*) è stata fissata a 0,05.

RISULTATI

Profilo dei rispondenti

Hanno risposto al questionario 145 ex studenti (65%), di cui 134 (92,4%) erano infermieri, 4 (2,8%) ostetriche, 5 (3,4%) infermiere pediatriche, 1 (0,7%) fisioterapista e 1 (0,7%) tecnico sanitario di radiologia medica (TSRM).

Cinque partecipanti (3,4%), 3 infermieri, 1 ostetrica e 1 TSRM, svolgevano anche la funzione di tutor clinico. C'è stata un'alta prevalenza di partecipanti di sesso femminile (77,2%) con un'età media di 41 anni ($DS=\pm 5,13$); l'età media dei partecipanti di sesso maschile è risultata pari a 40,9 anni ($DS=\pm 5,17$; $p=0,67$). La maggioranza dei rispondenti (83,5%) era in possesso del diploma di infermiere professionale e 5 avevano conseguito anche un master di I livello in area clinica. Il 47,6% prestava servizio da almeno 16 anni e prevalentemente in area medica (Tabella 1).

Funzioni di coordinamento

Prima di conseguire il master, il 34,5% (50) dei rispondenti svolgeva funzioni di coordinamento in modo saltuario mentre il 18,6% (27) lo faceva in modo stabile; dopo il conseguimento del master, tali percentuali sono risultate rispettivamente l'11% (16) ($p < 0,001$) e il 51% (74) ($p < 0,01$) dei rispondenti.

Il numero di professionisti che non aveva mai svolto funzioni di coordinamento, indipendentemente dal master, ha subito una lieve flessione (da 68 a 55; $p=0,06$).

La funzione di coordinamento è stata assegnata all'interno dell'azienda di appartenenza tramite concorso o incarico provvisorio: il 42,8% (62) ha iniziato a esercitarla entro un anno dalla fine del master (di cui il 64,5% nella stessa struttura sanitaria dove già svolgevano funzioni clinico-assistenziali), il 15,2% (22) entro 5 anni e il 3,4% (5) dopo 5 anni. Il genere non sembra avere influito sulla possibilità di accedere a tali funzioni ($p=0,64$).

E' stato riscontrato che, all'aumentare del livello di

Tabella 1. Caratteristiche dei partecipanti

Età (media anni ± DS)	41±5,18
Fasce di età (%)	
29-35 anni	13,8
36-45 anni	67,6
46-55 anni	18,6
Genere (%)	
Femminile	77,2
Maschile	22,8
Percorso formativo professionale (%)	
Scuola per infermieri professionali	83,4
Diploma Universitario	11,7
Laurea	4,8
Laurea Magistrale	10,3
Master di I livello in area clinica	3,4
Area lavorativa (%)	
Medicina/specialistica	47,6
Chirurgia	22,8
Critica	22,1
Territorio	10,3
Diagnostica immagini	0,7
Formazione	11,7
Pediatria	6,9
Ricerca	1,4
Anzianità lavorativa (media anni ± DS)	17,8±5,18
Fasce di anzianità (%)	
6-10 anni	7,6
11-15 anni	26,2
16-20 anni	41,4
>20 anni	24,8
DS: deviazione standard n=145	

Tabella 2. Ambito professionale degli incarichi aziendali

Ambito professionale	%
Attività tutoriale/formazione	41,1
Docenza aziendale	8,2
Progetti e revisioni	39,7
Organizzazione e gestione del personale	21,9
Sicurezza	11,0
Infezioni correlate all'assistenza (ICA)	8,2
Qualità	9,6
Ricerca clinica	4,1
n=73	

studi compiuti aumenta la proporzione di professionisti assegnati a funzioni di coordinamento. Tuttavia, questa relazione non risulta statisticamente significativa ($p=0,08$).

Il conseguimento del master è positivamente associato all'età (OR=1,1; IC95%: 1,002-1,21) e all'anzianità di servizio (OR=1,12; IC95%: 1,02-1,24).

Incarichi aziendali

Dopo il master, al 50,3% (73) dei rispondenti sono stati affidati degli incarichi aziendali (ad alcuni anche più di uno) con una prevalenza più alta per le funzioni di tutorato clinico, progetti e revisioni di procedure, supporto alle attività di organizzazione e gestione del personale (Tabella 2). Tra gli affidatari degli incarichi aziendali, il 45,2% (33) aveva un'esperienza lavorativa della durata di 16-20 anni, il 24,7% (18) di 11-15 anni, il 21,9% (16) superiore ai 20 anni e l'8,2% (6) di 6-10 anni. La relazione tra l'età e il conseguimento di funzioni di coordinamento e tra l'anzianità di servizio e lo sviluppo di carriera sono rappresentate rispettivamente nella figura 1 e 2.

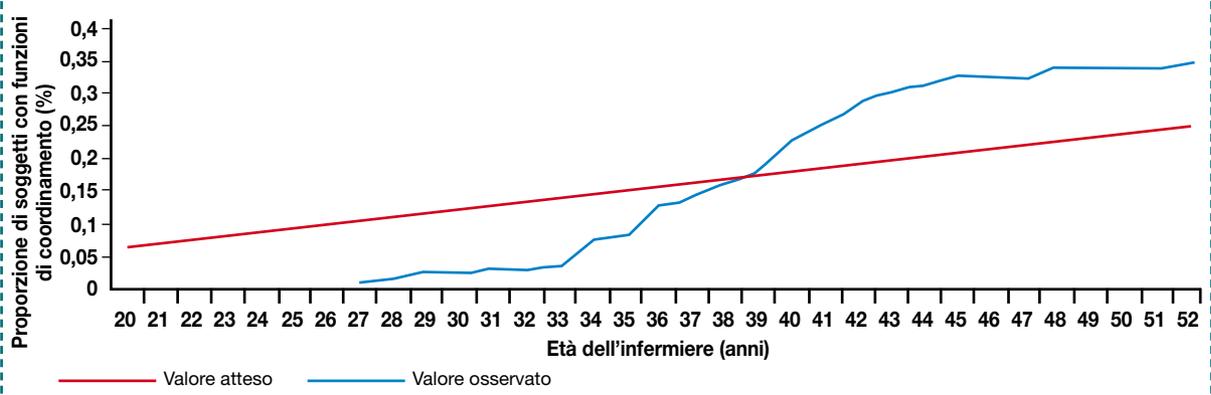
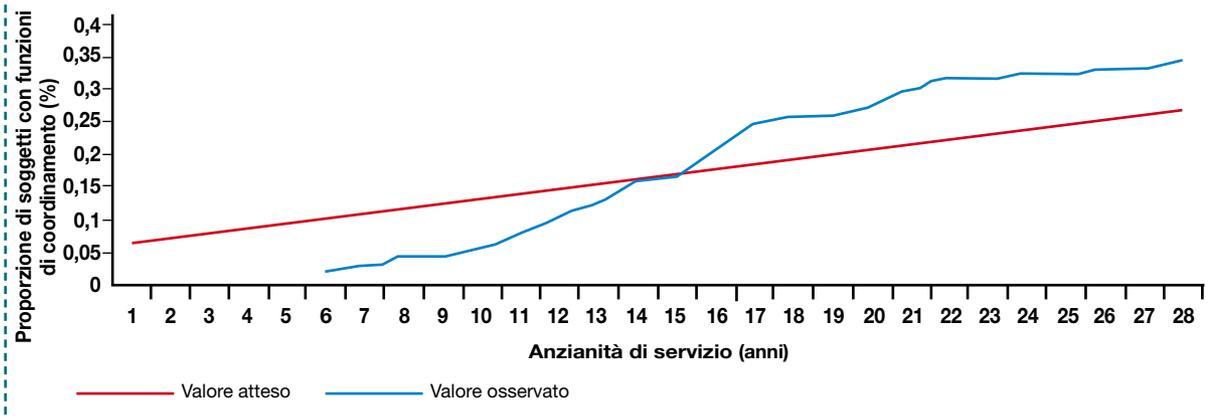
Figura 1. Proporzioni di soggetti con funzioni di coordinamento attese e osservate per l'età

Figura 2. Proporzioni di soggetti con funzioni di coordinamento attese e osservate per anzianità di servizio

Riconoscimento del master e utilità in ambito professionale

Il 95,9% (139) dei partecipanti ha dichiarato che il master conseguito ha contribuito ad aumentare le conoscenze professionali. In quanto a utilità in funzione alle aree di degenza, il master è stato ritenuto molto utile per l'ambito organizzativo-gestionale dall'86,9% (126) dei rispondenti, per l'ambito formativo dal 75,2% (109) dei rispondenti e per l'ambito comunicativo-relazionale dal 72,5% (105) dei rispondenti; invece, è stato ritenuto poco utile in ambito assistenziale dal 29% (42) dei rispondenti e nell'ambito della ricerca dal 22,1% (32) dei soggetti (Tabella 3).

L'84,8% (123) dei rispondenti avrebbe consigliato ad altri professionisti sanitari di frequentare il master (3 non hanno motivato la risposta). Di questi il 65,8% (79) lo avrebbero consigliato ad altri colleghi per un accrescimento professionale e personale mentre il 50,8% (61) per lo sviluppo strutturato di competenze organizzative/manageriali.

L'8,3% (10) di coloro che avrebbe consigliato ad altri professionisti sanitari di frequentare il master, di

cui 5 senza funzioni di coordinamento, e il 68,2% (15) di coloro che non lo hanno consigliato lo hanno ritenuto poco spendibile.

In particolare il 31,8% (7) di coloro che non avrebbe consigliato questo percorso formativo non era rimasto soddisfatto dal master rispetto alle aspettative e riteneva il titolo acquisito scarsamente riconosciuto dalle organizzazioni sanitarie.

I bisogni formativi

L'89,7% (130) dei rispondenti ha espresso dei bisogni formativi: il 64,6% (84) in ambito organizzativo-gestionale, il 58,5% (76) nell'ambito della ricerca, il 42,3% (55) nell'ambito della comunicazione e relazione, il 34,7% (45) nell'ambito della formazione e il 17,7% (23) nell'ambito dell'assistenza. Inoltre, il 76,9% (100) ha indicato un solo argomento prioritario, mentre il 48,5% (63), il 16,9% (22) e il 6,2% (8) ne hanno indicati rispettivamente due, tre e quattro. I bisogni formativi prioritari sono risultati la revisione della letteratura e la metodologia della ricerca (30%), lo studio dell'organizzazione e la gestione del budget (28%), la comunicazione (18%) e l'educazione/formazione (11%), intesa come attività di insegnamento e conoscenze sulla formazione sul campo ed *e-learning*.

Tabella 3. Utilità di ciascun ambito professionale nella realtà lavorativa

Ambito professionale	Poco utile	Utile	Molto utile
	%	%	%
Organizzativo-gestionale	3,4	9,7	86,9
Ricerca	22,1	24,1	53,8
Formativo	6,2	18,6	75,2
Assistenziale	29,0	32,4	38,6
Comunicativo-relazionale	10,3	17,2	72,4
n=145			

DISCUSSIONE

Le funzioni di coordinamento hanno visto, anche a fronte di standard predefiniti, un'estrema variabilità dei risultati della formazione e delle possibilità di esercitare le competenze acquisite nelle unità di cura (Saiani L et al., 2009; Rega M L et al., 2012).

Il primo obiettivo di questo lavoro era di valutare l'influenza che un master in *management* per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie avesse avuto sul ruolo lavorativo.

E' interessante notare che aver frequentato il master ha determinato un incremento nell'acquisizione formale del ruolo di coordinamento del 32,4% di coloro che già lo svolgevano in modo stabile (da 27 a 74 persone) e una riduzione del 23,5% (da 50 a 16 persone) di coloro che le svolgevano in modo saltuario. Tra gli 89 che hanno iniziato a esercitare le funzioni di coordinamento il 69,7% (62) ha intrapreso l'attività entro 1 anno dalla fine del master, il 24,7% (22) entro 5 anni e il 5,6% (5) dopo 5 anni. Tale fenomeno potrebbe essere associato a due principali fattori: il basso *turnover* dei coordinatori delle professioni sanitarie e la rinuncia, da parte del singolo, a ricercare l'assunzione di un ruolo manageriale nelle organizzazioni sanitarie, anche per uno scemare progressivo della motivazione o a ricercare modalità alternative per spendere le competenze acquisite nel corso di studio (collaborazione a progetti organizzativi, di ricerca e a processi formativi). Per indagare maggiormente il fenomeno sarebbe interessante considerare anche i dati relativi a operatori sanitari che non hanno conseguito il master (Galletti C et al., 2013).

Il conseguimento del master ha consentito, anche se non nella misura sperata, l'attribuzione delle funzioni di coordinamento: questo dato ha anche messo in evidenza come, probabilmente, per coloro che hanno conseguito il master sia possibile accedere anche ad ambiti lavorativi non direttamente correlati alle competenze organizzative e gestionali acquisite. Infatti, al 50,3% (73) dei rispondenti sono stati affidati alcuni incarichi aziendali. Nonostante le difficoltà intrinseche dovute all'impossibilità di assegnare risorse economiche o di modulare differenzialmente le funzioni assistenziali, i dirigenti del Servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale (SITRA) valorizzano il personale con elevata esperienza lavorativa e percorsi formativi avanzati all'interno dei progetti aziendali di miglioramento della qualità (per esempio, cicli di *audit*) e nei percorsi di formazione aziendale (Pelletier D et al., 2003).

Il secondo obiettivo del lavoro era di identificare i bisogni formativi di coloro che hanno conseguito il master. Tra coloro che li hanno indicati (89,6%, 130), il 64,6% (84) dei rispondenti li ha espressi nell'ambito organizzativo-gestionale. Questo dato consente di ipotizzare quanto, forse, il percorso formativo non riesca, in tempi così brevi, a fornire in modo consolidato tutti gli strumenti e i metodi necessari ad affrontare le richieste organizzative dell'ambito lavorativo e come il professionista, a sua volta, non sempre senta la responsabilità di aggiornare, anche autonomamente, le conoscenze richieste per la propria attività lavorativa.

Il 58,5% (76) dei rispondenti ha indicato bisogni formativi nell'ambito della ricerca. Questo, in parte, è un dato confortante poiché dimostra la consapevolezza dell'importanza di temi, quali la statistica e la ricerca, che esulano dalle competenze principali di un laureato triennale e che sono ancora meno praticati nelle organizzazioni sanitarie (Calamandrei C et al., 2001; Calamandrei C et al., 2001; Pelletier D et al., 2003).

Tuttavia, allo stesso tempo, il 22,1% (32) dei rispondenti ha ritenuto poco utile l'ambito della ricerca per l'attività lavorativa e formativa. Probabilmente, ciò è dovuto a un difficile e lento cambiamento di mentalità e di visione della gestione lavorativa degli operatori sanitari, più abituati alle azioni routinarie e consolidate rispetto ai cambiamenti legati alla pratica basata sull'evidenza.

Tra i rispondenti, il 42,3% (55) ha espresso bisogni formativi nell'ambito della comunicazione e relazione. Questo fa capire che, forse, tali temi non vengono approfonditi abbastanza nei corsi di formazione continua e che, probabilmente, una loro adeguata conoscenza con un correlato sviluppo di capacità, consentirebbe di diminuire le tensioni che i coordinatori devono continuamente fronteggiare.

Il 34,7% (45) dei rispondenti ha espresso bisogni formativi nell'ambito della formazione. Questo dato conferma la presa di coscienza dei coordinatori sull'importanza della collaborazione tra gli attuali coordinatori sanitari e l'ambito educativo-formativo per contribuire non solo a costituire le future generazioni di operatori sanitari e di nuovi coordinatori delle professioni sanitarie ma anche per stimolare i propri collaboratori a mantenersi aggiornati, così da poter migliorare continuamente la qualità dell'assistenza e gli esiti sui pazienti (Wolf DM et al., 2011).

Il 17,7% (23) dei rispondenti ha espresso bisogni formativi nell'ambito dell'assistenza. Questo dato, che stupisce non essendo riferito a un master clinico, potrebbe essere dovuto al fatto che i coordinatori ritengono fondamentale mantenere e aggiornare la competenza clinica e anche dal fatto che non tutti coloro che avevano conseguito il master stavano, al momento dell'indagine, svolgendo funzioni di coordinamento ma anche e ancora attività clinica.

Gli ambiti in cui sono stati espressi altri bisogni formativi sono quelli della legislazione sanitaria, del rischio clinico e della documentazione infermieristica. Questi dati sosterrrebbero l'ipotesi secondo cui le conoscenze teoriche devono trovare immediata applicazione e la necessità, anche per i coordinatori, di specializzarsi in un solo settore.

CONCLUSIONI

Tutti i partecipanti avevano frequentato il Master presso la stessa sede dell'Università Cattolica, rendendo quindi il campione omogeneo; tuttavia, un'analisi che avesse considerato ex studenti di diverse sedi formative avrebbe permesso una visione più realistica del fenomeno indagato. Lo studio è stato condotto su un elevato numero di soggetti che lavoravano presso aziende sanitarie diverse (aziende ospedaliere e sanitarie locali) distribuite su tutto il territorio del Piemonte e, anche se in pochissimi casi, della Liguria e della Valle D'Aosta; questo rende lo studio generalizzabile al contesto regionale anche se lo strumento di indagine andrebbe validato da un punto di vista psicometrico. In ogni caso, il questionario è stato utile al raggiungimento dell'obiettivo. Infatti, al termine di questo studio si è potuto evidenziare, con un approccio descrittivo, quali siano stati i percorsi di carriera e la percezione del ruolo di coordinatore sanitario e si sono potuti definire i bisogni formativi di chi oggi svolge questa importante e delicata funzione nelle organizzazioni sanitarie. Risulta necessario ampliare l'indagine a persone che lavorano in contesti sanitari con complessità e culture differenti (anche a livello extraregionale) e/o con percorsi di studio differenti (master residenziali e online). Questo, in primo luogo, consentirebbe di rilevare i bisogni formativi generali e specifici delle singole realtà su cui impostare programmi di aggiornamento e formazione continua e, in secondo luogo, di costruire una rete professionale per la realizzazione di studi di ricerca in ambito organizzativo.

BIBLIOGRAFIA

- Calamandrei C, Orlandi C (2001) *Caposala: risultati di un'indagine*. Management Infermieristico, 7 (1), 8-19.
- Crosby FE, Shields CJ (2010) *Preparing the next generation of nurse leaders: an educational needs assessment*. The Journal of Continuing Education in Nursing, 41(8), 363-368.
- Cubit KA, Ryan B (2011) *Tailoring a graduate nurse program to meet the needs of our next generation nurses*. Nurse Education Today, 31(1), 65-71.
- D'Innocenzo M, Massai D, Rocco G et al. (2001). *Linee guida per il Master di primo livello. Management infermieristico per le funzioni di coordinamento*. Modificato 1 luglio 2011. http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/59/master4.pdf
- Galletti C, Tedino G, Morchio MG et al. (2013) *Education-al curriculum and occupational status of nurses and midwives after second level degree (MNSc) at Catholic University of Rome*. Professioni infermieristiche, 66 (4), 195-204.
- Jooste K, Jasper M (2010) *A framework for recognition of prior learning within a postgraduate diploma of nursing management in South Africa*. Journal of Nursing Management, 18 (6), 704-714.
- Legge, n. 43, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali". Gazzetta Ufficiale n. 40, 2006.
- Pelletier D, Donoghue J, Duffield C (2003) *Australian nurses' perception of the impact of their postgraduate studies on their patient care activities*. Nurse Education Today, 23 (6), 434-442.
- Rega M L, Ghera P, Dessy O et al. (2012) *Nursing Research Project on Management Training (IN.FOR.MA): evaluation of the competencies acquired during phase 1*. Professioni infermieristiche, 65(1), 15-24.
- Saiani L, Briziarelli L (2009) *Consensus Conference sull'organizzazione didattica dei Master di 1° livello in Management per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie*. Medicina e Chirurgia, Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, 46; 1681-1684.
- Swearingen S (2009) *A journey to leadership: designing a nursing leadership development program*. Journal of continuing education in nursing 40, 107-112.
- Wolf DM, Morgan J (2011) *Nursing professional development specialists as change agents and innovators*. Journal for nurses in staff development, 27, 92-93.

Che cosa ostacola l'implementazione di competenze specialistiche per l'infermiere? La prospettiva degli infermieri clinici: uno studio esplorativo e descrittivo

Rosario Caruso¹, Francesco Pittella², Greta Ghizzardi³, Laura Cesari⁴, Francesco Zaghini⁵, Anne Lucia Leona Destrebecq⁶, Alessandro Sili⁷

¹Dottorando di ricerca, Dipartimento di biomedicina e prevenzione, Università di Roma Tor Vergata, Roma; ²Direttore didattico, Corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Milano, sede IRCCS Policlinico San Donato, Milano; ³Infermiere, East Lancashire Hospitals NHS Trust, Regno Unito; ⁴Infermiere, Riabilitazione specialistica cardiologica e pneumologica, Fondazione Salvatore Maugeri, Milano; ⁵Infermiere e tutor clinico, Policlinico Tor Vergata, Roma; ⁶Professore associato, Dipartimento di scienze biomediche per la salute, Università degli Studi di Milano, Milano; ⁷Responsabile Unità operativa complessa (UOC) direzione infermieristica e delle professioni sanitarie, Policlinico Tor Vergata, Roma

Corrispondenza: rosario.caruso@grupposandonato.it

RIASSUNTO

Introduzione I paradigmi della personalizzazione delle cure e la crisi economica portano nuove sfide per l'infermieristica italiana, come l'implementazione di modelli di sviluppo di competenze specialistiche per l'infermiere, oggetto di un dibattito professionale e politico. Lo studio ha l'obiettivo di indagare che cosa ostacola l'implementazione di questi modelli.

Materiali e metodi E' stato condotto uno studio in due fasi. Nella prima fase, con disegno qualitativo esplorativo, tramite un *focus group* è stato discusso, in un campione di 7 infermieri, che cosa ostacola l'implementazione di modelli di sviluppo di competenze specialistiche per l'infermiere. La seconda fase, con disegno quantitativo descrittivo e osservazionale trasversale (*cross-sectional*), ha previsto la costruzione di un questionario *ad hoc*, partendo dai risultati della fase precedente, che è stato poi somministrato agli infermieri di due grossi ospedali dell'area milanese.

Risultati Il *focus group* ha fatto emergere cinque temi principali: l'incertezza nel riconoscimento delle competenze, le criticità nella formazione, nella prassi, nel ricambio generazionale e i conflitti.

Il questionario realizzato ha indagato tre domini di ostacoli: l'area della cultura, del riconoscimento e della prassi. Lo strumento ha buone caratteristiche di validità e affidabilità. I principali ostacoli emersi dall'indagine sono stati: la mancanza di incentivi economici, il sovraccarico di lavoro, il divario tra teoria e prassi e l'iter normativo.

Conclusioni I risultati mettono le basi per ulteriori approfondimenti e riflessioni che potrebbero essere utili ai colleghi coinvolti in progetti di implementazione di competenze specialistiche, poiché evidenziano quali sono gli ostacoli maggiormente percepiti.

Parole chiave: competenze specialistiche, pratica clinica, infermieristica

Which factors hinder the implementation of nurse specialist competencies? The clinical nurse's perspective: an exploratory and descriptive study

ABSTRACT

Introduction The modern paradigms of personalized care and the current economic crisis lead to new challenges for Italian nursing, as the implementation of nurse specialist competencies' development models. The aim is to investigate which factors hinder the implementation of these models.

Methods A two-phase study has been conducted. In the first phase, with a qualitative-exploratory design, was conducted a focus group to discuss about what hinder the implementation of nurse specialist competencies' development models. In the second phase, with a descriptive, quantitative and cross-sectional design, an ad hoc self-report questionnaire was created (based on focus group report) and administered to a sample of nurses of two hospital in Milan.

Results The focus group revealed five major themes: the uncertainty in the competence recognition; the critical issues within education and practice; the generational turnover difficulties and the conflicts. The questionnaire explored three types of barriers: the area of culture, the recognition and the practice. The tool

has good validity and reliability. The main barriers emerged from the data analysis were the lack of economic incentives, the work overload, the gap between theory and practice and the regulatory process.

Conclusions The results highlight the main nurse's intra-professionally perceived barriers toward the implementation of nurse specialist competencies' development models. This study could support further discussions and reflections.

Key words: specialist competencies, clinical practice, nursing

INTRODUZIONE

Il cambiamento dei sistemi sanitari e della visione della salute assunta da ogni governo, il mix culturale e le restrizioni economiche rappresentano nuove sfide per le professioni sanitarie, in special modo quella infermieristica (Sansoni J, 2007). Questo scenario è molto attuale e dinamico nel nostro Paese. Le proposte e le riflessioni che riguardano l'implementazione di competenze specialistiche per la pratica assistenziale (IPASVI, 2015) sono sempre più concrete e mirate a fornire modelli di evoluzione che richiamano il Patto per la salute e la bozza di Accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate (IPASVI, 2015). In linea con altri Paesi europei, che prevedono funzioni specialistiche per la pratica clinica infermieristica (per esempio, l'*advanced nurse practitioner*), in Italia, soprattutto negli ultimi anni, l'attenzione si è focalizzata su quali siano le competenze cliniche specifiche degli infermieri e sulla reale necessità di definire le competenze specialistiche.

A tale proposito, la Federazione dei Collegi degli infermieri (IPASVI) propone un modello di sviluppo delle competenze infermieristiche su due assi dove poter disegnare e sviluppare la professionalità. Il primo asse riguarda l'ambito clinico, che rappresenta la linea del governo dei processi assistenziali e quello della gestione; il secondo asse rappresenta il governo dei processi organizzativi e delle risorse. Il primo livello di competenza del modello, invece, è quello dell'infermiere generalista in possesso di laurea triennale; questo livello non ha bisogno di sostanziali modifiche rispetto alla formazione già in essere e rappresenta la matrice della competenza da cui originano i successivi livelli formativi di approfondimento o di espansione. I successivi livelli del modello sono dati dalle competenze specifiche, vale a dire: le competenze cliniche "perfezionate", per chi consegue un corso di perfezionamento, le competenze cliniche "esperte", per chi consegue un master, e le competenze "specialistiche", per chi consegue una laurea magistrale (IPASVI, 2015).

La letteratura infermieristica è ricca di studi che mostrano robuste evidenze nella relazione tra competenze infermieristiche ed esiti professionali

(per esempio, esiti clinici e organizzativi) (Axley L, 2008), dentro la cornice di funzioni specialistiche che assumono declinazioni diverse nei vari Paesi. Per chiarire meglio quali siano e come si declinino queste funzioni o ruoli, che vedono la competenza specialistica come l'implicazione professionale del ruolo stesso, nell'ottobre del 2000 l'International Council of Nurses (ICN) ha costituito una rete di infermieri con competenze specialistiche chiamata Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network (INP/APNN). Un'indagine condotta nel 2010 dal APNN in 32 diversi paesi mostra come vi sia ancora una grande eterogeneità di definizioni, di interventi di formazione e modelli (Pulcini J et al., 2010). Tuttavia, diversi studi descrivono il valore aggiunto delle competenze infermieristiche specialistiche, per esempio nel migliorare gli esiti dei pazienti nel percorso di dimissione (Coster S et al., 2006) o gli esiti clinici nelle patologie croniche e riducendo i costi di gestione (McCauley KM et al., 2006) ma anche nel migliorare la gestione degli esiti dei pazienti critici (Fairley D et al., 2006). Un consenso sulla pratica infermieristica specialistica, sulle sue definizioni, sui requisiti formativi e sugli approcci normativi è parte integrante della realizzazione e implementazione del ruolo dell'infermiere specialista a livello internazionale (Dowling M et al., 2013).

Nonostante sia sempre più evidente quanto l'assistenza infermieristica abbia un impatto sulla salute delle persone ricoverate (Aiken LH et al., 2014) e quanto utile potrebbe essere la gestione delle competenze dei diversi professionisti, secondo logiche quali lo *skill-mix* (CERGAS, 2013), l'implementazione di modelli di sviluppo di competenze infermieristiche specialistiche dovrà far fronte a una serie di ostacoli intra ed extra professionali (Colyer HM, 2004). Conoscere quali sono le barriere che, secondo la prospettiva degli infermieri, ostacolano maggiormente l'implementazione di questi modelli potrebbe aiutare ad avere una visione più chiara e utile sia per il mondo della politica professionale, sia per il mondo della formazione, entrambi interessati a diminuire il divario tra il "sentito/percepito" degli infermieri, nonché la pianificazione delle politiche professionali.

Obiettivo

L'obiettivo principale di questo studio è di descrivere quali sono gli ostacoli nell'implementazione di nuovi modelli di sviluppo di competenze infermieristiche specialistiche secondo la prospettiva intra-professionale. In particolare, gli obiettivi specifici sono:

1. indagare il "sentito" intra-professionale riguardante tali ostacoli;
2. descrivere i principali ostacoli percepiti dagli infermieri.

MATERIALI E METODI

Lo studio è articolato in due fasi. La prima fase (fase 1), rispondente al primo obiettivo specifico, ha un disegno qualitativo e indaga il "sentito" degli infermieri attraverso lo strumento del *focus group*. La seconda fase, rispondente al secondo obiettivo specifico e con un disegno quantitativo e osservazionale trasversale (*cross-sectional*), descrive i principali ostacoli percepiti dagli infermieri mediante la somministrazione di un questionario costruito sulla base dei risultati della fase esplorativa (fase 1).

Fase 1: campione

Il *focus group*, tenutosi il 15 aprile 2014, ha coinvolto 7 infermieri provenienti da due grosse aziende ospedaliere del distretto Milano Sud. Gli infermieri sono stati reclutati secondo un campionamento di tipo propositivo in diverse aree cliniche (medicina, chirurgia, pronto soccorso, terapia intensiva, unità terapia intensiva coronarica, urologia). L'unico requisito era che fossero in servizio da almeno un anno; non sono stati posti limiti in funzione all'età, al sesso e al tipo di formazione.

Fase 1: metodo

Il *focus group* è stato guidato da un facilitatore esperto nella gestione di gruppi di lavoro al fine di far emergere il pensiero di tutti. La prima parte dell'incontro è stata una discussione libera sul tema dello studio ed è stata finalizzata a rimuovere eventuali resistenze alla discussione. Nella seconda parte dell'incontro si è invece ragionato sulla domanda chiave: "Che cosa ostacola l'implementazione di competenze specialistiche dell'infermiere?". Il *focus group* è stato audio-registrato, previo consenso da parte dei partecipanti e successivamente trascritto *verbatim*; sul report ottenuto è stata condotta un'analisi linguistica qualitativa esplorativa con particolare riferimento alla linguistica computazionale utilizzando il software ATLAS.ti (Colyer HM, 2004; Mok E et al., 2004; Feldman JA, 2007; Friese S, 2014). Dalle affermazioni fatte dai partecipanti, tutte

le parole di senso compiuto sono state assemblate in un unico *corpus* dal quale è stata estratta una lista di frasi e poi di parole ritenute maggiormente significative da utilizzare per l'individuazione dei temi principali e dei sottotemi. Le parole maggiormente significative sono state scelte in base alla frequenza di ricorrenza nel testo e alla loro pertinenza (Lancia F, 2007).

Fase 2: campione

È stato condotto un campionamento di convenienza presso due grosse aziende ospedaliere del distretto Milano Sud. Sono stati considerati arruolabili tutti gli infermieri che lavoravano nei contesti clinici dei due ospedali coinvolti mentre sono stati esclusi gli infermieri che non lavoravano nelle unità operative, come per esempio gli infermieri del servizio di formazione o del servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale (SITRA). Complessivamente erano arruolabili 696 infermieri.

Fase 2: metodo

L'indagine è stata condotta nel periodo compreso tra il 1 aprile e il 5 luglio 2015.

Per indagare la prevalenza dei principali ostacoli percepiti dagli infermieri in merito all'implementazione di nuovi modelli di sviluppo di competenze infermieristiche specialistiche è stato creato uno strumento *ad hoc* utilizzando come matrice concettuale i temi emersi dal *focus group* (fase 1). Si tratta di un questionario *self-report* che misura il grado di accordo o disaccordo degli intervistati in merito ai diversi ostacoli indagati. Esso è composto da 30 affermazioni a cui è possibile rispondere tramite una scala di Likert a 5 punti (da 1 = "fortemente in disaccordo" a 5 = "fortemente d'accordo"). Tutte le affermazioni avevano la stessa polarità. Il testo del questionario è riportato in appendice 1 a pagina e38.

Prima della somministrazione è stata testata la validità di facciata e di contenuto del questionario tramite una somministrazione pilota a un gruppo di esperti; essi dovevano esprimere il loro parere circa il grado di chiarezza e di utilità per ciascuna delle 30 affermazioni mediante due scale Likert con un punteggio da 0 a 5 (Lynn MR, 1986; De Vellis RF, 1991). Questa fase pilota ha reso necessaria la revisione di alcune affermazioni. Il questionario definitivo è stato quindi compilato su SurveyMonkey™, un software per indagini via web, che ha poi permesso di generare un link, con l'invito allo studio e alla compilazione del questionario. Il link, assieme alla spiegazione dell'obiettivo dell'indagine, è stato inviato a una mailing-list che comprendeva tutti gli infermieri arruolabili (696). I dati sono stati raccolti

in forma anonima e, ai fini dell'analisi dei dati, oltre al questionario sono state raccolte le informazioni socio-demografiche e lavorative dei rispondenti.

Per l'analisi statistica sono state calcolate le principali misure descrittive delle variabili socio-demografiche e le differenze tra le variabili sono state studiate utilizzando il test del chi quadro (χ^2) o il test T di Student in base alla natura della variabile stessa. La soglia di significatività (p) è stata fissata a 0,05. Per testare la validità del questionario è stata condotta un'analisi fattoriale esplorativa (EFA) utilizzando il metodo della massima verosimiglianza con rotazione Varimax, mentre per l'affidabilità è stata calcolata l'alfa di Cronbach sia sui singoli domini sia sull'intero questionario. Per l'analisi statistica è stato utilizzato il software Statistical Package for Social Science (SPSS) nella versione 22.

RISULTATI

Fase 1

Il *focus group* è durato circa un'ora e quaranta minuti, da cui è derivato un report di oltre 80.000 parole. I partecipanti, 5 di sesso maschile e 2 femmine, avevano un'età compresa tra i 24 e i 50 anni (età media =32,3±9,2 anni); 6 erano infermieri clinici e uno era un infermiere coordinatore. In merito alla formazione post-base, due infermieri erano in possesso di un Master di I livello.

L'analisi qualitativa esplorativa linguistica della trascrizione *verbatim* del *focus group* ha permesso di identificare 5 temi principali in risposta alla domanda centrale: l'incertezza nel riconoscimento delle competenze, la criticità nella formazione, la criticità nella prassi, i conflitti e la criticità nel ricambio generazionale. Le parole più usate sono state "competenze", "criticità", "ostacolo" e "infermiere". A titolo di esempio proponiamo una frase espressa da un infermiere e riguardante il tema dell'incertezza nel riconoscimento delle competenze: *"Tu non puoi prendere chissà che decisione [...], anche se io vorrei fare tante altre cose, io lo faccio perché vado molto d'accordo con i miei medici: mi conoscono e li conosco. Ma se così non fosse? Non so se riuscirei a lavorare allo stesso modo se non avessi medici che mi conoscono, perché loro hanno tutti i mezzi [...], noi no!"*.

Fase 2

Hanno risposto all'indagine (Tabella 1) 196 infermieri (tasso di risposta =28,2%) di cui il 73% era di sesso femminile (143); l'età media era di 38,9±9,3 anni, la media degli anni complessivi di lavoro era 15,4±11,2; la media degli anni di lavoro presso lo stesso reparto è risultata di 7,1±6,7. Il 33,2% (65)

dei rispondenti aveva il diploma di infermiere professionale come titolo abilitante, il 56,1% (110) la laurea triennale mentre il 10,7% (21) aveva il diploma universitario. Il 12,2% (24) era in possesso di un master di I livello. Per ciò che riguarda la provenienza clinica, il 28,6% (56) lavorava presso l'area medica, il 24,5% (48) presso l'area chirurgica, il 31,6% (62) presso quella critica, il 6,1% (12) presso gli ambulatori e il 9,2% (18) lavorava presso un'altra area clinica.

Il questionario usato per l'indagine (Appendice 1) risulta avere una buona validità di facciata e di contenuto, calcolata tramite il content validity ratio (CVR) di Lawshe CH (Lawshe CH, 1975). Il numero di domini da prendere in considerazione, o fattori, è stato determinato dalla matrice concettuale con la quale è stato costruito il questionario, ovvero i 5 temi principali emersi dal *focus group* (Ghizzardi G, 2014). Tuttavia, considerando questi fattori, la varianza spiegata dall'analisi fattoriale esplorativa risultava essere del 29% e le relazioni tra i fattori latenti (per esempio, i domini del questionario) e le affermazioni sono risultate difficili da interpretare. Per questo motivo sono stati riconsiderati i risultati del *focus*

Tabella 1. Statistiche descrittive dei rispondenti al questionario

Genere (%)	
Maschile	27
Femminile	73
Età (media anni ± DS)	38,9±9,3
Anni complessivi di lavoro (media anni ± DS)	15,4±11,2
Anni di lavoro presso attuale area (media anni ± DS)	7,1±6,7
Titolo abilitante (%)	
Diploma infermiere professionale	33,2
Diploma universitario	10,7
Laurea	56,1
Formazione post-base (%)	
Master di I livello	12,2
Provenienza clinica (%)	
Area medica	28,6
Area chirurgica	24,5
Area critica	31,6
Ambulatori	6,1
Altro	9,2
DS: deviazione standard	

group e, di conseguenza, anche la struttura teorica del questionario. Nello specifico, le affermazioni del questionario sono state ricondotte da cinque a tre domini: il riconoscimento, la cultura e la prassi. L'analisi fattoriale con questi 3 domini ha spiegato il 48% della varianza; quindi, è stata ritenuta valida questa nuova struttura del questionario.

Nelle tabelle 2 e 3 sono descritte rispettivamente la matrice di saturazione (una misura della relazione tra le variabili osservate e i fattori latenti) delle affermazioni e la matrice di correlazione dei domini del questionario.

Per la conferma della determinazione della struttura a tre fattori sono stati inoltre considerati:

1. lo Scree test (Cattell RB, 1966);
2. la semplicità della struttura;
3. l'interpretabilità dei fattori.

Lo Scree test ha confermato una soluzione a tre fattori. L'indice di adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin è risultato pari a 0,85, indice di accettabilità della matrice di correlazione per l'analisi fattoriale (Tabachnick BG et al., 1996). La tabella 4 descrive le statistiche descrittive dei fattori, mentre quelle relative alle affermazioni sono descritte nella tabella 5.

La consistenza interna è stata valutata calcolando l'alpha di Cronbach per l'intero questionario ($\alpha=0,83$) e per ciascun fattore. I valori ottenuti sono risultati moderatamente buoni e rispettivamente:

- cultura, $\alpha=0,73$;
- riconoscimento, $\alpha=0,74$;
- prassi, $\alpha=0,70$.

Il dominio in cui è stato riscontrato il più alto livello di fattori ostacolanti è stato quello del riconoscimento (media $=3,66\pm0,59$), seguito da quello della cultura (media $=3,5\pm0,57$) e da quello della prassi (media $=3,29\pm0,5$). La differenza tra le medie dei domini è risultata statisticamente significativa ($F=22,1$; $p<0,001$); per tale motivo sono state analizzate anche le risposte alle singole affermazioni, rendendo così maggiormente evidente che cosa, all'interno dei tre domini, è considerato un ostacolo per l'implementazione di modelli di sviluppo di competenze specialistiche. I principali ostacoli percepiti dagli infermieri sono rappresentati dalle affermazioni: "C'è una forte mancanza di incentivi economici per la crescita professionale" (media $=4,49\pm0,71$), "C'è un sovraccarico di lavoro nelle unità operative" (media $=4,30\pm0,86$), "La formazione di base è il punto di partenza per un cambiamento volto al riconoscimento delle competenze infermieristiche" (media $=4,26\pm0,86$), "Le nuove generazioni devono farsi avanti riducendo il divario tra teoria e pratica" (media $=4,04\pm0,91$) e "L'iter normativo per il riconosci-

mento di competenze specialistiche ha un percorso molto lento" (media $=4,02\pm0,90$). Le medie delle affermazioni non differiscono in modo statisticamente significativo ($p\geq0,05$) se confrontate per le caratteristiche socio-anagrafiche descritte nella tabella 1. Infine, gli infermieri non sono risultati d'accordo con le seguenti affermazioni: "L'idea di dovermi assumere nuove responsabilità mi preoccupa" (media $=1,85\pm0,95$), "Ho timore del risvolto giudiziario-legislativo" (media $=2,48\pm1,10$), "C'è la tendenza da parte dell'infermiere a delegare al medico" (me-

Tabella 2. Matrice di saturazione delle affermazioni del questionario

Affermazione	Domini		
	Cultura	Riconoscimento	Prassi
9	0,43	-	-
10	0,63	-	-
11	0,55	-	-
13	0,71	-	-
14	0,35	-	-
16	0,38	-	-
17	0,63	-	-
23	0,60	-	-
25	0,65	-	-
26	0,43	-	-
27	0,55	-	-
30	0,70	-	-
1	-	0,71	-
2	-	0,61	-
5	-	0,73	-
6	-	0,63	-
12	-	0,50	-
15	-	0,48	-
21	-	0,35	-
22	-	0,47	-
3	-	-	0,51
4	-	-	0,49
7	-	-	0,33
8	-	-	0,35
18	-	-	0,53
19	-	-	0,57
20	-	-	0,57
24	-	-	0,45
28	-	-	0,49
29	-	-	0,69

Tabella 3. Matrice di correlazioni dei domini del questionario

		Cultura	Riconoscimento	Prassi
Cultura	Correlazione di Pearson	1	-	-
	p	-	-	-
	n	196	-	-
Riconoscimento	Correlazione di Pearson	0,346**	1	-
	p	0,000	-	-
	n	196	196	-
Prassi	Correlazione di Pearson	0,358**	0,362**	1
	p	0,000	0,000	-
	n	196	196	196

** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code)
p: significatività statistica
n: numero di rispondenti

Tabella 4. Statistiche descrittive dei domini del questionario

	n	Media	DS	Asimmetria	
				Statistica	Errore standard
Cultura	196	3,47	0,57	-0,114	0,174
Riconoscimento	196	3,66	0,59	-0,321	0,174
Prassi	196	3,29	0,50	-0,060	0,174

n: numero di rispondenti
DS: deviazione standard

dia =2,77±1,11), “Gli infermieri che lavorano nella pratica clinica non ritengono necessario un ulteriore livello di formazione” (media =2,90±1,13) e “La professione infermieristica è una professione ‘giovane’, questo ostacola il riconoscimento delle competenze specialistiche” (media =2,93±1,10) (Tabella 5).

DISCUSSIONE

Tutti i domini sono risultati moderatamente caratterizzati dalla presenza di ostacoli nell’implementazione di competenze specialistiche (medie >3) seppure in diversa misura, come emerge dal confronto tra le medie degli stessi domini ($p < 0,001$). Per poter fare delle riflessioni maggiormente puntuali, sono state analizzate le singole affermazioni che avevano riscontrato un alto (media ≥ 4) o un basso (media ≤ 3) consenso nelle risposte.

E’ possibile che la mancanza di incentivi economici per la crescita professionale sia stata considerata un ostacolo (media =4,49±0,71) per via della crisi economica e dei tagli ai fondi per la Sanità avvenuta negli ultimi anni (Arrigoni C et al., 2015). Ciò avrebbe anche influito sulla percezione generale dello stress lavoro-correlato. Tuttavia, la letteratura non

presenta una visione uniforme riguardo agli effetti della mancanza di incentivi economici sulla *performance* degli infermieri: alcuni studi mostrano come alcune caratteristiche tipiche dell’ambito infermieristico (per esempio, il vocazionalismo) compensino la mancanza degli incentivi (Heyes A, 2005), altri sottolineano quanto gli incentivi siano positivamente correlati a una migliore *performance* (Nelson JA et al., 2006).

Il sovraccarico di lavoro (media =4,30±0,86) è stato considerato tra gli ostacoli allo sviluppo di modelli di competenza specialistica. Tuttavia, questo dato andrebbe ulteriormente indagato in quanto, sebbene siano noti gli effetti dello *staffing* infermieristico sugli esiti delle persone assistite (Aiken LH et al., 2014), sulla soddisfazione lavorativa e sullo stress lavoro-correlato (Aiken LH et al., 2002), non ci sono dati sull’impatto della percezione di sovraccarico di lavoro sulla riuscita dei progetti di sviluppo professionale e organizzativo, come nel caso dell’implementazione di modelli di competenze specialistiche. Altri due ostacoli sono risultati la formazione di base (media =4,26±0,86) e il divario tra formazione e pratica presente nelle nuove generazioni (media =4,04±0,91), temi che hanno trovato molto spazio

Tabella 5. Statistiche descrittive delle affermazioni del questionario

Domini	Affermazione	n	Media	DS	Asimmetria	
					Statistica	Errore standard
Cultura	9	196	3,60	1,06	-0,53	0,17
	10	196	3,51	1,16	-0,19	0,17
	11	194	2,90	1,13	0,06	0,18
	13	196	3,66	0,99	-0,51	0,17
	14	193	3,06	1,05	0,11	0,18
	16	194	4,02	0,90	-0,86	0,18
	17	194	2,77	1,11	0,07	0,18
	23	195	3,22	1,21	-0,31	0,17
	25	196	3,93	0,88	-0,82	0,17
	26	196	3,45	1,02	-0,15	0,17
	27	195	3,65	1,03	-0,38	0,17
	30	196	3,87	1,02	-0,70	0,17
Riconoscimento	1	196	3,53	0,96	-1,00	0,17
	2	195	3,49	1,07	-0,82	0,17
	5	196	3,62	1,19	-0,64	0,17
	6	196	4,49	0,71	-1,09	0,17
	12	191	4,30	0,86	-1,01	0,18
	15	194	3,03	1,06	0,12	0,18
	21	195	3,30	1,05	-0,23	0,17
	22	193	3,53	1,11	-0,20	0,18
Prassi	3	196	2,48	1,10	0,50	0,17
	4	196	1,85	0,95	0,97	0,17
	7	195	4,26	0,86	-1,03	0,17
	8	195	3,86	0,92	-0,79	0,17
	18	195	3,22	1,11	-0,33	0,17
	19	196	3,62	0,96	-0,46	0,17
	20	196	3,64	0,95	-0,58	0,17
	24	194	3,07	1,17	0,04	0,18
	28	195	4,04	0,91	-0,99	0,17
	29	196	2,93	1,10	-0,14	0,17

n: numero di rispondenti
DS: deviazione standard

anche nel dibattito nel *focus group*. La letteratura conferma la percezione del gap tra la formazione e la prassi (Maben J et al., 2006) nonché il ruolo strategico che gli infermieri laureati hanno nel colmare tale gap, ottenendo degli effetti positivi sugli esiti delle persone ricoverate (Aiken LH et al., 2014). L'iter normativo è stato considerato un fattore ostacolante (media =4,02±0,90) anche dagli infermieri che lavoravano in contesti di ricerca prettamente clinici, in quanto prevede un percorso troppo lento.

Più in generale, questo aspetto riguarda il passaggio dalla *best evidence* alla *best practice*: nonostante vi siano delle evidenze che l'ottimizzazione nella gestione e spendibilità delle competenze infermieristiche porti benefici sia alle persone assistite (Aiken LH et al., 2014) sia ai sistemi organizzativi (Aiken LH et al., 2002), i cambiamenti strutturali sono spesso mediati dall'iter normativo del Paese che non rende sempre semplice il passaggio dal piano delle evidenze a quello della prassi.

Invece, gli elementi che gli infermieri non hanno ritenuto di ostacolo all'implementazione di modelli di competenze specialistiche sono stati: la preoccupazione di doversi assumere nuove responsabilità (media =1,85±0,95); il timore di ripercussioni legali da parte dei pazienti (media =2,48±1,10); la tendenza a delegare interventi assistenziali al personale medico (media =2,77±1,11); il fatto di credere che gli infermieri che lavorano nella pratica clinica non considerino necessario un ulteriore livello di formazione (media =2,77±1,11); il considerare la professione infermieristica come troppo giovane per affrontare la sfida dell'implementazione di competenze specialistiche (media =2,93±1,10). Questi risultati sottolineano come alcune osservazioni fatte dai partecipanti al *focus group* non siano state condivise dagli infermieri arruolati nella seconda fase dello studio.

CONCLUSIONI

L'indagine descrive quali sono i principali ostacoli nell'implementazione di nuovi modelli di sviluppo delle competenze infermieristiche specialistiche secondo la prospettiva intra-professionale. Tali ostacoli riguardano tre principali domini: quello della cultura, del riconoscimento e della prassi.

Gli elementi che gli infermieri considerano ostacolanti lo sviluppo delle competenze sono l'attuale iter normativo, la mancanza di incentivi economici, il sovraccarico di lavoro, la mancata formazione specifica e il divario tra teoria e prassi clinica.

Queste tematiche sono oggetto di importanti dibattiti contemporanei nel contesto italiano (Silvestro A, 2014). I limiti dello studio sono legati principalmente al campionamento di convenienza, alla numerosità campionaria e alla provenienza lavorativa del campione che potrebbe aver influenzato alcune percezioni. Pur non essendo possibile effettuare robuste analisi inferenziali sulle risposte, i risultati evidenziano gli ostacoli maggiormente percepiti e mettono le basi per ulteriori approfondimenti e riflessioni che potrebbero essere utili ai colleghi coinvolti in progetti di implementazione di competenze infermieristiche specialistiche.

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

BIBLIOGRAFIA

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM et al. (2002) *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. The Journal of the American Medical Association, 288(16), 1987-1993.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al. (2014) *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. Lancet, 383(9931), 1824-1830.
- Arrigoni C, Caruso R, Campanella F et al. (2015) *Investigating burnout situations, nurses' stress perception and effect of a post-graduate education program in health care organizations of northern Italy: a multi-center study*. Giornale Italiano Medicina del Lavoro ed Ergonomia, 37(1), 39-45.
- Axley L (2008) *Competency: a concept analysis*. Nursing Forum, 43(4), 214-222.
- Bergen B, Narayan S, Feldman A (2003). *Embodied verbal semantics: evidence from an image-verb matching task*. Proc. 25th Annual Meeting of the Cognitive Science Society.
- Cattell RB (1966) *The scree test for the number of factors*. Multivariate Behavioral Research, 1, 245-276.
- CERGAS - Bocconi (2013) *Oasi 2013, Cergas Bocconi: skill-mix per medici e infermieri*. Sanità24, <http://goo.gl/KSKEY>
- Colyer HM (2004) *The construction and development of health professions: where will it end?* Journal of Advanced Nursing, 48(4), 406-412.
- Coster S, Redfern S, Wilson-Barnett J et al. (2006) *Impact of the role of nurse, midwife and health visitor consultant*. Journal of Advanced Nursing, 55, 352-363.
- De Vellis RF (1991) *Scale development: theory and applications*. Ed. SAGE Publishing, Newbury Park.
- Dowling M, Beauchesne M, Farrelly F et al. (2013) *Advanced practice nursing: a concept analysis*. International Journal of Nursing Practice, 19(2), 131-140.
- Fairley D, Closs SJ (2006) *Evaluation of a nurse consultant's clinical activities and the search for patient outcomes in critical care*. Journal of Clinical Nursing, 15, 1106-1114.
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2015) con delibera n. 79 del 25 aprile 2015, "Evoluzione delle competenze infermieristiche".
- Feldman JA (2007) *Language understanding and unified cognitive science*. 6th IEEE International Conference on Cognitive Informatics.
- Friese S (2014) *Qualitative data analysis with ATLAS*. Ti. Ed. SAGE Publishing, Londra.
- Ghizzardi G (2014) *Le competenze specialistiche dell'infermiere: proposta di riflessione strutturata a fronte di un'indagine qualitativa*. Tesi di laurea, Milano. Relatore: Caruso Rosario.
- Heyes A (2005) *The economics of vocation or 'why is a badly paid nurse a good nurse'?* Journal of Health Economics, 24(3), 561-569.
- Lancia F (2007) *Word co-occurrence and similarity in meaning*. <http://mytlab.com/wcsmeaning.pdf>
- Lawshe CH (1975) *A quantitative approach to content validity*. Personnel Psychology, 28, 563-575.

- Lynn MR (1986) *Determination and quantification of content validity*. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- Maben J, Latter S, Clark JM (2006) *The theory-practice gap: impact of professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses*. *Journal of advanced nursing*, 55(4), 465-477.
- McCauley KM, Bixby MB, Naylor MD (2006) *Advanced practice nurse strategies to improve outcomes and reduce cost in elders with heart failure*. *Disease Management*, 9, 302-310.
- Mok E, Bryant J, Feldman JA (2004) *Scaling understanding up to mental spaces*. 2nd Workshop on Scalable Natural Language Understanding.
- Nelson JA, Folbre N (2006) *Why a well-paid nurse is a better nurse*. *Nursing Economic\$,* 24(3),127-130.
- Pulcini J, Jelic M, Gul R et al. (2010) *An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation*. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 31-39.
- Sansoni J (2007) *L'assistenza infermieristica avanzata – advanced nursing practice qualche riflessione*. *Professioni Infermieristiche*, 1, 5-12.
- Silvestro A (2014) *Il 2015 è l'anno dell'infermiere specialista*. *L'infermiere*, 6, 3-4.
- Tabachnick BG, Fidell LS (1996) *Using multivariate statistics*. 3ª edizione. Ed. HarperCollins, New York.
- Tavolo di lavoro Regioni-Ministero (2014) *Evoluzione della professione infermieristica*. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3094618.pdf>

Appendice 1. Questionario impiegato per l'indagine

Che cosa ostacola l'implementazione di modelli di competenze specialistiche?
<i>Ti proponiamo 30 affermazioni chiedendoti di esprimere il tuo grado di accordo/disaccordo, rispettando la seguente griglia</i>
1. Non è chiaro chi riconoscerà le nuove competenze che acquisisco con la pratica professionale
2. Non è chiaro chi riconoscerà le nuove competenze che acquisisco con la formazione post-base
3. Ho timore del risvolto giudiziario-legislativo
4. L'idea di dovermi assumere nuove responsabilità mi preoccupa
5. Il nostro riconoscimento è improprio o quasi nullo
6. C'è una forte mancanza di incentivi economici per la crescita professionale
7. La formazione di base è il punto di partenza per un cambiamento volto al riconoscimento delle competenze infermieristiche
8. La formazione degli infermieri "anziani" è necessaria per un cambiamento volto al riconoscimento delle competenze infermieristiche
9. L'attenzione per l'ECM è scarsa o nulla
10. C'è una scarsa crescita culturale della professione
11. Gli infermieri che lavorano nella pratica clinica non ritengono necessario un ulteriore livello di formazione
12. C'è un sovraccarico di lavoro nelle unità operative
13. Nella mentalità/cultura infermieristica esiste ancora il mansionario nella pratica
14. Le competenze infermieristiche neo-acquisite con la formazione di base decadono al momento della pratica in reparto
15. Le competenze infermieristiche neo-acquisite con la formazione post-base decadono al momento della pratica in reparto
16. L'iter normativo per il riconoscimento di competenze specialistiche ha un percorso molto lento
17. C'è la tendenza da parte dell'infermiere a delegare al medico
18. La crisi economica ostacola il cambiamento
19. Gli spazi imposti dall'organizzazione del lavoro infermieristico ostacolano il riconoscimento delle competenze specialistiche
20. I tempi imposti dall'organizzazione del lavoro infermieristico ostacolano il riconoscimento delle competenze specialistiche
21. Le competenze specialistiche sono causa di conflitti interpersonali-interprofessionali
22. I medici ostacolano le competenze degli infermieri
23. Gli infermieri hanno scarso interesse sull'argomento perché "tanto c'è qualcun altro che lotta per loro"
24. I confini tra le diverse professioni sanitarie non sono ben definiti
25. Ci sono delle resistenze culturali interne nella categoria degli infermieri
26. L'ostacolo è dovuto alla categoria troppo eterogenea (dal punto di vista formativo)
27. L'ostacolo è dovuto alla categoria troppo eterogenea perché manca una vera identità professionale
28. Le nuove generazioni devono farsi avanti riducendo il divario tra teoria e pratica
29. La professione infermieristica è una professione "giovane", questo ostacola il riconoscimento delle competenze specialistiche
30. C'è una "pigrizia" della categoria che tende a percorrere una strada già nota, evitando i cambiamenti



CONTRIBUTI

Un confronto generazionale nella professione infermieristica: effetti del lavoro sulla salute e sulla produttività

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

(1) Infermiere, UO di Pediatria, Ausl Romagna, Ospedale Morgagni Pierantoni di Forlì

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

Corrispondenza: daniilo.di.lorenzo.87@gmail.com

Introduzione

Numerosi studi in letteratura affrontano il problema delle multigenerazioni in ambito lavorativo, ma pochi di questi trattano le differenze tra le generazioni in termini di salute, produttività e qualità delle cure erogate.

Le problematiche generazionali, seppur apparentemente marginali e di facile risoluzione, sono in realtà difficili da gestire e caratterizzate da una serie di variabili estremamente complesse, alcune sconosciute nella correlazione, che ne rendono difficile la comprensione all'interno di un sistema altrettanto complesso come quello delle organizzazioni sanitarie. L'invecchiamento della forza lavoro, la relativa produttività e l'elevato tasso di turn over sono solo alcuni esempi di fenomeni ai quali le organizzazioni sanitarie sono esposte in relazione alle differenti generazioni di infermieri in esse presenti.

Questo contributo si pone l'obiettivo di analizzare questi aspetti che, salvo importanti manovre correttive, normative e culturali, accompagneranno i manager ed i professionisti dell'assistenza infermieristica per i prossimi vent'anni.

L'obiettivo primario di questa revisione della letteratura è stato quello di individuare in che modo il lavoro impatta sulla salute dei lavoratori, alla luce delle differenti generazioni, del tasso di turnover, dell'invecchiamento della popolazione infermieristica e della forza lavoro ad essa correlata.

Obiettivo secondario è stato quello di individuare le strategie che i manager sanitari potrebbero adottare per garantire, nonostante la grave crisi economica globale, qualità e sicurezza dell'assistenza e delle prestazioni infermieristiche erogate.

La ricerca bibliografica è stata condotta sulle principali banche dati (MedLine, Trip Data Base, Emabase, The Cochrane Library, Cinhal), utilizzando prevalentemente termini indicizzati e liberi in un primo step di ricerca, quali "Nurses", "Nurse", "Generational", mentre nel secondo step sono stati utilizzati come Mesh term "Nursing staffing organization and administration", "Satisfaction" con submesh term "Manpower".

Definizione e inquadramento del fenomeno

La gestione di un gruppo multigenerazionale è un compito arduo, a cui i manager delle organizzazioni sanitarie devono porre attenzione, tentando di individuare e attuare tutte le strategie utili per gestirlo con efficacia, al fine di trarre un vantaggio per l'intera organizzazione e per le persone assistite.

Attualmente nel panorama sanitario sono presenti tre generazioni di infermieri con tratti, credenze, attitudini, valori e aspettative diverse. Le tre generazioni in questione sono:

- la *generazione Baby Boom*, costituita dai nati tra il 1946 e il 1964;
- la *generazione X*, costituita dai nati tra il 1965 e il 1981;
- la *generazione Y o Millenium*, costituita dai nati dopo il 1981.

La generazione Baby Boom rappresenta negli USA la maggiore fetta di forza lavoro nel comparto sanitario; è la generazione nata nel primo dopoguerra, cresciuta e vissuta in un'epoca di relativo benessere economico, un'epoca di grandi innovazioni tecnologiche (si passa dalla radio alla TV), un'epoca che offre opportunità lavorative interessanti e una generale stabilità (Murray, 2013).

Questa generazione è vissuta in un contesto storico caratterizzato dalle lotte per i diritti civili, per l'uguaglianza sociale ed ha abbracciato una filosofia idealistica. Dal punto di vista lavorativo è una generazione dedita al lavoro, fedele alla professione, con forte senso etico e con una visione ottimistica del futuro (Murray, 2013; Bossetti et al., 2006).

In Italia, invece, la generazione maggiormente presente tra il personale infermieristico è la generazione X (Fortunato, 2013). E' una generazione cresciuta in un'epoca di importanti cambiamenti sociali, in cui il bambino non era il centro dell'attenzione, in quanto entrambi i genitori lavoravano, che pertanto riconosce un forte senso dell'amicizia, in parte intesa come sostituzione del legame genitoriale e che cerca comunque un equilibrio tra la vita lavorativa e privata (Bossetti, 2006). Questa generazione è motivata, con forte senso di rivalsa sociale, che pretende indipendenza ed autonomia, professionalmente propensa all'attività libero professionale, che riconosce l'autorità soltanto se accompagnata da una leadership positiva, che presenta confidenza con la tecnologia e che riconosce che il futuro si gioca sulla professionalità (Bossetti, 2006; Murray, 2013).

La generazione Y, detta anche Millenium, è la generazione meno presente tra il personale infermieristico in Italia (Fortunato, 2013). E' una generazione socievole ed ottimista, molto adattabile, che abbraccia con entusiasmo il cambiamento ed ha parecchia familiarità con la tecnologia. Ha trascorso un'infanzia ben strutturata e organizzata, in cui il bambino veniva posto al centro dell'attenzione, valorizzato e protetto ed è cresciuta in un mondo già multiculturale. Dal punto di vista lavorativo si presenta propensa al lavoro individuale, necessita di equilibrio tra vita lavorativa e sociale, predilige il lavoro intellettuale e ben remunerato, rifiuta il leader come autorità o come riferimento per il gruppo, ma ha bisogno di essere supervisionata (Murray, 2013).

Come evidenziato in precedenza, gli aspetti peculiari di ogni singola generazione, se non gestiti efficacemente, possono determinare conflitti e tensioni che si ripercuotono sull'efficienza dell'organizzazione e si traducono in esiti negativi per i pazienti. L'integrazione multigenerazionale e l'individuazione delle principali variabili legate alla soddisfazione lavorativa è complessa, in quanto ogni generazione è portatrice di valori propri, condizionati dal relativo percorso formativo (Saber, 2013). Basti pensare a quanto sia difficile, ad esempio, integrare l'alta dedizione al lavoro della generazione Baby Boom con la necessità di equilibrio tra vita professionale e privata delle generazioni X ed Y, o ancora l'elevata confidenza con la tecnologia di queste ultime, al contrario della generazione Baby Boom.

Le differenze generazionali, se non gestite correttamente, possono generare tensioni che influiscono negativamente sulla soddisfazione lavorativa, riducendo la qualità del clima organizzativo ed aumentando il tasso di turnover. Il turnover è quel processo in cui gli infermieri lasciano la propria attuale occupazione per un'altra all'interno della stessa organizzazione (mobilità interna all'organizzazione), per un'altra organizzazione (turnover organizzativo) o per un'altra professione (turnover professionale); può essere volontario, se il lavoratore decide di lasciare il posto di lavoro per una migliore retribuzione, migliori condizioni lavorative o organizzative, per problemi con i superiori e amministratori, trasferimento della famiglia, oppure involontario, se è dovuto a dimissione, sospensione, ritiro forzato, inidoneità fisica del lavoratore o morte (Le Vasseur, 2009). Il turnover infermieristico è un fenomeno che interessa l'intero contesto sanitario mondiale in misura maggiore rispetto ad altre professioni. L'elevato turnover, soprattutto se volontario, impatta negativamente sull'organizzazione, riducendo l'efficacia e la qualità dell'assistenza erogata al paziente (Ambrosi et al., 2013).

Lo studio condotto in alcuni ospedali del Nord Italia da Ambrosi et al. (2013) ha evidenziato come gli infermieri maggiormente propensi a lasciare il posto di lavoro siano gli infermieri della generazione Y, ossia quella che rappresenterà la professione in futuro.

Circa la correlazione tra il turnover infermieristico e gli esiti sui pazienti, in letteratura sono presenti risultati discordanti. Lo studio condotto da Bae et al. (2009) ha evidenziato come i reparti con bassi livelli di turnover siano correlati con risultati staticamente significativi con il maggior apprendimento dei membri dell'equipe, maggior soddisfazione del paziente, minori errori terapeutici e minor tasso di cadute rispetto ai reparti con maggior tasso di turnover. Thompson (2013) non evidenzia invece differenze statisticamente significative in termini di batteriemie catetere correlate e mortalità tra terapie intensive con differenti tassi di turnover. Tale discordanza può essere spiegata dal fatto che i diversi studi utilizzano differenti definizioni di turnover e diversi outcome clinici e che probabilmente le differenze sono evidenziabili soltanto per determinati esiti sui pazienti.

In Italia, così come in tutti i Paesi europei, la difficoltà a reclutare e trattenere gli infermieri nella propria organizzazione è un problema sempre più sentito, soprattutto in relazione alla concomitante carenza di personale. Si stima infatti che entro il 2020 ci sarà una carenza di circa 1 milione di operatori sanitari (European Commission, 2012) e di una forza lavoro che, in conseguenza delle attuali condizioni socio-economiche e alla normativa vigente in materia previdenziale, sta progressivamente invecchiando (Saber, 2013; Ambrosi et al., 2013; Stringhetta et al., 2012).

In Italia l'età media del personale infermieristico è di 43,3 anni, con il 19,5 % con età inferiore ai 34 anni, il 54,5 % tra i 35 ed i 49 anni ed il 26 % con età superiore ai 50 anni. Negli ultimi anni, la popolazione italiana di infermieri è invecchiata di oltre due anni, nella media nazionale, passando dai 41,1 anni del 2007 ai 43,3 del 2012; in alcune regioni, come Lombardia, Liguria e Veneto, l'invecchiamento arriva anche a sfiorare i tre anni (Fortunato, 2013). Il trend di invecchiamento è in crescita a causa di diversi fattori che in seguito verranno trattati; inoltre, in ambito ospedaliero, l'invecchiamento della popolazione lavorativa ha conseguenze importanti sul versante organizzativo e gestionale (Maricchio et al., 2013). Alcune attività degli operatori sanitari o le condizioni in cui tali attività vengono esplicate possono essere a loro volta causa di problemi di salute che aumentano tipicamente con l'età. Come evidenziato da numerose ricerche, nel nostro settore i disturbi muscoloscheletrici sono una delle patologie più frequenti (Lorusso et al., 2007; Souza, Alexandre, 2012 in Maricchio et al., 2013; Letvak, 2013).

In Italia le trasformazioni che hanno investito il sistema sanitario (aziendalizzazione, variazioni epidemiologiche della popolazione) hanno determinato un incremento dei ritmi e dei tempi di lavoro con inevitabili ripercussioni sulla salute degli operatori, specie di quelli più anziani, che evidenziano maggiore assenteismo e presenteismo (Maricchio et al., 2013).

Mentre l'assenteismo rappresenta un tempo non programmato passato lontano dal lavoro, il presenteismo è definito come una riduzione della produttività lavorativa legata a problemi di salute (Schultz et al., 2009 in Letvak, 2013). Le conseguenze dell'assenteismo e del presenteismo sono relative all'aumento del carico di lavoro per gli infermieri più giovani, che avrà conseguenze importanti sulla diminuzione della soddisfazione lavorativa rendendoli più propensi a lasciare il posto di lavoro (*intention to leave*) (Letvak, 2013). I risultati degli studi presenti in letteratura individuano infatti quattro fattori correlati all'*intention to leave* degli infermieri: soddisfazione lavorativa, conflitti con colleghi e superiori, retribuzione, stile di leadership adottato dai dirigenti (Ambrosi et al., 2013). Date le attuali condizioni economiche, risulta difficile intervenire sulla retribuzione, quindi le aree di intervento restano riduzione dei conflitti, miglioramento della soddisfazione lavorativa e stile di leadership dei dirigenti.

Come evidenziato da Bratt et al. (2000), lo stile di leadership adottato dai dirigenti influenza significativamente il clima organizzativo e la soddisfazione dei dipendenti. Gli infermieri senior si sentono parte della professione e dell'organizzazione e ad essa sono leali, mentre gli infermieri giovani necessitano di essere trascinati verso gli obiettivi organizzativi e di sentirsi partecipi (Ambrosi et al., 2013). Aspetti questi di estrema rilevanza nella gestione delle risorse umane, sia ai fini della soddisfazione lavorativa sia della generazione di conflitti.

In un'ottica di conciliazione tra qualità e sicurezza, l'interrogativo che bisogna porsi è pertanto come gli infermieri dirigenti riusciranno ad integrare le differenti generazioni infermieristiche e far fronte alle problematiche fino a qui emerse.

Dopo questo inquadramento generale del problema e dopo l'esposizione di quelli che sono i concetti chiave di questa revisione critica, si riportano di seguito le evidenze sul tema.

Risultati

Negli Stati Uniti l'età media degli infermieri è di 47 anni e di questi il 45% presenta un'età $> 0 = a$ 50 anni, con un incremento del 33% rispetto al 2000 (Letvak, 2013).

In Italia le statistiche sono leggermente più favorevoli: l'età media del personale infermieristico è di 43,3 anni, pienamente in linea con quella europea, che oscilla tra 41 e 45. Negli ultimi anni, tuttavia, si è registrato anche nel nostro Paese un peggioramento del trend: infatti la popolazione italiana di infermieri è invecchiata di oltre due anni, nella media nazionale, passando dai 41,1 anni del 2007 ai 43,3 del 2012 (Fortunato, 2013; WHO, 2013). Anche l'Italia, come gli USA, si troverà pertanto ad affrontare in tempi stretti il problema dell'invecchiamento della forza lavoro e di come gestirla efficacemente per garantire standard di qualità per le cure erogate, tutelando nel contempo la salute dei lavoratori stessi.

Le evidenze relative alle conseguenze sono un campanello di allarme per il sistema e le organizzazioni: la ricerca ha ormai prodotto numerosi risultati circa la correlazione positiva tra l'aumentare dell'età e l'incremento dei problemi di salute (Keller e Burns, 2010).

L'aumentare dell'età è correlato con la diminuzione della potenza aerobica, del tempo di reazione, della velocità e della acuità dei cinque sensi (Watson, 2008 in Letvak, 2013). Inoltre è correlata con l'aumento del BMI ed è noto come questo contribuisca allo sviluppo di patologie croniche e alla riduzione della produttività dei lavoratori, che può arrivare al 10-12%. (Goetzel et al., 2010 in Letvak, 2013).

Gli infermieri senior richiedono inoltre maggiori tempi di recupero al termine della giornata lavorativa e vari studi hanno evidenziato come i turnisti senior abbiano maggiori problemi di salute rispetto a quelli giovani (Costa & Sartori, 2007 in Letvak, 2013).

Schernhammer et al. (2004) hanno studiato la correlazione tra lavoro a turni e sviluppo del cancro, evidenziando come le donne con anzianità di servizio \geq a 20 anni presentassero un maggior rischio per lo sviluppo di cancro endometriale. Sulla stessa coorte di infermieri Feskanich et al. (2006) hanno condotto uno studio sulla correlazione tra lavoro a turni e sviluppo di fratture, evidenziando come gli infermieri con anzianità di servizio \geq a 20 anni fossero esposti ad un rischio staticamente significativo per lo sviluppo di fratture dell'anca e del polso.

Sebbene in letteratura siano presenti numerosi studi circa la valutazione delle differenze caratteriali e comportamentali delle differenti generazioni, le differenze in termini di produttività, soddisfazione lavorativa, stato di salute, qualità dell'assistenza erogata sono state ancora studiate.

Mion et al. (2006) hanno condotto dei focus group con infermieri senior (età 46-73) e infermieri più giovani (età 22-29 anni) per rilevare le loro percezioni e riflessioni circa l'ambiente di lavoro. I ricercatori hanno evidenziato che gli infermieri giovani e senior descrivevano simili preoccupazioni: entrambi i gruppi ritenevano infatti importante l'esperienza degli infermieri senior, pensavano che il loro ruolo andasse rivalutato, che nuove posizioni dovessero essere pensate per loro, suggerendo la necessità di cambiare alcuni aspetti dell'organizzazione del lavoro per mantenere la produttività gli infermieri senior (turni inferiori di 12 ore). Lo studio ha evidenziato inoltre come gli infermieri più giovani fossero insoddisfatti in relazione alle ridotte capacità fisiche dei colleghi senior e ai migliori orari di lavoro di cui godevano.

Nel 2007 Kovner et al. hanno condotto negli USA uno studio per analizzare le differenze in termini di atteggiamento verso il lavoro tra infermieri giovani e senior, evidenziando come gli infermieri senior riferissero minori conflitti famiglia-lavoro, maggiore motivazione, maggiore soddisfazione lavorativa, minor carico di lavoro e turni di lavoro più favorevoli.

Per contro riferivano maggiori difficoltà nel trovare nuove occupazioni e minore possibilità di promozioni lavorative rispetto ai colleghi più giovani. In coerenza con i risultati di questo studio, Ambrosi et al. (2013) hanno evidenziato come gli infermieri più giovani si sentano meno obbligati a restare nell'attuale reparto, meno soddisfatti del proprio lavoro e riferiscano maggior conflitto lavoro-famiglia.

La minor soddisfazione lavorativa riferita dagli infermieri più giovani è un dato significativo, in quanto spiega il maggiore *intention to leave* degli stessi, evidenziato in vari studi. Lo studio condotto da Ambrosi et al. (2013) in alcuni ospedali del Nord Italia ha infatti messo in luce che il 56% degli infermieri con *intention to leave* avevano un'età inferiore ai 34 anni. L'analisi della letteratura condotta da Letvak (2013) sottolinea come in ambito infermieristico ci siano pochi studi relativi alle differenze generazionali in termini di produttività, stato di salute e qualità delle cure erogate.

Discussione

Numerosi studi hanno confrontato infermieri senior e giovani, evidenziando come i primi siano più dediti al lavoro, più propensi ad accettare il cambiamento, riferiscano minor conflitto famiglia-lavoro e maggiore soddisfazione professionale, a differenza dei secondi che evidenziano insoddisfazione lavorativa correlata alle ridotte capacità fisiche degli infermieri senior e dell'orario di lavoro più favorevole di questi ultimi. Letvak et al. (2013) hanno esaminato le differenze esistenti tra infermieri giovani e senior in termini di produttività, salute auto-riferita e qualità delle cure erogate.

Lo studio è stato condotto inviando un questionario direttamente al domicilio di 2500 infermieri, estratti in maniera casuale da un elenco fornito dal *North Carolina Board of Nursing*. Solo 1256 hanno risposto al questionario, ma soltanto 1171 rispettavano i criteri di inclusione.

Per quanto concerne l'analisi descrittiva, il campione era costituito da:

- Sesso: 91% donne, 9% uomini;
- Etnia: 85% caucasici, 25% altro;
- Stato civile: 73% sposati, 27% single;
- Tipo di contratto: 76% full time, 24% part-time.

Il campione è stato successivamente diviso in due coorti di età: infermieri senior con età \geq di 50 anni e infermieri giovani con età \leq di 49 anni, in coerenza con altri studi presenti in letteratura (Norman et al., 2005; Kovner et al., 2007).

Il campione, come evidenziato, è prevalentemente di genere femminile, rappresentativo del gruppo professionale infermieristico di tutti i paesi. Anche in Italia le donne rappresentano la maggior parte della forza lavoro infermieristica con il loro 77% (D'Addio, 2011). Dati forniti da diverse fonti indicano che relativamente alla tipologia contrattuale, in Italia il 71% degli infermieri lavora con un contratto full-time. In questo momento storico, inoltre, si è registrata un'inversione di trend rispetto alla tipologia di rapporto di lavoro: la percentuale di infermieri assunti a tempo indeterminato full time è passata dal 40% del 2011 al 18% nel 2013, mentre è cresciuta progressivamente la percentuale di infermieri con assunzione a tempo determinato part-time, passata dal 9% del 2011 al 26% nel 2011.

Lo stato di salute auto riferito è stato valutato attraverso indicatori quali: BMI, stato di salute percepito, tabagismo, segnalazione di patologie specifiche, dolore muscolo scheletrico, depressione.

Ai partecipanti è stato chiesto di indicare patologie specifiche su un elenco di quelle che si correlano negativamente con la produttività lavorativa (es. ansia, ipertensione, patologie cardiache) allegato al questionario. Il dolore muscolo scheletrico, riferito agli ultimi 14 giorni, è stato valutato su una scala Likert a 11 punti, dove 0 corrisponde a nessun dolore 10 a dolore insopportabile.

Questa scala ha dimostrato sensibilità al 92% per i dolori lombari lievi e del 99% per i disturbi muscolo-scheletrici (Childs et al., 2005; Gallasch e Alexandre, 2007 in Letvak, 2013). La salute auto percepita è stata rilevata con l'ausilio di una scala Likert a 11 punti, dove 0 corrisponde a pessimo e 10 eccellente. Per valutare la depressione è stato invece utilizzato il questionario PHQ-9, già validato per la valutazione della depressione nei lavoratori del settore sanitario. I punteggi variavano da 0 a 27 e il cut-off per la depressione clinica è 10 (Kroenke et al., 2001; Grieger et al., 2007 in Letvak, 2013).

I risultati dello studio hanno evidenziato che gli infermieri senior rispetto ai colleghi più giovani presentano un maggiore BMI ($P = 0.000$), riferiscono maggior benessere psichico ($P = 0.000$), maggiori problemi di salute ($P = 0.000$), maggior dolore muscolo scheletrico ($P = 0.000$).

Quest'ultimo in linea con le Linee Guida del CDC 2012 che sottolinea come i problemi muscolo scheletrici aumentino in misura direttamente proporzionale con l'avanzare dell'età e probabilmente il benessere psichico è correlato al minor conflitto lavoro-famiglia. (in Letvak 2013). Non sono state invece evidenziate differenze in termini di depressione, tabagismo e soddisfazione lavorativa.

Quest'ultimo risultato può essere letto in relazione all'orario di lavoro e alla retribuzione: infatti la maggior parte degli infermieri senior erano sottoposti a turni di 8 ore, contro le 12 di quelli più giovani, e percepivano una retribuzione più alta, sebbene la differenza retributiva non fosse notevole.

Per valutare in che modo lo stato di salute impatta sulla produttività è stato utilizzato il *Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire: General Health* (WPAIGH).

Questo strumento utilizza una scala Likert 0-10, dove 0 indica problemi di salute che non hanno avuto effetti sul lavoro e 10 problemi di salute che hanno impedito totalmente l'attività lavorativa negli ultimi 14 giorni (Reilly, 2005 in Letvak, 2013). Lo studio ha evidenziato che gli infermieri senior registrano maggior presenteismo rispetto ai colleghi più giovani: questo risultato può essere letto in relazione all'aumentato BMI, in quanto lo studio condotto da Goetzel et al (2010) evidenzia come il sovrappeso e l'obesità possano ridurre la produttività dei lavoratori fino al 10-12%. Inoltre è noto come lo sviluppo di patologie croniche, correlato all'avanzare dell'età, contribuisca a ridurre la produttività.

Relativamente al tasso di assenteismo, nonostante i livelli più elevati di dolore riferiti e la maggior prevalenza di problemi di salute degli infermieri senior, non vi erano differenze statisticamente significative. Nell'interpretazione di quest'ultimo dato, che va in controtendenza rispetto ai dati presenti in letteratura, va considerato che i dati raccolti si riferiscono soltanto agli ultimi 14 giorni di lavoro e che, come indicato nell'analisi metodologica, un limite dello studio è rappresentato dalla mancata esplicitazione del periodo della raccolta dati e dei reparti di provenienza dei professionisti: infatti, il carico di lavoro di ogni reparto presenta un andamento stagionale che differisce da degenza a degenza.

Dal punto di vista organizzativo, le problematiche sopra esposte potrebbero essere affrontate intervenendo sulla variabile indipendente, ossia il BMI, per modificare di conseguenza quelle dipendenti, quali i dolori muscolo-scheletrici, la produttività, mirando ad interventi specifici sugli stili di vita con particolare attenzione all'alimentazione e all'attività fisica. Per tali situazioni sarebbero opportuni interventi educativi, quali ad esempio corsi aziendali o campagne di sensibilizzazione sulla corretta alimentazione diretti alla modifica stabile del comportamento alimentare. Tali interventi andrebbero indirizzati non soltanto ai dipendenti senior, maggiormente esposti ai problemi fisici, quindi in un'ottica di prevenzione secondaria, ma anche a quelli giovani, con interventi di promozione della salute, rendendoli consapevoli che il proprio stile di vita odierno avrà un impatto futuro principalmente sulla propria salute, secondariamente sulla loro produttività.

La qualità delle cure erogate è stata rilevata attraverso una serie di indicatori, quali:

- qualità delle cure auto-percepita, valutato con una scala Likert a 11 punti, dove 0 corrisponde a pessimo e 10 eccellente;
- gli errori terapeutici auto-riferiti relativi agli ultimi 14 gg – l'errore terapeutico è stato definito come ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente (*National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*);
- cadute dei pazienti riferite dagli infermieri negli ultimi 14 gg durante il proprio turno di servizio – la caduta è stata definita come una discesa al suolo non pianificata di un paziente durante una degenza ospedaliera.

Lo studio non ha evidenziato differenze statisticamente significative per la qualità delle cure percepita e per gli errori terapeutici, mentre delle differenze sono state evidenziate in relazione alle cadute. Gli infermieri senior hanno infatti registrato tassi di cadute più alti rispetto ai colleghi giovani. Trattandosi di uno studio *cross sectional* non è possibile dimostrare la correlazione tra la causa e l'effetto, quindi tra infermiere senior e cadute, ma è possibile formulare alcune ipotesi.

Probabilmente gli infermieri senior, grazie all'esperienza, riescono a compensare i deficit derivanti dai problemi di salute in attività intellettuali, come ad es. la somministrazione dei farmaci, mentre lo stesso non è possibile in attività di natura fisica che necessitano di prontezza di riflessi e velocità, quale ad esempio intervenire per evitare al paziente una caduta. Questo risultato va comunque interpretato alla luce dei limiti dello studio: infatti non è stata specificata la tipologia dei pazienti, né la terapia farmacologica, né gli eventuali metodi contenitivi. Questi sono possibili fattori confondenti, sebbene altri studi abbiano ottenuto i medesimi risultati in relazione alle cadute.

Nonostante i limiti, alcuni dei quali insiti e non eliminabili in una ricerca condotta in ambito organizzativo, lo studio consente di colmare parzialmente un'area grigia rappresentata dalla mancanza di evidenze circa la correlazione tra le differenti generazioni e produttività, stato di salute e qualità delle cure erogate.

Conclusioni

Le differenti generazioni di professionisti sanitari e la non facile integrazione tra queste rappresentano una problematica che coinvolge tutti i Paesi e le professioni e che, se non gestite efficacemente, possono risultare potenzialmente dannose per la qualità delle cure erogate e per l'intera performance organizzativa.

Per integrare le differenti generazioni è necessario che i dirigenti implementino nuove strategie atte a valorizzare la diversità e a ridurre i conflitti che si generano tra esse. Pertanto risulta necessario un approccio improntato sulla gestione delle differenze (*Diversity Management*), finalizzato al riconoscimento, alla valutazione e soprattutto alla valorizzazione delle differenze esistenti, che consenta ad ogni singolo professionista l'espressione del proprio potenziale, contribuendo di conseguenza al miglioramento della qualità delle cure erogate e del benessere dei lavoratori stessi. Le differenze e le diversità, infatti, alla stregua di quanto accade in natura, ove vengono considerate una ricchezza con il loro patrimonio di biodiversità, possono diventare un elemento di valore anche nelle organizzazioni, evitando le tensioni e migliorando il clima organizzativo. E' ormai evidente come le tensioni generino insoddisfazione, quest'ultima generi turnover e il turnover generi altro turnover.

L'elevato turnover sommato a questo momento storico, in cui la crisi economica ha di fatto paralizzato la Pubblica Amministrazione, può portare conseguenze importanti, se sottovalutate sul piano economico, gestionale e sociale. L'uscita di personale già formato ed integrato e l'ingresso di personale neoassunto, comporta ad esempio dei costi sia in termini economici che sociali, innescando di fatto un circolo vizioso da cui non sarebbe facile uscirne.

Diviene pertanto necessario attuare delle strategie atte a trattenere il personale già in servizio, tenendo ben presente che tra qualche anno la generazione Baby Boom verrà rimpiazzata dalla generazione Y, a cui vanno indirizzati con maggiore attenzione tutti gli interventi volti ad aumentare la soddisfazione lavorativa e a ridurre i conflitti.

Per migliorare la soddisfazione lavorativa e ridurre i conflitti che essa genera, dal punto di vista organizzativo si potrebbe puntare, nel concreto, su modelli assistenziali innovativi che consentano di valorizzare e integrare l'esperienza clinica degli infermieri della vecchia generazione, con la maggiore efficienza fisica e le conoscenze tecnologiche delle nuove generazioni. Ciò consentirebbe ai *boomers* (esperti) di erogare assistenza non solo ai pazienti ma anche alle famiglie degli stessi, di provvedere alla loro educazione e di fare da mentore per gli infermieri più giovani, coordinandone l'attività e mettendo la propria esperienza al servizio degli stessi, mentre gli infermieri Millenium o della generazione X potrebbero essere deputati all'assistenza diretta del paziente, soprattutto per i pazienti complessi che richiedono un carico di lavoro maggiore, alla gestione delle nuove tecnologie e all'implementazione di una pratica Evidence Based, avendo ricevuto una formazione in merito.

Gli infermieri manager dovrebbero inoltre implementare strumenti di monitoraggio validati sull'*intention to leave*, che consentano di individuare le motivazioni, riferite dal personale, che sottostanno alla loro volontà di lasciare l'ospedale, al fine di individuare le aree su cui intervenire.

L'adozione di strumenti validati consentirebbe inoltre di confrontare i dati tra le varie organizzazioni. A tal fine i dipendenti che lasciano l'ospedale potrebbero essere sottoposti ad interviste o questionari finalizzati a comprendere le motivazioni che sottostanno alla loro decisione.

Utile sarebbe agire preventivamente monitorando annualmente la volontà da parte degli infermieri di lasciare il posto di lavoro con l'*Anticipated turnover scale*, strumento non ancora validato in italiano ma che ha dimostrato la sua sensibilità, come evidenziato dalla metanalisi condotta da Barlow e Zangaro (2010).

Per migliorare il clima organizzativo e ridurre l'*intention to leave* degli infermieri, altri interventi potrebbero essere: differenziazione dei livelli di carriera professionale per valorizzare le competenze cliniche e specialistiche; introduzione di strumenti di valutazione della performance quali-quantitativa; rimodulazione dello stile di leadership adottato dal dirigente; introduzione di un sistema premiante. Lo stile di leadership dei dirigenti che meglio si sposa con le caratteristiche delle generazioni vecchie e nuove è uno stile misto tra democratico e coaching. Un leader aperto al confronto, abile nella comunicazione, che valorizza i membri del gruppo, che contribuisce a creare un clima di squadra e che coinvolge nella fase decisionale. Il suo stile dovrebbe portarlo a essere riconosciuto quale leader più che manager: è l'autorevolezza il suo principale strumento, non tanto l'imposizione delle proprie strategie sulla base dell'autorità di cui gode.

In un contesto come il nostro, dove i professionisti hanno scarse o nulle possibilità di carriera, l'introduzione di strumenti e metodologie finalizzate alla valutazione e all'incentivazione del personale sono di fondamentale importanza. Nonostante la difficile implementazione, la valutazione quali-quantitativa delle prestazioni consentirebbe di individuare i servizi, le equipe o i singoli professionisti che raggiungono gli obiettivi prestabiliti al fine di premiarli, riconoscendo e valorizzando il loro operato. In relazione al sistema premiante, valutando le scarsità economiche e la nuova consapevolezza da sviluppare sul ruolo delle competenze, potrebbe essere offerta a chi raggiunge determinati obiettivi la partecipazione a corsi di formazione finanziati dall'azienda stessa, successivamente la differenziazione dei livelli di carriera a seguito delle ulteriori competenze acquisite. Non esistono risposte certe o adeguate per ogni contesto, ma nonostante l'incertezza e le difficoltà, i manager sanitari sono chiamati ad interrogarsi su come valutare le prestazioni e con quali strumenti, per accrescere la soddisfazione dei professionisti e di conseguenza ridurre il tasso di turnover.

Lo studio delle differenti generazioni e di come esse impattano sull'organizzazione, sulla produttività e sugli esiti dell'assistenza resta tuttavia un campo ancora poco esplorato. Pertanto si rendono necessarie ulteriori ricerche con campioni più ampi e con metodologie più rigorose, che prendano in considerazione anche i differenti servizi di provenienza e che adottino strategie atte a controllare i vari fattori confondenti, nonostante in ambito organizzativo sia complesso riconoscerli e controllarli.

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosi E, Galletta M, Portoghesi I, Battistelli A, Saiani L (2013). *L'intenzione di turnover dall'ospedale: caratteristiche individuali, lavorative ed organizzative di un campione di infermieri del Nord Italia*. G Ital Med Lav Erg 2013; 35:1, 17-25.
- Bae SH, Marck B, Fried B (2009). *Impact of nursing unit turnover on patient outcomes in hospitals*. Journal of nursing scholarship, 2010; 42:1, 40-49.
- Barlow KM, Zangaro GA (2010). *Meta-analysis of the reliability and validity of the Anticipated turnover scale across studies of registered nurses in the United States*. J Nurs Manag. 2010 Oct;18(7):862-73.
- Bosetti L, Levato R, Rizzi R., Stenico P. (2006) Caratteristiche delle generazioni diverse: gestire gruppi infermieristici multigenerazionali, Assistenza Infermieristica e Ricerca, Vol. 25, n. 2.
- Bratt M., Broome M., Kelber S, Lostocco L (2010). *Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of paediatric intensive care unit nurses*. Am J Crit Care 2000; 9: 307-317.
- D'Addio L (2011). *La sanità italiana è donna*. L'Infermiere, 48 (2),4-7.
- Feskanich D, Hankinson SE & Schernhammer ES (2006). *Nightshift work and fracture risk: the Nurses' health study*. Epidemiology 17 (1), 108-111.
- Fortunato E (2013). *Gli infermieri in Italia: quanti sono, che età hanno e come sono distribuiti*. L'Infermiere 50 (4),9-15.
- Keller SM, Burns CM (2010). *The aging nurse*. AAOHN J, 58 (10), 437-444.
- Kovner CT, Brewer CS, Cheng Y, Djukic M (2007). *Work attitudes of older RNs*. Policy, politics and nursing practice 8 (2), 107-119.
- Letvak S, Ruhm C, Gupta S (2013). *Differences in health, productivity and quality of care in younger and older nurses*. Journal of nursing management, 21, 914-921.
- Lorusso A, Bruno S, L'Abbate N (2007). *A review of low back pain and musculoskeletal disorders among Italian nursing personnel*. Ind Health, 45 (5), 637-644.
- Maricchio R, Ferraresi A, Bonamici F, Bertelli A, Passarini L, Bagnasco A, Sasso L (2013). *Invecchiamento dei professionisti sanitari e fenomeno delle inidoneità al lavoro: studio osservazionale*. L'Infermiere ,50 (1), e9-e16.
- Murray EJ (2013). *Generational differences: uniting the four-way divide*. Nursing management.
- Norman LD, Donelan K, Buerhaus PI (2005). *The older nurse in the workplace: does age matter?* Nursing economics 23, 282-289. 2005.
- Saber A (2013). *Generational differences of the frontline nursing workforce in relation to job satisfaction what does the literature reveal?* The Health care manager Volume 32, Number 4, pp. 329-335.
- Schultz AB, Chen CY, Edington DW (2009). *The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: a review of the literature*. Pharmacoeconomics 27 (5), 365-378.

- European commission, *Commission staff working document on an Action plan for the EU health workforce*, 18.4.2012.
- Stringhetta F, Dal Ponte A, Palese A (2012). *Evoluzione della carenza infermieristica e strategie adottate per affrontarla: studio longitudinale in undici aziende sanitarie*. *Assistenza infermieristica e ricerca*;31:200-206.
- Thompson DA, Hsu YJ, Chang BH, Marsteller JA (2013). *Impact of nursing staffing on patient outcomes in intensive care unit*. *J Nurs Care*; 2:2.



CONTRIBUTI

Infermiere case manager in salute mentale: benefici per i pazienti misurati attraverso la scala HoNOS

di Ione Moriconi (1), Teresa De Paola (2), Gennaro Rocco (3), Alessandro Stievano (4), Carlo Turci (5)

(1) Coordinatrice P.O. Responsabile Assistenza Infermieristica DSM ASL Roma A

(2) Coordinatrice P.O. Responsabile Innovazione Processi e Progetti Assistenziali DSM ASL Roma A

(3) Direttore Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

(4) Ricercatore Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

(5) Infermiere Dirigente Azienda Ospedaliera S. Andrea

Corrispondenza: iomoriconi65@gmail.com

Introduzione

Nei Principles of Accreditations of Community Mental Health Service Programs troviamo questa definizione di case management: *“I servizi di case management sono delle attività il cui scopo è assicurare il collegamento tra la rete dei servizi ed il destinatario e coordinare le differenti componenti della rete al fine di fornire un servizio adeguato al destinatario. Il case management è prima di tutto una funzione di risoluzione del problema destinata ad assicurare la continuità delle cure ed a combattere la rigidità della rete, la frammentazione dei servizi, l'inadeguato utilizzo di alcune risorse e l'inaccessibilità delle cure”* (Leavit SS, 1983).

Il Case Management si definisce, quindi, nella gestione di uno o più casi clinici sulla base di un percorso predefinito in un continuum spazio temporale stabilito i cui punti principali che guidano lo sviluppo di un programma di case management sono sostanzialmente tre:

1. *Integrazione assistenziale*, intesa come coerenza fra ciò che è stato progettato con ciò che viene realizzato;
2. *Coordinamento dell'assistenza*, inteso come modalità con cui il progetto assistenziale è seguito da tutti i soggetti coinvolti;
3. *Continuità assistenziale*, intesa come l'estensione del progetto assistenziale in tutti gli ambiti di svolgimento.

Con l'introduzione della figura dell'Infermiere Case Manager (ICM) non s'intende proporre una netta separazione tra i diversi professionisti, ma una differenziazione degli interventi e dei diversi gradi di responsabilità, al fine di giungere a una vera “integrazione” in un team multi professionale (Leavit SS, 1983).

Per potersi integrare e operare con effettive sinergie è necessario che vi sia un pieno riconoscimento delle diverse professionalità e potenzialità (Chicco S, 2006). Agli infermieri spetta il ruolo di instaurare una relazione di aiuto che nel tempo diventi terapeutica, al fine di aumentare l'adesione al percorso terapeutico, monitorare la sintomatologia, e far sì che il paziente dopo aver imparato ad avere nuovamente fiducia ritrovi la sicurezza necessaria ad esprimere una maggiore autonomia.

L'utenza è vista come sistema sociale e l'infermieristica offre risposte adeguate, ripensando ruoli, funzioni e responsabilità delle varie professionalità coinvolte (Ridolfi L, 2009).

L'ICM in salute mentale è un professionista del bisogno bio-psico-sociale, della sua analisi, delle sue manifestazioni e delle sue complessità (visione olistica dell'individuo). Grazie al trasferimento pianificato e organizzato di competenze terapeutiche/assistenziali dai curanti alla persona, la "dipendenza" lascia progressivamente il posto alla "responsabilizzazione" e alla "collaborazione attiva".

Il paziente sviluppa la capacità di prendere autonomamente decisioni che riguardano la propria vita e la propria salute (empowerment) e a divenire "esperto" nella gestione della sua condizione personale (Mencacci C, Straticò E, 2003; Piccardo C, 1995).

Lo studio

Lo scopo

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare gli esiti assistenziali dell'infermiere sui pazienti psichiatrici gravi misurando i progressi riguardo l'evoluzione della persona psichiatrica assistita per ciò che riguarda la sua autonomia nella gestione delle attività di vita personali.

Lo strumento

Lo strumento utilizzato per la valutazione degli esiti assistenziali è stato la scala HoNOS (Health Of Nations Outcomes Scale).

La scala HoNOS è un breve strumento di valutazione multidimensionale degli esiti, sviluppato alla fine degli anni novanta dalla *Research Unit del Royal College of Psychiatrist* (CRU) per i servizi di salute mentale inglesi. Lo strumento è adatto alla valutazione dei problemi sia di tipo clinico che di carattere psicosociale e, operando la scelta di valutare i problemi personali del paziente in maniera olistica piuttosto che per soli quadri clinici, è indipendente dalla diagnosi medica (Orrell M, Yard P et al., 1999).

La nuova versione italiana (Lora A, Bai G et al., 2001) presenta alcune differenze rispetto all'ultima versione inglese (Wing JK, Curtis RH et al., 1999):

- Sono state arricchite le istruzioni generali;
- All'item 8 della scala HoNOS è stato aggiunto il codice del problema clinico più grave del paziente (Tabella 3) che proviene da una scala chiamata *Face Profile* (Clifford P, 1996).

Nella scala HoNOS i problemi relativi agli item vengono classificati in 5 livelli corrispondenti a:

0 = nessun problema;

1 = problemi minori che non richiedono intervento;

2 = problemi di gravità lieve;

3 = problemi di gravità moderata;

4 = problemi gravi o molto gravi.

I riquadri della HoNOS corrispondono ai seguenti item:

1. comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi ed agitati;
2. pensieri o comportamenti deliberatamente autolesivi;
3. problemi legati all'assunzione di alcol o droghe o altre dipendenze;
4. problemi cognitivi;
5. problemi di malattia somatica o di disabilità fisica;
6. problemi legati ad allucinazioni e deliri;
7. problemi legati all'umore depresso;
8. altri problemi psichici e comportamentali;
9. problemi relazionali;
10. problemi nelle attività della vita quotidiana;
11. problemi nelle condizioni di vita;
12. problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e creative.

Per una migliore lettura della Scala HoNOS, nello studio presentato, i 12 item che la compongono sono stati raggruppati in 4 aree:

1. problemi comportamentali (1, 2, 3);
2. disabilità (4, 5);
3. sintomi (6, 7, 8);
4. problemi relazionali ed ambientali (9, 10, 11, 12).

Le diagnosi infermieristiche sono state utilizzate come ulteriore strumento di valutazione sui problemi della persona/paziente a Tempo 0 (T0) e a Tempo 18 mesi (T1) per verificare eventuali cambiamenti di diagnosi intercorsi durante tutta la presa in carico assistenziale.

Il campione

La raccolta dati è stata effettuata sui pazienti residenti e in carico nei servizi dei DSM della ASL RM A e ASL RM B ed anche ricoverati presso gli SPDC di riferimento territoriale (Ospedale S. Pertini della ASL RM B, del Policlinico Umberto I° di Roma e dell'Azienda Ospedaliera S. Andrea di Roma).

I servizi che hanno partecipato al lavoro di ricerca con i relativi infermieri rilevatori sono rappresentati nella **Tabella 1**.

Tabella 1 - Servizi dei DSM che hanno partecipato allo studio di ricerca				
DSM Roma A				
6 Centri Salute Mentale (CSM)	6 Centri Diurni (CD)	4 Comunità Terapeutiche (CT)	1 Struttura Residenziale Socio Riabilitativa h 24/12	6 Gruppi Appartamenti
DSM Roma B				
4 Centri Salute Mentale (CSM)	5 Centri Diurni (CD)	2 Comunità Terapeutiche (CT)	1 Struttura Residenziale Socio Riabilitativa h 12	1 SPDC
Policlinico Umberto I° 1 SPDC				
Azienda Ospedaliera S. Andrea 1 SPDC				

Complessivamente sono stati arruolati 390 pazienti al tempo 0 (T0) che sono divenuti 189 a tempo 18 mesi (T1). Tra i pazienti arruolati sono stati selezionati solo quelli gravi/complessi che necessitavano di maggiori interventi svolti da équipe multiprofessionali. Secondo la letteratura scientifica (Ahn AC, Tewari M et al., 2006) per poter definire un paziente grave o complesso devono essere presenti almeno tre dei criteri sottoelencati:

- pazienti con disturbo severo nell'area della psicosi, resistente e/o non-compliant;
- difficoltà/resistenze a frequentare i servizi del DSM;
- rete familiare/sociale assente, scarsa o altamente conflittuale;
- un ricovero negli ultimi tre anni;
- uno o più TSO negli ultimi tre anni;
- disturbo comportamentale o comorbidità con l'uso di stupefacenti/droghe;
- stato di abbandono o presa in carico insufficiente.

I reparti SPDC hanno partecipato, sugli utenti inclusi nel campione, nel momento in cui il loro ricovero veniva effettuato nel timing di rilevazione. Il numero di pazienti da seguire per ciascun infermiere, nel progetto, è stato così definito:

- tre per gli infermieri dei Centri Salute Mentale;
- due per gli infermieri dei Centri Diurni;
- uno per gli infermieri delle Comunità Terapeutiche Riabilitative;
- uno per gli infermieri delle Strutture Riabilitative Socio Riabilitative con assistenza sulle 24 ore;
- uno per gli infermieri delle Strutture Riabilitative Socio Riabilitative con assistenza sulle 12 ore.

Il numero totale dei 390 pazienti aveva un'età compresa tra i 26 e i 50 anni. Sono stati esclusi dal progetto tutti quei pazienti che non rientravano nel campione per età, per luogo di residenza e che non erano stati presi in carico da parte di un'équipe multiprofessionale.

I dati raccolti

I dati sono stati raccolti nel periodo luglio 2012 dicembre 2013 per un totale di 7 rilevazioni nei 18 mesi osservati. In ciascun servizio sono stati individuati degli infermieri che hanno svolto la funzione di supporto nella compilazione e nella raccolta delle schede HoNOS. Il gruppo di ricerca ha supervisionato il lavoro dei servizi attraverso riunioni periodiche. Le rilevazioni trimestrali sono state inviate al centro raccolta di ciascun Servizio Infermieristico del DSM per l'inserimento nel database. Dal sistema operativo, ogni 3 mesi, è stata estrapolata una scheda di report che è servita ad evidenziare e correggere eventuali errori al fine di non produrre alterazioni rilevanti nei risultati definitivi. Per l'elaborazione dei dati è stato utilizzato il programma SPSS versione (19.0).

I risultati

Il numero delle osservazioni HoNOS sui pazienti è stato di 2006 schede raccolte, nell'intero periodo. Il numero totale del campione esaminato è stato di 390 pazienti al tempo 0 (T0) e di 189 a 18 mesi (T1), con un'età compresa tra i 26 e i 50 anni. Nella ASL RM A (gruppo A) il campione rappresentativo è stato di 205 pazienti a T0 e di 104 pazienti a T1, mentre nella ASL RM B (gruppo B) il campione è stato costituito da 185 pazienti a T0 e da 85 pazienti a T1. La popolazione dell'intero campione a T0 era costituita da 213 maschi e da 177 femmine.

Nel gruppo A al T0 i maschi erano 123 e le femmine 89; nel gruppo B i maschi erano 95 e le femmine 83. A T1 i maschi dell'intero campione risultavano essere 108 e le femmine 81. Nel gruppo A, a T1 i maschi erano diventati 68 e le femmine 40, mentre nel gruppo B i maschi risultavano 54 e le femmine 27.

Gli utenti afferenti al campione provenivano da diverse tipologie di servizi quali: Centro di Salute Mentale (CSM), Centro Diurno (CD), Comunità Terapeutica Riabilitativa (CTR), Struttura Residenziale Socio Riabilitativa (SRSR) e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

Per quanto riguarda l'età del campione a T0, svolto sulle 2006 osservazioni, nel confrontare i due gruppi (A e B), non risultano differenze statisticamente significative. Nel gruppo A si ha una media pari a 40,9 anni; nel gruppo B la media è di 41,9 anni. L'età del campione a T1 risulta per il gruppo A con una media di 43,3 anni e per il gruppo B con una media di 41,3 anni.

Il punteggio medio di gravità, dell'intero gruppo, misurato con la Scala HoNOS, a T0 è stato di 14,99 per divenire, a T1, di 12,50, ridotto di 2,49, valore statisticamente significativo ($p < ,000$). La differenza tra le medie rispetto ai punteggi di gravità appare più evidente nel gruppo A, dove da un valore di 14,17 a T0 si passa ad un valore di 11,23 a T1 (con una riduzione pari a 2,94), mentre nel gruppo B, da una media pari a 15,91 si passa ad una media di 14,05 (con una diminuzione pari a 1,86) (**Tabella 2**).

Tabella 2 - Punteggi medi di gravità della scala HoNOS nei diversi gruppi				
Pazienti	Punteggi M gravità HoNOS T0	Punteggi M gravità HoNOS T1	Diminuzione punteggio HoNOS	P<0,05
Gruppo A + B	14,99	12,50	- 2,49	0,000
Gruppo A	14,17	11,23	- 2,94	0,000
Gruppo B	15,91	14,05	- 1,86	0,000

Il miglioramento del punteggio della Scala HoNOS risulta più marcato nel campione di utenti appartenente alle Comunità Terapeutiche Riabilitative dove, da un punteggio di 13,11 a T0 si scende ad un punteggio di 8,15 a T1 (con una diminuzione pari a 4,96). Nei Centri di Salute Mentale si evidenzia, invece, un risultato mediamente significativo con un punteggio a T0 pari a 16,47 per arrivare a T1 a 14,34 (con una diminuzione pari a 2,13). Il risultato appare meno significativo nei Centri Diurni dove, da un punteggio a T0 di 12,92, si passa ad un punteggio a T1 pari a 11,72, con una diminuzione pari a 1,20 (**Tabella 3**).

Tabella 3 - Punteggi medi di gravità della scala HoNOS all'interno dei vari servizi dei DSM			
Pazienti	Punteggi M gravità HoNOS T0	Punteggi M gravità HoNOS T1	Diminuzione punteggio HoNOS
CSM (101 a 107)	16,47	14,34	- 2,13
CD (410 a 418)	12,92	11,72	- 1,20
CTR (400 a 409)	13,11	8,15	- 4,96

Nel *Face Profile* dell'item 8, della scala HoNOS, si va a definire il problema clinico più grave (sintomo). Nel confronto effettuato tra l'osservazione a T0 e quella a T1 risulta una diminuzione dei sintomi come di seguito riportato (**Tabella 4**).

Tabella 4 - Sintomi prevalenti rilevati dal Face Profile dell'item 8 della Scala HoNOS				
Sintomi	Codice	T0	T1	Diminuzione del punteggio del sintomo
Ansia e fobie	AN	128	51	- 77
Ossessioni e compulsioni	OC	65	29	- 36
Sintomi dissociativi	DI	46	21	- 25
Disturbi alimentari	AL	42	21	- 21
Sintomi somatiformi	SS	21	6	- 15
Umore euforico	MA	19	9	- 10
Disturbi del sonno	SO	27	24	- 3
Altri problemi	AP	16	13	- 3
Disturbi sessuali	SE	8	6	- 2

Nelle periodo osservato (da T0 a T1) i valori medi di alcuni item diminuiscono in modo statisticamente significativo (**Tabella 5**).

Tabella 5 - Item della scala HoNOS con maggiore diminuzione					
	Item della scala HoNOS	T0	T1	Diminuzione del punteggio della Scala HoNOS	P<0,05
Item 1	Comportamenti iperattivi, aggressivi, agitati	1,00	0,74	- 0,26	0,013
Item 6	Allucinazioni e deliri	1,30	0,88	- 0,32	0,024
Item 7	Problemi umore depresso	1,57	1,20	- 0,37	0,000
Item 8	Problemi psichici comportamentali	1,98	1,61	- 0,37	0,000
Item 9	Problemi relazionali	1,83	1,56	- 0,20	0,002
Item 10	Problemi attività quotidiane	1,81	1,51	- 0,30	0,010

Le considerazioni

Il punteggio di gravità dell'intero campione nella scala HoNOS risulta diminuito in maniera significativa -2,49 (Erlicher A, Vigorelli M et al., 2005). La differenza tra le medie appare più evidente nel gruppo A dove si arriva a 18 mesi ad una riduzione di -2,94 mentre nel gruppo B si evidenzia una diminuzione pari a -1,86.

Dall'analisi dei dati si è evidenziato come l'intervento dell'infermiere case manager produca maggiori miglioramenti soprattutto nella fase iniziale con una diminuzione molto significativa nelle somministrazioni semestrali, tanto da ipotizzare la possibilità di somministrare, la suddetta scala, a T0 (nel momento della presa in carico dell'utente) e poi ogni 6 mesi anziché ogni 3 mesi (Erlicher A, Vigorelli M et al., 2005). Dopo il periodo iniziale di trattamento con il modello assistenziale del Case Management Infermieristico si nota una certa stabilizzazione dei punteggi HoNOS (Tansella M, Thornicroft G, 2000).

I valori medi di ciascuna variabile osservata nella scala HoNOS diminuiscono nel tempo. In molti casi tale diminuzione è statisticamente significativa. Come si evince dalla tabella n. 5, i problemi di ordine depressivo e psichiatrico comportamentale sono i primi a diminuire, seguono i deliri e le allucinazioni, i problemi nelle attività quotidiane infine, vi è un evidente miglioramento anche nei problemi relazionali (Barbato A, Agnetti G et al., 2007).

Volendo considerare la differenza tra le medie dei dodici item della scala HoNOS a T0 e T1, si evidenzia che quasi tutti risultano statisticamente significativi ad eccezione fatta per l'item n. 4 (problemi cognitivi) dove $p < 0,380$, l'item n. 5 (problemi di malattia somatiche) dove $p < 0,879$ e l'item n. 11 (condizioni di vita) dove $p < 0,0193$. È facilmente deducibile come nei problemi relativi ad ogni persona (cognitivi, fisici e condizioni di vita) l'assistenza infermieristica da sola non può modificare lo stato di salute generale del paziente.

Altrettanto diminuiti appaiono i sintomi specifici che vengono rilevati dal *Face Profile* dell'item n. 8 (Tabella 4): l'ansia (-77), i sintomi di tipo ossessivi compulsivi (-36), i sintomi dissociativi, i disturbi alimentari (-21), i disturbi somatiformi (-15) ed, infine, l'umore (-10).

Il miglioramento del punteggio della Scala HoNOS risulta essere più significativo nei pazienti giovani all'interno delle Comunità Terapeutiche: il punteggio medio passa da 13,11 a 8,15 ($p < 0,000$), mentre il dato appare meno significativo con l'aumentare dell'età del campione (CSM e CD Asl Roma B).

Nella ASL Roma A il DSM ha proposto, già da tempo, una modalità di lavoro mirata all'accoglimento dei pazienti giovani, agli esordi della loro malattia, con la costruzione di un percorso terapeutico che coinvolge sincronicamente più servizi (SPDC, CSM, CD, CT) al fine di agire precocemente sulla patologia psichiatrica per evitare la strutturazione della cronicità dei sintomi.

Nel progetto di ricerca gli infermieri coinvolti hanno definito una diagnosi infermieristica al tempo 0 e una all'ultima osservazione e somministrazione della scala HoNOS, al fine di valutare se i piani di assistenza messi in atto erano corrispondenti con la diminuzione dei punteggi HoNOS. Dai dati della ricerca si evidenzia come la popolazione di utenti gravi/complessi sia numericamente superiore nel genere maschile.

Dalla letteratura, risulta infatti, che c'è una maggiore tolleranza delle famiglie a tenere a casa le donne, poiché continuano a mantenere, nonostante la patologia psichiatrica, qualche competenza domestica nell'ambiente familiare, tranne in situazioni di grave scempenso che portano a interventi di ospedalizzazione. Negli uomini invece, che presentano meno competenze nella sfera domestica, si è maggiormente alla ricerca di un intervento di presa in carico da parte dei servizi territoriali (Tagliacozzo R, Bonanome N et al., 1995) per una riabilitazione se non per un inserimento lavorativo protetto (Cerati G, 1993).

Le conclusioni

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (2013) nell'individuazione dei bisogni della popolazione definisce gli interventi da svolgersi per l'area dei disturbi gravi persistenti e complessi al fine di una presa in carico da parte di un'equipe multi professionale. Il percorso clinico di presa in carico prevede la definizione di un piano di trattamento individuale con il singolo utente e l'individuazione del case manager al fine di recuperare il rapporto con gli utenti "persi di vista", oltre ad una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione secondaria.

Tale modalità di intervento consente di ridurre i ricoveri e favorisce l'inclusione sociale della persona nell'ambito domiciliare e/o familiare.

Dai risultati di questo studio emerge come un lavoro assistenziale, quale quello del case management infermieristico, con una presa in carico che ottimizza i livelli di *self-care* dei pazienti, fornisca qualità e continuità (Bleddyn Davies JF, 2001), riduca la frammentazione delle cure, accresca la qualità di vita e aumenti la soddisfazione dell'utente e dell'équipe sanitaria (Pilotto F, Corso M, 2001).

BIBLIOGRAFIA

- Ahn AC, Tewari M, Poon CS, Phillips RS (2006). *The limits of reductionism in medicine: Could systems biology offer an alternative?* PLoS Medicine 3, e208. Doi: 10.1371/journal.pmed.0030208.
- Anzieu D (1976). *Il gruppo e l'inconscio*, Borla Boringhieri, Roma, 1979.
- Barbato A, Agnelli G, D'Avanzo B, Frova M et al. (2007). *Outcome of community-based rehabilitation program for people with mental illness who are considered difficult to treat*. Journal of rehabilitation research and development 44(6):775-783.
- Bleddyn Davies JF (2001). *Il case management: ottenere equità ed efficienza nell'allocazione delle risorse*. Prospettive sociali e sanitarie, Anno XXXI, 9.
- Cerati G (1993). *La fantasia al lavoro: esperienze cliniche e riabilitative con pazienti psicotici*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Chiari P, Santullo A (2001). *L'infermiere case manager*. McGraw-Hill, Milano.
- Chicco S (2006). *Proposte per una valutazione "valoriale" dell'intervento dell'Assistente sociale*, in Campanini A (a cura di): *La valutazione nel servizio sociale, proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale*. Carocci Editore, Roma.
- Clifford P (1996). *Structuring the clinical record: the face assessment and outcome system*. Core Centre for outcomes research and effectiveness, London.
- Cocco G, Tiberio A (2005). *Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito sociosanitario. Comunicazione, lavoro di gruppo e team building*. Franco Angeli, Milano.
- Erlicher A, Vigorelli M, Peri Y, Buratti E (2005). *Valutazione con HoNOS (Health of the nation outcome scales) nei servizi territoriali del Dsm di Niguarda a Milano: uno studio longitudinale in progress*. Tratto da: http://www.mitoerealta.org/images/allegati/ricerca/ricerca_servizi_publici/dispensaHoNOS_niguarda.pdf (consultato il 27/04/2015).
- Flemming C, Klein D, Wilson C (2001). *Forming collaborative relationships*, Nurse Management, 8.
- Gianelli C, Scorolli C, Borghi AM (2013). *Acting in perspective: the role of body and of language as social tools*. Psychological Research, 77 (1), 40-52.
- Guay J (2000). *Il case management comunitario*. Liguori Editore, Napoli.
- Piano di azioni nazionale per la salute mentale. Tratto da: [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_039329_4%20CU%20\(P.%2010%20ODG\).pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_039329_4%20CU%20(P.%2010%20ODG).pdf) (Consultato il 20/03/2015).
- Leavit SS (1983). *Case management: a remedy for problems of community care*, in Sanborn C J (a cura di), *Case management in mental health services*, Haworth Press, New York.
- Lora A, Bai G, Bianchi S, Bolongaro G, Civenti G, Erlicher A, Maresca G, Monzani E, Panetta B, Von Morgen D, Rossi F, Torri V, Morosini P (2001). *The Italian version of HoNOS (Health of the nation outcome scales), a scale for evaluating the outcome and the severity in mental health services*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 10 (3), 198-212.
- Manthey M (2008). *La pratica del Primary nursing. L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Mencacci C, Straticò E (2003). *L'utente e la famiglia: l'empowerment, il contratto di cura, la libera scelta, l'advocacy*, in Bassi M et al Ed. Politiche Sanitarie in Psichiatria, parte II, cap. 6: 74-87.
- Morosini P (1995). *La valutazione degli esiti nell'attività di routine dei servizi psichiatrici*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 4 (1), 1-10.
- Nepi A (2004). *Gestire le relazioni nel project management. Leadership, comunicazione, team building, negoziazione*. Franco Angeli, Milano.
- Orrell M, Yard P, Handysides J, Shapira R (1999). *Validity and reliability of the Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric patients in the community*. British Journal of Psychiatry, 174, 409-412.
- Piccardo C (1995). *Empowerment*. Raffaello Cortina, Milano.
- Pilotto F, Corso M (2001). *La qualità nella comunicazione medico-infermiere*, Difesa Sociale, 4.

- Quaglino GP, Casagrande S, Castellano A (1992). *Gruppo di lavoro e lavoro di gruppo: un modello di lettura della dinamica di gruppo, una proposta di intervento nelle organizzazioni*. Raffaello Cortina, Milano.
- Ridolfi L (2009). *L'Infermiere di comunità: un nuovo modello di organizzazione dell'assistenza infermieristica territoriale*. Management Infermieristico, 2, 8–16.
- Rossi R, Blaco R, Castelli C, Civalenti G, Cocchi A, Contini A, Erlicher A, Lanzara D, Lora A, Marcandalli S, Morosini P, Pisapia D (1999). *Il costo dei pazienti psichiatrici per classi di gravità*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 7, 198-208.
- Scorolli C, Jacquet P, Binkofski F, Nicoletti R, Tessari A, Borghi AM (2012). *Abstract and concrete phrases processing differently modulate cortico-spinal excitability*. Brain Research, 1488, 60-71.
- Tagliacozzo R, Bonanome N, Ferruta A (1995). *Le parole che curano. Nuovi orientamenti della psicoanalisi per la terapia di pazienti gravi*. Psiche, Vol. III, 2-3.
- Tansella M, Thornicroft G (2000). *Mental health outcome measure*. Royal College of Psychiatrists, Gaskell, London.
- Wing JK, Curtis RH & Beevor AS (1999). *Health of the nation outcome scales. Glossary for HoNOS score sheets*. British Journal of Psychiatry, 174, 432-434.

CONTRIBUTI

La valutazione dell'ambiente di apprendimento clinico attraverso il CLEI (Clinical Learning Environment Inventory) in un Ateneo italiano

di **Nadia Teresa Colombo (1)**, **Candida Ester Villa (2)**, **Maurizio Sala (3)**, **Chiara Frigerio (4)**, **Laura Giacconi (4)**, **Beatrice Malvestiti (5)**, **Davide Ausili (6)**, **Stefania Di Mauro (7)**

(1) RN, MSc. Coordinatore Didattico di Sezione, CdL in Infermieristica, ASST Papa Giovanni XXIII, Università degli Studi di Milano-Bicocca

(2) RN, MSc. Coordinatore Didattico di Sezione, CdL in Infermieristica, ASST Monza, Università degli Studi di Milano-Bicocca

(3) RN, MSc. Coordinatore Didattico di Sezione, CdL in Infermieristica, ASST Lecco, Università degli Studi di Milano-Bicocca

(4) RN, MSc. Infermiere, ASST Lecco

(5) RN, MSc. Infermiere, Fondazione Opera San Camillo - Milano

(6) RN, MSc, PhD. Assegnista di Ricerca in Scienze Infermieristiche, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca

(7) RN, MSc. Professore Associato in Scienze Infermieristiche, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca

Corrispondenza: fritzchiara@libero.it

Introduzione

La connotazione pratica delle Scienze Infermieristiche impone che parte del sapere scientifico-disciplinare venga trasmesso dal professionista allo studente attraverso il tirocinio professionale. In esso infatti si concretizza la funzione fondamentale e imprescindibile di collegamento ed integrazione tra sapere teorico-disciplinare e prassi operativa e organizzativa (Henderson et al., 2006). In quanto promotore di esperienze autentiche, complesse ed emotivamente impattanti, irripetibili in un contesto puramente accademico, il tirocinio rappresenta il canale privilegiato per l'apprendimento della professione (Benner, 1984). E' quindi fondamentale che l'ambiente di apprendimento clinico sia adeguato e predisposto a questa funzione.

In letteratura gli ambienti clinici di tirocinio sono definiti *contesti organizzativi psicosociali* (Fraser, 1994). Il setting si è rivelato elemento basilare concorrente all'ideale acquisizione di peculiari abilità tecnico pratiche, nonché dell'identità professionale, comprensiva dei modelli valoriali legati alla professione (Chan, 2001). Da queste riflessioni è sorta la necessità di sviluppare metodiche adeguate per la valutazione dell'ambiente di apprendimento clinico, che rappresenta un elemento essenziale nell'individuazione di contesti clinici che, in sinergia con le reali capacità dello studente, consentano il raggiungimento degli obiettivi previsti. Tale aspetto ha influenzato e giustificato lo sviluppo, la validazione e l'utilizzo di scale di valutazione specifiche tra cui:

- il *Clinical Learning Environment Diagnostic Inventory* (CLEDI), validato presso la Facoltà di Infermieristica della *Osaka Prefecture University* (Hosoda, 2006);
- il *Clinical Learning Environment Scale* (CLES), sviluppato in Finlandia a partire dal 1997 (Saarikoski, 1999), sperimentato in diversi continenti e validato anche nel contesto italiano;

- il *Clinical Learning Environment Inventory* (CLEI) sviluppato dal professor Chan presso l'Università di Hong Kong.

Il CLEI è stato sviluppato a partire dalle teorie della pedagogia cognitiva associate agli aspetti socio-emozionali dei processi di apprendimento. Lo strumento è stato sviluppato a seguito della revisione della letteratura e dopo aver svolto interviste semi-strutturate a professionisti coinvolti nell'ambito della formazione infermieristica (Hosada, 2006). Il CLES indaga aspetti di tipo organizzativo e qualitativo dell'insegnamento impartito, nonché il sistema di rapporti intercorrenti tra i membri dello staff e tra operatori e leadership, senza tuttavia, esplorare i fenomeni emotivi potenzialmente condizionanti l'esperienza di tirocinio (Tomietto et al., 2009).

Il CLEI (Chan, 2001) è stato sviluppato con la finalità di misurare e valutare in modo specifico i contesti clinici legati alla formazione ed in seguito validato e condiviso da numerose università a livello internazionale. Lo strumento è stato realizzato integrando il costruito della preesistente scala di misurazione dei contesti di apprendimento accademico (CUCEI) con elementi riconducibili alla Teoria del clima emotivo elaborata da Moos nel 1974, inclusiva della componente emozionale dell'esperienza del tirocinio (Chan 2001, 2002, 2003). Lo strumento CLEI è quindi stato sviluppato fondendo le teorie consolidate in ambito accademico per la pianificazione delle esperienze di apprendimento sul campo e gli studi inerenti gli aspetti psicosociali dei tirocini. L'utilizzo di questo strumento, differentemente da quanto consentito da altre scale, permette di valutare l'ambiente di apprendimento clinico nella percezione degli studenti di Scienze Infermieristiche, includendo anche le dimensioni emotive dell'esperienza vissuta durante il tirocinio professionale.

In considerazione di questi aspetti, emersi dalla revisione della letteratura, un team di ricercatori dell'Università degli Studi di Milano Bicocca ha avviato un progetto di ricerca per valutare l'impiego della CLEI in quanto ritenuta inclusiva delle condizioni personali ed emozionali che entrano in gioco nell'apprendimento clinico. Si è quindi sviluppato uno studio allo scopo di tradurre ed adattare il CLEI dal punto di vista culturale e linguistico, nonché valutare le performance psicometriche della scala nel contesto italiano. La finalità generale del progetto è stata quella di valutare il possibile impiego della scala CLEI nella formazione infermieristica universitaria nel nostro Paese.

Lo studio si è sviluppato in quattro momenti distinti: acquisizione e traduzione della scala CLEI (anno 2011), prima valutazione delle performance psicometriche (anno 2011), seconda valutazione delle performance psicometriche (anno 2012), revisione e perfezionamento della seconda valutazione psicometrica (anno 2013), analisi qualitativa degli item della scala CLEI in lingua italiana (anno 2014).

Traduzione della scala CLEI

L'analisi relativa ai criteri e agli strumenti di valutazione dell'ambiente di apprendimento clinico ha evidenziato che parte considerevole della produzione letteraria inerente al CLEI sia da attribuire a Chan, professore all'Università di Hong Kong, ed al team di Henderson, professoressa alla *Griffith University* in Australia. Dopo aver richiesto ed ottenuto le autorizzazioni per produrre la traduzione ufficiale della scala CLEI, è stato reperito lo strumento stabilendo una collaborazione proficua con Henderson.

La traduzione dello strumento CLEI è stata effettuata nei mesi di aprile e maggio 2011 attraverso la metodica della *Back Translation and Monolingual Test*, secondo la teoria proposta da Maneesriwongul e Dixon (2004). Sono state quindi coinvolte una laureata magistrale in Lingue e Lettere Straniere ad indirizzo di Comunicazione presso l'Università degli Studi di Bergamo ed una madrelingua italiana laureata nel Regno Unito in Lingue e Lettere Moderne, attualmente residente ed esercitante la professione di insegnante in Nuova Zelanda. Prodotte le prime *forward translation* e *back translation* da parte delle linguiste, lo strumento è stato analizzato da un gruppo di lavoro costituito da tre Coordinatori didattici del Corso di Laurea in Infermieristica e da un'infermiera assistente di tirocinio, al fine di leggere e comparare le due versioni dello strumento. Il brainstorming ha prodotto ipotesi di modifica di alcuni item ritenuti meglio adattabili al contesto italiano, avanzandole alle linguiste che, a loro volta, hanno provveduto a stilare una versione aggiornata dello strumento.

In linea con la metodologia di traduzione scelta, la versione tradotta e definitiva dello strumento è stata sottoposta a un pre-test, attraverso somministrazione del questionario a quattro studenti del primo anno del Corso di Laurea in Infermieristica, di cui è stata stabilita in precedenza la non inclusione nel gruppo di sperimentazione. La compilazione è avvenuta senza difficoltà o dubbi in merito ai significati dei costrutti utilizzati per il 100% degli item.

Campione e setting

Le pubblicazioni reperite in letteratura hanno coinvolto campioni di convenienza con una numerosità compresa tra i 160 e i 500 studenti (Chan, 2001, 2003, 2004, 2007).

Per la conduzione di questo studio sono stati coinvolti in totale 1406 studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, considerando tutte le sedi didattiche afferenti all'Università degli Studi di Milano-Bicocca. Sono sempre stati reclutati gli studenti in corso frequentanti le sedi di tirocinio proposte nei periodi definiti dalla programmazione. I questionari sono sempre stati compilati dagli studenti presso la propria sede di riferimento del Corso di Laurea in Infermieristica. La compilazione del questionario, al fine di non inibire la possibilità di espressione di giudizio, è avvenuta posteriormente alla valutazione di tirocinio, entro un mese dal termine dell'esperienza, come indicato anche negli studi di Chan reperiti (Chan, 2003, 2004, 2007).

Strumenti e raccolta dei dati

Il CLEI è un questionario in formato cartaceo, composto da quattro pagine. La prima presenta una breve introduzione e una sezione per la raccolta delle informazioni socio-demografiche dei partecipanti. Nelle pagine successive sono elencati 42 item valutabili attraverso una scala di Likert a quattro punti: 1 = fortemente in disaccordo, 2 = in disaccordo, 3 = d'accordo, 4 = fortemente d'accordo. Oltre la sezione recante gli item, si osservano due box per la risposta a domande aperte, richiedenti l'identificazione di "punti di forza" e "punti deboli" del tirocinio attraverso tre parole chiave. Gli item sono stati organizzati in aree concettuali riconducibili alla teoria di Moos (1987) ed agli aspetti pedagogici cardine delle esperienze di tirocinio. Si precisa inoltre che i 42 item sono suddivisi in sei categorie, non esplicitate nel format, denominate *Individualization*, *Innovation*, *Involvement*, *Personalization* e *Task Orientation*.

Per garantire la validità di facciata e la comprensibilità dello strumento si è riprodotto il suo aspetto originale, mantenendo invariato il numero e l'ordine degli item, le indicazioni su ogni pagina, il carattere ed il formato del documento.

Le uniche modifiche apportate, in accordo con i Coordinatori didattici del Corso di Laurea in Infermieristica ed un ricercatore afferente al Dipartimento di Statistica Demografica dell'Università degli Studi di Milano - Bicocca, riguardano la presentazione informale dello scopo dello studio e l'introduzione dell'indagine demografica, al fine di ottenere una più ampia scelta di variabili per l'analisi statistica.

Al fine di garantire imparzialità ed equità nella raccolta dati, il ricercatore ha personalmente incontrato gli studenti nelle rispettive sedi di riferimento, evitando così di vincolare la presenza ad una data e ad un luogo unico. A seguito dell'autorizzazione del Coordinatore generale del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca, sono state inviate lettere di proposta e di coinvolgimento ai sei Coordinatori didattici di sede di Monza, Bergamo, Lecco, Sondrio, Desio e Sesto San Giovanni, concordando date e momenti opportuni per incontrare gli studenti.

La prima raccolta dati, riferita al tirocinio svolto nei mesi di maggio e giugno 2011, si è svolta in nove giornate nel periodo compreso tra il 20 giugno e il 18 luglio del medesimo anno. Nel corso del secondo studio, a causa di una posticipazione dovuta alla sospensione estiva dei corsi, il ritiro è avvenuto tra il 24 settembre e il 17 ottobre 2012, pur riferendosi al periodo di tirocinio compreso tra giugno e luglio dello stesso anno.

Le sessioni di raccolta dati di entrambe le sperimentazioni hanno presentato modalità sovrapponibili di conduzione degli incontri: saluto e presentazione agli studenti, descrizione dello studio e delle modalità di compilazione del questionario, somministrazione dei questionari e raccolta degli stessi entro quarantacinque minuti dalla consegna.

Nell'ultima fase del progetto, svolto attraverso una metodica prevalentemente qualitativa, il gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno realizzare una griglia di valutazione, volta a sistematizzare l'esame degli item in considerazione dei risultati di performance statistica ottenuti. In essa sono stati inclusi, secondo il parere degli esperti, elementi ritenuti vincolanti e imprescindibili nell'analisi corretta e approfondita delle variabili legate al contesto della formazione.

Analisi dei dati

I dati raccolti tramite i questionari cartacei sono stati riportati in forma elettronica dai ricercatori attraverso l'utilizzo del software Microsoft Excel 2007®. L'analisi dei medesimi è stata condotta servendosi dei software Microsoft Excel 2007® ed SPSS®. La raccolta dati, avvenuta consequenzialmente negli anni 2011 e 2012, ha permesso di raccogliere rispettivamente 597 ed 809 questionari.

Misure di tendenza centrale e di dispersione sono state utilizzate per descrivere i punteggi della scala CLEI e le variabili socio-demografiche del campione.

La coerenza interna dello strumento è stata calcolata attraverso l'Alpha di Cronbach, applicato all'intera struttura del test, ai singoli item e alle singole dimensioni nell'ambito della prima fase di studio. Nella seconda fase dello studio, si è condotta un'analisi fattoriale di tipo confermativo ed esplorativo allo scopo di studiare la validità di costruito dello strumento. Questo ha consentito la messa in opera di un tentativo di riordino degli item all'interno delle sei dimensioni, giustificato dalla coerenza interna ridotta di tre di esse, come sarà evidenziato nel paragrafo dei risultati.

Successivamente si è condotta un'ulteriore analisi fattoriale escludendo singolarmente e progressivamente gli item con Alpha di Cronbach più elevato, allo scopo di avvicinare al valore soglia il coefficiente di coerenza interna delle tre dimensioni in cui essa non è stata comprovata.

Gli item così isolati sono stati sottoposti ad indagine qualitativa e ad una rivalutazione della struttura di frase, al fine di migliorarne l'aderenza al contesto italiano, ipotizzando che tale provvedimento possa contribuire ad elevare la coerenza interna delle dimensioni considerate. Tale revisione è stata portata a termine attraverso un processo analitico di tipo qualitativo, ispirato al metodo di costruzione delle scale psicometriche (Lovaglio, 2003). In particolare, questo è stato attuato sottoponendo gli item individuati ad un gruppo di professionisti competenti in ambito infermieristico, linguistico e formativo, espressamente costituito a tal fine. L'analisi è stata svolta attraverso una griglia di valutazione prodotta dal team medesimo in considerazione degli elementi chiave ritenuti vincolanti nell'indagine delle variabili che caratterizzano gli ambienti di apprendimento clinico. Tali variabili sono state identificate sulla base della revisione della letteratura e del parere degli esperti coinvolti. Questo procedimento ha consentito l'analisi degli enunciati e la riformulazione dei concetti attraverso una costruzione di frase, a parere degli esperti, più attinente al contesto italiano, al fine di ricercare una maggior aderenza dell'item alla dimensione di appartenenza. Infine, il t-test di Student è stato impiegato per valutare differenze statisticamente significative in sottogruppi del campione con differenti caratteristiche socio-demografiche.

Aspetti etici

Le autorizzazioni da parte dei referenti di ogni sede di Corso di Laurea sono state ottenute prima di procedere a qualsiasi attività di studio. La raccolta delle informazioni è avvenuta in maniera equa, imparziale e su base volontaria. E' stato mantenuto l'anonimato numerando i questionari anticipatamente e senza richiedere ad alcun studente di esplicitare le proprie generalità. La confidenzialità dei dati è stata preservata per tutta la durata dello studio. Nessun onere è stato imposto ai partecipanti. Nessuna coercizione alla partecipazione ha avuto luogo.

Risultati

Lo strumento utilizzato per la prima sperimentazione, ha mantenuto intatte le caratteristiche grafiche e di presentazione dell'originale (**Figura 1**).

Poiché, inoltre, sono state mantenute inalterate le indicazioni di utilizzo, sulla base delle informazioni reperite in letteratura, la validità di facciata della versione CLEI impiegata nello studio è stata conservata. Nel corso della prima sperimentazione sono stati restituiti 597 questionari su 600 consegnati (99,5%). La frequenza di risposta ai box delle domande aperte è stata pari al 57% degli studenti, indicativa di una buona partecipazione degli intervistati: 344 persone hanno accettato di esprimersi liberamente. L'indagine della coerenza interna dello strumento ha mostrato un valore di coefficiente α di 0,915 in relazione all'intero questionario e valori superiori a 0,909 attribuibili ai singoli item, determinando una buona coerenza interna della scala, in linea con quanto dichiarato negli studi reperiti in letteratura.

Figura 1 - Prima pagina del questionario**CLEI****Descrizione dell'ambiente di apprendimento clinico**

Lo scopo di questa indagine è di sondare i tuoi giudizi riguardo questo tirocinio clinico. Siamo interessati a conoscere cosa ne pensi realmente.

Istruzioni per il compilatore

Per favore, indica con un cerchio il numero dell'affermazione che meglio rappresenta il tuo giudizio sul tirocinio.

Scala di valori:

- 1- Fortemente in disaccordo (FD)
- 2- In disaccordo (D)
- 3- D'accordo (A)
- 4- Fortemente d'accordo (FA)

Come potrai vedere questo questionario non prevede risposte neutrali. Chiede di scegliere tra "In accordo" e "Disaccordo" per ogni affermazione. Alcune volte potrebbe risultare difficile fare una scelta, ma è importante che tu scelga la risposta che è a tuo parere quella "più corretta".

		Per favore segnare il valore desiderato			
		FD	D	A	FA
1	L'infermiere che mi affianca tiene in considerazione i miei stati d'animo	1	2	3	4
2	L'infermiere che mi affianca parla piuttosto che ascoltare	1	2	3	4
3	Non vedo l'ora di iniziare questo tirocinio	1	2	3	4
4	So perfettamente cosa si deve fare in questo reparto	1	2	3	4
5	Raramente vengono sperimentate nuove idee in questo reparto	1	2	3	4

Nel corso della seconda sperimentazione, 693 questionari sono stati compilati a fronte degli 809 consegnati, con una percentuale di restituzione pari all'85,7%. Il calcolo dell'Alpha di Cronbach ha prodotto un valore generale di 0,924, maggiore rispetto a quello riscontrato nei lavori di Chan (0,880) e rispetto alla prima sperimentazione, comprovando un elevato livello di coerenza interna della scala. I valori ottenuti nell'analisi dei singoli item hanno confermato ulteriormente quanto dichiarato, evidenziando valori di α superiori o uguali a 0,919 e molto simili tra loro. Il confronto tra i valori di Alpha ottenuti nella prima e nella seconda sperimentazione è mostrato nella **Tabella 1**.

Tabella 1 - Confronto tra prima sperimentazione (2011) e seconda sperimentazione (2012)

Prima sperimentazione	Seconda sperimentazione
α di Cronbach generale = 0,915	α di Cronbach generale = 0,924
α di Cronbach di ogni singolo item \geq 0,909	α di Cronbach di ogni singolo item \geq 0,919
% risposta al box (domande aperte) = 57%	% risposta al box (domande aperte) = 85,7%

Durante la seconda sperimentazione l'Alpha di Cronbach è stato calcolato anche per ciascuna delle sei dimensioni previste dalla scala CLEI: i valori ottenuti sono riportati nella **Tabella 2**.

Tabella 2 - α di Cronbach calcolata sulle sei categorie in cui sono suddivisi i 42 item	
Individualization	0,428
Innovation	0,795
Involvement	0,574
Personalization	0,867
Task Orientation	0,594
Satisfaction	0,838

Le dimensioni *Individualization*, *Involvement* e *Task Orientation* hanno mostrato una coerenza interna inferiore alle altre dimensioni della scala. L'analisi fattoriale ha evidenziato infatti che undici item risulterebbero più opportunamente collocati in dimensioni differenti rispetto alla versione originale. Tuttavia, pur ricollocando gli item nella dimensione in cui hanno ottenuto un miglior *factor loading*, la coerenza interna per dimensione della CLEI non ha raggiunto il margine di significatività (**Tabella 2a**).

Tabella 2a - α di Cronbach calcolata sulle sei categorie dopo l'esecuzione dell'analisi fattoriale	
Individualization	0,582
Innovation	0,645
Involvement	0,577
Personalization	0,642
Task Orientation	0,084
Satisfaction	0,578

Un terzo studio è stato quindi condotto analizzando nuovamente il campione della seconda sperimentazione e concentrando l'attenzione sull'esame delle sei singole dimensioni, ottenendo dapprima, mediante calcolo di Alpha di Cronbach, risultati sovrapponibili a quelli emersi in precedenza. Ripetendo l'analisi fattoriale ed escludendo singolarmente e progressivamente l'item con valore più elevato di Alpha di Cronbach, sono stati individuati all'interno del questionario 8 item responsabili del decremento della coerenza interna delle dimensioni della CLEI italiana, dei quali uno soltanto è stato ricollocato con successo in una dimensione diversa rispetto a quella indicata nella versione originale del questionario. Nello specifico, l'item ricollocato è stato il numero 18 che cita "Ho da dire su come è organizzato il turno di lavoro", spostato dalla dimensione "*Individualization*" alla dimensione "*Task Orientation*".

Infine, l'analisi qualitativa condotta sui sette item isolati ha consentito la modifica dell'assetto di frase di cinque di essi, con conseguente approvazione del costrutto, proponendo una nuova struttura per i restanti due item, in relazione ai quali si giudica necessaria una più approfondita indagine.

Discussione

I risultati conseguiti attraverso le sperimentazioni condotte mostrano come la scala CLEI possa ritenersi uno strumento complessivamente valido nel contenuto e affidabile nella valutazione dell'ambiente di apprendimento clinico. Tale considerazione tiene conto anche dalla elevata numerosità campionaria degli studi finora condotti. L'elevata percentuale di restituzione riscontrata in entrambe le sperimentazioni, anche per i box a risposta aperta, lascia supporre che i quesiti in essi contenuti non fungano da deterrente, piuttosto favoriscano una valutazione più completa dell'esperienza di tirocinio. Per l'autenticità delle risposte fornite, essi sono da considerare altresì come strumenti rilevanti per l'individuazione delle criticità ed il potenziamento dei pregi di un dato ambiente, concorrendo, quindi, alla corretta valutazione dei contesti.

I risultati ottenuti sulla coerenza interna della scala CLEI mostrano che la scala ha una buona coerenza nella sua globalità e in relazione a ogni singolo item. Il mancato raggiungimento di elevati livelli di coerenza in tre dimensioni del questionario può essere attribuito a difetti di traduzione o a differenze contestuali rispetto all'ambito di elaborazione della scala originale. Si suppone quindi che, attraverso il procedimento di rielaborazione di alcuni item, essi possano risultare più specifici rispetto al concetto indagato e quindi maggiormente aderenti alla dimensione di assegnazione e comprensibili dalla popolazione studentesca.

All'interno del presente studio si evidenzia un limite legato al campionamento che, seppur caratterizzato da elevata numerosità, si riferisce a un unico Ateneo. Si riscontrano tuttavia punti di forza quali l'originalità e l'autenticità dell'argomento indagato, nonché il rigore metodologico attraverso cui lo studio è stato condotto.

Conclusioni

Occuparsi di formazione significa adoperarsi per il progresso della disciplina, preparando professionisti consapevoli e desiderosi di fornire risposte assistenziali in linea coi più recenti risultati della ricerca. L'individuazione di ambienti entro cui apprendere in modo ottimale i fondamenti della professione, i valori ad essa legati e l'importanza della ricerca e del progresso rappresentano un aspetto cardine della formazione, che necessita di essere conseguito attraverso l'utilizzo sistematico di criteri di valutazione condivisi e validati.

Attraverso questo studio è stato possibile individuare, testare e revisionare uno strumento che nella sua completezza di indagine può essere utile nell'identificazione dei migliori ambienti di tirocinio, anche in relazione alla dimensione emozionale dell'esperienza, elemento che caratterizza la scala CLEI.

Allo stato attuale la scala CLEI può essere definita uno strumento valido nel contenuto e complessivamente affidabile per la valutazione dell'ambiente di apprendimento clinico da parte degli studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica. Future ricerche sono necessarie per valutare su campioni più estesi le performance della CLEI. In particolare il costrutto della scala dovrebbe essere ulteriormente indagato a seguito della revisione operata nell'ultima fase del percorso riportato in questo manoscritto. Ulteriori studi dovrebbero anche considerare l'opportunità di elaborare e di testare uno strumento tarato sulla realtà italiana, che presenti certamente delle peculiarità nello sviluppo delle scienze infermieristiche e nell'attuale sistema di formazione infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

- Benner P (1984). *Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison- Wesley.
- Chan DS (2001). *Combining qualitative and quantitative methods in assessing hospital learning environments*. International journal of nursing studies 38(4): 447-59.

- Chan DS (2001). *Development of an innovative tool to assess hospital learning environments*. Nurse education today 21(8): 624-31.
- Chan DS (2002). *Associations between student learning outcomes from their clinical placement and their perceptions of the social climate of the clinical learning environment*. International journal of nursing studies 39(5): 517-24.
- Chan DS (2002). *Development of the Clinical learning environment inventory: using the theoretical framework of learning environment studies to assess nursing students' perceptions of the hospital as a learning environment*. Journal of nursing education 41(2): 69-75.
- Chan DS (2003). *Validation of the Clinical learning environment inventory*. Western journal of nursing research 25(5): 519-32.
- Chan DS (2004). *Nursing students' perceptions of hospital learning environments - an Australian perspective*. International journal of nursing education Scholarship 1: Article4.
- Chan DS (2004). *The relationship between student learning outcomes from their clinical placement and their perceptions of the social climate of the clinical learning environment*. Contemporary nurse 17(1-2): 149-58.
- Chan DS, Ip WY (2007). *Perception of hospital learning environment: a survey of Hong Kong nursing students*. Nurse education today, 27(7): 677-84.
- Fraser BJ (1994). *Research on classroom and school climate*. In Gabel D (a cura di), *Handbook of research on science teaching and learning*. New York.
- Henderson A, Twentyman M, Heel A, Lloyd B (2006). *Students' perception of the psycho-social clinical learning environment: An evaluation of placement models*. Nurse education today 26, 564-571.
- Hosoda Y (2006). *Development and testing of a Clinical learning environment diagnostic inventory for baccalaureate nursing students*. Journal of advanced nursing, 56 (5), 480-490.
- Lovaglio PG (2003). *I fondamenti statistici per la costruzione di scale in psicomotricità*, Psicomotricità 18, 34-38.
- Maneesriwongul W, Dixon JK (2004). *Instrument translation process: a methods review*. Journal of advanced nursing, 48(2): 188-196.
- Moos RH (1987). *Person-environment congruence in work, school, and health care setting*. Journal of vocational behavior Volume 31, Issue 3, Dec 1987, 231-247.
- Saarikoski M (1999). *Association between quality of ward nursing care and students' assessment of the ward as a learning environment*. Journal of research in nursing, 4: 6, 467-474.
- Tomietto M, Saiani L, Saarikoski M, Fabris S, Cunico L, Campagna V, Palese A (2009). *Assessing quality in clinical educational setting: Italian validation of the Clinical learning environment and supervision (Cles) scale*. Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia, 31: 49-55.



ESPERIENZE

L'acquisizione di competenze nel soggetto con patologia cronica inserito nel Chronic Care Model: da paziente a paziente esperto

di Nicoletta Franchi (1), Federica Paolacci (2)

(1) Infermiere Coordinatore U.F.C. A.S.C Poliambulatorio Specialistico Zona Distretto Azienda USL3 Pistoia

(2) Infermiere Coordinatore Moduli Chronic Care Model Zona Distretto Azienda USL3 Pistoia

Corrispondenza: n.franchi@uslcentro.toscana.it

Introduzione

In Italia oltre il 40% delle persone al di sopra dei 65 anni convive con almeno tre patologie croniche; questo dato è in linea con quello che accade anche in altri Paesi del mondo industrializzato (Landers, 2010). Se si esaminano alcuni determinanti di salute, come il livello di istruzione e la condizione socio-economica, laddove questi due fattori sono sfavorevoli si evidenzia una frequenza più alta di comorbidità e la maggiore esposizione a fattori di rischio quali il fumo, l'obesità per la carenza di esercizio fisico, l'esposizione allo stress cronico e la minore capacità di acquistare alimenti più sani. E' dimostrato che in genere i cibi ipercalorici costano meno di pesce, frutta e verdure. Per dare risposta a queste criticità in Italia si è dato spazio ad un nuovo modello organizzativo per la sanità mutuato da esperienze straniere: il Chronic Care Model (CCM), ideato soprattutto per cercare di governare alcune patologie croniche come Diabete, BPCO, Ictus, Ipertensione.

La Regione Toscana ha istituito con una apposita delibera la Sanità d'Iniziativa, che vede coinvolti team multiprofessionali per la gestione dei moduli assistenziali. Nella stessa vengono anche definiti i ruoli dei professionisti e dei soggetti coinvolti che agiranno in modo coordinato e in modalità proattiva.

L'indagine

Il progetto regionale prevede che i Medici di Medicina Generale (MMG) inseriscano nei registri di patologia i loro assistiti rispetto alla patologia prevalente. Sarà cura del costituendo team, di cui fa parte, oltre al MMG, anche il personale infermieristico e di supporto, chiamare a visita questi soggetti per accompagnarli nel processo di cura. A percorsi avviati si è pensato di indagare come e se si incrementava il livello di competenza dei pazienti rispetto alla gestione della propria patologia.

Per la realizzazione dell'indagine conoscitiva è stato scelto di utilizzare una scala delle competenze creata appositamente per questo studio dagli infermieri del modulo. Lo strumento che è stato adottato prende in considerazione le seguenti abilità, a ciascuna delle quali è stato attribuito un coefficiente:

1. conoscenza della patologia diabetica;
2. aderenza alla terapia;
3. pratiche quotidiane salutari;
4. autoesame del piede e igiene della cute;
5. controlli ed autocontrolli ematici;

6. conoscenza della rete socio-sanitaria territoriale per i servizi offerti ai soggetti con patologia diabetica.

Per mantenere una minima cecità, sono stati indagati tutti i soggetti che si sono presentati a visita ogni giorno per un periodo di tre mesi e che l'infermiera vedeva per la prima volta in assoluto. Sono stati reclutati 109 soggetti totali, di cui 100 con diagnosi di Diabetes Mellitus Type2 (DMT2), 7 con Diabetes Mellitus Type 2 e scompenso cardiaco e 2 esclusi. Dei soggetti inseriti nello studio 50 sono femmine e 57 maschi con una media di età di 67,8 anni.

Alla prima visita e ai controlli successivi sono stati rilevati i parametri vitali: FC, PA, peso, altezza, BMI, circonferenza vita e valore della Emoglobina Glicosilata (Hb1Ac) più recente. E' stata inoltre effettuata l'ispezione del piede.

Infine sono state somministrate alcune scale:

- la Morisky Scale per la determinazione della compliance alla terapia all'ingresso e al follow up;
- la Short form 36 per la percezione personale del soggetto sulla propria qualità di vita;
- la MUST per la valutazione del grado di malnutrizione.

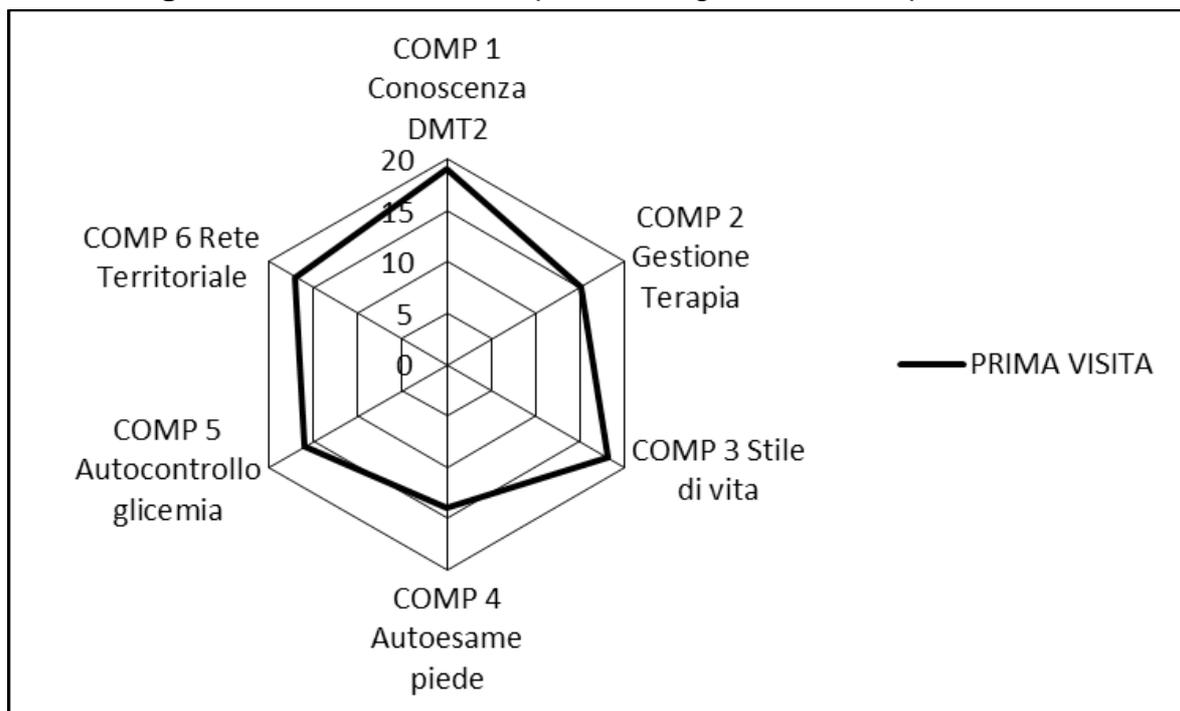
Durante la prima visita l'infermiera ha attribuito un punteggio, a seguito di un colloquio mirato, secondo i criteri precedentemente individuati (**Tabella 1**). Nel tempo intercorso tra la prima visita e il follow up a sei mesi è stato fissato un appuntamento per una seduta di counselling infermieristico.

Tabella 1 - Coefficienti relativi alle competenze degli assistiti						
	Cosa è il Diabete	Gestione Terapia	Pratica dieta e attività fisica	Autoesame e igiene del piede	Controlli e autocontrolli	Conoscenza Rete Territoriale e Servizi
1	Non conosce segni e sintomi della patologia	Non sa gestire la propria terapia	Non effettua esercizio fisico e dieta	Effettua igiene ma non ispezione	Non effettua controlli medici e autocontrolli glicemici	Non conosce i servizi sanitari territoriali (CCM, Diabetologia, Servizio Ausili)
2	Riconosce segni e sintomi di allerta ed è in grado di descriverli	Segue la terapia solo con aiuto	Pratica esercizio fisico max 1/settimana ma non segue costantemente la dieta	Effettua igiene e ispezione regolarmente	Effettua i controlli prescritti ma ha poca conoscenza del glucometro	Poca conoscenza dei servizi offerti dal territorio (CCM, Diabetologia, Servizio Ausili)
3	Riconosce segni e sintomi di allerta ed avvisa il MMG	Gestisce la terapia da solo	Esegue esercizio fisico in modo costante e rispetta la dieta assegnata	Effettua igiene ed ispezione regolarmente rilevando segni critici	Conosce il glucometro e lo usa quando indicato dal medico	Conosce i servizi territoriali (CCM, Diabetologia, Servizio Ausili)
4	Riconosce segni e sintomi di allerta e sa intervenire in caso di crisi	Segue ed ha padronanza della propria terapia	Conosce ed attua stili di vita consoni allo stato di salute (esercizio fisico 2 o più volte/settimana e adotta dieta adeguata)	Riconosce segni e sintomi di allerta ed avvisa il MMG	Conosce ed usa correttamente lo strumento anche in base alla percezione del proprio stato di salute	Conosce ed usufruisce correttamente dei servizi territoriali (CCM, Diabetologia, Servizio Ausili)

Nella **Tabella 2** per ogni competenza sono stati sommati tutti i punteggi ottenuti e definita la media. Mentre nella **Figura 1** è riportata la sintesi delle competenze degli assistiti alla prima visita.

Tabella 2 - Prima rilevazione		
Competenza	Media	Commenti
Competenza 1 - che cosa è il diabete	1,5	Scarsa conoscenza della patologia
Competenza 2 - aderenza alla terapia la media delle risposte è	1,5	Scarsa adesione alla prescrizione medica
Competenza 3 - pratiche salutari quotidiane	1,8	Scarsa aderenza alle sane abitudini alimentari e all'esercizio fisico
Competenza 4 - autoesame del piede e igiene della cute	1,4	Non si hanno sufficienti conoscenze di questa complicanza legata alla patologia di base
Competenza 5 - controlli ed autocontrolli	1,7	Scarso uso del refrattometro/glucometro
Competenza 6 - rete territoriale	1,6	Poche persone conoscono i servizi offerti dall'Azienda per la gestione della patologia diabetica

Figura 1 – Sintesi delle competenze degli assistiti alla prima visita

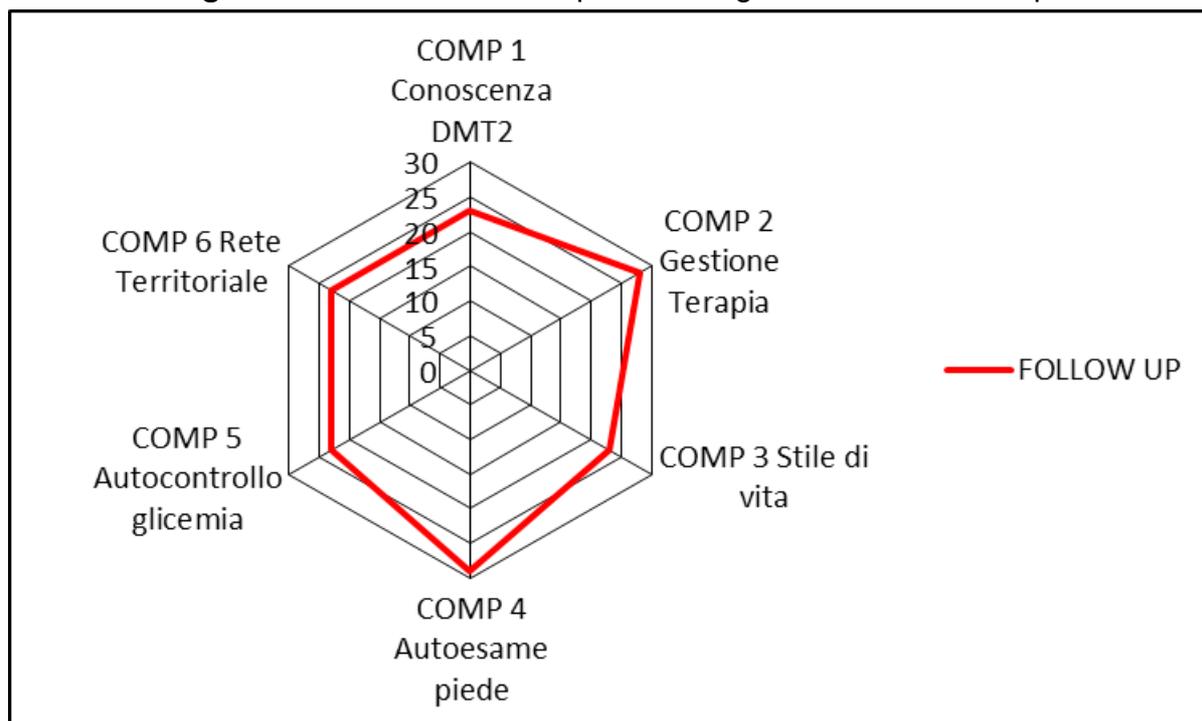


Nel periodo intercorso tra la prima visita e il follow up, ogni soggetto è stato invitato ad 1 sola seduta di counselling mirato in cui l'infermiera o l'operatore di supporto agivano come rinforzo per l'adozione di comportamenti corretti finalizzati alla prevenzione di complicanze correlate al diabete. Nella prima seduta è stato eseguito anche un training per l'uso domiciliare del glucometro. Al follow up i soggetti hanno effettuato autonomamente la rilevazione capillare glicemica con il dispositivo fornito al momento del primo colloquio.

Dopo 6 mesi i soggetti sono stati richiamati ed è stata ripetuta la valutazione effettuata alla prima visita. La valutazione dei risultati ottenuti è riportata nella **Tabella 3** e nella **Figura 2**.

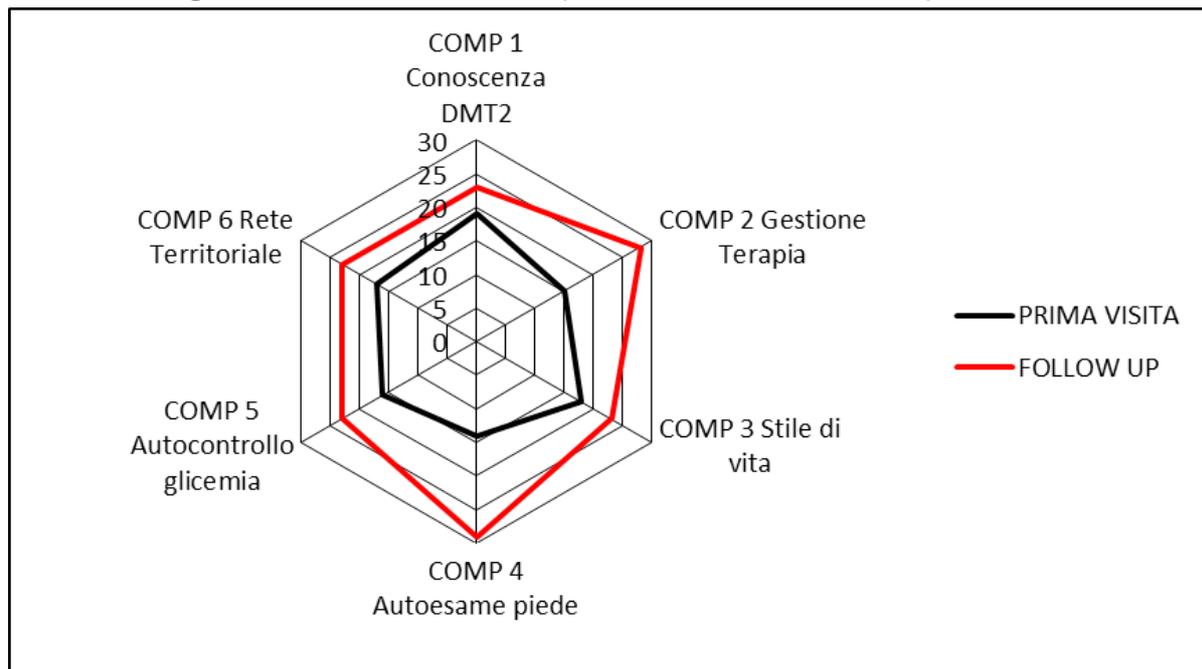
Tabella 3 - Follow up a 6 mesi		
Competenza	Media	Commenti
Competenza 1 - che cosa è il diabete	2	Incremento scarso
Competenza 2 - aderenza alla terapia la media delle risposte è	3,1	Incremento nell'aderenza alla prescrizione medica
Competenza 3 - pratiche salutari quotidiane	2,5	Buon incremento dell'attività fisica e rispetto della dieta
Competenza 4 - autoesame del piede e igiene della cute	3,9	L'incremento di conoscenze e di applicazione delle raccomandazioni è in questo caso massimo
Competenza 5 - controlli ed autocontrolli	2,5	Uso del refrattometro/glucometro in incremento
Competenza 6 - rete territoriale	2,4	Più persone conoscono adesso i servizi offerti dall'Azienda per la patologia diabetica

Figura 2 – Sintesi delle competenze degli assistiti al follow up



Gli esiti riportati mettono in luce come con solo 1 seduta di counselling infermieristico vi è stato quasi in ogni caso una variazione in positivo negli assistiti.

Confrontando i dati della prima rilevazione (T0) e del follow up a 6 mesi (T1) si evidenzia come la competenza sulla gestione della terapia e quella sulla gestione del piede e delle sue complicanze abbiano avuto un delta positivo considerevole (**Figura 3**). Questo dimostra che l'intervento infermieristico con un adeguato counseling e il supporto del team favoriscano nell'assistito il processo di apprendimento e la conseguente autocura.

Figura 3 – Sintesi delle competenze al T0 e T1 – comparazione

Conclusioni

Dai risultati dell'indagine emerge complessivamente come gli interventi di counselling infermieristico possano far conseguire al paziente conoscenze finalizzate all'acquisizione di abilità, che consentono un processo di autocura positivo e funzionale. E' necessario che i componenti dell'equipe di cura, durante incontri formativi pianificati, siano sensibilizzati nel programmare momenti di informazione ed educazione alla salute ancora più mirati, al fine di favorire l'expertise dei pazienti. Dovranno inoltre essere potenziati gruppi di miglioramento e/o corsi formativi per sensibilizzare gli operatori ad utilizzare modalità comunicative accoglienti che permettano di instaurare relazioni di fiducia tra gli operatori e i soggetti in cura. Potrebbe essere auspicabile rivalutare in step successivi i soggetti e verificare come precede nel tempo l'acquisizione di competenze ed eventualmente creare gruppi di auto-aiuto, dove i pazienti esperti possano supportare coloro che iniziano il percorso nel CCM, non solo per la patologia diabetica, come in questo caso, ma anche per le altre patologie inserite nel progetto.

BIBLIOGRAFIA

- Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH (2009). *Evidence on the chronic care model in the new millenium*, Health Aff (Milwood) Jan-Feb; 28(1): 75-85.
- Landers SH. *Why health care is going home*. New England J. Med PMID 28;363 (18); 1690-1.
- Maciocco G. *Cure primarie e gestione delle malattie: Chronic care model*. Rivista Sociale e Salute, 3/2007, 119.
- Scopetani E. *Il Chronic care model nel nuovo Piano sanitario regionale Regione Toscana*. D.G Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, 16/6/2009 1- 12.

ESPERIENZE

Gli infermieri e il percorso organizzativo di allocazione degli organi per i trapianti

di *Giuseppe Balducci (1), Libera Antonella Del Duca (2), Clara Clapasson (3), Francesco Perrone (3), Paola Trogolo (3)*

(1) *Infermiere esperto coordinatore di trapianti*

(2) *Coordinatore infermieristico e Infermiere esperto coordinatore di trapianti*

(3) *Infermiere coordinatore di trapianti*

Chirurgia generale Trapianto di fegato, Azienda ospedaliero universitaria Città della salute e della scienza di Torino, Presidio Molinette - Torino

Corrispondenza: gbalducci@cittadellasalute.to.it

Infermieri “Delegati”

Il gruppo di infermieri che lavora come infermiere coordinatore di trapianti (Transplant nurse coordinator - Tnc) nel Centro trapianti di fegato Torino nasce grazie all'intuizione del Direttore del centro Prof. M. Salizzoni, che ha avuto la responsabilità per la gestione della Lista attesa trapianti (Lat) e l'organizzazione del trapianto epatico al momento della segnalazione di un donatore, fin dal 1998.

La novità era affidare ad infermieri la *governance* della Lat, fino ad allora gestita da medici. Agli infermieri era richiesta la gestione completa della Lat per il fegato, dal bilancio pre-trapianto, passando per l'I in Lat alla chiamata per il trapianto.

Le attività infermieristiche relative alla gestione della Lat per il fegato sono state incrementate con il passare del tempo e consistono nel:

- seguire il paziente nel percorso diagnostico terapeutico che rende possibile, ove confermata, l'indicazione al trapianto, assistere il paziente in relazione alla sintomatologia presentata e alle complicanze della cirrosi epatica;
- inserire i pazienti in LAT, sia dal punto di vista clinico-assistenziale che, in collaborazione con gli altri componenti dell'équipe, relativamente all'informazione e al sostegno al paziente e la famiglia, in merito al percorso del trapianto;
- seguire il *follow-up* dei pazienti in Lat con aggiornamento in tempo reale 24 ore/24 e invio dei dati al Sistema informativo trapianti (Sit) gestito dal Centro nazionale trapianti (Cnt);
- verificare, in staff multidisciplinare, le condizioni cliniche di pazienti da inserire in Lat e di quelli già in Lat per il fegato;
- inviare la Lat in tutte le Unità operative (Uuoo) coinvolte nel trapianto di fegato;
- organizzare il trapianto, dalla scelta del paziente da trapiantare, condivisa con il chirurgo, alla chiamata di tutti gli operatori coinvolti nel trapianto, coordinando le tempistiche di prelievo dell'organo e dell'ingresso in sala operatoria del candidato al trapianto;
- redigere il verbale di assegnazione dell'organo trapiantato.

La delega è caratterizzata da un equilibrio ragionato: il delegante ha individuato l'ambito di autonomia, ma senza lasciare sugli infermieri un carico di responsabilità eccessivo, soprattutto nella fase iniziale del percorso. Era infatti necessario attendere che le nuove competenze richieste agli infermieri fossero espresse in modo efficace, al fine di mantenere un elevato livello di cura e di sicurezza per il paziente, evitando errori in un processo molto complesso come l'oggetto della delega.

Il grado di autonomia pertanto, relativamente alle attività individuate, è stato gradualmente ampliato. Il dialogo e confronto costante con il responsabile del centro e, in occasione delle verifiche settimanali, in riunione di staff hanno permesso di consolidare il percorso di acquisizione delle competenze necessarie.

Strategie di miglioramento

La scarsità di organi solidi, utili a scopo di trapianto, rende difficile dare risposte adeguate a tutti i pazienti in Lat. Nel 2013, in Italia, 414 pazienti sono deceduti in Lat (dati ufficiali Sistema informativo trapianti) in attesa di un organo. L'appropriatezza delle allocazioni degli organi è quindi una necessità strategica.

Sono state pertanto adottate strategie organizzative adeguate, con uno stretto monitoraggio clinico sui pazienti in Lat allo scopo di ridurre, per quanto possibile, il fenomeno della mortalità in attesa di trapianto.

In tal senso anche la ricerca ha permesso di contrastare il fenomeno della mortalità in Lat. I risultati infatti di alcuni studi retrospettivi hanno fornito le informazioni utili a prevedere nuovi scenari, nonché indirizzare verso azioni specifiche e scelte vantaggiose per i pazienti come ad esempio:

1. modificare gli algoritmi di allocazione degli organi;
2. aggiornare la Lat con l'utilizzo di modelli matematici come: il Child-Pugh (dal nome degli autori), il Model for end-stage liver disease (Meld, che è un particolare sistema a punteggio proposto dalla Mayo Clinic per valutare la sopravvivenza dei pazienti con la cirrosi ed un'insufficienza epatica terminale), il Model for end-stage liver disease-sodio (MeldNa, che richiede anche il valore di sodiemia) o con l'utilizzo dei criteri di inclusione/esclusione per i pazienti affetti anche da epatocarcinoma (Hcc) associato alla cirrosi, come i criteri di Milano, di San Francisco o il calcolatore Metrotiket (calcolatore on-line che permette di predire la sopravvivenza di un paziente con Hcc sottoposto a trapianto epatico).

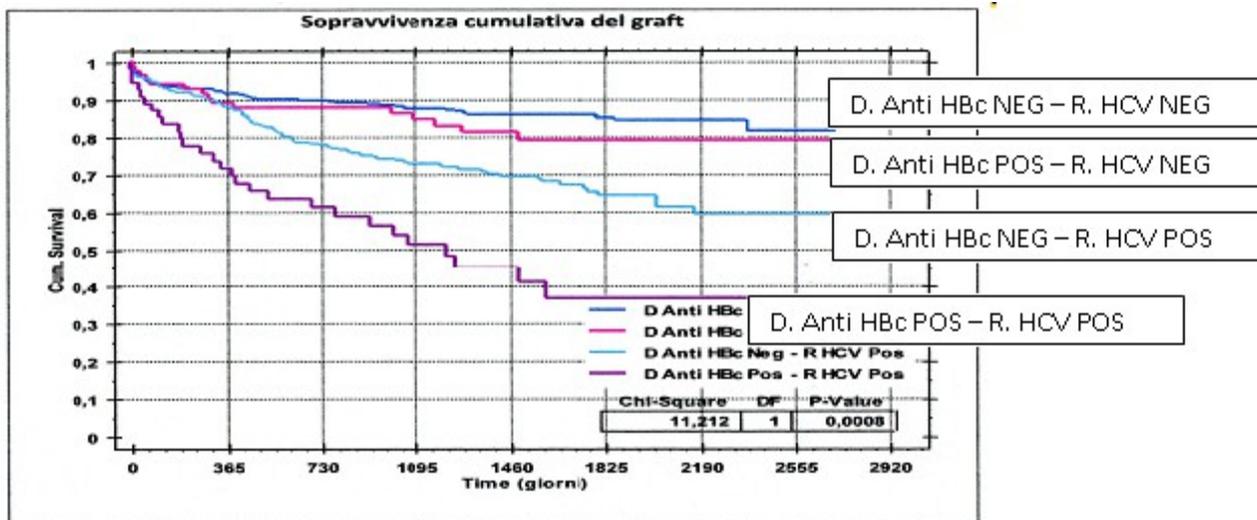
La collaborazione dei chirurghi che si occupano del trapianto e dei Tnc in questi ambiti ha permesso di offrire le migliori possibilità per i candidati al trapianto e contemporaneamente tutelare i pazienti rimasti in Lat.

Alcuni studi clinici ad esempio, hanno permesso di evidenziare che:

- i pazienti positivi per il virus dell'epatite C (Hcv Pos) che in passato avevano ricevuto organi da donatore con positività degli anticorpi diretti contro l'antigene core del virus B dell'epatite (D. Anti HBc Pos o Core+) hanno presentato un *outcome* peggiore rispetto ai pazienti assegnatari di organi di donatore negativo per suddetti anticorpi (D. Anti HBc Neg o Core-) (**Figura 1**);
- proporre un organo Core+ ad un paziente affetto da cirrosi epatica da Hbv+ è un'ottima opportunità, mentre risulta pessima per i pazienti positivi per l'Hcv o con infezione Hbv+ e Hcv+;

- l'applicazione del D-Meld (parametro ottenuto dalla moltiplicazione fra età del donatore e Meld score del ricevente), ha permesso di migliorare l'*outcome* nei riceventi Hcv+, impedendo di eseguire su questi pazienti trapianti futili.

Figura 1 - Sopravvivenza in giorni nei pazienti positivi per il virus dell'epatite C in relazione allo positività del donatore per gli anticorpi contro il virus dell'epatite B



Il percorso di aggiornamento della Lat per una selezione più vantaggiosa e sicura

L'aggiornamento della Lat è una competenza specifica del Tnc che registra, in tempo reale, tutti i cambiamenti dei pazienti, in particolare per i seguenti aspetti:

- la cura del paziente in attesa di trapianto epatico necessita di terapie, indagini e procedure da effettuarsi con controlli ambulatoriali, per esami ematici, radiologici, endoscopici, terapie endovenose e procedure come paracentesi o toracentesi. Queste cure sanitarie sono un'ulteriore occasione per ottenere informazioni sui pazienti per il Tnc;
- le notizie fornite dai *caregiver* risultano a volte preziose e irrinunciabili per la Lat. Questa figura può essere paragonata a quella di un "holter di informazioni", è un occhio attento sul candidato al trapianto, anche quando si trova presso la propria abitazione, per riportare particolari capaci di prevenire situazioni drammatiche come un sanguinamento digestivo o una encefalopatia porto sistemica (Eps). Inoltre, nel far fronte ad un intervento chirurgico che si prospetta come risolutivo ma i cui esiti sono incerti e legati a lunghe terapie antirigetto, assume rilevanza la figura di un familiare che si prenda cura del paziente;
- la documentazione clinica, prodotta durante il percorso per l'idoneità all'ingresso in Lat, viene aggiornata dall'ambulatorio di gastroenterologia nell'attesa del trapianto, che può durare molti mesi. Gli aggiornamenti spesso indicano una nuova condizione clinica, per via della natura degenerativa delle patologie che portano al trapianto epatico. Questi cambiamenti hanno diverse ripercussioni sulla storia della malattia ed alcune implicazioni. Infatti da un lato comportano la necessità di eseguire approfondimenti e/o procedure diagnostico-terapeutiche, dall'altro sono anche fonte di informazioni da riportare nella Lat, responsabilità del Tnc e capaci di determinare al momento della scelta una migliore allocazione degli organi. In modo particolare le modifiche della terapia farmacologica, in soggetti con un equilibrio clinico precario, risultano all'ordine del giorno e sono assolutamente un dato da registrare in Lat, considerando che alcuni farmaci hanno un peso importante sulle decisioni da prendere al momento della chiamata per il trapianto;

- alcune valutazioni sulle caratteristiche dei vasi epatici (stenosi, trombosi, anomalie congenite), registrate all'inserimento in Lat o aggiornate successivamente, possono essere tali da determinare la scelta della strategia chirurgica con anche, quando necessario, la modifica della tecnica. Risultano quindi informazioni utilissime per eseguire correttamente il *match* donatore-ricevente e per l'organizzazione del trapianto epatico;
- alcuni valori di esami ematochimici, eseguiti sui candidati al trapianto e inseriti in un calcolatore on-line, producono dei punteggi da riportare in Lat, questi sono in grado di favorire ulteriormente le scelte più corrette al momento di allocare un organo. È cura del Tnc effettuare tutti i calcoli del Meld e del MeldNa. Comunque il Meld non rappresenta l'unico parametro da tenere in considerazione, esso deve essere supportato da valutazioni complessive dei riceventi e comparato alle caratteristiche del donatore;
- alcuni pazienti in Lat fegato necessitano di cure erogabili in regime di ricovero con più giorni di ospedalizzazione. Le complicanze più tipiche sono: lo scompenso anasarcatico e/o ascitico, con possibile peritonite batterica spontanea (Pbs), l'insufficienza renale acuta (Ira), l'ascite pleurica con insufficienza respiratoria (Ir), l'Eps, le infezioni sistemiche. Inoltre altri motivi impongono il ricovero ai pazienti in Lat per procedure sanitarie volte a ridurre i rischi delle complicanze, come la legatura delle varici esofagee (Ve), il posizionamento di uno shunt portosistemico intraepatico transgiugulare (o Tips) o il trattamento di eventuali nodi di Hcc. Per i pazienti ricoverati non è prevista automaticamente la sospensione dalla Lat, ma la sorveglianza è necessaria per il possibile repentino cambiamento delle loro condizioni cliniche. Il Tnc esegue la valutazione delle condizioni di salute del candidato in modo tale che, quando il trapianto è imminente, il candidato sia in condizioni ottimali di salute fisica, psicologica e psicosociale. Inoltre sorveglia i ricoveri dei pazienti in Lat e tiene rapporti con i medici e gli infermieri che hanno in cura i candidati al trapianto e registra in Lat le valutazioni e variazioni significative.

Inoltre, alcuni percorsi organizzativi a livello aziendale sono essenziali per assicurare la necessaria assistenza ai pazienti candidabili al trapianto. Nella nostra Azienda infatti i professionisti che nella fase pre trapianto fegato collaborano tra loro, sono ovviamente di molte discipline, ma il *core* è racchiuso in alcune specialità come il chirurgo trapiantatore, il gastroenterologo epatologo, l'anestesista di sala operatoria e il rianimatore. Gli infermieri, tra cui i Tnc, assistono le persone in Lat. Sono previsti incontri periodici di gruppi interdisciplinari che hanno diversi scopi: presentazione di casi clinici per discutere le indicazioni al trapianto di fegato per rilascio del nullaosta finale all'ingresso in Lat, discussione di casi clinici di pazienti già in Lat per i quali è necessario eseguire ulteriori approfondimenti diagnostici o per i quali si rende necessario la sospensione o l'esclusione. Il Tnc ottiene così informazioni da registrare subito nella Lat per favorire le migliori condizioni utili al programma di trapianto. I gruppi multi-professionali, formati attraverso un susseguirsi di stazioni di apprendimento clinico-assistenziali, hanno aumentato la competenza e il livello di confidenza e fiducia unitamente alla comprensione dei ruoli professionali degli altri colleghi.

Infine è da considerare che il nostro centro trapianti è in grado di attrarre molti pazienti provenienti da fuori regione, in particolare dal Sud Italia, quindi con distanze elevate da Torino.

Il mezzogiorno del Paese è l'area che mostra, da un lato, indicatori di salute meno favorevoli e, dall'altro, le maggiori limitazioni nell'accessibilità, nella qualità e negli esiti delle cure. Questo fenomeno, che può sembrare un semplice dato statistico-sociologico di pendolarismo sanitario, in realtà risulta essere nello specifico ambito del trapianto di fegato un elemento capace di condizionare sensibilmente la Lat e il timing del trapianto stesso. Alcuni pazienti attendono la chiamata, per essere sottoposti al trapianto, a centinaia di chilometri dal nostro centro e i loro spostamenti sono informazioni utilissime per la Lat. Anche i recapiti telefonici dei pazienti, che a volte cambiano nel tempo dell'attesa, hanno un'importanza che non può essere trascurata quando si ha la necessità di avere un contatto sicuro e veloce con la persona scelta come ricevente per un trapianto che si deve svolgere a breve.

Quando il sistema non è sufficiente a garantire tutti

Il Cnt nel 2007 riportava il 6% circa di decessi in Lat, dato che sottostima la realtà in quanto non include i casi rimossi dalla Lat nei singoli Centri perché troppo gravi per essere trapiantati e poi deceduti.

Il 14,5% dei pazienti che sono entrati in Lat nella nostra realtà (biennio 2011-2012) non ha avuto accesso, per svariati motivi, alla chirurgia trapiantologica. Le morti in lista in quel periodo sono state intorno al 4,5%, mentre le esclusioni per gravità clinica sono state circa il 5%. Restano i pazienti che hanno avuto un repentino miglioramento con stabilità clinica nel tempo (il 4%) e i pazienti che con diverse modalità dimostrano solo dopo l'ingresso in Lat la non adesione al programma di trapianto (1%). Questi ultimi sono pazienti con scarsa *compliance* (fattori ambientali, familiari, disposizione psicologica, affidabilità). Tutte queste situazioni implicano necessariamente l'esclusione dalla Lat. È competenza del Tnc raccogliere queste notizie e riformulare la Lat in modo da renderla aggiornata.

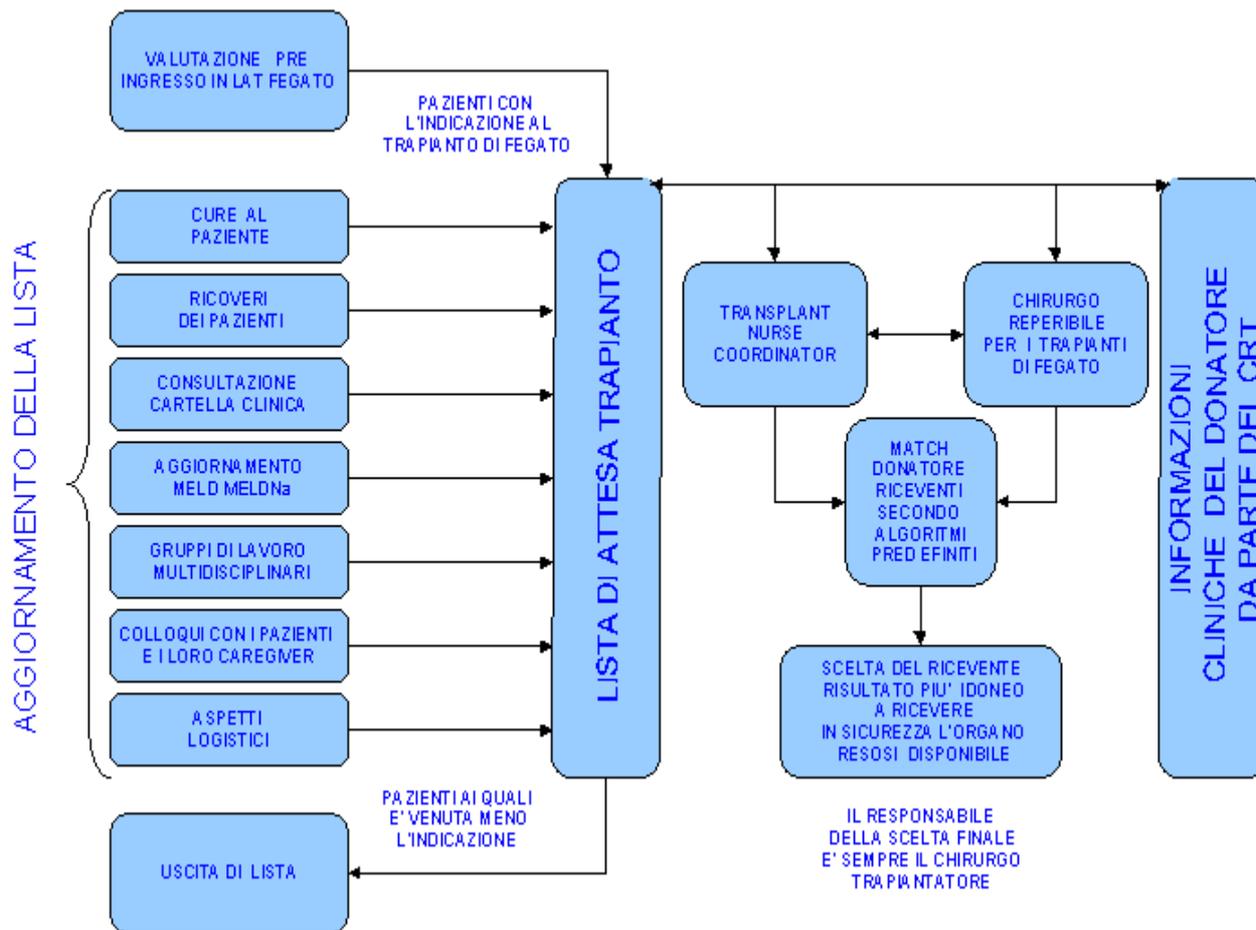
Conclusioni

La crescita professionale in termini clinici e scientifici avvenuta nel gruppo di lavoro dei Tnc di questo centro trapianti ha contribuito al cambiamento organizzativo per la gestione della Lat. Le attenzioni poste sui pazienti in attesa sono da considerarsi doppiamente importanti. Le cure, oltre a dare un sollievo psico-fisico, forniscono informazioni necessarie ad aggiornare la Lat e questo fa porre domande utili ad assistere e curare al meglio il paziente. I risultati sono in termini di *transplant benefit* (beneficio di sopravvivenza), di riduzione dei costi sociali e di costi di gestione dei centri trapianto. Rimane aperto un dibattito più ampio e complesso sul come favorire modelli simili in tutti i centri trapianto, la scarsità di risorse non permette sempre di poter destinare personale dedicato a questo modello di cure, ma alcuni centri in Italia hanno previsto modelli simili e questo ha certo contribuito a renderli centri trapianto d'eccellenza.

Questo modello di cure e valutazioni non è solo un puro esercizio per ottenere prestazioni di alto livello o comunque adeguate alle situazioni cliniche dei pazienti in Lat, ma è in grado di dare, grazie al valore aggiunto dei dati che si ottengono nel praticarlo, informazioni utili e irrinunciabili per favorire un *match* donatore-ricevente appropriato. La sfida lanciata dalla condizione di scarsità della risorsa (gli organi) è stata accolta dal nostro gruppo di lavoro che, nel tenere conto del principio di equità, si è preoccupato di non trascurare mai la sicurezza di chi viene trapiantato e quella dei pazienti che restano in Lat. Gli algoritmi di allocazione che utilizziamo sono strumenti logici, sempre in progress, per abbinare l'organo che si rende disponibile al miglior ricevente possibile, vengono utilizzati dal chirurgo trapiantatore reperibile con il contributo del Tnc che è invece il garante dell'aggiornamento in tempo reale della Lat.

Come si evince dalla flow-chart (**Figura 2**), l'utilizzo di questi due strumenti - Lat aggiornata e algoritmi di allocazione - uniti all'esperienza dei professionisti che li adoperano rendono possibile scelte razionali e trasparenti delle quali è sempre comunque responsabile il chirurgo trapiantatore.

Figura 2 - Flow chart delle attività del Transplant nurse coordinator



BIBLIOGRAFIA

- Burra P, Gambato P (2008). *La gestione della lista d'attesa per il trapianto di fegato*. Trapianti; XII: 85-104.
- Cavallero P, Ferrari MG, Verbena V, Mosca F (2007). *Cure al paziente. Vicinanza e risorse nelle persone sottoposte a trapianto d'organo e i loro familiari*. Psychofenia- vol. X. N. 17, pag. 75.
- Costa G, Cislaghi C (2012). *Viaggiare per la salute un fenomeno poco studiato* di Agenas 9° Supplemento al numero 2012 di Monitor Elementi di analisi e osservazione del sistema salute La mobilità sanitaria, pag. 9-10.
- International transplant nurses society. De Simone P, Baldoni L, Ducci J (traduzione italiana a cura di) (2010). *L'ambito e gli standard della pratica infermieristica trapianti*. International transplant nurses society. Plus Pisa university press, pag. 24.
- Rizzato L et al. (2007). *Il sistema donazione e trapianti in Italia: analisi di un modello di integrazione tra professionisti della salute*. Trapianti 2007; XI: 155-163, pag. 158.
- Sistema informativo trapianti, disponibile al sito:
http://www.trapianti.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2130_allegato.pdf.

ESPERIENZE

Percorsi infermieristici nelle cure primarie nella UsI di Grosseto: modelli e risultati

di Paola Cesarini (1), Irene Malinverno (1), Simone Montani (1), Barbara Moscatelli (1), Elisabetta Nannini (1), Sabrina Pastorelli (1), Anna Bertini (2), Cristina Corsini (2), Lucia Ciuffoletti (3), Nicola Draoli (3), Gaia Franci (3), Loredana Micheli (3), Stefania Vannuchi (3), Silvia Bellucci (4), Gabriele Taddei (4), Vania Novi (4), Donatella Capitani (5), Lorenzo Baragatti (6)

(1) Infermieri, Cure Primarie USL 9 di Grosseto

(2) Infermieri Esperti, Cure Primarie USL 9 di Grosseto

(3) Infermieri Coordinatori, Cure Primarie USL 9 di Grosseto

(4) Infermiere Direttore U.O. Assistenza Infermieristica Territoriale USL 9 di Grosseto

(5) Statistica, Gestione Flussi Dipartimento Tecnologie Informatiche e Sanitarie - ESTAR

(6) Direttore U.O.C. Infermieristica Aziendale USL 9 di Grosseto

Corrispondenza: segr.dirinf@usl9.toscana.it

Introduzione

Nel quadro di un significativo invecchiamento della popolazione e dell'aumento della prevalenza delle malattie croniche, l'assistenza infermieristica costituisce il perno della rete dei servizi che agisce in una logica multiprofessionale, a cui è demandata la responsabilità nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura del singolo e della comunità. L'utilizzo di una terminologia infermieristica standardizzata permette di definire l'assistenza infermieristica (Clark & Lang, 1992), declinare i bisogni di salute della persona, i risultati di salute attesi e gli interventi infermieristici necessari al fine di garantire sicurezza della persona, qualità assistenziale e soddisfazione per le cure ricevute (Lau et al., 2012; Urquhart et al., 2009; Fernando et al., 2009; Thoroddsen & Ehnfors, 2007; Müller-Staub et al., 2006; Thiuru et al., 2003; Daly 2002).

Tra le diverse classificazioni identificate dall'*American Nursing Association* (ANA) e da altre associazioni infermieristiche a livello internazionale (Tastan 2014), le tassonomie NANDA-I, NOC, NIC (NNN) sono attualmente le più utilizzate (Park 2011; Anderson et al., 2009; Thoroddsen et al., 2012), in quanto migliorano la qualità delle informazioni correlando diagnosi, risultati e interventi rispetto al percorso assistenziale personalizzato (Thiuru et al., 2003; Müller-Staub et al., 2006; Fernando et al., 2009; Urquhart et al., 2009; Lau et al., 2012).

Le NNN promuovono autonomia e responsabilità professionale, costituiscono un mezzo di comunicazione efficace e standardizzata tra gli infermieri e gli altri professionisti della salute, rappresentano una modalità per misurare la complessità e l'intensità assistenziale (Harris et al., 2000; Englebardt & Nelson, 2002) e permettono l'intera codifica della documentazione infermieristica in formato digitale (FSE).

Il progetto

Nell'Azienda Usl 9 di Grosseto, in coerenza con gli obiettivi della Regione Toscana, è in atto dal 2008 una progressiva riorganizzazione dei Presidi Ospedalieri secondo il modello per "Intensità di cura" e della Rete Territoriale, orientata oggi al modello del "Chronic Care Model".

Per la Direzione Infermieristica questa evoluzione ha rappresentato un'opportunità per passare da un'organizzazione strutturata per specializzazioni mediche a modelli organizzativi assistenziali centrati sui bisogni della persona, quali il Primary Nursing e il Care Management con l'utilizzo di piani di assistenza personalizzati e del linguaggio infermieristico standardizzato NNN.

Obiettivi del progetto in ambito Territoriale

- Adottare il modello organizzativo di assistenza infermieristica del Care Management;
- promuovere l'utilizzo delle tassonomie NNN nel piano di assistenza infermieristica (PAI);
- standardizzare il linguaggio e i comportamenti, facilitare la condivisione mono e multi – professionale;
- implementare l'infermiere di riferimento (di Famiglia), documentare il processo di assistenza infermieristico e valutare i risultati sensibili all'infermieristica in ambito residenziale, domiciliare e ambulatoriale.

Il percorso Il progetto si è svolto dal giugno 2012 al giugno 2015, sviluppandosi in tre fasi (Tabella 1):

1. avvio del progetto con formazione infermieristica sull'utilizzo delle tassonomie NNN nella pratica clinica. Implementazione del modello organizzativo assistenziale del Care Management, figura di riferimento per l'assistito, la famiglia, la comunità, in grado di gestire in maniera efficace ed efficiente la presa in carico sia della persona assistita che dei suoi familiari. Assegnazione degli utenti all'infermiere di riferimento Care Manager o con criterio geografico o, come accade nella zona Colline Metallifere, con criterio di convenienza sul bacino di utenza condiviso con il MMG. Iniziale analisi retrospettiva della documentazione infermieristica strutturata sui Modelli Funzionali di Salute di M. Gordon e individuazione dei problemi assistenziali più ricorrenti;
2. implementazione del piano di assistenza infermieristico individuale (PAI) con le tassonomie NNN. Lavoro a piccoli gruppi con infermieri clinici per l'elaborazione di una prima serie di PAI Standard con tassonomie NNN, sulla base dei problemi di salute più frequenti all'interno delle realtà clinico assistenziali. Identificazione delle diagnosi infermieristiche NANDA-I prioritarie, dei risultati NOC e relativi indicatori di risultato sensibili e direttamente correlati agli interventi infermieristici associati a una scala Likert a cinque punti, in grado di mostrare la variabilità in uno stato o comportamento descritto di un risultato. Selezione degli interventi NIC correlati alle Diagnosi NANDA-I identificate;
3. valutazione dei risultati NOC raggiunti dagli assistiti alla dimissione o agli intervalli prestabiliti negli utenti con patologie croniche.

Tabella 1 - Fasi del progetto di implementazione delle tassonomie NNN nei PAI

Fasi/Azioni Anno	2012				2013				2014							
	Trimestre				I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
FASE 1																
- Presentazione del progetto																
- Incontro con Infermieri Coordinatori																
- Identificazione infermieri formati su tassonomia NNN																
- Assegnazione utenti ad infermiere di riferimento																
- Studio retrospettivo sulla documentazione infermieristica																
FASE 2																
- Implementazione piani assistenziali con tassonomia NNN																
- Identificazione delle diagnosi NANDA-I prioritarie																
- Costruzione dei PAI con tassonomia NNN																
- Identificazione dei NOC e relativi indicatori di risultato																
- Scelta degli interventi NIC e relative attività																
- Inizio sperimentazione																
- Formazione di supporto																
- Incontri di revisione e condivisione																
FASE 3																
- Incontri per verifica, comparazione e formazione																
- Monitoraggio e analisi dei dati raccolti																

La documentazione infermieristica in uso a livello Aziendale è stata strutturata secondo i Modelli Funzionali di M. Gordon. In coerenza con la forte componente educativa dell'infermiere di famiglia, i NIC nel PAI sono attribuibili anche ai caregiver, che entrano così a pieno titolo nel percorso di cura.

Al fine di sperimentare il piano di assistenza infermieristico individuale con le tassonomie NNN, sono stati arruolati inizialmente 283 utenti assegnati a 50 infermieri in precedenza specificamente formati, appartenenti ai servizi territoriali di cure primarie, cure intermedie, dipendenze patologiche, SMA dell'Azienda USL 9 di Grosseto; gli stessi infermieri formati hanno elaborato i relativi piani assistenziali infermieristici e valutati i risultati NOC raggiunti alla dimissione o alla fine della sperimentazione.

Ogni fase del progetto ha previsto un rinforzo formativo e una condivisione e revisione dei diversi risultati raggiunti.

Risultati

Conclusa la fase di avvio del progetto, la pianificazione assistenziale infermieristica con Tassonomie NNN è stata adottata da tutto il personale infermieristico in servizio nelle cure primarie. Tra giugno 2014 e luglio 2015 sono stati arruolati 964 utenti per la stesura dei PAI.

Sono state identificate 38 diagnosi NANDA-I (2012-2014) prioritarie sulle 216 possibili, sono stati scelti 41 NOC (2007) sui 330 possibili, e 82 NIC (2007) sui 514 possibili correlati alle D.I. Prioritarie.

La frequenza delle Diagnosi NANDA-I 2012-2014 (**Tabella 2**) si differenzia in relazione allo stato di salute degli assistiti e alla tipologia dell'unità operativa.

Tabella 2 – Elenco NANDA-I con frequenze assolute e relative per singolo servizio territoriale della ASL 9

NANDA-I 2012-2014 Titolo	Dipendenze		Cure Primarie		Cure Intermedie		Salute mentale	
	N	%	n	%	n	%	n	%
00002 Nutrizione squilibrata	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%
00011 Stipsi	0	0%	24	5%	13	6%	0	0%
00016 Compromissione eliminazione urinaria	0	0%	30	6%	2	1%	0	0%
00027 Insufficiente volume di liquidi	0	0%	5	1%	0	0%	0	0%
00028 Rischio di insufficiente volume di liquidi	0	0%	23	4%	0	0%	0	0%
00033 Ventilazione Spontanea Compromessa	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%
00040 Rischio sindrome da Immobilizzazione	0	0%	21	4%	0	0%	0	0%
00044 Compromissione della integrità tissutale	0	0%	27	5%	2	1%	0	0%
00046 Compromissione integrità cutanea	0	0%	189	36%	5	2%	0	0%
00047 Rischio di compromissione dell'integrità	0	0%	4	1%	4	2%	0	0%
00052 Compromissione dell'interazioni sociali	0	0%	0	0%	0	0%	2	3%
00053 Isolamento sociale	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
00054 Rischio di solitudine	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
00069 Coping inefficace	12	13%	11	2%	0	0%	53	84%
00072 Negazione inefficace	2	2%	0	0%	0	0%	0	0%
00076 Coping inadeguato della famiglia	0	0%	21	4%	0	0%	0	0%
00079 Non adesione	4	4%	0	0%	0	0%	0	0%
00080 Inefficace regime terapeutico	0	0%	4	1%	0	0%	1	2%
00085 Compromissione della mobilità	0	0%	3	1%	98	45%	0	0%
00091 Mobilità compromessa nel letto	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%
00092 Intolleranza all'attività	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%
00095 Insonnia	0	0%	20	4%	1	0%	0	0%
00099 Inefficace mantenimento della salute	59	66%	0	0%	0	0%	0	0%
00102 Deficit nella cura di sé: alimentazione	0	0%	7	1%	0	0%	0	0%
00103 Compromissione della deglutizione	0	0%	16	3%	2	1%	0	0%
00108 Deficit nella cura di sé (bagno e igiene personale)	0	0%	0	0%	0	0%	2	3%
00109 Deficit nella cura di sé: vestirsi/curare il proprio aspetto	0	0%	1	0%	3	1%	0	0%
00128 Confusione mentale acuta	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
00132 Dolore acuto	0	0%	42	8%	61	28%	0	0%
00133 Dolore cronico	0	0%	0	0%	4	2%	0	0%
00134 Nausea	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%
00137 Affezione cronica	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
00138 Rischio di violenza rivolto ad altri	0	0%	11	2%	0	0%	0	0%
00146 Ansia	1	1%	1	0%	0	0%	1	2%
00155 Rischio di cadute	0	0%	28	5%	21	10%	0	0%
00162 Disponibilità a migliorare la gestione del regime terapeutico	0	0%	8	2%	0	0%	0	0%
00188 Comportamento relativo alla salute che può causare rischi	12	13%	25	5%	0	0%	0	0%
Totale	90	100%	523	100%	219	100%	63	100%

Nelle cure domiciliari prevale la DI "00046 *Compromissione dell'integrità cutanea*" (36% degli utenti); la diagnosi Nanda-I "00069 *Coping inefficace*" riguarda 84% degli utenti del Servizio di salute mentale, mentre nel Servizio dipendenze patologiche la diagnosi Nanda-I "00099 *Inefficace mantenimento della salute*" rappresenta ben il 66% di quelle individuate. Infine nelle Cure Intermedie la diagnosi NANDA-I "00085 *Compromissione della mobilità*" raggiunge il 45,% delle diagnosi individuate nei PAI del servizio.

I risultati sono significativi e misurati con criteri oggettivi, la valutazione finale descritta dagli indicatori NOC selezionati ed effettuata su scala Likert (da 1 a 5) presenta rispetto alla valutazione iniziale un notevole miglioramento per 703 utenti, un risultato invariato per 230 utenti (da interpretare in maniera positiva trattandosi prevalentemente di persone con patologie croniche) e un peggioramento per 31 utenti rispetto al risultato previsto (**Tabella 3**).

Tabella 3 - Variazioni Generali NOC (migliorato, peggiorato, invariato) sui singoli servizi territoriali

		SERVIZIO				Totale
		CURE PRIMARIE	CURE INTERMEDIE	SALUTE MENTALE	DIPENDENZE PATOLOGICHE	
NOC Migliorati	Frequenze Assolute	448	153	32	70	703
	Frequenze Relative sul Totale dei Migliorati	63,7%	21,8%	4,6%	10,0%	100,0%
NOC Invariati	Frequenze Assolute	127	56	27	20	230
	Frequenze Relative sul Totale degli invariati	55,2%	24,3%	11,7%	8,7%	100,0%
NOC Peggiorati	Frequenze Assolute	15	10	5	1	31
	frequenze Relative sul Totale dei peggiorati	48,4%	32,3%	16,1%	3,2%	100,0%

Le migliori performance sono riscontrabili nei Servizi delle cure primarie (**Tabella 4**) ed intermedie (**Tabella 5**). È interessante anche notare i risultati delle dipendenze patologiche: rispetto ad una valutazione iniziale molto bassa, raggiungono una performance inferiore alle cure primarie ma forse qualitativamente più interessante (**Tabella 6**).

Tabella 4 - Scostamento NOC secondo scala Likert su servizio Cure Primarie

	Media	N
PUNTEGGIO NOC VALUTAZIONE INIZIALE	2,35	588
PUNTEGGIO NOC VALUTAZIONE FINALE	3,81	588

Tabella 5 - Scostamento NOC secondo scala Likert su servizio Cure Intermedie

	Media	N
PUNTEGGIO NOC VALUTAZIONE INIZIALE	2,76	218
PUNTEGGIO NOC VALUTAZIONE FINALE	3,60	218

Tabella 6 - Scostamento NOC secondo scala Likert su servizio Dipendenze Patologiche

	Media	N
PUNTEGGIO NOC VALUTAZIONE INIZIALE	1,73	90
PUNTEGGIO NOC VALUTAZIONE FINALE	2,97	90

Lo studio è di tipo descrittivo e ha analizzato i dati della documentazione senza alcuna associazione con le caratteristiche degli assistiti che possono aver influenzato sia la frequenza delle diagnosi NANDA-I, sia il livello degli indicatori NOC.

Conclusioni

L'utilizzo di un modello organizzativo assistenziale che preveda dei Care Manager per uno specifico e selezionato gruppo di utenti può facilitare la pianificazione assistenziale infermieristica, ridurre i giorni di assistenza e contribuire alla diminuzione dei ricoveri, garantendo la continuità assistenziale e il rapporto fiduciario con gli assistiti.

La progressiva introduzione delle tassonomie NNN nella pianificazione assistenziale infermieristica permette di valorizzare la conoscenza e l'esperienza clinica di tutti gli infermieri, uniforma il linguaggio e i comportamenti e rende possibile raccogliere e valutare i risultati infermieristici, rendendo evidente non solo un miglioramento nella maggior parte degli utenti, ma la sua correlazione agli interventi attuati dagli infermieri.

Nell'utilizzo dei PAI si evidenzia ancora l'orientamento a individuare Diagnosi Infermieristiche per alterazioni delle funzioni fisiche, piuttosto che alterazioni della percezione di sé, del ruolo, delle relazioni e dei valori della persona assistita, denunciando un'influenza ancora forte della patologia rispetto ai bisogni di salute della persona assistita.

L'utilizzo continuo dei PAI standard potrebbe portare ad agire sulla base del documento, anziché dal ragionamento diagnostico, quindi il percorso di costruzione partecipata nel team deve essere continuo e coinvolgente.

Appare essenziale come il know how scientifico, strutturato e validato, debba essere trasferito su una piattaforma informatizzata multidisciplinare, che si avvalga di un software specifico, il quale, oltre a ridurre la tempistica di registrazione eliminando la complessità cartacea, permetta la visione dei dati raccolti sia ai fini della ricerca infermieristica, sia per una condivisione con le altre figure professionali.

Questo permetterà, nel futuro prossimo, un percorso guidato per la costruzione di PAI personalizzati.

BIBLIOGRAFIA

- Bulechek et al. (2007). *Classificazione degli interventi infermieristici*. Nic, Ambrosiana Milano.
- Gordon M (2008). *Diagnosi infermieristiche: processo e applicazioni*, Ambrosiana, Milano.
- Herdman TH (2012). *Nanda International. Diagnosi infermieristiche: Definizione e Classificazione*. 2012-2014, Ambrosiana, Milano.

- Johnson M et al. (2005). *Diagnosi infermieristiche, risultati ed interventi. Collegamenti Nanda Noc e Nic*. Ambrosiana, Milano.
- Moorhead S et al. (2007). *Classificazione dei risultati infermieristici Noc*. Ambrosiana, Milano.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E (2008). *Nursing outcomes classification (Noc)* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M Lavin MA & van Achterberg T (2007). *Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study*. International Journal of Nursing Terminologies & Classifications 18 (1),5-17.
- Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I & van Achterberg FT (2006). *Nursing diagnoses, interventions and outcomes –application and impact on nursing practice: systematic review*. J Adv Nurs 56, 514–531.
- Müller-Staub M (2009). *Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: The Official Journal of Nanda International 20 (1) 9–15.
- Nanda International. <http://www.nanda.org/TaxonomyLicensing.aspx> accessed September 10 2013.
- Novi V, Baragatt L, Di Giacomo P, Santin C, Rigon LA. *The Nursing care plan with Gordon model and Nanda-I, Noc, Nic Taxonomies: the Experience of Health Company Usl 9 Grosseto - Italy*. Acendio 16-18 april 2015, Bern, Switzerland.
- Wilkinson J. (2013). *Processo infermieristico e pensiero critico*, Ambrosiana, Milano.
- L.R. della Regione Toscana 24 febbraio 2005, n 40.
- P.S.R. Toscana 2008-2010.
- DGRT 1235/2012.

ESPERIENZE

Movimentazione manuale dei carichi in sala operatoria e sterilizzazione: valutazione del rischio e realizzazione di interventi risolutivi

di Agnese Bonfanti (1), Cinzia Garofalo (2), Monica Pandolfi (3), Natale Battevi (4), Sabrina Bonalumi (5)

(1) Infermiera sala operatoria Area testa-collo

(2) Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Dirigente Dipartimento Chirurgia

(3) Dottoranda Epidemiologia, Ambiente e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Milano

(4) Medico del Lavoro UOC Medicina del Lavoro, Dipartimento Medicina Preventiva, Clinica del Lavoro

(5) Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Referente Area Anestesia e Blocchi Operatori, SITRA

Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico via F. Sforza, 35 Milano

Problema e contesto

Negli ultimi anni è stato registrato un rapido incremento dei casi di patologie degenerative dei dischi intervertebrali, riconosciute come malattie professionali. L'ernia discale rappresenta il 10% di tutte le malattie professionali riconosciute dall'INAIL. In Italia il 28% dei lavoratori è adibito per almeno il 25% del proprio tempo lavoro ad attività di movimentazione manuale carichi (MMC) e, anche in Europa, i disturbi muscolo scheletrici correlati al lavoro sono per il 27% rappresentati da mal di schiena (6;7;10).

Scopo della valutazione

Il DLgs 81/08 consiglia l'utilizzo di metodologie di valutazione del rischio basate sulla norma UNI ISO 11228 parte 1, integrata dal *Technical Report* 12295 (8;13;14). Presso la Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, le sale operatorie e le sterilizzazioni costituiscono ambienti di lavoro in cui abitualmente sono svolte attività di MMC, pertanto sono ambienti presso i quali è presente il rischio di contrarre patologie al rachide (2;3;4).

I carichi sono rappresentati dai set degli strumenti utilizzati per gli interventi chirurgici che vengono movimentati dalla sterilizzazione alle sale operatorie e viceversa.

Scopo dello studio è valutare il rischio da MMC a cui sono sottoposti gli infermieri strumentisti delle sale operatorie e gli operatori afferenti alle sterilizzazioni della Fondazione, mediante l'applicazione del metodo NIOSH.

La metodologia utilizzata

Per la valutazione del rischio si è utilizzata la metodologia descritta nelle norme UNI ISO 11228 parte 1, integrata dal *Technical Report* 12295 e, in particolare, il metodo del *Variable Lifting Index*. Il calcolo dell'indice di sollevamento (LI) permette la classificazione dell'attività in quattro fasce di rischio (**Tabella 1**)⁽¹³⁾.

Tabella 1 - Classificazione del rischio da MMC ⁽¹⁴⁾

Lift Index	Livello d'esposizione	Conseguenze
LI ≤ 1,0	Accettabile	Accettabile: nessuna conseguenza
1,0 < LI ≤ 2,0	Presenza di rischio	Riprogettare compiti e luoghi di lavoro in base alle priorità
2,0 < LI ≤ 3,0	Presenza di rischio di livello alto	Riprogettare compiti e luoghi di lavoro appena possibile
LI > 3,0	Presenza di rischio di livello molto alto	Riprogettare compiti e luoghi di lavoro immediatamente

Per il calcolo del LI va sempre tenuta in considerazione la costante di peso (peso massimo di sollevamento raccomandato in condizioni ottimali). L'indagine ha visto coinvolti i due blocchi operatori della Fondazione ai quali afferiscono due centrali di sterilizzazione. Il personale coinvolto nelle attività di MMC è rappresentato da infermieri strumentisti dei blocchi operatori e dal personale afferente alle sterilizzazioni.

La raccolta dati è stata effettuata da un'infermiera strumentista afferente ad uno dei due blocchi operatori campione, preventivamente formata presso il Centro Ergonomia della Fondazione. I dati sono stati raccolti mediante l'osservazione diretta delle realtà operative oggetto di studio (**Tabella 2**) ed è durata circa due mesi durante i quali sono stati pesati tutti i *set* degli strumenti chirurgici, è stato scansionato il tempo nel quale è effettuata la MMC e alla misurazione in centimetri degli spostamenti dei *set* effettuati dal personale coinvolto nella MMC. Successivamente i dati sono stati controllati da colleghi esperti e dai coordinatori delle realtà.

Tabella 2 - Raccolta dati

		Testa-collo		Materno-infantile	
		Blocco operatori	Sterilizzazione	Blocco operatorio	Sterilizzazione
1	Durata turno di lavoro	7h 12'	7h 12'	7h 12'	7h 12'
2	N. operatori che effettuano MMC (media a settimana)	30	30	22	30
3	Peso <i>set</i>	Kg		kg	
	- minimo	4,5		3,5	
	- massimo	19,5		15,5	
	- media	70,75		50,75	
	- mediana	10,5		9,5	
	Categoria di peso più rappresentativa	Il 56,6% dei <i>set</i> movimentati pesa tra gli 8,3 e i 10,7 kg		Il 41,3% dei <i>set</i> movimentati pesa tra i 7,5 e i 10,5 kg	
4	N. <i>set</i> movimentati in un turno di lavoro	Il maggior numero di <i>set</i> sollevati pesa tra 7 e 7.99 kg		Il maggior numero di <i>set</i> sollevati pesa tra 8 e 8.99 kg	
5	N. di movimentazioni per ogni <i>set</i>	2	2	2	3

6	Distanze dall'origine e alla destinazione	Cm		Cm	
	- verticali (da terra)	>130 e <31		>170 e <11	>135 e <25
	- orizzontali	<40		<40	<40
7	Tempo complessivo di movimentazione in un turno di lavoro (minuti)	40	120	20	75

Partendo da tutti questi valori, suggeriti negli *standard* di riferimento riportati in precedenza, è stato possibile calcolare e classificare i risultati dell'indice di sollevamento (9;11;13).

I risultati

In tutte le realtà indagate è stata evidenziata la presenza di un rischio da MMC.

Tutti gli infermieri strumentisti sono a rischio: tutte le categorie hanno un LI superiore a 1 e gli operatori che l'hanno un rischio più elevato (fino a 2,57) sono le donne con età maggiore di 45 anni del materno-infantile.

Parimenti, in sterilizzazione è presente un rischio elevato per tutti gli operatori e, in particolar modo, per le donne con un'età maggiore di 45 anni; presso il padiglione testa-collo i valori di rischio sono esattamente sovrapponibili tra sale operatorie e sterilizzazione, mentre presso il materno-infantile sono più a rischio gli strumentisti piuttosto che gli operatori della sterilizzazione che, comunque, presentano un LI a rischio (**Tabella 3**).

Tabella 3 - Indici di sollevamento				
	Strumentisti sala operatoria		Operatori sterilizzazione	
	Testa-collo	Materno-infantile	Testa-collo	Materno-infantile
Maschi (18-45 anni) Peso limite 25 kg	1,41	1,54	1,41	0,93
Femmine (18-45 anni) Peso limite 20 kg	1,77	1,92	1,77	1,16
Maschi (<18 o >45 anni) Peso limite 20 kg	1,77	1,92	1,77	1,16
Femmine (<18 o >45 anni) Peso limite 15 kg	2,35	2,57	2,35	1,55

Le considerazioni

I risultati rendono necessaria l'adozione di misure di prevenzione del rischio da MMC al fine di prevenire patologie da sovraccarico biomeccanico del rachide (1;5;12). Attraverso un confronto con il Centro Ergonomia della Fondazione, si propone di modificare alcuni determinanti del rischio:

- diminuire il peso dell'oggetto da movimentare (secondo il metodo non bisognerebbe sollevare più di 10,9 kg);
- diminuire le distanze orizzontali e verticali di spostamento;
- aumentare il numero di persone che contemporaneamente movimentano l'oggetto.

Simulando di modificare i parametri sopra elencati, si giunge alla diminuzione del LI e, quindi, del rischio da MMC (**Tabella 4**).

Tabella 4 - Simulazione: diminuzione dei pesi e ottimizzazione delle distanze				
Strumentisti sale operatorie	Testa-collo		Materno-infantile	
	Pre	Post	Pre	Post
Maschi (18-45 anni)	1,41	0,80	1,54	0,67
Femmine (18-45 anni)	1,77	1,00	1,92	0,84
Maschi (<18 o >45 anni)	1,77	1,00	1,92	0,84
Femmine (<18 o >45 anni)	2,35	1,34	2,57	1,12
Operatori sterilizzazione				
Maschi (18-45 anni)	1,41	0,63	0,93	0,65
Femmine (18-45 anni)	1,77	0,79	1,16	0,81
Maschi (<18 o >45 anni)	1,77	0,79	1,16	0,81
Femmine (<18 o >45 anni)	2,35	1,05	1,55	1,08

In tutte le realtà oggetto di indagine e per tutti gli operatori coinvolti nella MMC si registra un miglioramento del livello di rischio che, nella maggior parte dei casi risulta <1 e, quindi, indica una situazione di rischio assente/accettabile per la maggior parte degli operatori. Restano situazioni di rischio *borderline* quelle relative agli strumentisti e agli operatori della sterilizzazione con particolare riferimento alle donne con più di 45 anni presso entrambe le realtà.

È poi stata condotta una seconda simulazione ipotizzando che tutte le movimentazioni degli oggetti più pesanti (quasi il 15% dei sollevamenti) potessero essere effettuate da due operatori contemporaneamente dimezzandone così il peso (**Tabella 5**).

Tabella 5 - Simulazione: sollevamento da parte di due operatori contemporaneamente				
Strumentisti sale operatorie	Testa-collo		Materno-infantile	
	Pre	Post	Pre	Post
Maschi (18-45 anni)	1,41	0,67	1,54	0,56
Femmine (18-45 anni)	1,77	0,84	1,92	0,69
Maschi (<18 o >45 anni)	1,77	0,84	1,92	0,69
Femmine (<18 o >45 anni)	2,35	1,12	2,57	0,93
Operatori sterilizzazione				
Maschi (18-45 anni)	1,41	0,53	0,93	0,53
Femmine (18-45 anni)	1,77	0,67	1,16	0,67
Maschi (<18 o >45 anni)	1,77	0,67	1,16	0,67
Femmine (<18 o >45 anni)	2,35	0,89	1,55	0,89

A seguito dell'ulteriore modifica, si nota come il rischio non sia più presente in nessun caso se non per le strumentiste con un'età superiore ai 45 anni del testa-collo sala operatoria.

Le conclusioni

L'indagine ha permesso di evidenziare le criticità dovute alla MMC ed è stato possibile simulare come la modifica delle condizioni lavorative porti ad una sensibile riduzione del rischio fino ad un suo completo annullamento nella maggior parte dei casi, lasciando tuttavia delle lievi criticità per le donne con più di 45 anni di età. Grazie al coinvolgimento attivo del personale interessato, è stato possibile ideare interventi potenzialmente risolutivi e sviluppare strategie organizzative concretamente messe in atto.

Le soluzioni ideate, la simulazione effettuata e la concreta realizzazione delle strategie risolutive proposte hanno permesso di abbattere i rischi presenti, ciò nonostante è indubbio che mettere in atto quanto ipotizzato sia tutt'altro che facile. Prendere coscienza di un problema, infatti, è solo il primo passo. Molto più difficile è la modifica della realtà anche se, come sperimentato, il coinvolgimento del personale coinvolto nella MMC è stato fondamentale.

In conclusione, l'indagine svolta ha permesso sicuramente di conoscere le situazioni di rischio presenti e di muovere i primi passi per il loro miglioramento. La metodologia con approccio ergonomico utilizzata, inoltre, è e sarà applicabile alla valutazione degli altri rischi presenti in ambito ospedaliero.

BIBLIOGRAFIA

1. Bruce P, Bernard MD (1997). *Musculoskeletal disorders and workplace factors: a critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity and low back*. National institute for occupational safety and health, Niosh. Publication No. 97-141.
2. Marras WS (2012) *The complex spine: the multidimensional system of causal pathways for low-back disorders*. The Journal of the human factors and ergonomics society, 54(6), 881-889.
3. Rosea JD, Mendelb E & Marras WS (2013). *Carrying and spine loading*. Ergonomics, 56(11), 1722-1732.
4. Salami O, Oliver E (2010). *A Review of manual load lifting models*. Leonardo Journal of Sciences ISSN 1583-0233 Issue 16.
5. Waters T, Occhipinti E, Columbini D, Alvarez E, Hernandez A (2009). *The variable lifting index (VLI): a new method for evaluating variable lifting tasks using the revised Niosh lifting equation*. Ergonomics, 50(11), 1761-1770.

Sitografia

6. European foundation for the improvement of living and working conditions (2007). *Fourth European working conditions survey*. Consultato il 20 giugno 2014, disponibile all'indirizzo: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/ewcs2005/index.htm>.
7. Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, Inail. *Rapporto Annuale sull'andamento infortunistico 2007*. Consultato il 20 giugno 2014, disponibile all'indirizzo: www.inail.it.
8. Zin Cheung, MS, CIE - Cal/OSHA Consultation Service - Sacramento, CA Mario Feletto, MS, MPH - Cal/OSHA Consultation Service - Sacramento, CA Jim Galante - EASE Council - Charlotte, NC Tom Waters, PhD, CPE - NIOSH - Cincinnati, OH (2007) NIOSH "Ergonomics programs and interventions", "Ergonomic guidelines for manual material handling" (documento 131 del 2007). Consultato il 20 giugno 2014, disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/niosh/topics/ergonomics/>.

Testi

9. Colombi D, Occhipinti E, Battevi N, Cerbai M, Fanti M, Menoni O, Placci M (2010). *Mmc: manuale operativo per l'applicazione del Dlg 81/08*. Dossier ambiente n. 89.
10. Menoni O, Battevi N, Pancera D (2009). *Lavoro e salute in ospedale "La prevenzione dei disturbi della colonna vertebrale"*. Unità di ricerca ergonomica della postura e del movimento (Epm).

Normative e legislazione

11. Allegato XXXIII *Movimentazione manuale dei carichi*, Supplemento ordinario n.142/L alla Gazzetta Ufficiale 05/08/2009.
12. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 *Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro, Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*.
13. ISO 12295 First edition 2012 Ergonomics - Application document for ISO standards on manual handling (ISO 11228-1, ISO 11228-2 and ISO 11228-3) and evaluation of static working postures (ISO 11226).
14. ISO/TR 12295 Technical Report First edition 01/04/2014 Ergonomics - Application document for ISO standards on manual handling (ISO 11228-1, ISO 11228-2 and ISO 11228-3) and evaluation of static working postures (ISO 11226).



ESPERIENZE

Sviluppo metodologico e culturale dell'infermieristica in un Centro di Salute Mentale

di **Roberto Brisichella**

Infermiere Coordinatore Centro di Salute mentale Distretto 1-8 DSM ASL Torino 1

Corrispondenza: roberto.brisichella@asltor1.it

Introduzione

Le persone portatrici di disabilità motoria, grazie a programmi riabilitativi mirati e alla tecnologia ora disponibile, hanno recuperato per quanto è possibile i ruoli sociali perduti. Nella Salute Mentale non c'è il vantaggio della tecnologia, se non riferendosi alla terapia farmacologica e spesso si rimane bloccati in una aurea fatalista e poco tangibile.

In questo contesto infatti, serve uno stimolante *empowerment* motivazionale per gli operatori e per la persona assistita, riposizionando quest'ultima al centro di interventi progettati per mantenere o tentare di recuperare, i ruoli di vita e pertanto l'identità personale. Produrre assistenzialismo non progettato, molto spesso, porta ad una dipendenza della persona dal servizio o peggio dal singolo operatore, riducendo la persona da assistere, ad una misera condizione di scarso sviluppo personale.

Il Servizio di Salute mentale va gestito come qualsiasi altro servizio. Avere delle peculiarità assistenziali legate alla natura clinica delle problematiche dei pazienti, deve divenire, per i professionisti, una ricchezza e non un legaccio che non permetta di andare oltre. La disciplina psichiatrica offre, per uno stretto legame patologia-ruoli di vita un'affascinante opportunità di lavoro, e di sviluppo creativo.

Nell'esperienza proposta, si vuole condividere il percorso di sviluppo di un Centro di Salute Mentale, dalle fondamenta concettuali, poste come base di partenza, ai primi risultati di un'esperienza progettuale assistenziale, basata sulla presa in carico, i processi e i risultati sensibili all'intervento infermieristico ed educativo.

Responsabilità infermieristiche e opportunità

La ricerca dello specifico disciplinare rispetto alle responsabilità infermieristiche e relative funzioni e competenze, nel contesto della salute mentale, ha rappresentato il primo passo dello sviluppo del Servizio.

Alcune teoriche del nursing, hanno tentato di attribuire un senso al ruolo disciplinare e definire il *caring*. Watson (2000) definisce le cure infermieristiche come un'assistenza finalizzata ad aiutare i pazienti a trovare un senso alla propria esistenza, alla sofferenza e alla disarmonia. Il momento riabilitativo, vero fulcro, in salute mentale, è secondo un'altra teorica, Henderson (1980), l'oggetto di studio ed intervento dell'infermiere. Mentre secondo King (1981), l'insieme dei ruoli di vita di ciascun uomo, lo porta a definirsi come individuo irripetibile, dotato di una sua esclusiva identità.

Lavorare sulla leva del recupero o mantenimento dei ruoli della persona, permette di rimettere la persona al centro come protagonista, nonostante la patologia di cui soffre. Inoltre Doran (2010) individua le aree di intervento infermieristiche ponendole in relazione con il ruolo medico, definendo le attività e gli esiti. Queste tre aree, sono state contestualizzate alla luce del Profilo Professionale Infermieristico (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Ruoli, attività ed esiti dell'assistenza infermieristica rivolta ai pazienti assistiti in un centro di salute mentale

Funzione di ruolo	Attività	Esito
Ruolo dipendente	<ul style="list-style-type: none"> raccolta dei dati clinici ad integrazione nella valutazione medica garanzia applicazione prescrizioni terapeutiche e diagnostiche collaborazione a trattamenti medici 	<ul style="list-style-type: none"> risposta clinica alle terapie (controllo dei sintomi e compliance farmacologica) riduzione eventi avversi terapeutici
Ruolo indipendente	<ul style="list-style-type: none"> valutazione assistenziale/infermieristica processo decisionale interventi educativi, accompagnamento all'autonomia nella funzionalità di vita, verifica della compliance farmacologica 	<ul style="list-style-type: none"> miglioramento e mantenimento dello stato funzionale (ruoli di vita) raggiungimento degli obiettivi educativi ed assistenziali fissati misurazione della qualità percepita
Ruolo interdipendente	<ul style="list-style-type: none"> continuità assistenziale coordinamento percorso assistenziale e di cura (integrazione interdisciplinare) gestione dati predittivi di rischio 	<ul style="list-style-type: none"> riduzione degli eventi avversi (es. cadute, delirio etc.) riduzione della degenza prevenzione delle riammissioni non programmate grado di reinserimento sociale

(tratto da: Brisichella-Ferrante, Outcomes, 2011)

Se si osserva attentamente la tabella, si può evincere che lo sviluppo degli outcomes sensibili all'assistenza infermieristica si è spostato dall'area del *Safety* a quella dell'*Effectiveness* (abilità della persona), fino alla *Compassionate Care* (2008 Griffith), quindi alla ricaduta delle abilità della persona sulla capacità di espressione dei ruoli che la vita ha insita nella sua natura.

Il punto di partenza

Di seguito vengono descritti i passaggi di sviluppo, progettati e messi in atto, allo scopo, da prima di creare le condizioni di lavoro e culturali favorevoli e successivamente accedere ad una metodologia di lavoro processuale finalizzata a raggiungere e misurare i risultati. Attraverso un'analisi organizzativa ed un periodo di osservazione sono emersi dei primi punti di debolezza dello svolgimento dell'assistenza infermieristica nel contesto del Centro di salute mentale:

- mancanza di un percorso di cura ben definito nei suoi passaggi;
- indifferenziazione o poca chiarezza tra i ruoli professionali assistenziali ed educativi;
- non appropriatezza di alcuni interventi riabilitativi e scarsa educazione della persona;
- scarsità di progettazione e di documentazione degli interventi e dei risultati.

Tali consuetudini o difficoltà rilevate, hanno condotto a sviluppare una riflessione costante del gruppo di lavoro.

Il cambiamento va agito

Il sociologo statunitense W. Ogburn, nel 1922, differenzia la cultura materiale, fatta del quotidiano tangibile, dalla cultura adattiva, costituita da un sistema di valori e norme. Essenzialmente asserisce che il cambiamento culturale, più efficace e rapido passa dal tangibile, mentre le proposte di ascolto e riflessione, si rivelano poco stimolanti e portano ad un'evoluzione lentissima. In sintesi, si impara giocando, si coglie nelle emozioni che queste esperienze portano una leva di slancio che innesca e facilita il cambiamento possibile.

Puntare sul tangibile, richiede forse maggiormente di definire con estrema puntualità quali condizioni possano sostenere il cambiamento dell'offerta e soprattutto lo sviluppo delle competenze. A tale scopo, si è cercato, in ogni momento di:

- valorizzare e spingere su un agito diretto o affidato direttamente, responsabile e di valore;
- rielaborare continuamente le esperienze di cambiamento;
- ridare voce ai professionisti, come singoli e gruppo, dotandoli di strumenti di lavoro e di un linguaggio che il più possibile avvicini discipline diverse, un linguaggio comune, libero, con uno spessore apprezzabile, che permette a tutti di imparare l'uno dagli altri;
- mantenere, come coordinatore, uno sguardo esterno per cogliere ciò che si perderebbe nell'insieme.

Gli obiettivi specifici che sono stati fissati nel progetto di sviluppo del Servizio, sono stati:

- strutturazione di un percorso/progetto di assistenza ed educazione;
- implementazione di strumenti organizzativi facilitanti il processo di espressione specifica professionale;
- documentazione del processo di assistenza ed educazione e monitoraggio dei risultati.

Nel corso di un anno di tempo, i risultati raggiunti, dal punto di vista organizzativo, hanno consentito di sperimentare prima, e successivamente introdurre stabilmente una nuova metodologia. Essa si è basata sulla progettazione di interventi assistenziali, che partendo dalla valutazione delle abilità della persona e da un'attenta presa in carico, puntasse al raggiungimento degli obiettivi assistenziali e alla raccolta sistematica dei dati relativi ai risultati ottenuti. A tale scopo sono stati eliminati i Piani di Assistenza Individuale, introducendo una scheda di Presa in Carico e valutazione (PSP- VADO, secondo Morosini, contestualizzata al Servizio) (**Tabella 2 e 3**) ed una scheda di progettazione. Sono stati attivati i controlli sulla registrazione nella documentazione clinica del paziente quotidiana (diaria) degli interventi e delle valutazioni assistenziali.

Tabella 2 - Scheda di presa in carico

- *Dati anagrafici*
- *Operatori di riferimento*
- *Manifestazione della diagnosi clinica nella sfera comportamentale*
- *Anamnesi familiare remota psichiatrica o di abuso di sostanze*
- *La presenza di altre patologie o deficit fisici, abuso di sostanze*
- *Fonti di reddito e tipologia di abitazione*
- *Caregivers realmente disponibili e tipologia di rapporto (es. conflittuale)*
- *Punti di forza e risorse attuali (interessi, patente, impiego PC, nuoto, giardinaggio ecc.)*
- *Punti di forza precedenti (ora non più presenti)*
- *Aspetto della sua vita quotidiana che vorrebbe migliorare (unica domanda diretta)*

Tabella 3 - Scheda di valutazione della funzionalità di vita PSP e obiettivi assistenziali fissati

- *Scala di valutazione PSP delle funzioni di vita, in modo particolare rispetto alla cura del sé e dell'abitazione, dei rapporti personali e sociali, delle attività produttive, dei comportamenti disturbanti e aggressivi e delle abilità strumentali*
- *Obiettivi assistenziali fissati e raggiunti in dato tempo*
- *Capacità di gestire la terapia prescritta dal medico psichiatrica*
- *Tipologia di progetto attivato (recovery o mantenimento sociale e tutela)*

Contemporaneamente è stato chiesto a ciascun operatore di tentare di definire quali erano i reali interventi necessari alle persone affidate loro. Si è iniziato a classificare i pazienti come di seguito:

- Persone in “*Recovery*” che necessitavano di un progetto riabilitativo dei ruoli di vita;
- Persone in “*Mantenimento*” con necessità di tutela da situazioni spiacevoli e di aiuto nel soddisfare i loro bisogni quotidiani (es. spesa, gestione della casa e igiene personale).

E' stato introdotto il concetto di responsabilità di equipe e non necessariamente di un singolo operatore. Ai singoli operatori sono stati affidati i pazienti indicati come casi di *Recovery* e *Mantenimento*, mentre gli altri sono rimasti in carico al gruppo intero. In tal modo il gruppo ha imparato a gestire autonomamente le diverse situazioni in cui potevano trovarsi i pazienti anche nel caso fosse assente l'infermiere responsabile del progetto di assistenza.

Nell'anno 2014, entrambi i Centri di salute Mentale (CSM) hanno partecipato ad un progetto di ricerca Aziendale, assieme al CSM2 ASLTO1, con l'obiettivo di esplorare il raggiungimento degli *outcomes* da parte delle persone prese in carico con metodologia progettuale, rispetto all'intervento infermieristico. Il progetto si è sviluppato attraverso un'indagine retrospettiva ed una prospettica. Gli indicatori impiegati in entrambe le indagini sono stati:

- **Scarto nel punteggio PSP** (VADO Morosini in centesimi, dove più il punteggio è alto, meglio la persona è in grado di funzionare nelle attività di vita e quindi di esprimere i propri ruoli) tra due momenti in cui è avvenuta la misurazione, a distanza di 6 mesi, sulla stessa persona presa in carico;
- **Numero degli obiettivi** assistenziali ed educativi **raggiunti**, anche parzialmente rispetto il totale di quelli fissati.

Per l'indagine retrospettiva, si è cercato, analizzando la documentazione clinica che era stata utilizzata, di attribuire il punteggio PSP a posteriori. L'indagine ha riguardato i 32 pazienti presi in carico dal servizio relativamente al periodo ottobre 2013/marzo 2014.

Per l'indagine prospettica, l'attribuzione del PSP, veniva effettuata in modo sistematico al momento della presa in carico (punto 0) e dopo 6 mesi. L'indagine è stata condotta su 31 pazienti corrispondenti al gruppo precedente, più un nuovo ingresso (totale 32) nel periodo aprile a ottobre 2014.

I primi risultati del Servizio

Dall'analisi della documentazione clinica dei pazienti coinvolti nell'indagine retrospettiva, quindi nel campione non trattato con metodologia per obiettivi, non è stato possibile attribuire a posteriori in modo sistematico il punteggio PSP, in relazione alla tipologia dei dati che venivano registrati. E' stata comunque effettuata una valutazione complessiva, dalla quale sembrerebbe emergere un fenomeno di "cristallizzazione" delle condizioni cliniche nelle persone, una pari o inferiore capacità di funzionare e un'assenza di documentazione del raggiungimento di obiettivi.

Altresì dai risultati raccolti dal Servizio CSM1-8, in modo prospettico, sui 32 pazienti seguiti con progettazione assistenziale attivata è emerso:

- uno scarto di miglioramento funzionale di vita in media di 5.2 punto score. Nella **Tabella 4** sono indicati i valori medi dei punteggi del PSP riscontrati nei pazienti in occasione della prima rilevazione e della successiva dopo 6 mesi;
- il 72,8% degli obiettivi assistenziali raggiunti (su un totale di 87 obiettivi), in modo particolare rispetto all'autonomia nella cura del sé, la capacità di socializzare, la *compliance* terapeutica, la consapevolezza di malattia, il recupero dei ruoli di vita, la prevenzione di agiti drammatici.

Tabella 4 - Sintesi dei punteggi medi PSP riscontrati nei pazienti in occasione della prima rilevazione e della successiva dopo 6 mesi

Momento di valutazione	Punteggio Medio in centesimi	Valore Minimo in centesimi	Valore Massimo in centesimi	Deviazione Standard
Tempo 0 (aprile 2014)	55	25	81	20.24
Tempo 1 (ottobre 2014)	60.2	25	81	19.64

Sicuramente, nel complesso è stata dimostrata, nonostante il campione fosse non numericamente importante, che vi è grande sensibilità dei risultati dagli interventi degli operatori che lavorano presso il Servizio. E' molto difficile distinguere quale tra gli interventi disciplinari di infermieri, educatori professionali, psicologi e psichiatri sia più incisivo. Un approfondimento futuro, in tal senso renderebbe maggiore consapevolezza del rapporto di *skillmix* necessario ad operare efficacemente.

Le informazioni presenti negli strumenti

Di seguito si riportano le informazioni raccolte dagli strumenti di presa in carico e attivazione dei Progetti nelle persone in "Recovery".

Come crescere ancora

L'esperienza fino ad ora vissuta, ci ha permesso di riflettere sui possibili punti di sviluppo futuro, tanto da far emergere la necessità di lavorare per:

- una maggiore appropriatezza (interventi finalizzati a obiettivi);
- un'apertura al patto di cura con la persona;
- l'opportunità di ridefinire i ruoli professionali;
- l'opportunità di attivare il confronto con altri servizi;
- l'opportunità di spingere sulla leva motivazionale degli operatori (dal risultato concreto alla cultura disciplinare).

Un'altra grossa opportunità è nata dalla sinergia collaborativa tra infermieri ed educatori professionali. A partire dal mese di maggio 2015, è stato implementato un nuovo percorso che da la possibilità formale al medico psichiatra di richiedere l'attivazione di interventi assistenziali ed educativi. Il coordinatore infermieristico e l'educatore coordinatore, attivano una valutazione contemporanea assistenziale ed educativa. Sono state attivate delle verifiche interne, allo scopo di monitorare la risposta alla richiesta di intervento e l'avanzamento del progetto attivato.

Immaginiamo di ricavare, da questa esperienza, uno scambio culturale e metodologico, e uno sviluppo di nuove competenze avanzate. Imparare a lavorare assieme, ciascuno con le proprie specificità, nel rispetto dei ruoli, con una metodologia progettuale, orientati al raggiungimento e alla misurazione dei risultati, tangibili, diverrà sicuramente leva rinvigorente le energie personali e dell'equipe.

BIBLIOGRAFIA

- Doran M(2013). Nursing outcomes. *Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche*. McGraw Hill.
- Brisichella R, Ferrante E (2012). *Outcomes. Misurazione dei risultati – Efficacia. Applicazione del modello Goal Attainment*. Edizioni Medico Scientifiche.
- Morosini P, Magliano L (1998). *Vado (Valutazione di abilità, definizione di obiettivi). Manuale per la riabilitazione in psichiatria*. Centro Studi Erickson.
- *Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale*, 2008.

SCAFFALE

Il tempo senza ore

Luca Favaro
 Nulladie Edizioni
 pagine 228, euro 20,00



Il libro di Favaro non è certo quello che apre un nuovo filone della letteratura: proprio sulle storie di persone e famiglie con Alzheimer si sono già spese molte pagine, ma ognuna di queste non appare vana. Sì perché la sensazione, leggendo questo "Il tempo senza ore", è che in Italia ci sia ancora bisogno di creare eco rispetto alla storia di ogni nucleo colpito da questo dramma più volte narrato, ma ancora non affrontato.

"Il tempo senza ore" percorre appunto la storia dell'insorgere del morbo di Alzheimer in un direttore di coro, Marco, alle soglie dei cinquant'anni. Siamo nell'Italia del nord, in uno dei mille paesaggi di montagna delle Alpi, e Marco arriva all'appuntamento con un altro direttore di coro, fissato per quel giorno:

"Oh salve! Stavo cercando il dottor De Propoli"

"Non credo ci sia oggi"

"Come?"

"E' il suo giorno di riposo"

"Ma io avevo fissato un appuntamento!" (...)

"Non c'è segnato niente qui. Che giorno è oggi?"

"Il cinque di ottobre. Credo ..."

"Ah, ecco, sì. Ma l'appuntamento era per ieri, il quattro"

"Che intende dire?"

"Intendo dire che ha sbagliato giorno, signore"

"Impossibile" pensò. Era sempre stato un orologio svizzero (pag. 9).

Inizia così il suo lento percorso di presa di contatto con questa malattia: l'avvicinarsi dei disguidi si protrae nel tempo, congiungendo il mal di testa, le dimenticanze, i vuoti di memoria. Il lettore viene così a trovarsi a fianco di Marco, nel suo giorno dopo giorno, in questa costellazione di imprevisti di cui non riesce a capacitarsi e che giustifica, come chiunque tende a fare, con lo stress, la vita troppo di corsa, la mancanza di tempo per sé.

"Dica la prima cosa che le viene in mente"

"Non mi viene in mente niente"

"E' impossibile"

"Mi viene in mente che ho mancato a un appuntamento molto importante, e non riesco a capacitarmene"

"Nient'altro?"

“No. A parte il fatto che ultimamente ho la sensazione che a volte la memoria mi abbandoni. E poi ho questo senso d'intontimento, di confusione ... Insomma, tutto sta andando per il meglio, eppure io non mi sento bene” (pag. 20).

Le persone con Alzheimer in Italia sono ad oggi sono 600.000 e se a loro si aggiungono i familiari implicati, si arriva numeri importantissimi. L'attività di cura e sorveglianza è sempre più informale e privata, così come accade nella storia di Marco, dove sarà la moglie, sposata a malattia già diagnosticata, ad assumersi il carico del quotidiano con un uomo che vedrà trasformarsi, tanto da non riconoscerlo più.

Il racconto si avventura a questo punto su tutti gli aspetti della vita quotidiana, dalla cura di sé all'alimentazione, dalla richiesta furiosa di guidare l'auto pur non essendone più in grado, alle scenate di gelosia per una presunta storia tra la moglie e un protagonista del piccolo schermo. Storie di ordinaria disperazione, potremmo dirle, in quanto divenute parte di una vita familiare devastata dalla malattia.

La storia e la vita di Marco si concluderà al termine del volume, con un decesso all'interno della struttura dove la moglie sarà costretta a trasferirlo per l'impossibilità di gestione a casa.

Ma anche dopo l'ultima pagina la storia di Marco resta presente al lettore, che in questo percorso di malattia potrà ritrovare tutti i tratti caratteristici di queste situazioni, tutta la ridda di emozioni che attraversa le famiglie con una persona demente all'interno, una famiglia che per 68 capitoli avete imparato a conoscere e a cui non si può non sentirsi vicini.

Libri come questi possono servire, che si sia laici o addetti ai lavori, a far progredire quel movimento che sta già premendo per l'intervento di tutta la società verso questa straziante malattia.

Laura D'Addio

SCAFFALE

Formazione Infermieristica. Strategie per una trasformazione radicale

*Autori: Patricia Benner, Molly Sutphen, Victoria Leonard, Lisa Day
Edizione italiana a cura di: Loredana Sasso e Annamaria Bagnasco
Casa Editrice Edra, 2015
pagine 256, euro 34,00*



Hanno fornito un importante contributo alla formazione infermieristica, e di conseguenza a questa famiglia professionale, le autrici Loredana Sasso e Annamaria Bagnasco, scegliendo di rendere accessibile alla comunità infermieristica il testo di Benner et al.

Il volume, originariamente pubblicato nel 2010, risulta tutt'oggi di estrema attualità, sia per le problematiche che pone, che per la metodologia che segue, nonché per le proposte pratiche che illustra. L'intera opera origina in effetti dall'osservazione della realtà. A tal fine le autrici si avvalgono della metodologia utilizzata da un'autorevole fondazione, la *Carnegie Foundation*, già applicata per altre discipline, come la medicina o la giurisprudenza o addirittura la formazione ecclesiastica. Si tratta di professioni in cui si richiede al soggetto che le esercita di saper integrare contenuti teorici (sapere) con attività tecniche (saper fare), con modalità aderenti alla realtà del

singolo individuo, nel rispetto del suo sistema valoriale, orientati da un'etica della professione (saper essere).

Dove avviene questa integrazione? Noi infermieri siamo al letto del paziente, o nella sua casa, o in altri contesti di vita del singolo o della comunità, per educare, prevenire, sostenere, accompagnare, risolvere o aiutare a risolvere problemi clinici e assistenziali reali e a volte anche molto urgenti.

La sfida che allora propone questo testo è quella di indicare alcune strategie per facilitare al meglio i professionisti infermieri in formazione, di base o specialistica, nell'apprendimento dei contenuti, degli approcci e soprattutto dei ragionamenti, in modo da porli nelle condizioni migliori per dare risposte competenti alle situazioni reali nelle quali si troveranno a svolgere la propria professione.

L'idea di partire da una ricerca svolta in nove diverse sedi di formazione per infermieri, già di per sé costituisce una preziosa base di partenza: permette infatti di analizzare e comprendere ciò che risulta già efficace e quanto invece va migliorato, nonché come possa essere migliorato; a tal proposito la lettura dei racconti di studenti o docenti fornisce la chiave giusta per individuare nuovi possibili approcci.

Alcune sono le parole chiave che tornano nel testo e che danno consistenza all'orientamento dato alle diverse proposte formative ivi presentate: integrazione, ragionamento, individuazione delle priorità, apprendimento situato, crescita, condivisione, consapevolezza.

Il testo, organizzato in cinque parti, parte da un'analisi della realtà della professione e delle contraddizioni del suo insegnamento. In qualche modo parte dai "bisogni" di una professione in cambiamento, a cui viene chiesto molto e sempre di più, ma che spesso non dispone delle risorse giuste e sufficienti. E' una realtà comune forse a tutti, al di qua o al di là dell'oceano, ma che proprio per questo richiede risposte comuni.

Parallelamente anche la formazione, a volte anch'essa con poche risorse, utilizza metodi standardizzati, intercambiabili tra i vari docenti e proponibili anche ad un elevato numero di studenti. Si ascolta in questa opera testo una riflessione critica sulla formazione "formattata", ovvero quella predisposta a priori, basata fundamentalmente su serie di presentazioni, che propongono ai discenti un'acritica e faticosa, a volte poco utile, accumulazione di contenuti teorici. Ma poi, cosa succede di questi contenuti al letto del paziente? Cosa ne faranno gli studenti?

Attraverso la sapiente descrizione di tre casi paradigmatici offerti da tre docenti autorevoli ed esperti, in ambito di clinica specialistica (Diane Pistolesi), di aspetti teorici e pratica generale (Lisa Day) e di approcci etici (Sarah Shannon), l'opera ci offre un modo diverso di pensare, progettare e organizzare l'insegnamento.

Come se il lettore stesso fosse uno studente, le autrici illustrano situazioni di apprendimento, con i loro punti di forza e i punti di debolezza, descrivono il ragionamento che le ha portate a fare alcune scelte didattiche e non altre in relazione al contesto formativo e a ciò che i discenti man mano presentavano loro. Insomma, un contesto in cui il loro approccio ai discenti, l'attenzione alla persona che li sottende, al loro vissuto nell'apprendimento e a ciò che in questo processo avviene, rappresenti uno stile che poi a cascata, non foss'altro perché sentito su di sé, i discenti futuri professionisti possano riportare verso le persone di cui si prenderanno cura.

I diversi metodi didattici illustrati, per i quali si invita vivamente ad una lettura dettagliata del testo, in quanto strumenti preziosi per rendere più efficace e fluido l'insegnamento, richiamano ad "un continuo dialogo tra teoria e pratica" (pag. 12), al fine di sviluppare quella capacità di sviluppare il senso di "saliienza", inteso come il saper individuare, alle volte anche rapidamente, le priorità di una situazione clinica, riferendosi ad una base solida di conoscenze.

Ecco allora che il riferimento all'esperienza pratica degli studenti stessi, a ciò che avviene ai pazienti che loro seguono durante la pratica clinica, al chiedere loro costantemente: qual è il problema, cosa c'è dietro a questo problema, cosa faresti, come potrebbero andare le cose (immaginazione), cosa potresti fare di diverso, che cosa è stato fatto di sbagliato e ...cosa ci faccio con questo sbaglio nella mia vita di professionista, rappresenta un bel modo per ripensare l'insegnamento.

In alcuni casi, le docenti raccontano cosa sia successo anche a loro in prima persona: bellissima è la descrizione di un errore in cui una di queste è incorsa, cosa ha fatto, come ha impedito che avvenissero conseguenze peggiori, come ha accettato che si possa anche sbagliare e come ha tenuto questa esperienza come occasione preziosa per sé e per altri affinché non se ne verificassero di nuove.

Questo testo merita una lettura attenta ed è prezioso per i formatori in primis, ma anche per gli organizzatori perché possano considerare i discenti, i docenti ed i tutor preziose risorse da valorizzare e non un mero carico aggiuntivo nella complessità dell'assistenza.

Questo testo ci insegna anche come problemi complessi, come sono e sempre più lo saranno, richiedano risposte complesse: la sfida attuale è garantire la formazione di professionisti infermieri che siano in grado di fornirle, queste risposte complesse, in modo efficace, efficiente e soprattutto aderente alla realtà del paziente.

E' bellissima in tal senso la prefazione al testo originale di Lee Shulman, Presidente della *Carnegie Foundation*, che riporta la risposta di alcuni infermieri alla domanda "Chi sono gli infermieri?": "Gli infermieri sono l'ultima linea di difesa del paziente" (pag. IX): questa affermazione dice tutto sulla urgente direzione da dare alla formazione, perché l'obiettivo sia questo.

A cura della Redazione

COLOPHON

Direttore responsabile

Barbara Mangiacavalli

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