

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LX

4

**LUGLIO-AGOSTO
2016**



ISSN 2038-0712

Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● EDITORIALE

Il futuro dell'assistenza parte dagli infermieri*di Barbara Mangiacavalli*

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Il progetto di ricerca Guardian Angel®: risultati preliminari*di Noemi Cittadini, Annalisa Pennini, Emanuela Basilici Zannetti, Fabio D'Agostino, Maurizio Feola, Cecilia Rao, Ercole Vellone, Rosaria Alvaro, Umberto Tarantino***Employability degli infermieri neolaureati: revisione narrativa***di Giampiera Bulfone, Roberta Fida, Ercole Vellone, Rosaria Alvaro, Alvisa Palese*

● CONTRIBUTI

Il rispetto della dignità umana durante le attività infermieristiche: revisione della letteratura*di Claudia Casumaro*

● ESPERIENZE

La gestione dei turni: i risultati di un'esperienza*di Daniele Zanni***Etica del caring: analisi del distress morale degli infermieri tutor***di Simona Facco, Valerio Dimonte***Peritoniti e drop-out in pazienti in dialisi peritoneale: programmi informativi/educativi infermieristici rivolti al paziente***di Paola Colasanti, Stefano Lizio, Martina Panaroni***La disgeusia e la disosmia: disturbi sottovalutati nei pazienti in chemioterapia***di Anna Piva, Antonio Boscolo Anzoletti***Tutor clinico: percorsi e strumenti per la valutazione***di Alessandra Bertozzi, Dorian Montani*

● SCAFFALE

Infermieristica in cure palliative**Guida al monitoraggio in Area Critica**



EDITORIALE

Il futuro dell'assistenza parte dagli infermieri

di **Barbara Mangiacavalli**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Un altro tassello importante per la nostra professione sta per entrare a far parte del mosaico di interventi che caratterizzano la fase di crescita dell'infermieristica italiana. Il Tavolo tecnico per la professione infermieristica, voluto e insediato al ministero della Salute a inizio estate, ha concluso la sua prima fase di lavoro con l'elaborazione di un documento di sintesi che presto approderà sul tavolo delle Regioni.

Secondo il documento la presa in carico degli assistiti, territoriale e ospedaliera deve prevedere un modello che si caratterizzi per la capacità di porre il paziente al centro del percorso di cura, puntando all'integrazione e alla personalizzazione dell'assistenza. E' infatti, particolarmente funzionale allo sviluppo e all'utilizzo dei percorsi clinico assistenziali integrati, la traduzione locale delle linee guida nella pratica clinica, cosa che pare rispondere meglio non solo ai bisogni assistenziali di pazienti sempre più anziani e affetti da complesse polipatologie, ma anche alla necessaria integrazione multidisciplinare e multiprofessionale.

Il riorientamento dell'intera offerta assistenziale per garantire efficaci strategie preventive e pro-attive deve realmente garantire la "continuità assistenziale". L'attivazione cioè di percorsi di cura attraverso l'adozione di opportuni strumenti di raccordo e di professionalità appropriate, come ad esempio quella infermieristica, per rispondere ai nuovi bisogni. Anche nel recente Piano nazionale per la cronicità la professione infermieristica è indicata come la professione in grado di perseguire positivi risultati nell'esercizio della funzione di "care management" e quindi nella gestione della continuità assistenziale e del lavoro in rete.

L'organizzazione di un tale modello richiede l'attivazione di team che includano vari professionisti, ognuno con il proprio ruolo all'interno di un percorso integrato, in grado di prendere in carico il paziente. Secondo le esperienze regionali un sistema di questo tipo potrebbe anche garantire iniziative di prevenzione e promozione della salute e dei corretti stili di vita per incidere precocemente sui determinanti di salute, per ridurre sia l'incidenza delle malattie croniche, sia la progressione della malattia già esistente, per potenziare a livello territoriale la presa in carico delle dimissioni difficili, attraverso l'impegno di tutti i professionisti coinvolti.

Il documento propone di riprogettare o cambiare l'organizzazione sanitaria che, soprattutto in un'ottica di scarsità di risorse, significa ricercare e trovare l'equilibrio tra efficienza ed efficacia del sistema e la sua equità: l'equilibrio si ottiene definendo nuove regole organizzative e delineando attitudini professionali, competenze trasversali degli attori del sistema. Significa mettere in campo una "sanità di iniziativa", come delinea il documento.

Quattro i nuovi ambiti per i professionisti infermieri nel nuovo modello dei percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio e tra territorio e ospedale, senza dimenticare, evitandolo, l'isolamento sociale che può essere causa di frequenti riospedalizzazioni: infermieristica di famiglia-comunità; assistenza infermieristica domiciliare; assistenza infermieristica ambulatoriale; ospedali di comunità.

E il filo conduttore è l'evoluzione della professione infermieristica scritta nel Dlgs 15/2016 che ha recepito le indicazioni europee indicando che l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale e ha la competenza di:

1. individuare autonomamente le cure infermieristiche necessarie utilizzando le conoscenze teoriche e cliniche attuali nonché di pianificare, organizzare e prestare le cure infermieristiche nel trattamento dei pazienti, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite, in un'ottica di miglioramento della pratica professionale;
2. lavorare efficacemente con altri operatori del settore sanitario, anche per quanto concerne la partecipazione alla formazione pratica del personale sanitario sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite;
3. orientare individui, famiglie e gruppi verso stili di vita sani e l'autoterapia, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite;
4. avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e di intervenire in situazioni di crisi e catastrofi;
5. fornire autonomamente consigli, indicazioni e supporto alle persone bisognose di cure e alle loro figure di appoggio;
6. garantire autonomamente la qualità delle cure infermieristiche e di valutarle;
7. comunicare in modo esaustivo e professionale e di cooperare con gli esponenti di altre professioni del settore sanitario;
8. analizzare la qualità dell'assistenza in un'ottica di miglioramento della propria pratica professionale come infermiere responsabile dell'assistenza generale".

In questo quadro è necessario un approccio più solido e ambizioso nella ridefinizione dei modelli organizzativi e assistenziali e, soprattutto, nell'innovazione e ridefinizione dell'assistenza primaria, ancora prevalentemente orientata a servizi tradizionali anziché di iniziativa, ossia impostati sulla logica "dell'andare verso il cittadino", sulle reti multiprofessionali di presa in carico e di continuità assistenziale, ampliando l'assistenza nel domicilio, attivando gli ospedali di comunità, le case della salute e i servizi ambulatoriali di prossimità.

La sfida che abbiamo raccolto per la nostra evoluzione continua.

Il progetto di ricerca Guardian Angel®: risultati preliminari

Noemi Cittadini¹, Annalisa Pennini¹, Emanuela Basilici Zannetti¹, Fabio D'Agostino², Maurizio Feola³, Cecilia Rao⁴, Ercole Vellone², Rosaria Alvaro⁵, Umberto Tarantino⁶

¹Dottorando di ricerca in scienze infermieristiche e sanità pubblica, Dipartimento di biomedicina e prevenzione, Università di Roma Tor Vergata; ²Assegnista di ricerca, Dipartimento di biomedicina e prevenzione, Università di Roma Tor Vergata; ³Dottorando in malattie apparato locomotore, Dipartimento di scienze cliniche e medicina traslazionale, Università di Roma Tor Vergata; ⁴Specializzando in ortopedia e traumatologia, Dipartimento di ortopedia e traumatologia, Università di Roma Tor Vergata; ⁵Professore associato, Dipartimento di biomedicina e prevenzione, Università di Roma Tor Vergata; ⁶Professore ordinario, Dipartimento di ortopedia e traumatologia, Fondazione Policlinico Tor Vergata, Università di Roma Tor Vergata

Corrispondenza: noemi.cittadini@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione L'osteoporosi è una patologia scheletrica molto diffusa nella popolazione anziana e la complicanza più grave è la frattura da fragilità. Il progetto Guardian Angel® è stato sviluppato per migliorare la cura di sé (*self-care*) e la qualità di vita nelle pazienti con osteoporosi severa che hanno subito una frattura da fragilità attraverso interventi di educazione terapeutica mirata. Lo scopo di questo contributo è presentare i risultati descrittivi preliminari del progetto Guardian Angel® nella versione 1.0.

Materiali e metodi Il disegno dello studio è di tipo descrittivo-trasversale; è stato effettuato un campionamento di convenienza e sono stati utilizzati diversi strumenti di indagine. La popolazione di riferimento è composta da donne in post menopausa degenti per una frattura da fragilità.

Risultati Lo studio ha coinvolto 316 pazienti. L'età media era di 76 anni. Il luogo principale dove si è verificata la frattura è risultata l'abitazione per il 69,94% delle pazienti, in particolare durante lo svolgimento delle attività domestiche. Tra i fattori di rischio indagati si è evidenziato che il 16,54% del campione aveva familiarità per l'osteoporosi, il 55% era affetto da comorbidità, il 62% non praticava attività fisica e il 71,17% soffriva di dolore alla schiena.

Conclusioni Con questo studio è stato delineato il profilo clinico-assistenziale delle pazienti da inserire in programmi di educazione terapeutica per la riduzione dei fattori di rischio, l'aderenza ai trattamenti e il miglioramento dello stile di vita. Si ritiene necessario estendere lo studio a contesti diversi, come quello ambulatoriale.

Parole chiave: osteoporosi, post menopausa, intervento educativo, progetto Guardian Angel, cura di sé, qualità di vita

The Guardian Angel® research project: preliminary results

ABSTRACT

Introduction Osteoporosis is a very common disease in the elderly. The major complication of osteoporosis is fragility fracture. A research project called Guardian Angel® was developed to improve, through tailored education, self-care and quality of life in osteoporotic women who have had a fragility fracture. This article describes the preliminary descriptive results of the Guardian Angel® version 1.0 research project.

Methods A cross-sectional descriptive study was carried out. A convenience sample was enrolled and different assessment tools were used. The sample includes postmenopausal women, hospitalized for a fragility fracture.

Results The study involved 316 patients. The average age was 76 years. In 69,94% of women the fracture occurred at home during ordinary activities, as doing housework. Among risk factors investigated, 16,54% of sample had a family history of osteoporosis, 55% was affected by comorbidity, 62% did not practice physical activity and 71,17% referred back pain.

Conclusions A clinical care profile of patients was highlighted. These patients can be included in programs of therapeutic education in order to improve adherence to medication and lifestyle and reduce risk factors. Further studies are needed to investigate also different healthcare settings such as outpatient.

Keywords: Osteoporosis, post-menopause, educational intervention, Guardian Angel project, self-care, quality of life

INTRODUZIONE

L'osteoporosi è una patologia scheletrica molto diffusa in particolare nella popolazione anziana. La prevalenza della malattia è stimata in circa 200 milioni di persone nel mondo, 27,5 milioni in Europa, di cui 5 milioni in Italia (Dempster DW, 2011; Hernlund E et al., 2013; Svedbom A et al., 2013; Tarantino U et al., 2007, 2010; Reginster JY et al., 2006). L'80% delle persone affette da osteoporosi sono donne in post menopausa delle quali il 50% non è a conoscenza della propria malattia (Reginster JY et al., 2006; Tarantino U et al., 2007, 2010); per questo la patologia è stata denominata anche "malattia silente" perché, spesso, è asintomatica (Tarantino U et al., 2008).

Una conseguenza frequente e grave della malattia è la frattura da fragilità, ovvero una frattura che si verifica a seguito di un trauma che normalmente non provocherebbe danni a un osso normale. Queste fratture rappresentano un'importante causa di mortalità e morbilità oltre che un rilevante fattore che può determinare una scarsa qualità della vita ed elevati costi sanitari e sociali (Bouee S et al., 2006; Piscitelli P et al., 2007, 2011; Sack F, 2008). Inoltre, le persone che hanno subito una frattura da fragilità, se non trattate adeguatamente, risultano essere a elevato rischio di successive fratture (Brandi ML et al., 2010; Eisman JA et al., 2012; Hernlund E et al., 2013; Svedbom A et al., 2013). Nonostante ciò, la patologia osteoporotica non sempre viene trattata in modo adeguato; infatti, molto spesso le pazienti osteoporotiche non ricevono interventi educativi utili per prevenire le rifratture come, per esempio, quelli per migliorare il proprio stile di vita e l'aderenza al trattamento farmacologico (Lai PS et al., 2011; Oh EG et al., 2014; Olsen CF et al., 2014; Khani Jaihooni A et al., 2015; Beaudoin C et al., 2014).

In diversi Paesi, quali Inghilterra, Francia, Australia, Canada e Stati Uniti, sono stati sviluppati progetti per la gestione del percorso clinico-assistenziale ed educativo delle persone che hanno subito una frattura da fragilità. Tali progetti si sono dimostrati efficaci diminuendo il rischio di successive fratture e gli esiti negativi sopradescritti (Bogoch ER et al., 2006; Brandi ML et al., 2010; Casentini C et al., 2011; Cooper MS et al., 2012; Dell R, 2011; Eisman JA et al., 2012; Gallacher SJ, 2005; Marsh D et al., 2011; Mcllellan AR et al., 2003; Sale JE et al., 2011; Boudou L et al., 2011).

Un importante fattore per la prevenzione delle rifratture e della morbilità correlata è l'aderenza sia al trattamento farmacologico sia al mantenimento di uno stile di vita sano. La carente aderenza terapeutica a lungo termine è un problema comune nelle malattie croniche, fra cui l'osteoporosi. Le persone

che aderiscono alla terapia e conducono uno stile di vita adeguato possono ridurre il rischio di frattura dal 30% al 70% (Burrell S et al., 2013; Gold DT, 2011; Hiligsmann M et al., 2012; Huas D et al., 2010; Van Boven JF et al., 2013).

Secondo alcuni studi, una percentuale fra il 50% e il 75% dei pazienti in cura con farmaci contro l'osteoporosi abbandona la terapia entro un anno dall'inizio della stessa (Hiligsmann M et al., 2013; Modi A et al., 2014). L'abbandono della terapia è dovuto a diversi fattori quali una scarsa conoscenza della patologia, la dimenticanza, la comparsa di effetti collaterali, le difficoltà economiche, la polifarmacoterapia, le barriere cognitive e altro. Le persone assistite che, attraverso interventi educativi, acquisiscono conoscenza e consapevolezza circa la patologia possono aderire in modo più efficace alla terapia, tenere uno stile di vita sano e godere di una buona qualità di vita (Chan MF et al., 2006; Jaarsma T et al., 2012). Le informazioni ricevute circa l'uso dei farmaci risultano fondamentali per l'aderenza al trattamento (Dreinhofer KE et al., 2005; Gold DT, 2011; Tarantino U et al., 2011).

L'adesione al trattamento terapeutico e a un corretto stile di vita è una dimensione importante della cura di sé (*self-care*). La cura di sé è il processo che le persone possono mettere in atto per promuovere, mantenere e migliorare la propria salute e gestire le malattie, in particolare quelle croniche (Ausili D et al., 2014; Riegel B et al., 2012).

Sulla base di queste considerazioni è stato sviluppato un progetto di ricerca denominato Guardian Angel®; il progetto si inserisce nel quadro epidemiologico sopradescritto e può essere collocato concettualmente all'interno delle strategie proposte dall'International Osteoporosis Foundation (IOF). Essa ha promosso una campagna denominata "Capture the Fracture®" con la finalità di promuovere modelli organizzativi o percorsi per la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità. L'IOF ritiene che questi percorsi siano molto utili per migliorare le cure e contenere i costi sanitari legati alle fratture (Javaid MK et al., 2015).

Il progetto Guardian Angel®, attraverso un intervento educativo personalizzato condotto dall'infermiere, mira a fare acquisire alle pazienti la capacità di assumere comportamenti corretti di cura di sé e migliorare la propria qualità di vita. Inoltre, il progetto, attraverso un percorso di formazione sul campo degli infermieri coinvolti, si propone di promuovere lo sviluppo di competenze infermieristiche al fine di pianificare, gestire e valutare interventi di educazione terapeutica mirati per la prevenzione primaria e secondaria delle donne in post menopausa.

Uno degli obiettivi a lungo termine del progetto è quello di creare in Italia la figura del *bone care nurse*, già presente in diversi paesi; si tratta di un infermiere con conoscenze approfondite e aggiornate sulle malattie metaboliche dell'osso e con specifiche competenze cliniche per pianificare, gestire e valutare l'assistenza a pazienti con osteoporosi, agendo ai vari livelli di prevenzione e nei diversi contesti assistenziali.

Il progetto Guardian Angel® è costituito da tre versioni:

- 1.0, rivolta alle donne in post menopausa con frattura da fragilità degenti nelle unità operative di ortopedia e traumatologia;
- 2.0, rivolta alle donne in post menopausa afferenti agli ambulatori;
- 3.0, rivolta alle donne in post menopausa sia degenti sia ambulatoriali.

Lo scopo di questo contributo è descrivere i risultati preliminari del progetto Guardian Angel® nella versione 1.0. In particolare, si vogliono indagare i dati socio-demografici, l'evento traumatico e i fattori di rischio maggiori per l'osteoporosi quali la familiarità, l'anamnesi fisiologica e patologica, la terapia farmacologica, lo stile di vita e le capacità funzionali di base.

MATERIALI E METODI

Il disegno dello studio è di tipo descrittivo-trasversale.

Progetto Guardian Angel® versione 1.0

Il progetto di ricerca Guardian Angel®, nella versione 1.0, è stato promosso dal Dipartimento di biomedicina e prevenzione dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, dal Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica e dal Gruppo italiano di studio in ortopedia dell'osteoporosi severa. Il disegno dello studio è stato quasi-sperimentale, longitudinale e multicentrico. La durata del progetto è stata di 12 mesi, da aprile 2013 a maggio 2014.

L'intervento educativo è stato effettuato durante la degenza ospedaliera e, successivamente, tramite 4 colloqui telefonici individuali al fine di rinforzare l'educazione iniziale.

Il progetto ha coinvolto 53 infermieri afferenti alle unità operative di ortopedia e traumatologia di diverse strutture ospedaliere dislocate sul territorio nazionale.

Campione e contesto

La popolazione di riferimento era costituita da donne in post menopausa ricoverate presso unità operative di ortopedia e traumatologia e che avevano riportato almeno una frattura. Lo studio è stato condotto in 25 strutture ospedaliere italiane di cui 6 aziende

ospedaliero-universitarie, 14 aziende sanitarie locali e 5 case di cura private; una struttura è situata nel Nord Italia, 11 al centro e 13 nel Sud Italia.

È stato effettuato un campionamento di convenienza. I criteri di inclusione sono stati:

- condizione di menopausa (spontanea o chirurgica);
- avere riportato una frattura ossea e presenza di almeno un fattore di rischio maggiore per l'osteoporosi quali la familiarità, la presenza di polipatologie, l'assunzione di corticosteroidi per oltre 3 mesi consecutivi, il fumo, l'assunzione di alcolici in alte dosi, l'intolleranza a latte e latticini, una frattura ossea causata da un banale trauma, precedenti fratture e cadute frequenti.

I criteri di esclusione sono stati:

- la presenza di insufficienza renale grave;
- la presenza di patologie neoplastiche pregresse o in atto.

Strumenti

Questionario socio-demografico

Si tratta di un questionario socio-demografico sviluppato dal gruppo di ricerca e utilizzato per raccogliere variabili quali l'età, la diagnosi medica, la descrizione dell'evento traumatico (luogo e orario e modalità) e l'istituzionalizzazione alla dimissione.

Questionario sui fattori di rischio

Si tratta di un questionario per misurare i principali fattori di rischio legati all'osteoporosi. Il questionario è composto da 67 affermazioni suddivise in 6 dimensioni: la storia familiare, l'anamnesi fisiologica, l'anamnesi patologica, la terapia farmacologica, lo stile di vita e le capacità funzionali di base come, per esempio, la comunicazione, l'alimentazione e l'idratazione, la mobilitazione e l'eliminazione.

Validità degli strumenti

Su tutti gli strumenti è stata effettuata una validazione di contenuto con un gruppo di esperti. Successivamente, gli strumenti sono stati somministrati a un campione di 50 pazienti per testare la loro usabilità e chiarezza. Sulla base di questa prima somministrazione il gruppo di esperti ha effettuato alcune modifiche e poi gli strumenti sono stati nuovamente valutati tramite risomministrazione ai 50 pazienti.

Raccolta dei dati

La raccolta dei dati è avvenuta durante la degenza ospedaliera (*baseline*), dove sono stati somministrati dall'infermiere il questionario socio-demografico e il questionario sui fattori di rischio. Gli infermieri hanno somministrato i questionari per poter verificare se i pazienti fossero arruolabili all'interno

dello studio e quindi a rischio di sviluppare l'osteoporosi o già affetti da tale patologia.

Analisi dei dati

Sono state utilizzate la media e la deviazione standard per le variabili continue, mentre le frequenze e le percentuali per le variabili categoriali. L'analisi dei dati è stata eseguita utilizzando il software Statistical Package for Social Science (SPSS), versione 19.0.

Aspetti etici

Il protocollo di studio è stato sottoposto al comitato etico indipendente della Fondazione Policlinico Tor Vergata di Roma che, nell'aprile 2013, ha espresso parere favorevole. È stato richiesto ai pazienti il consenso alla partecipazione allo studio prima del reclutamento e, qualora si fossero evidenziate delle barriere cognitive, è stato coinvolto anche il caregiver. I pazienti e i loro caregiver potevano in qualsiasi momento scegliere di uscire dallo studio. I dati raccolti sono stati trattati in maniera confidenziale poiché sono stati inseriti all'interno di una banca dati informatica attraverso un codice, garantendo così la rintracciabilità del percorso ma non l'individuazione della persona fisica.

RISULTATI

Campione

Lo studio ha coinvolto 316 pazienti donne, arruolate al momento del ricovero presso le unità operative di ortopedia e traumatologia delle strutture considerate a seguito di una frattura ossea.

L'età media del campione è risultata essere di $76 \pm 10,55$ anni, con una degenza media di $10 \pm 9,11$ giorni. L'esito alla dimissione è stato per il 65,51% dei casi al proprio domicilio, per il 24,68% in clinica riabilitativa, per il 7,91% presso un'altra struttura, per l'1,26% presso un altro domicilio mentre è avvenuto il decesso per lo 0,64% delle pazienti. Per quanto riguarda il grado di autonomia, al momento dell'arruolamento il 76,9% delle pazienti era autonomo, il 13,36% parzialmente autonomo e il 9,74% dipendente.

Evento traumatico

L'evento traumatico della frattura è stato osservato in funzione al luogo, alla modalità e all'orario di manifestazione. Il luogo principale è risultato essere l'abitazione per il 69,94% delle pazienti. In particolare, l'evento traumatico è avvenuto secondo modalità non precisate nel 33,55% dei casi, durante le attività domestiche nel 25,95% dei casi, alzandosi dal letto nel 19,3% dei casi, facendo le scale nel

6,65% dei casi, alzandosi dalla sedia nel 6,32% dei casi, a causa di un incidente stradale nel 5,37% dei casi, durante l'attività lavorativa nell'1,6% dei casi e, infine, durante l'attività sportiva nell'1,26% dei casi. La frattura è avvenuta di mattina nel 55,06% dei casi, di pomeriggio nel 30,38% dei casi e di notte nel 14,56% dei casi.

Fattori di rischio maggiori per l'osteoporosi

Familiarità

L'analisi dei fattori di rischio maggiori per l'osteoporosi ha verificato se vi erano elementi riconducibili all'osteoporosi e alla fragilità ossea nella storia familiare. L'osteoporosi non è stata diagnosticata nei genitori dei pazienti nel 51,8% dei casi mentre lo è stata, in almeno uno dei due genitori, nel 16,54% dei casi; il 31,65% delle pazienti non è stato in grado di riferire con precisione il dato. Un altro elemento di indagine era la possibilità che la nonna, la madre o la sorella della paziente avessero subito una frattura in seguito a una caduta, situazione verificatasi nel 38,79% dei casi.

Anamnesi fisiologica

Sono stati indagati il peso e l'altezza dei pazienti in quanto il primo potrebbe compromettere la mobilitazione e l'altra è un probabile indice di crolli vertebrali. Confrontando le suddette variabili, riferite al momento dell'indagine e all'età di 30 anni, è emerso che le partecipanti hanno subito un aumento di peso, in media di 6,8 kg, e una diminuzione dell'altezza, in media di 2,9 cm.

Un altro fattore di rischio indagato è stata l'età in cui è iniziata la menopausa, risultata essere mediamente di $44,3 \pm 5,52$ anni. Nell'84,70% dei casi la menopausa è stata spontanea mentre nel 15,30% chirurgica. Nel 5,95% dei casi il ciclo mestruale si è interrotto per un periodo superiore a 12 mesi prima dei 35 anni, escludendo le gravidanze.

Anamnesi patologica

La diagnosi di osteoporosi è stata confermata, attraverso la mineralometria ossea computerizzata, nel 40,29% del campione. Rispetto alla comorbilità, si è evidenziata la contemporanea presenza di osteoporosi con artrite reumatoide (16,06%), con depressione (14,91%), con patologie tiroidee (14,08%) e con patologie infiammatorie croniche dell'intestino (9,75%).

Terapia farmacologica

È stata indagata l'assunzione di una terapia con corticosteroidi per oltre 3 mesi consecutivi, che è risultata presente nel 13,97% del campione. Il

36,59% delle pazienti ha assunto la terapia per osteoporosi, di cui la più frequente è stata quella con bifosfonati (83,33%) seguita, in ordine di frequenza decrescente, da quella con teriparatide (8,33%), con ranelato di stronzio (5,95%) e con denosumab (5,95%).

Stile di vita

L'indagine sugli stili di vita ha valutato l'abitudine al fumo, l'attività fisica e l'esposizione solare per almeno 10 minuti al giorno. Solo l'8,63% delle pazienti era fumatrice; più della metà del campione (61,59%) non praticava attività fisica e la stragrande maggioranza (85,61%) trascorrevva almeno 10 minuti al giorno all'aria aperta durante le ore di sole.

Capacità funzionali

Le capacità funzionali di base indagate sono state l'interazione nella comunicazione, l'alimentazione e l'idratazione, la mobilizzazione e l'eliminazione. L'analisi della funzione di comunicazione era orientata a esplorare l'esistenza di deficit sensoriali quali fattori predisponenti le cadute; si è evidenziato che l'85,51% del campione utilizzava gli occhiali e il 5,86% apparecchi acustici. Le funzioni di alimentazione e idratazione sono state esplorate considerando alcune abitudini che possono rappresentare fattori di rischio o protettivi per l'insorgenza dell'osteoporosi. Particolare attenzione è stata posta all'assunzione di acqua, per il possibile contenuto di calcio, dove è risultato che solo il 28,57% del campione beveva oltre 1,5 litri al giorno. Tra coloro che hanno dichiarato di non avere intolleranze a latte o latticini (86,02%), il 56,49% beveva meno di un bicchiere di latte al giorno, il 37,24% beveva tra 1 e 2 bicchieri di latte al giorno e solo il 6,28% beveva oltre i 2 bicchieri, mentre l'88,77% del campione ha dichiarato di mangiare regolarmente formaggi. Il 13,41% delle pazienti assumeva vino o alcolici in alte dosi e il 19,52% ha dichiarato di bere più di due caffè al giorno. Solo il 50% del campione ha mantenuto un'alimentazione globalmente corretta. La mobilizzazione è stata considerata una variabile molto rilevante nell'analisi dei fattori di rischio. Il 93,19% del campione ha riferito di aver riportato una frattura determinata da un "banale" trauma, confermando l'aspetto della fragilità ossea, così come circa la metà del campione ha affermato di avere già subito fratture nella propria vita. La paura di cadere è risultata presente nel 34,31% delle pazienti. Anche il dolore alla schiena è stato valutato come sintomo che può ridurre la mobilità; infatti, il 71,17% delle pazienti ha dichiarato di soffrirne. Per quanto riguarda la funzione di eliminazione, il

17,33% delle pazienti ha avuto problemi di incontinenza e il 70,86% del campione ha dichiarato di essersi alzata durante la notte per andare in bagno.

DISCUSSIONE

Le pazienti osservate erano tutte ricoverate in ospedale a seguito di una frattura da fragilità che, come rilevato dalla letteratura, rappresenta di per sé un importante fattore di rischio per successive fratture (Brandi ML et al., 2010; Eisman JA et al., 2012; Hernlund E et al., 2013; Svedbom A et al., 2013; Harrington JT et al., 2007; Demontiero O et al., 2014).

L'età media delle pazienti (76 anni) è un rilevante fattore di rischio rilevante, come riportato in diverse fonti bibliografiche; infatti, la probabilità di fratture aumenta in riferimento all'età: per esempio, il rischio di frattura dell'anca è dell'1,4% per una donna di 50 anni e del 14,2% per una donna di 80 anni (Brandi ML et al., 2010).

La maggioranza delle fratture è avvenuta a seguito di un "banale" trauma verificatosi nell'ambiente domestico e durante le normali attività di vita quotidiana (durante le attività domestiche, alzandosi dal letto, dalla sedia o dalla poltrona o facendo le scale); questo conferma ulteriormente il concetto di fragilità. I risultati sono in linea con i dati di fonti che hanno indagato il fenomeno degli incidenti domestici in Italia (ISS, 2009). In questa indagine è stato rilevato che gli ambienti domestici dove avvengono più frequentemente le cadute e i traumatismi sono la camera da letto, la cucina, le scale e il bagno. In questo modo, i risultati ribadiscono l'importanza della sicurezza dell'ambiente domestico, dell'informazione/educazione e della rimozione o modifica dei fattori di rischio ambientali per la riduzione del rischio di caduta nei contesti di vita quotidiana (Casentini C et al., 2011; Pfortmueller CA et al., 2014; Rao SS, 2005; Hill AM et al., 2013; Landis SE et al., 2014; Tinetti ME, 2003).

Il mattino è risultato il momento della giornata in cui si verificano con più frequenza gli eventi traumatici che portano alla frattura. In alcuni studi, riferiti a differenti contesti assistenziali (ospedale, centri residenziali o riabilitativi) si è invece rilevato come la maggioranza degli eventi avvenga di notte (Brandi A et al., 2002; Pennini A et al., 2008). E' probabile che tale differenza sia dovuta proprio a una diversità di contesto di analisi e che, in ambito domestico, l'incidenza in orario mattutino sia dovuta alle tipologie di attività svolte quotidianamente in quella fascia oraria.

I fattori di rischio riconducibili alla familiarità per l'osteoporosi riportati in letteratura (Bogoch ER et al.,

2006; Brandi ML et al., 2010), quali la diagnosi di osteoporosi ai genitori e le fratture riportate dalla nonna, dalla madre o dalla sorella delle pazienti, sono risultate confermate in percentuali rilevanti. L'anamnesi personale del rischio di frattura da fragilità ha evidenziato che l'età di inizio della menopausa è mediamente di 44 anni, lievemente inferiore ai tempi fisiologici (45/55 anni) e pertanto evidenza della presenza di un fattore di rischio.

La diagnosi certa di osteoporosi, attraverso la mineralometria ossea computerizzata, è stata rilevata solo nel 40% del campione, confermando anche in questo caso la citata silenziosità della malattia fino al momento della frattura. Inoltre, un numero rilevante di pazienti era affetta anche da altre patologie. La presenza di tale comorbidità è un fattore che può peggiorare il rischio di frattura (Brandi ML et al., 2010; Cartabellotta A et al., 2012) sia per l'ulteriore compromissione delle condizioni generali sia per la necessità di assumere farmaci che incidono sul metabolismo dell'osso.

Gli stili di vita, quali l'abitudine al fumo, l'attività fisica e l'esposizione al sole per almeno dieci minuti al giorno, sono stati indagati perché considerati rilevanti nella letteratura per capire come proteggere le pazienti dal rischio di frattura e in generale dalla fragilità dell'osso (Brandi et al., 2010, Tarantino et al., 2010, Smith, 2010). Nel campione considerato, meno del 10% delle pazienti fumava, più dell'80% di esse ha dichiarato di trascorrere del tempo all'aria aperta con esposizione al sole ma più della metà del campione non praticava attività fisica; quest'ultima è considerata molto importante per la prevenzione delle cadute e delle rifratture.

Le capacità funzionali di base indagate, ovvero la comunicazione, l'alimentazione e idratazione, l'eliminazione e la mobilitazione, quando alterate o compromesse, possono rappresentare dei fattori di rischio per ulteriori eventi traumatici e fratture da fragilità (Smith CA, 2010; Karlsson MK et al., 2013; Conklin A et al., 2012). L'alterazione della comunicazione è risultata un elemento di attenzione nel campione indagato in quanto molte pazienti (oltre l'85%) portavano gli occhiali o apparecchi acustici. Rispetto alle abitudini alimentari, fattore considerato molto rilevante per la prevenzione (Rizzoli R et al., 2014a, b; Christianson MS et al., 2013), si sono evidenziati comportamenti protettivi nella maggioranza delle pazienti. Infatti, l'alimentazione è risultata globalmente corretta in oltre il 50% del campione, compresa l'assunzione quotidiana di latte e latticini. Anche l'abitudine all'uso di alcol è risultata limitata a meno del 15% delle pazienti incluse nello studio. Per contro, solo un quarto del

campione assumeva più di 1,5 litri di acqua (fonte di calcio) al giorno. In merito all'eliminazione è emerso un importante fattore di rischio: oltre il 70% delle pazienti si alzava durante la notte per andare in bagno, esponendosi a una maggiore possibilità di cadere. La capacità funzionale più direttamente correlata con il rischio di traumi e cadute è quella della mobilitazione (Christianson MS et al., 2013; Karlsson MK et al., 2013; Burke TN et al., 2010). Nel campione è stata riscontrata la presenza di diversi fattori che possono facilitare gli eventi traumatici, quali il dolore, la paura di cadere e l'uso di ausili per la deambulazione (Rao SS, 2005; Tinetti ME, 2003; Demons JL et al., 2014). Il dolore alla schiena è risultato il principale sintomo ostacolante la corretta mobilità; tale fattore è risultato presente in oltre 2/3 del campione con un'intensità moderata/severa nella maggioranza delle pazienti (45,89%). Infine, la presenza di paura di cadere era un fattore predittore di ulteriori cadute in circa 1/3 delle pazienti (Rao SS, 2005; Scheffer AC et al., 2008).

Limiti

Lo studio è stato condotto su pazienti ricoverate in ospedale dopo un evento traumatico che ha portato a una frattura, pertanto questo lo rende non generalizzabile ad altri contesti assistenziali dove l'osteoporosi viene diagnosticata e trattata. Inoltre, considerando che lo studio si è svolto in Italia, la generalizzazione ad altri Paesi è da valutare con cautela. Infine, i limiti di questo contributo sono relativi alla presentazione dei soli risultati preliminari descrittivi di alcune variabili.

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati presentati in questo contributo, dedicata agli aspetti socio-demografici, ai fattori di rischio e alle capacità funzionali delle pazienti dopo l'evento traumatico, ha contribuito a delineare il profilo clinico-assistenziale delle pazienti che possono essere inserite in programmi di educazione terapeutica per la riduzione dei fattori di rischio, l'aderenza ai trattamenti e al miglioramento dello stile di vita. I risultati del progetto Guardian Angel®, versione 1.0, potranno essere utilizzati da organizzazioni e professionisti al fine di aumentare la consapevolezza sulla necessità di approcci sistemici alla patologia osteoporotica che includano il coordinamento delle risorse e delle competenze educative per ridurre le complicanze e i fattori di rischio di frattura. Si ritiene altresì necessario ampliare lo studio anche a contesti diversi da quello ospedaliero di tipo ortopedico-traumatologico per esplorare in modo più preciso questi ambiti di intervento. L'ambiente

ambulatoriale e l'aumento di centri afferenti sarà un prossimo obiettivo dello studio che potrà pertanto prevedere una seconda fase dedicata proprio alle pazienti ambulatoriali e alla prevenzione primaria e secondaria.

Finanziamenti: questo lavoro è stato finanziato dal Centro di eccellenza per la cultura e ricerca infermieristica (CECRI).

Conflitti di interesse: nessun conflitto di interesse è stato dichiarato dagli autori.

BIBLIOGRAFIA

- Ausili D, Masotto M, Dall'ora C et al. (2014) *A literature review on self-care of chronic illness: definition, assessment and related outcomes*. Professioni infermieristiche, 67, 180-189.
- Beaudoin C, Bessette L, Jean S et al. (2014) *The impact of educational interventions on modifiable risk factors for osteoporosis after a fragility fracture*. Osteoporosis International, 25, 1821-1830.
- Bogoch ER, Elliot-Gibson V, Beaton D et al. (2006) *Effective initiation of osteoporosis diagnosis and treatment for patients with a fragility fracture in an orthopedic environment*. The Journal of Bone & Joint Surgery, 88, 25-34.
- Boudou L, Gerbay B, Chopin F et al. (2011) *Management of osteoporosis in fracture liaison service associated with long-term adherence to treatment*. Osteoporosis International, 22, 2099-2106.
- Bouee S, Lafuma A, Fagnani F et al. (2006) *Estimation of direct unit costs associated with non-vertebral osteoporotic fractures in five European countries*. Rheumatology International, 26, 1063-1072.
- Brandi A, Brasiliani L, Belli S et al. (2002) *Retrospective survey on falls among hospitalized patients*. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 21, 125-130.
- Brandi ML, Guglielmi G, Masala S et al. (2010) *Appropriatezza diagnostica e terapeutica nella prevenzione delle fratture da fragilità da osteoporosi*. Quaderni della Salute.
- Burke TN, Franca FJ, Ferreira De Meneses SR et al. (2010) *Postural control in elderly persons with osteoporosis: efficacy of an intervention program to improve balance and muscle strength: a randomized controlled trial*. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 89, 549-556.
- Burrell S, Frame H, Ganguli S et al. (2013) *Improving management of osteoporosis through simple changes in reporting fragility fractures*. Canadian Association of Radiologists Journal, 64, 278-280.
- Cartabellotta A (2012) *Osteoporosi: come valutare il rischio di fratture da fragilità*. Evidence, 4, 1-3.
- Casentini C, Chiamonti G, Amedei A et al. (2011) *The bone care nurse project*. Clinical Cases in mineral and bone metabolism, 8, 63-65.
- Chan MF, Ko CY (2006) *Osteoporosis prevention education programme for women*. Journal of Advanced Nursing, 54, 159-170.
- Christianson MS, Shen W (2013) *Osteoporosis prevention and management: non-pharmacologic and lifestyle options*. Clinical Obstetrics and Gynecology, 56, 703-710.
- Conklin A, Yaqub O, Celia C (2012) *Postmenopausal osteoporosis management. A review of the evidence to inform the development of quality indicators*. Osteoporosis International, 22, 457-460.
- Cooper MS, Palmer AJ, Seibel MJ (2012) *Cost-effectiveness of the Concord Minimal Trauma Fracture Liaison service, a prospective, controlled fracture prevention study*. Osteoporosis International, 23, 97-107.
- Dell R (2011) *Fracture prevention in Kaiser Permanente Southern California*. Osteoporosis International, 22(3), 457-460.
- Demons JL, Duncan PW (2014) *The role of primary care providers in managing falls*. North Carolina Medical Journal, 75, 331-335.
- Demontiero O, Gunawardene P, Duque G (2014) *Postoperative prevention of falls in older adults with fragility fractures*. Clinics in Geriatric Medicine, 30, 333-347.
- Dempster DW (2011) *Osteoporosis and the burden of osteoporosis-related fractures*. American Journal of Managed Care, 17(6), S164-169.
- Dreinhofer KE, Anderson M, Feron JM et al. (2005) *Multi-national survey of osteoporotic fracture management*. Osteoporosis International, 16(2), S44-53.
- Eisman JA, Bogoch ER, Dell R et al. (2012) *Making the first fracture the last fracture: ASBMR task force report on secondary fracture prevention*. Journal of Bone and Mineral Research, 27, 2039-2046.
- Gallacher SJ (2005) *Setting up an osteoporosis fracture liaison service: background and potential outcomes*. Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 19, 1081-1094.
- Gold DT (2011) *Understanding patient compliance and persistence with osteoporosis therapy*. Drugs & Aging, 28, 249-255.
- Harrington JT, Lease J (2007) *Osteoporosis disease management for fragility fracture patients: new understandings based on three years' experience with an osteoporosis care service*. Arthritis & Rheumatology, 57, 1502-1506.
- Hernlund E, Svedbom A, Ivergard M et al. (2013) *Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA)*. Archives of Osteoporosis, 8, 136.

- Hiligsmann M, MCGowan B, Bennett K et al. (2012) *The clinical and economic burden of poor adherence and persistence with osteoporosis medications in Ireland*. *Value in Health*, 15, 604-612.
- Hiligsmann M, Salas M, Hughes DA et al. (2013) *Interventions to improve osteoporosis medication adherence and persistence: a systematic review and literature appraisal by the ISPOR Medication Adherence & Persistence Special Interest Group*. *Osteoporosis International*, 24, 2907-2918.
- Hill AM, Etherton-Beer C, Haines TP et al. (2013) *Tailored education for older patients to facilitate engagement in falls prevention strategies after hospital discharge--a pilot randomized controlled trial*. *PLoS One*, 8, e63450.
- Huas D, Debiais F, Blotman F et al. (2010) *Compliance and treatment satisfaction of post-menopausal women treated for osteoporosis*. *Compliance with osteoporosis treatment*. *BMC Women's Health*, 10, 26.
- Istituto superiore di sanità, ISS (2009) *Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*. Programma nazionale per le linee guida.
- Jaarsma T, Nikolova-Simons M, Van Der Wal MH et al. (2012) *Nurses' strategies to address self-care aspects related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: an in-depth look*. *Heart & Lung*, 41, 583-593.
- Javaid MK, Kyer C, Mitchell PJ et al. (2015) *Effective secondary fracture prevention: implementation of a global benchmarking of clinical quality using the IOF Capture the Fracture® Best Practice Framework tool*. *Osteoporosis International*.
- Karlsson MK, Vonschewelov T, Karlsson C et al (2013) *Prevention of falls in the elderly: a review*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41, 442-454.
- Khani Jeihooni A, Hidarnia A, Kaveh MH et al. (2015) *The effect of a prevention program based on health belief model on osteoporosis*. *Journal of Research in Health Sciences*, 15, 47-53.
- Lai PS, Chua SS, Chew YY et al. (2011) *Effects of pharmaceutical care on adherence and persistence to bisphosphonates in postmenopausal osteoporotic women*. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 36, 557-567.
- Landis SE, Galvin SL (2014) *Implementation and assessment of a fall screening program in primary care practices*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62, 2408-2414.
- Marsh D, Akesson K, Beaton D et al. (2011) *Coordinator-based systems for secondary prevention in fragility fracture patients*. *Osteoporosis International*, 22, 2051-2065.
- McLellan AR, Gallacher SJ, Fraser M et al. (2003) *The fracture liaison service: success of a program for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture*. *Osteoporosis International*, 14, 1028-1034.
- Modi A, Sajjan S, Gandhi S (2014) *Challenges in implementing and maintaining osteoporosis therapy*. *Journal of International Journal of Women's Health*, 6, 759-769.
- Oh EG, Yoo JY, Lee JE et al. (2014) *Effects of a three-month therapeutic lifestyle modification program to improve bone health in postmenopausal Korean women in a rural community: a randomized controlled trial*. *Research in Nursing & Health*, 37, 292-301.
- Olsen CF, Bergland A (2014). *The effect of exercise and education on fear of falling in elderly women with osteoporosis and a history of vertebral fracture: results of a randomized controlled trial*. *Osteoporosis International*, 25, 2017-2025.
- Pennini A, Milliaccio S, Malatesta R (2008) *Il rischio di caduta in ambito ospedaliero. Un sistema di rilevazione e reporting degli eventi avversi, valutazione preventiva del rischio e standardizzazione degli interventi*. *Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche*, 4, 22-29.
- Pfortmueller CA, Kunz M, Lindner G et al. (2014) *Fall-related emergency department admission: fall environment and settings and related injury patterns in 6357 patients with special emphasis on the elderly*. *The Scientific World Journal*, 2014, 256519.
- Piscitelli P, Brandi ML, Chitano G et al. (2011) *Epidemiology of fragility fractures in Italy*. *Clinical Cases in mineral and bone metabolism*, 8, 29-34.
- Piscitelli P, Iolascon G, Gimigliano F et al. (2007) *Incidence and costs of hip fractures compared to acute myocardial infarction in the Italian population: a 4-year survey*. *Osteoporosis International*, 18, 211-219.
- Rao SS (2005) *Prevention of falls in older patients*. *American Family Physician*, 72, 81-88.
- Reginster JY, Burlet N (2006) *Osteoporosis: a still increasing prevalence*. *Bone*, 38, S4-9.
- Riegel B, Jaarsma T, Stromberg A (2012) *A middle-range theory of self-care of chronic illness*. *Advances in Nursing Science*, 35, 194-204.
- Rizzoli R, Bischoff-Ferrari H, Dawson-Hughes B et al. (2014a) *Nutrition and bone health in women after the menopause*. *Women's health (London, England)*, 10, 599-608.
- Rizzoli R, Branco J, Brandi ML et al. (2014b) *Management of osteoporosis of the oldest old*. *Osteoporosis International*, 25, 2507-2529.
- Sack F (2008) *Fighting the fracture cascade: evaluation and management of osteoporotic fractures*. *Postgraduate Medical Journal*, 120, 51-57.
- Sale JE, Beaton D, Posen J et al. (2011) *Systematic review on interventions to improve osteoporosis investigation and treatment in fragility fracture patients*. *Osteoporosis International*, 22, 2067-2082.
- Scheffer AC, Schuurmans MJ, Van Dijk N et al. (2008) *Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk*

- factors and consequences among older persons. Age and Ageing, 37, 19-24.*
- Smith CA (2010) *A systematic review of healthcare professional-led education for patients with osteoporosis or those at high risk for the disease. Orthopaedic Nursing, 29, 119-132.*
- Svedbom A, Hernlund E, Ivergard M et al. (2013) *Osteoporosis in the European Union: a compendium of country-specific reports. Archives of Osteoporosis, 8, 137.*
- Tarantino U, Cannata G, Lecce D et al. (2007) *Incidence of fragility fractures. Aging Clinical and Experimental Research, 19, 7-11.*
- Tarantino U, Cerocchi I, Celi M et al. (2008) *Zoledronic acid: a new therapeutic approach to osteoporosis. Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia 34, 260-263.*
- Tarantino U, Cerocchi I, Celi M et al. (2010) *The current burden of osteoporosis in Italy. Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia, 36, 263-267.*
- Tarantino U, Iundusi R, Cerocchi I et al. (2011) *Role of the orthopaedic in fragility fracture and in the prevention of a new fracture: SIOT 2009 recommendations. Aging Clinical and Experimental Research, 23, 25-27.*
- Tinetti ME (2003) *Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. The New England Journal of Medicine, 348, 42-49.*
- Van Boven JF, De Boer PT, Postma MJ et al. (2013) *Persistence with osteoporosis medication among newly-treated osteoporotic patients. Journal of Bone and Mineral Metabolism, 31, 562-570.*

Employability degli infermieri neolaureati: revisione narrativa

Giampiera Bulfone¹, Roberta Fida², Ercole Vellone³, Rosaria Alvaro⁴, Alvisa Palese⁵

¹Dottorando di ricerca in scienze infermieristiche, Dipartimento di biomedicina e prevenzione, Università di Roma Tor Vergata; ²Professore, Organizational Behaviour, Norwich Business School, University of East Anglia, Norwich; ³Ricercatore in scienze infermieristiche, Dipartimento di biomedicina e prevenzione, Università di Roma Tor Vergata; ⁴Professore associato in scienze infermieristiche, Dipartimento di biomedicina e prevenzione, Università di Roma Tor Vergata; ⁵Professore associato in scienze infermieristiche, Dipartimento di medicina e scienze biologiche, Università degli Studi di Udine

Corrispondenza: giampiera.bulfone@uniud.it

RIASSUNTO

Introduzione L'abilità di ottenere un impiego, mantenerlo, muoversi nei diversi ruoli, lavori e organizzazioni viene definita *employability*. L'*employability* dei giovani neolaureati è una priorità economica, politica e sociale di molti paesi. L'obiettivo è di identificare le dimensioni che la costituiscono.

Materiali e metodi E' stata condotta una revisione narrativa della letteratura consultando le banche Medline e CINAHL e la letteratura grigia.

Risultati Sono stati inclusi nella revisione 21 studi. Le dimensioni che costituiscono l'*employability* sono l'adattabilità e le proattività, l'identità di carriera, il capitale umano e sociale e i comportamenti di ricerca del lavoro.

Conclusioni In tempi di crisi economica e in un mercato del lavoro che sta cambiando, l'*employability* aiuta i neolaureati a trovare con maggiore efficacia una soluzione lavorativa. I ricercatori, fino a oggi, non hanno considerato l'*employability* nella popolazione degli infermieri neolaureati.

Le università dovrebbero strutturare strategie affinché i laureandi possano sviluppare le abilità che dovranno mettere in pratica per entrare nel mondo del lavoro. Tuttavia, emerge l'esigenza di studiare questo fenomeno tra gli infermieri italiani per sviluppare una *policy* di intervento; per questo l'Università di Roma Tor Vergata ha disegnato e sta conducendo un progetto di ricerca longitudinale multicentrico.

Parole chiave: employability, neolaureati, abilità, professione infermieristica

New graduate nurses' employability: a narrative review

ABSTRACT

Background The ability to find a job, keep it, transit between roles, work positions and organizations, is defined as employability. New graduates' employability is an economic, political and social priority in many countries. The aim is to describe the concept of employability and its dimensions.

Materials and methods A narrative review through Medline e CINAHL databases and grey literature has been conducted.

Results: Twenty-one studies were included. Employability dimensions are the adaptability/proactivity, the career identity, the human and social capital and the job searching behaviours.

Conclusions: In times of economic crisis and huge changes in the job market, having higher employability abilities may help new graduates to be effective in finding a job. Studies available to date haven't considered the nurses' employability.

The universities should design and implement strategies aimed to support undergraduates in the development of the abilities needed for the transition toward the job market. The employability phenomenon in the Italian nurses needs to be studied in order to design adequate intervention policies; to achieve this goal the University of Tor Vergata (Rome) has designed and is implementing a dedicated longitudinal multicentre study.

Key words: employability, new graduates, skills, nursing

INTRODUZIONE

Dal 2009 il mercato del lavoro italiano è stato caratterizzato da una riduzione dei posti di lavoro e un tasso

di disoccupazione crescente, soprattutto tra i giovani. Quest'ultima è in aumento anche tra gli infermieri, nonostante l'Organizzazione per la cooperazione e lo

sviluppo economico (OCSE) abbia confermato che la quantità di infermieri ogni 1.000 abitanti, attualmente di 6,1, è ampiamente al di sotto della media europea, ovvero 9,1 su 1.000 abitanti. L'Italia è, quindi, un paese che ha bisogno di infermieri (OCSE, 2015).

Nel 2014 gli infermieri che non lavoravano a un anno dal conseguimento della laurea erano il 35,9% mentre un anno prima, nel 2013, erano il 37,7% (Almalaurea, 2014). Il 3,5% di questi non stava cercando lavoro e il 61,2% di coloro che lavoravano stava cercando un'altra occupazione (Almalaurea, 2014). Quest'ultimo dato testimonia un mercato del lavoro che non soddisfa pienamente l'infermiere, che non rinuncia a trovare un'occupazione con condizioni economiche e di stabilità migliori. Infatti, se diamo uno sguardo alla tipologia dei contratti di lavoro, nel 2014 il 46,4% degli infermieri aveva un contratto a tempo determinato o interinale, il 19,9% era un lavoratore autonomo, il 16,1% aveva un contratto a tempo indeterminato, il 6% una collaborazione occasionale, il 3,6% un contratto a progetto, il 2,7% un contratto di apprendistato e il 5,1% non aveva alcun contratto (Almalaurea, 2014). Si registra pertanto un *trend* in aumento dei contratti di apprendistato (nel 2013 rappresentavano il 2,3% dei casi) e di lavoro a tempo determinato o interinale (nel 2013 rappresentavano il 43,4% dei casi) (Almalaurea, 2014).

Questo scenario sta delineando un mercato del lavoro precario, a differenza di qualche anno fa in cui erano garantiti contratti di lavoro a tempo indeterminato e quasi sempre nel settore pubblico. Se si fa un confronto con i dati del 2011 si possono rintracciare evidenti cambiamenti: nel 2014 solo il 16,1% lavorava con contratto a tempo indeterminato mentre nel 2011 tale percentuale era del 32,1%; nel 2014 i dipendenti pubblici erano il 18,7% contro il 37,7% del 2011 (Almalaurea, 2014). Accanto a tutto ciò sta emergendo la realtà della libera professione. In Italia, su 422.000 infermieri, 39.000 (9,2%) sono infermieri iscritti all'Ente nazionale di previdenza ed assistenza della professione infermieristica (ENPAPI) che svolgono la libera professione (IPASVI, 2015). Sono circa tre milioni gli italiani che sono ricorsi a un infermiere libero professionista, di cui 1,4 milioni per l'assistenza continuativa e 1,6 milioni per l'assistenza occasionale (Colicelli C, 2015). Infine, dagli ultimi dati, la libera professione ha avuto un progressivo aumento dei fatturati e quindi dei redditi conseguiti, anche se quelli relativi al 2013 si sono attestati a un livello inferiore a quello del 2004 (Schiavon M, 2015).

Questa situazione è comune in molti paesi europei ed extraeuropei: se da una parte i bisogni di assistenza infermieristica sono in crescita, dall'altra si

sta registrando un radicale cambiamento del mercato del lavoro a cui si aggiunge il fenomeno della sotto-occupazione anche tra gli infermieri (Spetz J, 2011; Kingma M, 2006; Dovlo D, 2005). Ne conseguono lunghi periodi di disoccupazione, la perdita di competenze professionali (Dovlo D, 2005) e del senso di attaccamento alla professione (Leino-Loison K et al., 2004).

Oggi, per entrare nel mercato del lavoro è richiesta esperienza, capacità di mantenere e sviluppare competenze (apprendimento permanente, *lifelong learning*) e un orientamento competitivo (Tomlinson M, 2007). L'abilità di ottenere un impiego, mantenerlo e muoversi nei diversi ruoli, lavori e organizzazioni viene definita da Hillage e Pollard (Hillage J et al., 1998) come *employability*. L'*employability* dei giovani neolaureati è stata ed è attualmente una priorità delle politiche nazionali (Brown JD et al., 2006; Tomlinson M, 2007); è considerata come l'insieme delle conoscenze specifiche della disciplina, delle abilità di adattamento alle richieste del mercato del lavoro, dell'iniziativa personale e della volontà di imparare e perseverare nelle difficoltà (Gore T, 2005; McQuaid RW et al., 2005; Ya-hiu S et al., 2008).

Proprio per la sua rilevanza, è condivisa l'opinione che la formazione universitaria abbia la responsabilità di sviluppare l'*employability* degli studenti secondo un approccio di apprendimento permanente (Prokou E, 2008). E' prioritario comprendere quali siano le abilità di *employability* affinché queste possano essere misurate e sviluppate fin dal percorso formativo. Tuttavia, come recentemente documentato da una revisione integrativa (Bulfone G et al., 2015), in campo infermieristico questi concetti non hanno ancora ricevuto attenzione; gli studi disponibili sono scarsi, realizzati in paesi con condizioni economiche diversificate, sulla base di operazionalizzazioni differenti – processi di trasformazione dei concetti teorici in variabili rilevabili e misurabili – e con disegni di studio prevalentemente descrittivi. Pertanto, la finalità di questo articolo è di identificare le dimensioni che compongono l'*employability* documentate sino a oggi in una prospettiva utile quale base per sviluppare un progetto di ricerca tra gli studenti infermieri laureandi e laureati italiani.

MATERIALI E METODI

E' stata condotta una revisione narrativa della letteratura. Una prima parte della ricerca è stata effettuata attraverso le banche dati Medline e CINAHL con le seguenti parole chiave: *employability, skills, new graduates, theory e model*.

Per approfondire i comportamenti di ricerca del lavoro è stata condotta una seconda ricerca attraverso

so Medline e CINAHL e Google Scholar (letteratura grigia) con le seguenti parole chiave: *job search, job seeking, new graduate, new graduate nurses e job application*.

Sui risultati della ricerca è stata operata una prima selezione delle citazioni in funzione al titolo e all'abstract; gli articoli considerati sono stati letti per intero (*full text*) da due ricercatori in maniera indipendente. Per la revisione sono stati inclusi gli studi:

- con dati empirici con metodologia qualitativa e quantitativa;
- che riguardassero i neolaureati;
- che riguardassero solo ed esclusivamente i comportamenti messi in atto per cercare lavoro;
- in lingua inglese e/o italiana.

RISULTATI

Dalla prima ricerca sono emersi 563 articoli. Dopo una lettura dei titoli e degli *abstract* sono stati considerati 44 articoli. Dopo la lettura del *full text* sono stati ritenuti pertinenti 8 articoli; attraverso la lettura delle fonti bibliografiche di questi studi è stato selezionato un ulteriore articolo. In totale, gli studi ritenuti pertinenti e inclusi in questa prima fase sono stati nove.

Uno studio (McQuaid RW et al., 2005) era relativo all'evoluzione del concetto di *employability*, i restanti relativi a modelli teorici per misurare il fenomeno tra i neolaureati (Van Dam K, 2004; Fugate M et al., 2004; Van der Heijde CM et al., 2006; Pool LD et al., 2007; Fugate M et al., 2008; Coetzee M et al., 2008; Bridgstock R, 2009; Bezuidenhout M et al., 2011).

La seconda parte della ricerca, volta ad approfondire i comportamenti di ricerca del lavoro, ha prodotto 419 articoli; di questi, 139 erano doppi e sono stati quindi esclusi. Dei restanti 280 articoli, 123 sono stati giudicati rilevanti da parte di due ricercatori dopo lettura dell'*abstract*. In seguito a una ricerca ascendente e discendente attraverso l'analisi delle citazioni, sono stati inclusi tre studi.

In questa seconda fase sono stati quindi inclusi un totale di 12 articoli (Saks AM et al., 1999; Brasher EE et al., 1999; Saks AM et al., 2000; Werbel DJ, 2000; Saks AM et al., 2002; Moynihan LM et al., 2003; Saks AM, 2006; Brown JD et al., 2006; Palese A et al., 2009; Hirsch A, 2011; Obukhova E, 2012; Sun S et al., 2013). Gli unici autori che hanno preso in considerazione gli infermieri sono stati Hirsch (Hirsch A, 2011) e Palese e colleghi (Palese A et al., 2009).

Employability: l'evoluzione del concetto e i tentativi per studiarlo

Employability è un concetto presente nella letteratura sociale ed economica fin dagli anni '20. Nel

tempo ha assunto diversi significati ed è stato utilizzato in numerosi contesti: inizialmente identificava e distingueva la categoria degli "abili" da quelli "non abili" al lavoro (*dichotomy employability*) principalmente per limitazioni di tipo fisico e psichico. Il significato di questo concetto era focalizzato sul mercato del lavoro anziché sul lavoratore (Gazier B, 1998a, 1998b, 2001). Invece, negli anni '50 il concetto si riferiva alla distanza tra le abilità richieste dal mercato del lavoro e l'effettivo patrimonio di persone svantaggiate dal punto di vista sociale, fisico e cognitivo (*social-medical employability*). In questi anni, quindi, l'*employability* si era focalizzata maggiormente sull'individuo per poi orientarsi, a partire dagli anni '70, sulla forza lavoro e sulle sue caratteristiche (Gazier B, 1998a). Infatti, secondo la Confederation of British Industry (CBI), l'*employability* è il possesso, da parte di un individuo, della qualità e delle competenze richieste per soddisfare le esigenze dei datori di lavoro e dei clienti; attiene alla possibilità dell'individuo di sviluppare conoscenze, competenze e capacità adattive per entrare e rimanere nel mondo del lavoro (Treasury HM, 1997). Più pragmaticamente, per Hillage e colleghi (Hillage J et al., 1998) è l'abilità di ottenere un impiego e mantenerlo e di muoversi nei diversi ruoli, lavori e organizzazioni. Più di recente, secondo Fugate e colleghi (Fugate M et al., 2004) l'*employability* è una forma di adattabilità che rende le persone capaci di identificare e realizzare opportunità di lavoro.

Molti autori hanno sviluppato l'*employability* assumendo diverse prospettive (Van Dam K, 2004; Fugate M et al., 2004; Van der Heijde CM et al., 2006; Pool LD et al., 2007; Fugate M et al., 2008; Coetzee M et al., 2008; Bridgstock R, 2009; Bezuidenhout M et al., 2011).

I differenti framework teorici dell'employability

Nessuno tra gli studi selezionati ha preso in considerazione la popolazione degli infermieri neolaureati. Due studi, quello di Pool (Pool LD et al., 2007) e Fugate e relativi colleghi (Fugate M et al., 2004), comprendono revisioni di letteratura che identificano le dimensioni che costituiscono l'*employability*; i rimanenti studi sono di tipo quantitativo (Van Dam K, 2004; Van der Heijde CM et al., 2006; Fugate M et al., 2008; Coetzee M et al., 2008; Bezuidenhout M et al., 2011).

Gli autori che hanno approfondito l'*employability* affermano che questa è composta da diverse variabili come il capitale umano e sociale (Fugate M et al., 2004); altri mettono in luce solo alcuni aspetti del capitale umano quali le competenze e le conoscenze (Pool LD et al., 2007; Van der Heijde CM et

al., 2006; Bridgstock R, 2009; Bezuidenhout M et al., 2011). Altri ancora, considerano fondamentali i comportamenti adattivi al mondo del lavoro quali la proattività, l'iniziativa e la flessibilità (Fugate M et al., 2004, 2008; Van Dam K, 2004; Van der Heijde CM et al., 2006; Bezuidenhout M et al., 2011).

Alcuni di questi modelli prendono in considerazione la flessibilità del neolaureato nell'ambiente organizzativo in cui è inserito concentrandosi, quindi, in una fase in cui il soggetto ha già trovato un impiego (Van Dam K, 2004; Van der Heijde CM et al., 2006); altri, invece, si focalizzano sulla capacità di costruire la propria carriera perdendo però di vista il momento di transizione dalla formazione al mondo del lavoro (Bridgstock R, 2009).

Fugate (Fugate M et al., 2004), Coetzee e relativi colleghi (Coetzee M et al., 2008), con un modello molto simile, considerano aspetti comuni agli altri modelli descritti focalizzandosi sulla fase in cui il neolaureato è alla ricerca di un lavoro. Questi autori considerano l'*employability* composta dal capitale umano, sociale, dall'adattabilità e dall'identità di carriera. Il capitale umano comprende il sapere come realizzare la propria identità di carriera; il capitale sociale riflette l'aspetto interpersonale dell'*employability* e costituisce la rete di relazioni e di risorse necessarie al raggiungimento del successo nella propria identità di carriera e per far fronte allo stress da disoccupazione (McKee-Ryan FM et al., 2005). L'adattabilità, invece, si riferisce alla capacità di cambiare i comportamenti, i pensieri e i sentimenti in risposta alle domande che provengono dall'ambiente circostante. L'identità di carriera, infine, descrive il modo in cui una persona si rappresenta professionalmente a fronte delle sue motivazioni e ambizioni.

Il modello di Fugate e colleghi (Fugate M et al., 2004), tuttavia, è parziale perché non prende in considerazione i comportamenti messi in atto per cercare lavoro, aspetto cruciale tra i neolaureati e pertanto molto studiato (Brasher EE et al., 1999; Saks AM et al., 1999, 2002; Moynihan LM et al., 2003; Saks AM, 2006; Palese A et al., 2009; Hirsch A, 2011; Obukhova E, 2012; Sun S et al., 2013).

Quindi, è necessario un nuovo modello di *employability* comprensivo degli aspetti peculiari a tutti i modelli considerati capace di intercettare anche i comportamenti di ricerca del lavoro e di esplorare la transizione dagli studi universitari all'effettivo impiego.

I comportamenti di ricerca del lavoro

Gli articoli che prendono in considerazione gli infermieri neolaureati sono quelli di Hirsch (Hirsch A, 2011) e di Palese e colleghi (Palese A et al., 2009).

Le strategie di ricerca del lavoro utilizzate dai neolaureati comprendono l'uso della rete, i contatti personali, telefonici e la consultazione degli annunci su quotidiani (Hirsch A, 2011). Questa ricerca, mediamente, occupa un periodo che va dai tre mesi a un anno e la decisione che influenza la scelta del lavoro è basata sul luogo dell'impiego, sulla reputazione del datore di lavoro, sulla possibilità di essere supportati nel periodo di inserimento (per esempio, da un *preceptor*), sulla tipologia di turno, sul salario e sui *benefit*, sulle opportunità di carriera, sulla *leadership* infermieristica presente nell'organizzazione, nonché sulla possibilità di proseguire con la formazione (Hirsch A, 2011) e di essere inseriti nella struttura richiesta (Palese A et al., 2009).

Nello studio di Hirsch (Hirsch A, 2011), condotto negli Stati Uniti, gli infermieri neolaureati affermano che per la loro assunzione è stato fondamentale avere contatti con persone che "contano", disporre di qualcuno che li ha aiutati a scrivere una lettera di referenze/raccomandazione, avere precedenti esperienze di lavoro, aver studiato in un'università di prestigio, avere fatto esperienze di volontariato e disporre di altri titoli quali l'Advanced Cardiac Life Support (ACLS) o il Pediatric Advanced Life Support (PALS) (Hirsch, 2011). Obukova (Obukhova E, 2012), a questo proposito, ha dimostrato empiricamente che i contatti personali (amici stretti, familiari) producono un maggiore numero di offerte di lavoro rispetto ai contatti formali.

Nel campo dei comportamenti di ricerca del lavoro, Moynihan e colleghi (Moynihan LM et al., 2003) hanno introdotto una distinzione tra l'attività preparatoria e il comportamento attivo vero e proprio. Per attività preparatoria si intende una ricerca di informazioni tra amici e parenti che preannuncia il comportamento attivo che si concretizza con azioni quali preparare e spedire un *curriculum*, contattare agenzie di lavoro e partecipare a colloqui (Moynihan LM et al., 2003). Moynihan e colleghi (Moynihan LM et al., 2003) riprendono inoltre una suddivisione del processo di ricerca del lavoro in fasi, definite da Barber e colleghi (Barber AE et al., 1994): la prima fase è estensiva, molto ampia e non chiaramente definita; man mano che la persona procede nel tempo, diventa intensiva e maggiormente focalizzata. L'autoefficacia nella ricerca del lavoro è associata a comportamenti di ricerca intensi, profusi con sforzo (Saks AM, 2006). Un'attività preparatoria, un comportamento proattivo (Brown JD et al., 2006) e i comportamenti di ricerca intensi determinano migliori esiti, ovvero un maggiore numero di offerte di lavoro, di colloqui ma anche una probabilità più elevata di trovare lavoro (Werbel DJ, 2000; Moynihan LM et al., 2003).

Coloro che cercano lavoro accrescono l'intensità e lo sforzo man mano che il tempo procede (Saks AM et al., 2002; Brown JD et al., 2006; Sun S et al., 2013); secondo Saks e Ashforth (Saks AM et al., 2000; Ashforth BE, 2001) le persone accrescono nel tempo anche il numero dei comportamenti attivi e l'uso di risorse formali determinando un aumento dei colloqui offerti e una maggiore probabilità di ottenere un impiego.

Tuttavia, Brasher e Chen (Brasher EE et al., 1999) hanno affermato che la ricerca del lavoro è una dimensione complessa da misurare e analizzare perché si modifica nel tempo ed è influenzata da fattori interni ed esterni alla persona. Pertanto, sarebbe necessario considerare, quale esito del processo di ricerca del lavoro, anche variabili quali la durata della ricerca, la qualità del lavoro ottenuto, la retribuzione iniziale e il grado di congruenza tra la formazione conseguita e il posto di lavoro accettato.

L'adattabilità e la proattività

Per adattabilità, Fugate e colleghi (Fugate M et al., 2004) intendono la capacità e la volontà di modificare i comportamenti, le emozioni, i sentimenti e i modi di pensare in risposta alle domande provenienti dall'ambiente. Secondo Hall (Hall DT, 1996, 2004) l'adattabilità è un aspetto fondamentale per interagire efficacemente con il mercato del lavoro, caratterizzato da estrema variabilità e instabilità. Le persone adattabili hanno un'elevata tolleranza all'incertezza e all'ambiguità che a volte sono presenti nel mercato del lavoro e sono a proprio agio nelle situazioni nuove (O'Connel DJ et al., 2008).

Un costrutto molto simile all'adattabilità è la personalità proattiva; secondo Seibert e colleghi (Seibert S et al., 1999), sulla base dei precedenti lavori di Bateman e Crant (Bateman T et al., 1993) gli individui proattivi sono in grado di determinare cambiamenti nell'ambiente, di cogliere le opportunità, avere autocontrollo, perseverare nelle difficoltà, apprendere, adattarsi alle varie situazioni e ricercare le informazioni necessarie (Bateman T et al., 1993; Crant JM, 2000; Seibert S et al., 1999, 2001; Thompson J, 2005). Nell'ambito del lavoro, quindi, la personalità proattiva/adattabile influenza numerosi esiti quali le *performance* (Crant JM, 1995), il successo nella carriera (Seibert S et al., 1999) e l'orientamento all'apprendimento (Tolentino LR et al., 2014). Secondo Thompson (Thompson J, 2005) le persone proattive sono maggiormente in grado di creare reti sociali e, quindi, di ottenere informazioni utili alla ricerca del lavoro.

Alcuni studi hanno indagato se la personalità proattiva sia un fattore predittivo al successo nella ricer-

ca del lavoro. Claes e De Witte (Claes R et al., 2002) hanno documentato che questo tipo di personalità è positivamente correlata al numero dei comportamenti attivati per la ricerca di un lavoro; studi di Freese e colleghi (Freese M et al., 1997) hanno documentato che l'iniziativa personale, un costrutto simile alla personalità proattiva, è significativamente correlata alla velocità con cui una persona trova lavoro. Anche Brown e colleghi (Brown JD et al., 2006) hanno documentato che la personalità proattiva è positivamente correlata al numero di colloqui e offerte ricevute, alla capacità dell'individuo di lavorare in modo perseverante e, secondo Barrick e Mount (Barrick MR et al., 1991), alla capacità di essere orientati all'obiettivo.

L'identità di carriera

Secondo Fugate e colleghi (Fugate M et al., 2004) l'identità di carriera (*career identity*) costituisce "ciò che gli individui sono" e "chi vorrebbero essere". L'identità di carriera rappresenta il modo in cui gli individui si definiscono e si percepiscono nel loro contesto lavorativo (Fugate M et al., 2004); comprende il possesso di capacità di orientamento e progettualità, a fronte della complessità delle opportunità lavorative.

Nei periodi di disoccupazione l'identità di carriera garantisce all'individuo di riuscire a porsi obiettivi e prendere decisioni adeguate, ricercando opportunità. Gli individui con un'identità di carriera "informativa" tendono a cercare e utilizzare in modo proattivo le informazioni rilevanti mentre quelli con un orientamento "normativo" tendono a conformarsi alle aspettative degli altri. Ne deriva che i lavoratori con un'identità di carriera orientata all'informazione sono più inclini a ricercare le notizie che possono migliorare la loro posizione in un contesto di carriera (Ashforth BE, 2001) e sono più preparati ad affrontare gli eventi stressanti correlati alla ricerca di un lavoro (Aspinwall LG et al., 1992, 1997). Fugate e colleghi (Fugate M et al., 2004) hanno documentato che, nella costruzione della propria identità di carriera, l'orientamento informativo permette di identificare e realizzare migliori opportunità lavorative.

Il capitale umano e sociale

Il capitale umano si riferisce a variabili individuali che possono influenzare la carriera di una persona come la formazione, le esperienze lavorative, i tirocini, le abilità e le conoscenze. Investendo nell'apprendimento continuo gli individui possono sviluppare il proprio capitale umano e quindi la propria *employability* (Fugate M et al., 2004).

Invece, il capitale sociale, come il *network* formale

e informale, riflette aspetti interpersonali dell'*employability* e contribuisce a incrementare la quantità di informazioni relative alle opportunità di carriera (Defillippi R et al., 1994). In tal modo, coloro che hanno un maggiore capitale sociale hanno maggiori possibilità di trovare un'occupazione e di raggiungere i propri obiettivi di carriera. Alcuni studi hanno dimostrato che l'accesso alle informazioni può essere una fonte di sostegno sociale capace di attenuare le conseguenze distruttive di eventi stressanti come la disoccupazione (McKee-Ryan FM et al., 2005).

Gli esiti dell'*employability*

Gli esiti dell'*employability* consistono nell'aver opportunità per entrare nel mondo del lavoro. Gli indicatori sono il numero di offerte ricevute, il numero dei colloqui di lavoro sostenuti, la capacità di trovare un lavoro in tempi accettabili ma anche, come affermano Moynihan e colleghi (Moynihan LM et al., 2003), di "qualità", ovvero la possibilità di essere assunti per la qualifica o formazione ricevuta e la capacità di sapersi adattare al lavoro (Person Job fit - PJf) e all'organizzazione (Person Organization fit, POf) che esprimono rispettivamente l'armonizzazione dell'individuo alle specifiche richieste del lavoro e dell'organizzazione (Saks AM, 2006).

DISCUSSIONE

Entrare nel mondo del lavoro richiede abilità molto diverse rispetto al passato. Non siamo più di fronte a una facile accessibilità, a contratti a tempo indeterminato e ad aziende pubbliche in competizione tra di loro per reclutare i pochi infermieri disponibili sul mercato. Oggi, accedere a un lavoro significa competere con molti altri infermieri, accettare contratti a breve scadenza, a orario ridotto e, magari, anche lontano da casa. Inoltre, può significare anche accettare posizioni diverse da quelle sviluppate con il percorso universitario, fenomeno definito sotto-occupazione, (Dovlo D, 2005; Kingma M, 2006); considerata l'esigenza di adeguarsi a situazioni non sempre congruenti alla propria professionalità pur di avere un lavoro, percepire un compenso economico ed essere autonomi, la sotto-occupazione potrebbe crescere. La situazione è comune all'Italia e a molti paesi europei ed extraeuropei.

McArdle e colleghi (McArdle S et al., 2007) hanno testato il modello dell'*employability* di Fugate e colleghi (Fugate M et al., 2004) su un campione di disoccupati senza tuttavia considerare nel modello i comportamenti di ricerca del lavoro. Questi ultimi sono stati analizzati da altri autori (Saks AM et al., 2000; Moynihan LM et al., 2003; Hirsch A, 2011; Obukhova E, 2012; Sun S et al., 2013) che hanno

documentato la loro rilevanza nella probabilità di trovare un impiego. Pertanto, è l'insieme di questi attributi (adattabilità, identità di carriera, capitale umano, sociale e alcuni comportamenti di ricerca del lavoro più di altri) che assicurano la possibilità di ricevere offerte di lavoro, essere chiamati a un colloquio e trovare un impiego. Essere adattabili, proattivi, capaci di cambiare azioni in base agli stimoli dell'ambiente e perseverare nelle difficoltà determina un periodo più breve di disoccupazione e un maggiore numero di offerte d'impiego (Brown JD et al., 2006; Claes R et al., 2002).

L'*employability*, così come intesa dai diversi autori, non è mai stata studiata tra gli infermieri neolaureati italiani probabilmente perché, prima d'ora, era assolutamente scontato trovare un lavoro come infermiere. Tuttavia, la popolazione dei neolaureati sta dimostrando una forte capacità di cambiare la propria strategia in base alla difficile situazione del mercato del lavoro: ne è testimonianza il fatto che un elevato numero di giovani infermieri è disposto a emigrare in altri paesi per avere migliori opportunità (ISTAT, 2011).

Un elevato livello di *employability* è assicurato anche da una forte identità di carriera che determina l'abilità di orientamento e progettualità (Ashforth BE, 2001); si tratta di competenze estremamente utili in un mercato del lavoro in rapido cambiamento. Infine, anche investire su sé stessi continuando ad apprendere (Fugate M et al., 2004) e sviluppando la propria rete sociale (Defillippi R et al., 1994) può aiutare a trovare lavoro. Tuttavia, tali strategie possono trovare difficile realizzazione nei paesi come l'Italia dove la proporzione di disoccupati è elevata, la competizione è altissima e il numero dei laureati è il più basso rispetto ad altri paesi europei (Istituto Giuseppe Toniolo, 2014).

Non trovare un impiego significa non disporre di un rendimento economico ma anche non poter progettare il proprio futuro professionale, di vita e sviluppare la propria autonomia.

Per questa ragione è necessario che i corsi di studio e i *career center* delle università inizino a riflettere sulle strategie da mettere in atto per sviluppare, tra le numerose altre, anche queste capacità. Simulazioni, dimostrazioni video, *feedback* sul grado di adesione agli obiettivi pianificati per la ricerca del lavoro sono interventi riconosciuti per migliorare l'autopresentazione in un *curriculum* o in un colloquio (Vuoiri J et al., 2002), incoraggiare la proattività (Brooks F et al., 2001) e supportare la motivazione (Staines GL et al., 2004; Van Hooft EAJ et al., 2009). Una metanalisi ha documentato che questi interventi assicurano una maggiore probabilità di

ottenere un impiego soprattutto se progettati su una popolazione giovane come quella dei neolaureati (Liu S et al., 2014). Le sedi formative dovrebbero quindi strutturare percorsi formativi affinché i giovani studenti possano sperimentare, in un ambiente protetto, ciò che dovranno mettere in pratica per entrare nel mondo del lavoro. Questo non solo assicurerebbe ai futuri neolaureati alcune abilità ma permetterebbe loro di avere una visione reale delle difficoltà del mercato del lavoro, delle opportunità esistenti e delle aspettative realistiche che tale mercato può accogliere.

CONCLUSIONI

Fino a oggi, l'*employability* non è mai stata studiata nel contesto italiano e tra gli infermieri. Per colmare il vuoto di conoscenze è necessario sviluppare un progetto che consideri il modello complessivo e lo verifichi tra gli studenti e laureati italiani. La situazione che sta vivendo il nostro Paese è molto complessa e al contempo unica per il paradossale bisogno di infermieri e la concreta impossibilità di dare loro un'opportunità di lavoro. Servono dati per sviluppare *policy* appropriate per i diversi livelli del percorso di formazione e/o professionale dei futuri infermieri; in questo i corsi di laurea e i Collegi degli infermieri hanno un ruolo fondamentale in quanto sono i principali contesti in cui avviene la transizione dei neolaureati dal mondo formativo a quello del lavoro e che hanno la *mission* di proteggere e sviluppare la professione nel suo capitale.

Per questa ragione l'Università degli Studi di Tor Vergata Roma assieme all'Università degli Studi di Udine e di Trieste, ha disegnato e sta implementando un progetto di ricerca longitudinale per misurare l'*employability* dei giovani infermieri neolaureati. La finalità è di verificare se le abilità nella ricerca del lavoro, l'adattabilità e la proattività, il capitale umano e sociale e l'identità di carriera abbiano un ruolo nella ricerca efficace di un posto di lavoro come infermiere e misurare l'evoluzione di tali dimensioni nel tempo.

BIBLIOGRAFIA

- Almalaurea (consultato in aprile 2014) www.almalaurea.it
- Ashforth BE (2001) *Role transitions in organizational life: an identity based perspective*. Ed. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey London.
- Aspinwall LG, Taylor SE (1992) *Modelling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance*. Journal of Personality and Social Psychology, 63, 989-1003.
- Aspinwall LG, Taylor SE (1997) *A stitch in time: Self-regulation and proactive coping*. Psychological Bulletin, 121, 417-436.
- Barber AE, Daly CL, Giannantonio CM et al (1994) *Job search activities: An examination of changes over time*. Personnel Psychology, 47, 739-765.
- Barrick MR, Mount MK (1991) *The Big Five personality dimensions and job performance: a meta-analysis*. Personnel Psychology, 44, 1-26.
- Bateman T, Crant J (1993) *The proactive component of organizational behaviour*. Journal of Organizational Behaviour, 14, 103-118.
- Bezuidenhout M, Basson JS (2011) *The development and evaluation of a measure of graduate employability in the context of the new world of work*. Doctoral thesis, Department Human Resource Management, University of Pretoria.
- Brasher EE, Chen PY (1999) *Evaluation of success criteria in job search: a process perspective*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72, 57-70.
- Bridgstock R (2009) *The graduates attributes we've overlooked: enhancing graduate employability through career management skills*. Higher Education Research & Development, 28(1), 31-44.
- Brooks F, Nackerud L, Risler E (2001) *Evaluating of a job finding club for TANF recipients: psychological impacts*. Research on Social Work Practice, 11, 79-82.
- Brown JD, Cober RT, Kane K et al. (2006) *Proactive personality and the successful job search: a field investigation with college graduates*. Journal of Applied Psychology, 91 (3), 717-726.
- Bulfone G, Fida R, Vellone E et al. (2015) *Searching for a nursing job in an increased complexity of the labour market: an integrative review of the literature*. Journal of Nursing Education and Practice [in corso di pubblicazione].
- Claes R, De Witte H (2002) *Determinants of graduates' preparatory job search behaviour: a competitive test of proactive personality and expectancy - value theory*. Psychologica Belgica, 42, 251-266.
- Coetzee M, Schreuder D (2008) *A multicultural investigation of student's career anchor at a South Africa higher education institution*. South Africa Journal of Labour Relations, 32(2), 45-65.
- Colicelli C (2015). *Infermieri e nuova sanità: opportunità occupazionali e di upgrading. Le prestazioni infermieristiche nella domanda di assistenza sul territorio*. Centro Studi Investimenti Sociali (CENSIS).
- Crant JM (1995) *The proactive personality scale and objective job performance among real estate agents*. Journal of Applied Psychology, 80, 532-537.
- Crant JM (2000) *Proactive behaviour in organizations*. Journal of Management, 26, 435-462.
- Defillippi R, Arthur M (1994) *The boundaryless career: A*

- competency-based perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 15(5), 307.
- Dovlo D (2005) *Wastage in the health workforce: Some perspectives from African countries*. *Human Resources for Health*, 3, 6-14.
- Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, IPASVI (2015) *Libera professione infermieristica: scenari, prospettive e riflessioni*. III Giornata Nazionale sulla libera professione infermieristica. Bologna.
- Frese M, Fay D, Hillburger T et al. (1997) *The concept of personal initiative: Operationalization, reliability and validity in two German samples*. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 139-161.
- Fugate M, Kinicki AJ (2008) *A dispositional approach to employability: development of a measure and test of implications for employee reactions to organizational change*. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81, 503-527.
- Fugate M, Kinicki AJ, Ashford BE (2004) *Employability: a psycho-social construct, its dimension and applications*. *Journal of Vocational Behaviour*, 65, 14-38.
- Gazier B (1998a) *Observations and recommendations*. In: Gazier B, *Employability: concepts and policies*. Ed. European Employment Observatory, Berlino.
- Gazier B (1998b) *Employability: definitions and trends*. In: Gazier B, *Employability: concepts and policies*. Ed. European Employment Observatory, Berlino.
- Gazier B (2001) *Employability: the complexity of a policy notion*. In: Weinert P, Baukens M, Bollerot P et al., *Employability: from theory to practice*. Ed. Transaction Books, New Brunswick, New Jersey.
- Gore T (2005) *Extending employability or solving employer's recruitment problems? Demand-led approaches as an instrument of the labour market policy*. *Urban Studies*, 42(2), 341-353.
- Hall DT (1996) *Protean careers of 21st century*. *Academy of Management Executive*, 10(4), 8-16.
- Hall DT (2004) *The protean career: a quarter century journey*. *Journal of Vocational Behaviour*, 65, 1-13.
- Hillage J, Pollard E (1998) *Employability: developing a framework for policy analysis*. *Research Brief*. Department for Education and Employment.
- Hirsch A (2011) *Report of survey results for newly licensed registered nurses in Washington State*. *Journal of Nursing Education*, 50 (10), 575-578.
- Istituto Giuseppe Toniolo (2014) *La condizione giovanile in Italia*. Rapporto giovani 2014. Ed. Il Mulino, Milano.
- Istituto Nazionale di Statistica, ISTAT (2011) *Migrazioni Internazionali e della popolazione Residente*.
- Kingma M (2006) *Nurses on the move: migration and the global health care economy*. Ed. Cornell University Press, New York.
- Leino-Loison K, Gien LT, Katajisto J et al. (2004) *Sense of coherence among unemployed nurses*. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 413-422.
- Liu S, Huang JL, Wang M (2014) *Effectiveness of job search interventions: a meta-analytic review*. *Psychological Bulletin*, 140(4), 1009-1041.
- McArdle S, Waters L, Briscoe JP et al. (2007) *Employability during unemployment: adaptability, career identity and human social capital*. *Journal of Vocational Behaviour*, 71, 247-264.
- McKee-Ryan FM, Song Z, Wanberg CR et al. (2005) *Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study*. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53-76.
- McQuaid RW, Lindsay C (2005) *The concept of employability*. *Urban Studies*, 42(2), 197-219.
- Moynihan LM, Roehilin MV, Lepine MA et al. (2003) *A longitudinal study of the relationship among job search self-efficacy, job interviews and employment outcomes*. *Journal of Business and Psychology*, 18(2), 207-232.
- O'Connel DJ, McNeely E, Hall DT (2008) *Unpacking personal adaptability at work*. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 14(3), 248-259.
- Obukhova E (2012) *Motivation vs relevance: using strong ties to find a job in urban China*. *Social Science Research*, 41, 570-580.
- Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, OCSE (2015) *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Ed. OECD Publishing, Parigi.
- Palese A, Tosatto D, Mesaglio M (2009) *Process and factors influencing Italian nurse graduates' first choice of employment: a descriptive study*. *Journal of Nurses Staff Development*, 25(4), 184-190.
- Pool LD, Sewell P (2007) *The key to employability: developing a practical model of graduate employability*. *Education and Training*, 49(4), 277-289.
- Prokou E, (2008) *The emphasis on employability and the changing role of the university in Europe*. *Higher Education in Europe*, 33(4), 387-394.
- Saks AM (2006) *Multiple predictors and criteria of job search success*. *Journal of Vocational Behaviour*, 68, 400-415.
- Saks AM, Ashforth BE (1999) *Effects of individual differences and job search behaviours on the employment status of a recent university graduates*. *Journal of Vocational Behaviour*, 55, 335-349.
- Saks AM, Ashforth BE (2000) *Change in job search behaviours and employment outcomes*. *Journal of Vocational Behaviour*, 56, 277-287.
- Saks AM, Ashforth BE (2002) *Is job search related to employment quality? It all depends on the fit*. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 646-654.
- Schiavon M (2015) *L'esercizio libero professionale infermieristico: dati, andamento e prospettive*. Ente Na-

- zionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica.
- Seibert S, Crant J, Kraimer M (1999) *Proactive personality and career success*. Journal of Applied Psychology, 84, 416-424.
- Seibert S, Kraimer M, Crant J. (2001) *What do proactive people do? A longitudinal model linking proactive personality and career success*. Personnel Psychology, 54(4), 845.
- Spetz, J (2011) *Unemployed and Underemployed Nurses*. International Council of Nurses, Ginevra.
- Staines GL, Blankertz L, Magura S et al. (2004) *Efficacy of the customized employment supports (CES) model of vocational rehabilitation for unemployed methadone patients: preliminary results*. Substance Use and Misuse, 39 (13-14), 2261-85.
- Sun S, Song Z, Lim VKG (2013) *Dynamics of the job search process: developing and testing a mediated moderating model*. Journal of Applied Psychology, 98 (5), 771-784.
- Thompson J (2005) *Proactive personality and job performance: a social capital perspective*. Journal of Applied Psychology, 90(5), 1011-1017.
- Tolentino LR, Garcia P, Lu VN et al. (2014) *Career adaptation: the relation of adaptability to goal orientation, proactive personality, and career optimism*. Journal of Vocational Behaviour, 84, 39-48.
- Tomlinson M (2007) *Graduate employability and students attitudes and orientations to the labour market*. Journal of Education and Work, 20(4), 285-304.
- Treasury HM (1997) Treasury press release 122/97, 13th October: *Gordon Brown unveils UK employment action plan*. HM Treasury, Londra.
- Van Dam K (2004) *Antecedents and consequences of employability orientation*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 13(1), 29-51.
- Van der Heijde CM, Van der Heijde BIJM (2006) *A competence based and multidimensional operationalization and measurement of employability*. Human Resource Management, 45(3), 449-476.
- Van Hooft EAJ, Noordzij G (2009) *The effect of orientation on job search and reemployment: a field experiment among unemployed job searchers*. Journal of Applied Psychology, 94, 1581-1590.
- Vuori J, Silvonen J, Vinokur AD et al. (2002) *The Typhoon job search program in Finland: benefit for unemployed with risk of depression or discouragement*. Journal of Occupational Health Psychology, 7, 5-19.
- Werbel DJ (2000) *Relationship among career exploration, job search intensity, and job search effectiveness in graduating college students*. Journal of Vocational Behaviour, 57, 379-394.
- Ya-hiu S, Li-yia F (2008) *Assessing graduate attributes for employability in the context of the lifelong learning: the holistic approach*. US-China Education Review, 5(11), 1-10.



CONTRIBUTI

Il rispetto della dignità umana durante le attività infermieristiche: revisione della letteratura

di **Claudia Casumaro**

Infermiera - Azienda Ospedaliera di Padova

Corrispondenza: claudia.casumaro@gmail.com

Significato e analisi storico-concettuale della dignità umana

Dignità è un termine molto usato. Alcuni autori lo considerano vago e astratto, per altri invece è complesso e multi-valente in quanto oggetto di differenti discipline: dal pensiero religioso a quello filosofico, dai diritti umani alla giustizia sociale, dall'arte alla letteratura, dall'etica al diritto (Baillie, 2009; Gallagher et al., 2012; Griffin-Heslin, 2005; Jacobson, 2007; McSherry, 2010; Nordenfelt, 2003; Wainwright, Gallagher, 2008; Whitehead, Wheeler, 2008).

Un'ulteriore considerazione vede la dignità umana come un concetto semanticamente 'denso', dal momento che reca in sé il massimo dell'universale e del particolare (Viafora, Gaiani, 2015). È universale in quanto è un valore proprio dell'individuo che non necessita dell'altrui riconoscimento e non può essere perso (Viafora, Gaiani, 2015). È particolare in quanto ogni individuo possiede la propria personale percezione della dignità, una sorta di immagine di sé che, in quanto tale, può essere violata o persa, ma anche risarcita e recuperata (Viafora, Gaiani, 2015).

Dignità deriva dal termine latino *dignitas*, che significa l'essere degno e meritevole di qualcosa; in seconda istanza assume i significati di carica e posizione, in quanto per il proprio merito si può ottenere un incarico, oppure di stima e prestigio, nel caso in cui si ottenga il rispetto altrui (Castiglioni & Mariotti, 1996; Ferri et al., 2015; Coventry, 2006). Il corrispettivo aggettivo *dignus* è calco del termine greco ἄξιος [*àxios*]; quest'ultimo, oltre ai significati di degno, valoroso e meritevole, porta in sé anche quello di assioma; nell'accezione filosofico e matematica l'assioma è una condizione data che prescinde da ulteriori dimostrazioni (Rocci, 1943).

Il termine si è evoluto e arricchito di significati nel corso della storia. Nella dottrina giudaico-cristiana la dignità è considerata una qualità posseduta dall'uomo in quanto creato ad immagine e somiglianza di Dio; questo speciale statuto la rende un valore innato, sacro e incondizionato riconosciuto a tutta l'umanità (Jacobson, 2007; Coventry, 2006). L'idea di dignità nel mondo classico deriva da una società gerarchicamente intesa: infatti è una qualità conferita al singolo in relazione al gruppo sociale di appartenenza (Jacobson, 2007), ma da questa scala di merito vengono esclusi donne e schiavi (Pols, 2013). La stessa dinamica si ritrova in tutte le società nelle quali i successi ottenuti nei campi di battaglia sono il modo indiscutibile per affermare agli occhi della collettività la virtù della classe sociale di appartenenza (Pols, 2013). Durante il Rinascimento la dignità si lega alla facoltà dell'uomo di esercitare la propria volontà di scelta, per cui diventa un necessario attributo dell'individuo alla ricerca dell'autodeterminazione (Jacobson, 2007).

Nell'Illuminismo emerge la moderna concezione kantiana in cui la dignità diventa un valore appartenente a tutti gli esseri umani per la loro intrinseca razionalità (Jacobson, 2007; Wainwright, Gallagher, 2008). L'Ottocento, segnato dalle guerre di indipendenza dei popoli, porta ad emblema il motto della Rivoluzione Francese "*Liberté, Égalité, Fraternité*", che coniuga la dignità alla conquista collettiva della libertà (Coventry, 2006). A metà del XIX secolo la dignità diventa la guida dei movimenti dei lavoratori che rivendicano l'uguaglianza sociale (Gallagher et al., 2012). Il XX secolo declina la dignità tra i diritti umani fondamentali attraverso la produzione di carte e trattati promossi da associazioni internazionali non governative o dagli stessi Stati (Gallagher et al., 2012; Jacobson, 2007).

A livello mondiale il maggior esempio è la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, proclamata nel 1948 dalla neonata Organizzazione delle Nazioni Unite (Jacobson, 2007). Essa inizia con il famoso preambolo sulla dignità: "*Considerato che il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali ed inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo (...)*"; al quale segue il primo articolo: "*Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti*".

Oggi la dignità è un valore fondante le costituzioni di molti Stati (Jacobson, 2007): per esempio l'art. 3 della nostra Costituzione Italiana (1947): "*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali*".

In ambito sanitario esiste una fiorente letteratura riguardante la dignità: si stimano 1.200 libri e più di 11.000 articoli pubblicati in lingua inglese dagli anni Settanta ad oggi (Jacobson, 2007). La dignità delle cure non fa riferimento solamente alla più conosciuta dignità riguardante i diritti umani, bensì ad una dignità portatrice di una maggiore sensibilità dal momento che si rivolge alle persone malate. All'inizio le ricerche si sono interessate solo al contesto delle cure palliative e del fine vita (*dignity palliative care, dignity in end-of-life, death dignity, dying with dignity*), più tardi hanno coinvolto pazienti vulnerabili come anziani (*dignity elderly, dignity dementia*), malati psichiatrici e poveri.

Ancora oggi si è poco ricercato nel campo della dignità del paziente ospedalizzato (*patient dignity*) coinvolto nelle attività di cure ordinarie (Coventry, 2006; Jacobson, 2007; Nordenfelt, 2003; Whitehead, Wheeler, 2008).

Tuttavia dagli anni Novanta si è avvertita la necessità di riscoprire, anche da parte degli stessi operatori sanitari, il tema della dignità del paziente ospedalizzato, fin da sempre aspetto centrale dell'assistenza (Chochinov, 2007; McSherry, 2010; Whitehead, Wheeler, 2008).

I codici deontologici di molte nazioni, tra cui Regno Unito, Spagna, Stati Uniti, Canada, Australia, Brasile, richiamano l'infermiere all'obbligo di promuovere le condizioni affinché la dignità del paziente venga realizzata e mantenuta (Baillie, 2009; Baillie et al., 2010; Gallagher et al., 2012; Jacobson, 2007; Lin, et al., 2012; Matiti et al., 2008; Shotton, Seedhouse, 1998; Whitehead, Wheeler, 2008). Anche l'Italia è fra questi: l'art. 3 del Codice Deontologico vigente (Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, 2009) recita: "*La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo*". Si ricorda inoltre che il Codice del Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN, 2012) dichiara che "*Il rispetto dei diritti dell'uomo, compresi i diritti culturali, il diritto alla vita, alla scelta, alla dignità e a essere trattati con rispetto, fanno parte integrante dell'assistenza infermieristica*".

La dignità umana nelle attività di cura e assistenza

La persona ospedalizzata diventa un paziente, spesso un individuo spogliato della propria identità: allontanato da tutto ciò che abitualmente compie e lo circonda, dalla famiglia alla casa, dal lavoro alle relazioni, inserito in un contesto dove le sue necessità si confrontano con i bisogni degli altri utenti e con le esigenze lavorative, l'individuo passa in secondo piano.

In questa particolare situazione di dipendenza e fragilità, la dignità della persona rischia di essere minacciata per varie ragioni: la mancanza di sensibilità, il dover rispettare una certa tempistica sulle attività da compiere, la ripetitività di manovre consuete, le scarsità di risorse umane e materiali, il dover dare priorità a certe attività piuttosto che ad altre.

L'infermiere è il professionista sanitario che più si confronta con il paziente nella sua presa in carico, quindi è anche colui che rischia maggiormente di non rispettarlo, ledendone in tal modo la dignità.

Questo studio si propone di ricercare nella letteratura il punto di vista dei pazienti sul rispetto della loro dignità durante le pratiche assistenziali, concludendo con una serie di indicazioni pratiche utili alla professione, al fine di implementare un'assistenza più competente e sensibile.

Il rispetto della dignità: cosa dice la letteratura

Il rispetto della dignità è un bisogno di ogni paziente in tutte le fasi di cura (Ferri et al., 2015). Gli operatori sanitari che potenzialmente possono accrescere o violare la dignità dei pazienti sono soprattutto gli infermieri (Whitehead, Wheeler, 2008).

Sebbene sia ampiamente riconosciuta la rilevanza della dignità nei percorsi di cura, limitate sono le ricerche che analizzano se la dignità venga realmente rispettata nella pratica clinica quotidiana e ancora pochi sono gli studi condotti su pazienti adulti ospedalizzati (Baillie, 2009; Ferri et al., 2015; Lohne et al., 2010; Matiti, Trorey, 2008).

Molteplici invece sono le ricerche condotte su pazienti anziani e nell'ambito dei malati nella fase finale della vita (Anderberg et al., 2007; Bagheri et al., 2012; Baillie, 2009; Lundqvist & Nilstun, 2007; Östlund et al., 2012; Whitehead, Wheeler, 2008), mentre pochi studi hanno per oggetto i bambini (Baillie, 2009; Lundqvist, Nilstun, 2007), oppure i portatori di malattie croniche frequenti come l'insufficienza cardiaca e il diabete (Bagheri et al., 2012; Delmar et al., 2006). Altrettanto limitati gli studi su adolescenti (Nayeri et al., 2011), persone affette da sclerosi multipla (Lohne et al., 2010) o da danni cerebrali (Slettebø et al., 2009).

Gli studi analizzano singoli aspetti della dignità dei pazienti, mentre quasi nessuno esamina il loro punto di vista nella sua completezza (Matiti, Trorey, 2008) o espone chiare evidenze a supporto delle attività di assistenza (Östlund et al., 2012).

La dignità è il nucleo dell'assistenza infermieristica (Baillie, 2009; Baillie, Iloft, 2010; Lin et al., 2012; Matiti, Trorey, 2008; Whitehead, Wheeler, 2008).

Gli infermieri sono responsabili della salvaguardia della dignità dei pazienti (Lin et al., 2012) e talvolta non rispettano standard sufficienti per mantenerla (Ferri et al., 2015; Whitehead, Wheeler, 2008).

Attitudini, percezioni individuali, abilità personali e contesto culturale influenzano la sensibilità con cui gli operatori percepiscono i bisogni dei pazienti e quindi ne mantengono la dignità (Bagheri et al., 2012; Lin et al., 2012; Whitehead, Wheeler, 2008). Talora gli infermieri eseguono pratiche che ledono la dignità nonostante siano attenti a preservarla (Whitehead, Wheeler, 2008).

Maggiore è la dignità percepita dai pazienti, migliore risulta essere l'adesione terapeutica (Ferri et al., 2015; Nayeri et al., 2012), la percezione del ricovero (Lin et al., 2012) e la tolleranza al malessere (Ferri et al., 2015). Al contrario la distruzione della dignità riduce la salute fisica dei pazienti e il loro benessere mentale (Bagheri et al., 2012). Sebbene tutti i pazienti generalmente dichiarino di essere soddisfatti del livello di assistenza ricevuta, molti descrivono varie aree nelle quali viene meno il rispetto della loro dignità, in quanto i loro bisogni vengono disattesi (Matiti, Trorey, 2008; Webster, Bryan, 2008).

La dignità è sempre fortemente connessa al rispetto della privacy e dell'autonomia personali (Anderberg et al., 2008; Bagheri et al., 2012; Baillie 2008, 2009; Baillie, Ilott, 2010; Delmar et al., 2006; Ferri et al., 2015; Lin et al., 2012; Lundqvist, Nilstun, 2007; Matiti, Trorey, 2008; Nåden, Sæteren, 2006; Nayeri et al., 2012; Östlund et al., 2012; Prideaux, 2010; Shanahan, 2011; Slettebø et al., 2009; Webster, Bryan, 2008; Whitehead, Wheeler, 2008).

Per quanto riguarda la privacy l'impatto degli altri pazienti sulla dignità non è stato quasi indagato (Baillie, 2009). Ci sono pochissimi studi che prendono in esame come i reparti con degenti misti per sesso rappresentino motivo di disagio e imbarazzo a causa della possibile esposizione del proprio corpo a pazienti di sesso opposto; ciò è percepito maggiormente dalle donne (Baillie, 2008). La maggioranza dei pazienti esprime una forte preferenza per le camere singole (Baillie, 2009; Whitehead, Wheeler, 2008).

L'ospedalizzazione implica un'inevitabile regressione dell'autonomia e comporta il dover richiedere aiuto per i bisogni più elementari (Ferri et al., 2015): questo induce i pazienti ad aggiustare la loro percezione di dignità in un costante percorso di accettazione di sé e di adattamento delle loro abilità, supportati dagli infermieri (Baillie, 2009).

È dovere professionale promuovere la dignità attraverso un ambiente pulito e favorente la privacy, le politiche di gestione dei posti letto e il comportamento del personale, il quale deve essere: professionale, rassicurante, disponibile, amichevole, rispettoso, consentendo il giusto controllo mentre garantisce una certa autonomia al paziente (Baillie, 2009).

Essere correttamente informati è fondamentale per molti pazienti (Anderberg et al., 2008; Bagheri et al., 2012; Baillie, 2009; Baillie, Ilott, 2010; Ferri et al., 2015; Lin et al., 2012; Lundqvist, Nilstun, 2007; Matiti, Trorey, 2008; Nayeri et al., 2012; Östlund et al., 2012; Prideaux, 2010; Records, Wilson, 2011; Slettebø et al., 2009; Webster, Bryan, 2008).

Tuttavia varia molto da paziente a paziente la quantità di informazione ritenuta necessaria, pertanto sarebbe utile stabilire linee guida in accordo con i medici (Matiti, Trorey, 2008).

Emerge la necessità di praticare un'assistenza comprensiva e sensibile per quanto riguarda la gestione delle cure igieniche e dell'incontinenza, attraverso un corretto impiego degli ausili ed una risposta rapida e competente (Dean, 2012; Logan, 2012). Chiedere a intervalli regolari se i pazienti necessitano di aiuto per defecare e promuovere lo sviluppo di tecniche per la continenza sono al momento le indicazioni migliori da seguire (Dean, 2012; Logan, 2012).

È suggerito che infermieri dello stesso genere del paziente pratichino l'igiene personale, offrire un accompagnatore, nel senso di una persona scelta dal paziente (*chaperone*), dove possibile, e chiedere sempre il consenso al paziente prima di effettuare una procedura (Baillie, 2009; Matiti, Trorey, 2008; Prideaux, 2010).

Nei pazienti pediatrici, per mantenere la dignità è necessario rendere i genitori partecipi alle attività di cura, educandoli sulle stesse, e sostenere il loro rapporto con i figli (Lundqvist, Nilstun, 2007). La dignità nei piccoli pazienti viene a mancare quando: sono costretti a protestare con parole, gesti e pianti; nei casi in cui gli infermieri si dimostrano poco sensibili; infine quando i genitori, cercando di compiacere l'equipe, non li proteggono (Lundqvist, Nilstun, 2007).

Attento deve essere l'approccio con il paziente adolescente, in quanto ogni sforzo atto a favorire la salute che trascura le sue opinioni è destinato ad essere disatteso (Nayeri et al., 2011). Per i ragazzi il sanitario che li rispetta deve: bussare alla porta e presentarsi; prestare subito aiuto se lo richiedono; lasciarli soli quando lo desiderano; fornire precise risposte ai loro dubbi ed essere sensibile quando provano dolore (Nayeri et al., 2011).

Le donne che attendono il parto, emotivamente fragili perché avvertono il peso della responsabilità della nuova vita che a breve da loro dipenderà, si sentono trattate con dignità se si implementano le loro abilità di madre (Records, Wilson, 2011). Inoltre risulta per queste fondamentale essere supportate nella scelta tra il taglio cesareo o il parto per via naturale e la modalità di gestione del dolore (Records, Wilson, 2011).

La letteratura riscontra un'evidente discriminazione nei confronti delle ragazze-madri (SmithBattle, 2013). Tra i comportamenti che queste annoverano come lesivi della loro dignità ci sono gli atteggiamenti dei sanitari che parlano con le loro madri anziché con loro stesse, che manifestano sorpresa nel vedere il neonato pulito e ben assistito, che attuano una sorveglianza eccessiva (SmithBattle, 2013).

Il paziente chirurgico è molto vulnerabile, dovendo affrontare un intervento che lede la sua integrità fisica e, talvolta, funzionale (Baillie, Ilott, 2010). La consueta pratica di far rimuovere vestiti e oggetti personali viola la dignità del paziente (Baillie, Ilott, 2010). Quindi è auspicabile: non chiedere di togliersi i vestiti prima del dovuto; disporre di intimo usa e getta che si può tagliare appena prima dell'operazione; rimuovere la dentiera quando il paziente è sedato, poco prima di essere intubato, e riposizionarla appena possibile; rimuovere i gioielli solo se interferiscono con la procedura; informare anticipatamente il paziente della necessità di rimuovere la parrucca (Baillie, Ilott, 2010). È importante coinvolgere il paziente nella conversazione, finché cosciente, evitare l'inutile esposizione del corpo e l'ingresso di personale non autorizzato (Baillie, Ilott, 2010).

I pazienti affetti da malattie croniche avvertono la progressiva riduzione delle abilità personali, per cui si sentono trattati con dignità quando vengono incrementate le strategie di *coping* individuali; al contrario la loro dignità è violata quando il personale è compassionevole e interferisce troppo con le capacità individuali (Bagheri et al., 2012; Delmar et al., 2006; Slettebø et al., 2009). I pazienti affetti da sclerosi multipla, per la peculiare progressione della patologia, hanno un punto di vista che li accomuna: dignità significa rispetto e mantenimento dell'integrità (Lohne et al., 2010).

I malati di cancro, per il protrarsi del percorso clinico, subiscono cambiamenti del corpo, che risulta così indebolito; per questo necessitano di essere affermati, riconosciuti come persone affinché venga preservata la loro dignità (Nåden, Sæteren, 2006). Sul versante interiore, necessitano di una aperta e sensibile comunicazione, allo scopo di far emergere le questioni esistenziali e spirituali (Nåden, Sæteren, 2006). Ciò che contribuisce a conservare la dignità dei pazienti nella fase di fine vita sono la rassicurazione psicologica, il conforto spirituale o religioso, il mantenimento della speranza e l'elaborazione del lutto (Östlund et al., 2012).

Inoltre per questi pazienti è d'aiuto focalizzarsi sul presente e sui problemi immediati, senza soffermarsi eccessivamente a pensare alla morte, così come proseguire le precedenti attività di vita, ove possibile, e di essere sostenuti dai propri cari (Östlund et al., 2012).

Per i pazienti anziani è importante mantenere il controllo su alcuni aspetti della vita quotidiana, ad esempio avere un proprio spazio, mantenere gli oggetti personali o decidere che abiti indossare, sentirsi al sicuro e ricevere un'assistenza individualizzata in linea con le personali esigenze (Anderberg et al., 2007; Webster, Bryan, 2008). È necessario attuare il giusto bilanciamento tra il rispetto della libertà personale e il dovere legale di proteggere la sicurezza del paziente incapace quando si decide di attuare forme di limitazione del movimento (Moyalán, 2009; Shanahan, 2011). Sono raccomandate specifica formazione e sviluppo delle sensibilità individuali per permettere agli infermieri di valutare i potenziali rischi e benefici delle azioni di contenimento e garantire un'assistenza che non privi dignità al paziente (Moyalán, 2009; Shanahan, 2011).

Nello specifico delle cure psichiatriche l'analisi di Lakeman (2012) fa emergere come in alcune strutture ancora oggi persistano tenacemente pratiche che ledono la dignità dei pazienti, nonostante siano incompatibili con il piano terapeutico e non scientificamente supportate.

È doveroso ricordare i molti pazienti privi della capacità di giudizio. La presente analisi, considerando il punto di vista dei pazienti, gli escluderebbe. Nonostante ciò si accoglie la revisione di Fullbrook (2007), la quale individua nel *best interest of this person* il principio guida per prendere le decisioni.

Si avverte l'esigenza di ulteriori studi qualitativi comprensivi di ogni aspetto della dignità dei pazienti, così da ampliare la conoscenza dei fattori che la caratterizzano, in modo da fornire evidenze a supporto dell'attività assistenziale, rispettando i bisogni dei pazienti senza dover interferire con le esigenze della pratica clinica (Anderberg et al., 2007; Lohne et al., 2010; Matiti, Trorey, 2008; Östlund et al., 2012; Whitehead, Wheeler, 2008).

Conclusioni

Nel mondo della sanità e soprattutto nell'infermieristica si registra nell'ultimo ventennio un'aumentata consapevolezza dell'importanza di preservare la dignità del paziente (Whitehead, Wheeler, 2008).

È importante considerare l'assistenza infermieristica composta da due componenti inscindibili fra loro: quella soggettiva di valutazione del paziente e quella oggettiva relativa alle attività da eseguire (Matiti, Trorey, 2008). La dignità del paziente è parte della componente soggettiva dell'assistenza e la rende umana: infatti un infermiere che guarda il paziente senza considerarne la dignità lo priva del suo essere individuo umano, lo tratta come fosse un oggetto (Matiti, Trorey, 2008).

L'essere infermiere implica l'essere custode e garante dei diritti umani, primo su tutti il rispetto della dignità umana. Ogni pratica deve essere preceduta e sostenuta dalla riflessione su cosa sia più giusto fare e su come meglio attuarlo, aprendosi in un confronto sempre nuovo con il paziente e considerando le molteplici possibilità che la scienza e le tecnologie offrono, al fine di garantire un'assistenza competente e sensibile.

BIBLIOGRAFIA

- Anderberg P, Lepp M, Berglund AL, Segesten K, (2007). *Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis*. Journal of Advanced Nursing 59(6), 635-643.
- Assemblea Costituente (1947). *Costituzione della Repubblica Italiana*. Roma, 27 dicembre 1947.

- Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F, (2012). *Patient dignity and its related factors in heart failure patients*. Nursing Ethics 19(3), 316-327.
- Baillie L, (2008). *Mixed-sex wards and patient dignity: nurses' and patients perspectives*. British Journal of Nursing 17 (19), 1220-1225.
- Baillie L. (2009). *Patient dignity in an acute hospital setting: A case study*. International Journal of Nursing Studies 46, 23-37.
- Baillie L., Ilott L. (2010). *Promoting the dignity of patients in perioperative practice*. Journal of Perioperative Practice 20(8), 278-282.
- Castiglioni, L., Mariotti, S. (1996). *Il Vocabolario della lingua latina* (3. ed.). Milano: Loescher.
- Chochinov, H.M. (2007). *Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care*. British Medical Journal 335(7612), 184-187.
- Coventry, M.L. (2006). *Care with dignity: a concept analysis*. Journal of gerontological nursing 32 (5), 42-48.
- Dean E. (2012). *Dignity in toileting*. Nursing Standard 26(24), 17-19.
- Delmar C., Bøje T., Dylmer D., Forup L., Jakobsen C., Møller M., Sønder H., Pedersen B.D. (2006). *Independence/dependence – a contradictory relationship? Life with a chronic illness*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 20, 261-268.
- Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi (2009). *Codice Deontologico dell'infermiere*. Roma, 17 gennaio 2009.
- Ferri P., Muzzalupo J., Di Lorenzo R. (2015). *Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis*. BioMed Central Health Services Research 15, 41.
- Fullbrook S. (2007). *Best interest. A review of the legal principles involved: Part 2(a)*. British Journal of Nursing, 16(11), 682-683.
- Gallagher, A., Zoboli, E.L.C.P., Ventura, C. (2012). *Dignity in care: where next for nursing ethics scholarship and research?* Revista da Escola de Enfermagem 46, 51-57.
- General Assembly of United Nation (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Parigi, 10 dicembre 1948.
- Griffin-Heslin, V.L. (2005). *An analysis of the concept dignity*. Accident and Emergency Nursing 13, 251-257.
- International Council of Nurses (2012). *Code of Ethics for Nurses*. Ginevra: ICN.
- Jacobson, N. (2007). *Dignity and health: A review*. Social Science & Medicine 64, 292-302.
- Lakeman R. (2012). *Leave your dignity, identity, and day clothes at the door: the persistence of pyjama therapy in an age of recovery and Evidence-Based Practice*. Issues in Mental Health Nursing 32, 479-482.
- Lin Y.P., Watson R., Tsai Y.F. (2012). *Dignity in care in the clinical setting: A narrative review*. Nursing Ethics 20(2), 168-177.
- Logan K. (2012). *Toilet privacy in hospital*. Nursing Times 108(5), 12-13.
- Lohne V., Aasgaard T., Caspari S., Slettebø Å., Nåden D. (2010) *The lonely battle for dignity: individuals struggling with multiple sclerosis*. Nursing Ethics 17(3), 301-311.
- Lundqvist A., Nilstun T. (2007). *Human dignity in paediatrics: the effects of health care*. Nursing Ethics 14(2), 215-228.
- Matiti M.R., Trorey G.M. (2008) *Patients' expectation of the maintenance of their dignity*. Journal of Clinical Nursing 17, 2709-2717.
- McSherry, W. (2010). *Dignity in care: meanings, myths and the reality of making it work in practice*. Nursing Times 106(40), 20-23.
- Moylan L.B. (2009). *Physical restraint in acute care psychiatry*. Journal of Psychosocial Nursing 47(3), 41-47.
- Nayeri N.D., Karimi R., Sadeghee T. (2011). *Iranian nurses and hospitalized teenagers' views of dignity*. Nursing Ethics 18(4), 474-484.
- Nåden D., Sæteren B. (2006). *Cancer patients' perception of being or not being confirmed*. Nursing Ethics 13(3), 222-235.
- Nordenfelt, L. (2003). *Dignity of the elderly: An Introduction*. Medicine, Health Care and Philosophy 6, 99-101.
- Östlund U., Brown H., Johnston B. (2012) *Dignity conserving care at end of life: A narrative review*. European Journal of Oncology Nursing 16, 353-367.
- Pols, J. (2013). *Washing the patient: dignity and aesthetic values in nursing care*. Nursing Philosophy, 14, 186-200.
- Potter C. (2008). *The delivery of dignity when caring for older people*. British Journal of Community Nursing 13 (9), 430-432.
- Prideaux A. (2010). *Male nurses and the protection of female patient dignity*. Nursing Standard 25(13), 42-49.
- Records K., Wilson B.L. (2011). *Reflections on meeting women's childbirth expectations*. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 40, 394-398.

- Rocci, L. (1943). *Vocabolario Greco-Italiano* (3. ed.). Città di Castello: Società Editrice Dante Alighieri.
- Shanahan D.J. (2011). *Bedrails and vulnerable older adults: how should nurses make "safe and sound" decisions surrounding their use?* International Journal of Older People Nursing 7(4), 272-281.
- Shotton, L., Seedhouse, D. (1998). *Practical dignity in caring*. Nursing Ethics 5(3), 246-255.
- Slettebø Å., Caspari S., Lohne V., Aasgaard T., Nåden D. (2009) *Dignity in the life of people with head injuries*. Journal of Advanced Nursing 65(11), 2426-2433.
- SmithBattle L.I. (2013). *Reducing the stigmatization of teen mothers*. The American Journal of Maternal Child Nursing 38(4), 235-241.
- Viafora, C., Gaiani, A. (cur.). (2015). *A lezione di bioetica. Temi e strumenti* (2. ed.). Padova: Franco Angeli.
- Wainwright, P., Gallagher, A. (2008). *On different types of dignity in nursing care: a critique of Nordenfelt*. Nursing Philosophy 9, 46-54.
- Webster C., Bryan K. (2008). *Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment*. Journal of Clinical Nursing 18, 1784-1792.
- Whitehead J., Wheeler H. (2008) *Pateints' experiences of privacy and dignity. Part 1: a litterature review*. British Journal of Nursing 17(6), 381-386.



ESPERIENZE

La gestione dei turni: i risultati di un'esperienza

di **Daniele Zanni**

Infermiere Direzione DATeR - Azienda USL di Bologna

Corrispondenza: daniele.zanni@ausl.bo.it

La gestione dei turni, da dove siamo partiti

Lo strumento SHIFTS è stato pensato e realizzato dallo staff assistenziale, per definire e governare le coperture delle posizioni di lavoro e supportare il coordinatore nelle attività di "contabilità", che potrebbero portare ad errori di assegnazioni del turno, e per le quali lo strumento informatico risulta molto duttile. Nel contempo il coordinatore deve mantenere la libertà di sperimentare e sviluppare libere articolazioni di turno, che possano congiungere le necessità dei dipendenti e le esigenze dell'organizzazione. Le frequenti richieste di sostegno dei coordinatori e la necessità di visionare la pianificazione della turnistica hanno stimolato la progettazione di uno strumento utile al coordinatore e contemporaneamente visibile a tutti i livelli coinvolti.

Dall'inizio della progettazione, nel 2010, lo strumento SHIFTS ha visto una ventina di revisioni che hanno determinato una continua evoluzione dello stesso.

Le Unità Assistenziali che volontariamente hanno aderito, fino ad ora, sono descritte nella **Tabella 1**.

Tabella 1 - Le unità assistenziali che hanno aderito al progetto

BUDRIO CASA della SALUTE INF	OM AREA BLU 12 INF – OSS	OM PIASTRA OPERATORIA INF
OB AREA AMBULATORIALE INF	OM AREA BLU 12 INF	OM PIASTRA OPERATORIA OSS
OB AREA AMBULATORIALE OSS	OM AREA BLU MEDICA OSS	OM PIASTRA OPERATORIA STR
OB CARDIOLOGIA INF	OM AREA MEDICA 9 CORPO D INF	OM PRONTO SOCCORSO OSS
OB CARDIOLOGIA OSS	OM AREA MEDICA 9 CORPO D OSS	OM SALA TRAVAGLIO PARTO OST
OB MEDICINA-PNEUMOLOGIA INF	OM AREA ROSSA MEDICA INF	OM SALA OPERATORIA GINECOL INF/STR
OB MEDICINA-PNEUMOLOGIA OSS	OM AREA ROSSA MEDICA OSS	OM SPDC INF
OB CHIRURGIA POLISPECIALISTICA INF	OM AriAI INF	OSPEDALE PORRETTA OSS
OB CHIRURGIA POLISPECIALISTICA OSS	OM AriAI OSS	OSPEDALE VERGATO PS INF
OB CUS INF/OSS	OM CARDIOLOGIA INF	OSPEDALE VERGATO PS AUTISTI

OB ENDOSCOPIA INF	OM CARDIOLOGIA OSS	OSPEDALE VERGATO INF
OM AREA BLU 7 CORPO D INF	OM CHIRURGIA GENERALE INF	OSPEDALE VERGATO OSS
OM AREA BLU 7 CORPO D OSS	OM CHIRURGIA GENERALE OSS	

Lo strumento

Il sistema è collocato nel server informatico aziendale, è accessibile con password ed è operativo per i livelli di responsabilità dei turni e visionabile, in un apposito spazio dedicato, dal personale d'assistenza interessato. Lo SHIFTS è composto da quattro parti (**Figura 1**):

Figura 1 - La struttura dello SHIFTS



1. Progettazione (BASE):

- intestazione;
- orari;
- sequenza.

2. Gestione Mensile (GEN-DIC) visione ciclica del turno:

- visione complessiva mensile delle coperture di base;
- alert di mancata copertura;
- alert di organico disponibile;
- ore complessive erogate;
- livello giornaliero di assistenza erogata;
- debito e credito orario (ROS) individuale;
- turno programmato e modifiche compensative;
- flessibilità dell'organizzazione di base (riduzioni o chiusure dell'UA);
- flessibilità di programmazione degli utenti/die.

3. Programmazione dell'equipe (PROGR):

- definizione delle posizioni di lavoro in sottogruppi (18) di equipe;
- assegnazione dei sottogruppi sulla disponibilità di turno;
- segnalazione di eventuali Alert nella copertura prevista del sottogruppo.

4. Analisi (AMM): è un sistema di analisi dei turni e delle assenze avvenute e programmate complessive di UA ed individuale, con sezioni mensili ed annuali.

La progettazione della BASE

La progettazione della BASE (intestazione, definizione degli orari e la sequenza) è la fase più importante e più impegnativa: avviene all'inizio dell'installazione dello SHIFTS, e permette di analizzare le risorse e le necessità di assistenza. Sono necessarie informazioni "anagrafiche" dell'Unità Assistenziale, che automaticamente il sistema elabora e restituisce indicazioni di orientamento (**Figura 2**).

Figura 2 - Intestazione della sezione "BASE"

SHIFTS-ZD 15.2

Bologna, 2-nov-15

UA. AREA INTENSIVA XXX

TURNI INFERMIERI

CCNL

H/SETT. 36,00

BUDGET + COORD	h/die 1	66 ⁵¹	10 ¹⁷		O.B. 87%
	h/sett. 7	468	72		O.I. 13%
	h/mese 30	2.006	309		
	AD 2015 365	24.403	3.754		

ASSISTENZA PZ: MIN.^{DE}

STANDARD	158
REDLINE	117
P.M.	25,0

ANNO DI
GRAZIA:

2015

NON BIESTILE

COORD._{RE} PROFESSIONALE: *Scalafini, G. Maria*
COORD._{RE} GESTIONALE: *Scalafini, G. Maria*

TEAM: 17 O.C.

2 COORD
13 O.B.
2 O.I.

POS.LAV.	MATT	POM	NOTTE	
FESTIVO FERIALE	lunedì	3	2	2
	martedì	3	2	2
	mercoledì	3	2	2
	giovedì	3	2	2
	venerdì	3	2	2
	sabato	3	2	2
	domenica	2	2	2

SETTORE

ASSENZE - MIN.^{DE}

COORD GEST	FE 308	...
COORD PROF
AREA BLU	ROS 0	PTV 0
AREA ROSSA	RAP 0	FESTA 360
H.24	RX 308	GR 308
AGENZIA	MA 360	RF 360
OI AGENZIA	MB 360	
DIURNISTA	IL 308	MAG 0
	CP 360	FAG 0
	104 360	
	150 360	
	CS 360	
ORG.INTEGR.	...	
FORMAZIONE

Durante la progettazione il Coordinatore può gestire il debito orario settimanale e verificare il rispetto delle normative vigenti. Qualora venissero a mancare i requisiti normativi impostati, lo SHIFTS evidenzia gli Alert (Figura 3).

Figura 3 - Definizione degli orari

TURNO			dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	M	P	N
1	COORDINATORE	Cg	8,00	15,12							
2	COORDINATORE	Cp	8,00	15,12							
T-1	TURNO h.24	MATTINO	M	7,00	13,10						
		POMERIGGIO	P	13,00	20,00						
		NOTTE	N	19,50	24,00						
		SMONTO	\	0,01	7,00						
		RIPOSO	\ \								
		MATT+POM	MP	7,00	13,00	14,00	22,00				
T-2	DIURNISTA	MATT DIURNO	Md	7,30	13,30						
		POM DIURNO	Pd	13,30	19,30						
		ORG INTEGR	J								
T-4	DIURN	MATT Pani	D	7,30	13,30						
T-5	TURNO h.24	MAT sett A	Ma.	7,00	13,10						
		POM sett A	Pa.	13,00	20,00						
		NOTTE sett A	Na.	19,50	24,00						
		MAT sett B	Mb.	7,00	13,10						
		POM sett B	Pb.	13,00	20,00						
		NOTTE sett B	Nb.	19,50	24,00						
		MATT TRASV.le	Mt.	7,00	13,10						
	T.AGGIUN	MATT+POM DT	MP+	7,00	13,30	14,00	20,00				
		NOTTE DT	\N+	0,00	7,10	19,45	24,00				
		LUNGA DT	L+	7,00	13,20	13,50	16,03				
		MATT DT	M+	7,00	13,20						
		POM DT	P+	13,00	20,00						
		MATT DIURNO DT	Mm+	8,00	13,50						
		SMONTO+POM DT	\P+	0,00	7,10	13,00	20,00				
L-10	RIENTRO	ALTRO REPARTO	<=>								
		X ESIG PERS!	MP	7,00	13,30	14,00	20,00				
		DOPPIA NOTTE	\N	0,00	7,10	19,45	24,00				
		AGGIORN.2ore	AG	14,00	16,00						
		SMONTO+POM	\P	0,00	7,10	13,00	20,00				

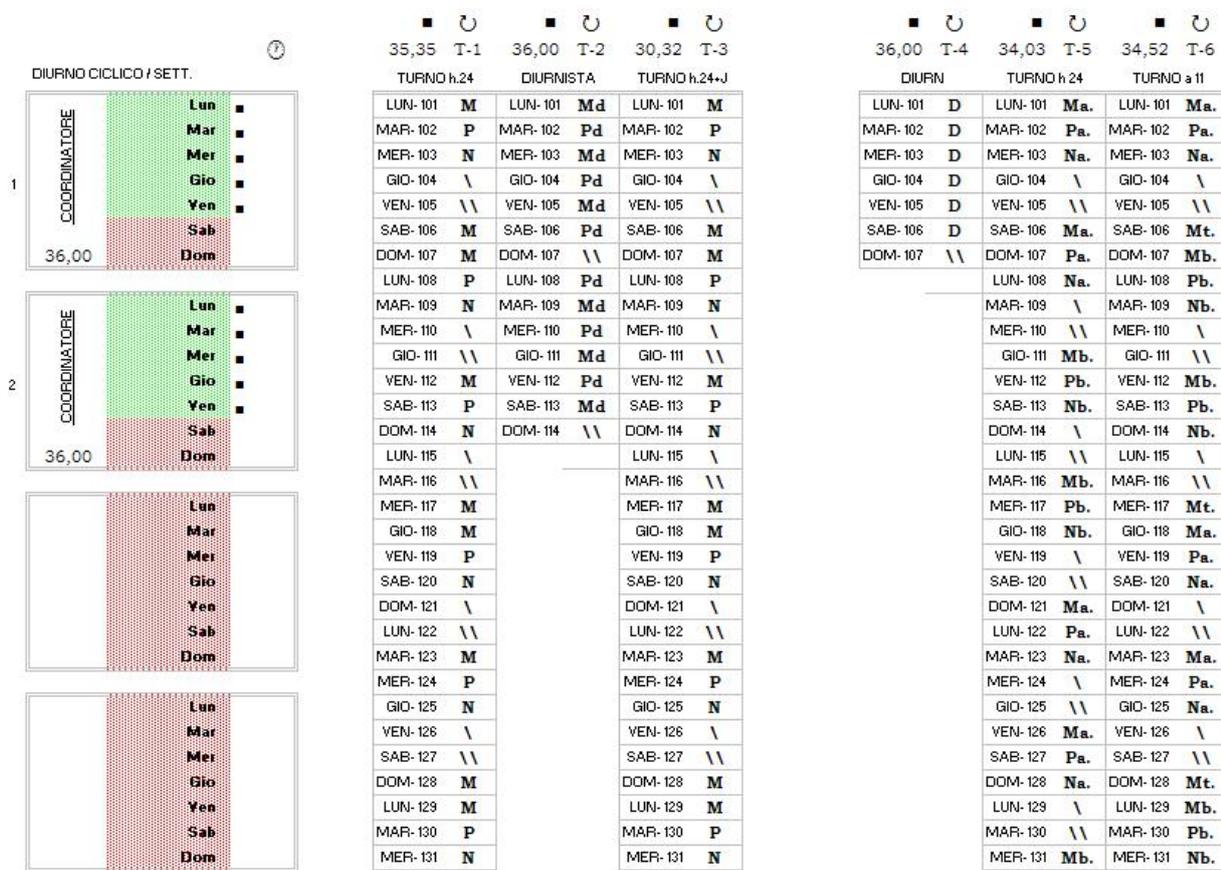
ALERT hh ,mm VINCOLI ORARIO:

3	12,00	TEMPO MAX TURNO
	00,20	PAUSA TURNO > H.8, ⁰⁰
	00,30	PAUSA TURNO > H.9, ⁰⁰
	11,00	< INTERVALLO TRA TURNI
	7	RIPOSO OGNI X GG.

TEMPO MAX TURNO -

La sequenza permette al coordinatore di studiare nuove sequenze di turno più efficienti mantenendo il controllo del debito orario settimanale. La sigla del turno impostato potrà indicare il settore o l'attività specifica dedicata (Figura 3).

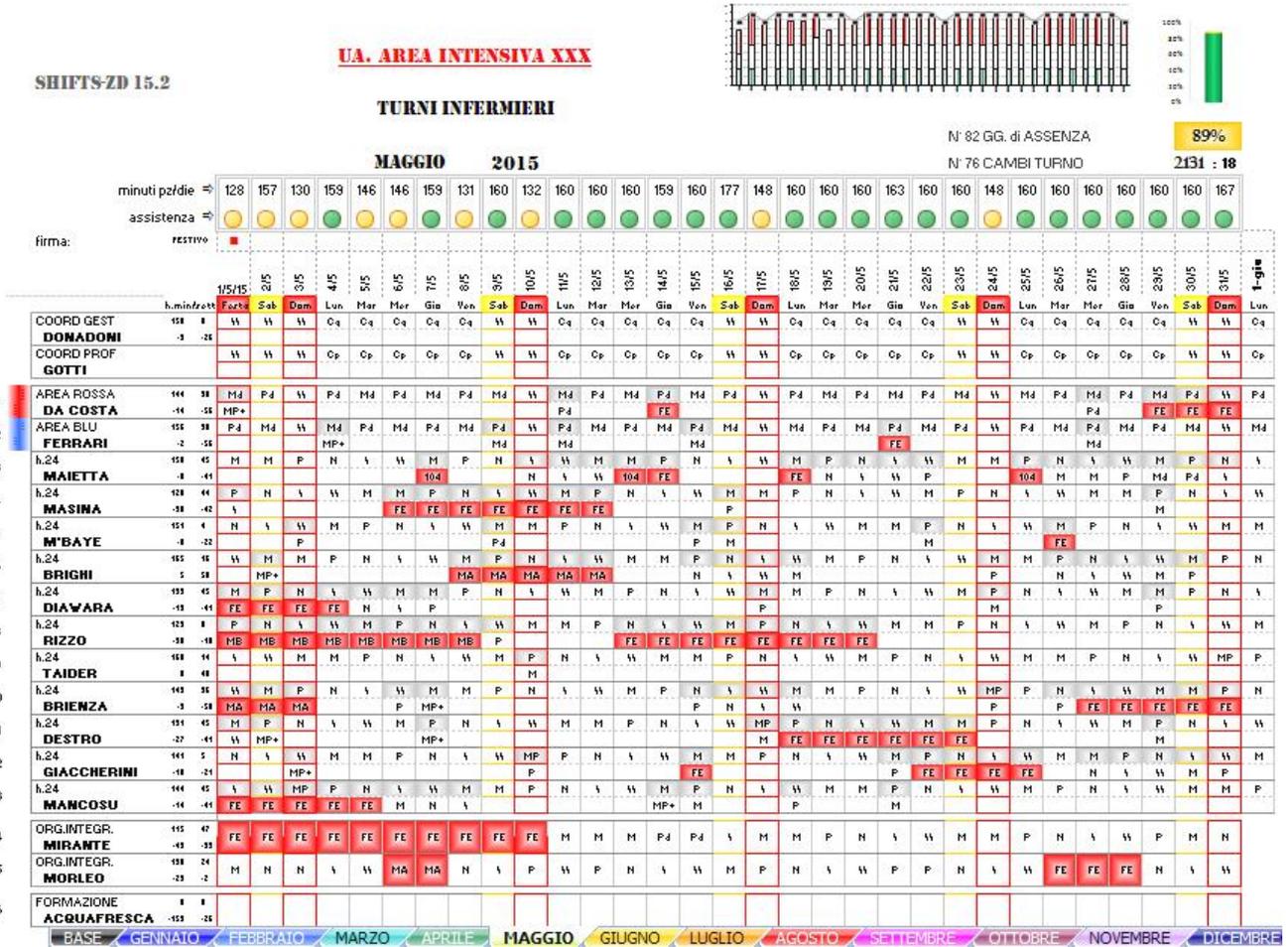
Figura 4 - Studio e definizione dei turni



La gestione mensile

L'obiettivo posto nella costruzione della visione complessiva dei turni mensili è mantenere le caratteristiche intuitive della gestione turni cartacea precedente (Figura 4). I turni programmati e le relative modifiche, mantengono in evidenza la traccia della variazione, indicato dal codice colore. Il report mensile dei turni riporta a fine mese il turno programmato del 1° giorno del mese seguente, per dare coerenza qualora il coordinatore abbia modificato il turno. Il primo riferimento interpretativo lo mostra il grafico riepilogativo mensile delle assegnazioni di turno: ogni colonna rappresenta un giorno, suddivisa in turno notturno (verde), pomeridiano (bianco) e mattutino (rosso). La linea grigia continua rappresenta l'organico di base giornaliero necessario programmato. Il Coordinatore legge i minuti di assistenza per paziente in rapporto alle aree di complessità assistenziale di appartenenza (BASE), che ne definiscono il comportamento medio e minimo, con un codice colore giornaliero (Figura 5).

Figura 5 - Gestione dei turni mensile gennaio...dicembre - (i nomi sono di fantasia)



Ogni mese il coordinatore può sostituire i professionisti per ogni linea di turno, mantenendo le rotazioni stabilite dal regolamento interno. In specifiche esigenze di modifica di attività, di assistenza e di presenze di base, lo SHIFTS può supportare l'introduzione di turni adeguati alla copertura dell'organico (Figure 6.1 e 6.2).

Figura 6.1 - Grafico di sintesi mensile

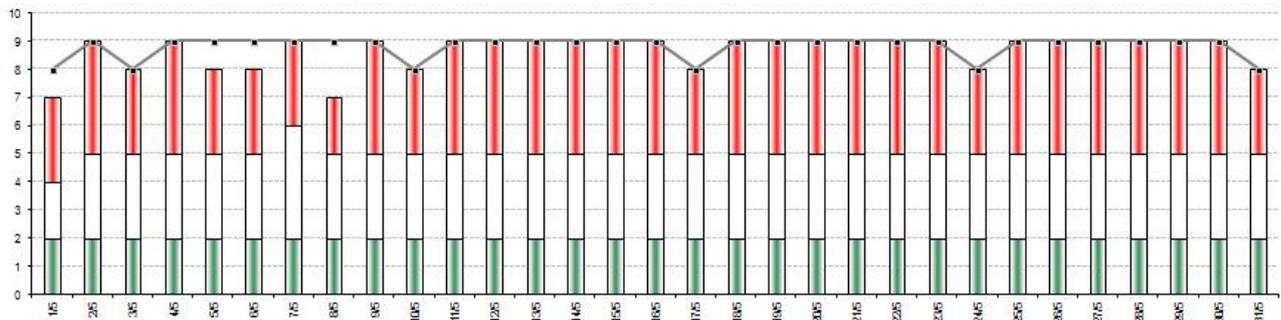


Figura 6.2 - Sezione di verifica degli Alert di presenza



La gestione dei colori è tale da mantenere le evidenze anche con stampe monocromatiche. Il responsabile, per ogni giorno del mese, ha disponibile gli Alert di copertura prevista.

Il numero negativo accompagnato dal colore ROSSO, indica una carenza nelle coperture del turno relativo (M-P-N); il colore VERDE accompagnato da un numero positivo indica le risorse assegnate disponibili come organico integrativo (**Figura 7**).

Figura 7 - Sezione dedicata al governo delle posizioni di lavoro

POSIZIONI di LAVORO	SHIFT	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	
	POH	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3
	NOTTE	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	PZ.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Lo SHIFTS mantiene le posizioni di lavoro standard predefinite, ma il coordinatore ha la flessibilità di poterle modificare giornalmente, in base alle modifiche organizzative temporanee (riduzioni, accorpamenti o chiusure delle UA) Anche la programmazione dei posti letto può essere calibrata giornalmente sulle esigenze dell'organizzazione (**Figura 8**).

Figura 8 - Gestione del numero di pazienti/die

P.M.	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	
PZ.																														

La programmazione dell'equipe

La richiesta di sviluppare questa sezione nasce dall'esigenza della Piastra Operatoria; il coordinatore governa la copertura dell'equipe delle camere operatorie, formate da tre diversi gruppi: infermieri; strumentisti e OSS. Il coordinatore sceglie una data di programmazione operatoria, e il sistema riporta le disponibilità del personale nelle varie fasi della giornata. In seguito verranno assegnate le sale in base alle competenze di sala specialistica. D'ausilio sono gli Alert di controllo, che verificano e guidano nella corretta assegnazione delle risorse. Il report è stampato quotidianamente e non mantiene traccia (**Figura 9**).

L'analisi

È la sezione dedicata all'analisi della frequenza di un turno o di una assenza. La griglia organizzativa del report riporta alla lettura in ascisse l'analisi del Dipendente ed in ordinata l'analisi dell'Unità Assistenziale.

Interessante è il report con la selezione "TURNI AGGIUNTIVI", che riporta tutti gli eventi di turno aggiuntivo che l'organizzazione (coordinatore) ha identificato con specifiche nella gestione quotidiana delle presenze (**Figura 10**).

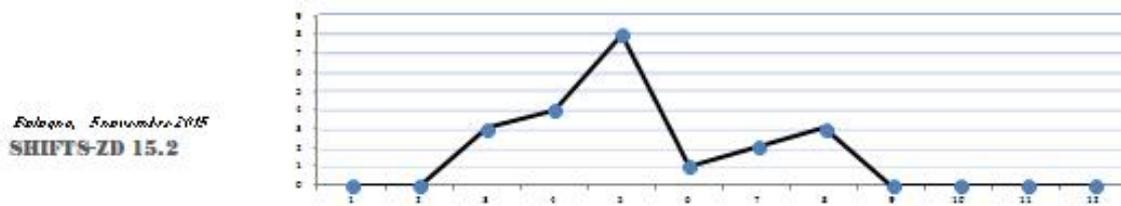
Considerazioni conclusive

Lo strumento SHIFTS è stato pensato, progettato e realizzato utilizzando le competenze e le abilità organizzative che la Professione Infermieristica insegna. Sono stati analizzati i bisogni del coordinatore e descritta un'intuitiva rappresentazione grafica. La criticità principale è l'incapacità attuale di correlare la programmazione dei turni con le presenze avvenute e registrate.

Inoltre, non è stato sviluppato da programmatori ed è stato ampiamente superato da software dedicati, ma è efficiente. L'insostituibile conoscenza dei problemi e l'abilità a superarli del personale infermieristico, con la collaborazione dei Servizi Informatici, porterebbe a sviluppare uno strumento dalle potenzialità esportabili.

Strategica è la capacità dello SHIFTS di farsi carico delle difficoltà di controllo e restituendo tempo, informazioni e nuove idee.

Figura 10 - Sezione dedicata all'analisi e riflessioni



UA. AREA INTENSIVA XXX

TURNI AGGIUNTIVI

▼

0	0	3	4	5	1	2	3	0	0	0	0	TOT. 21
GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	2015
												<small>NON BISESTILE</small>

DONADONI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GOTTI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DA COSTA	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
FERRARI	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
MAIETTA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
BRIGHI	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
DIAWARA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

BIBLIOGRAFIA

- Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n. 66.
- Costa G., *Lavoro a turni e notturno*. Ed. SEE (2003-Fi).
- Camagni P. e Nikolassy R., *Tecnologie Informatiche*. Ed. HOEPLI.

ESPERIENZE

Etica del caring: analisi del distress morale degli infermieri tutor

di *Simona Facco (1)*, *Valerio Dimonte (2)*

(1) *Professore a contratto del Corso di Laurea in Infermieristica – Università degli Studi di Torino*

(2) *Professore associato Università degli studi di Torino Med/45 Scuola di Medicina e Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche di Torino*

Corrispondenza: simona.facco@unito.it

Introduzione

I dilemmi etici sono una caratteristica ricorrente nella pratica infermieristica e possono essere attribuiti ai progressi nella scienza e nella tecnologia scientifica e alla globalizzazione, che generano incertezza nel comportamento etico.

La natura morale della pratica infermieristica è insita nel rapporto infermiere-paziente (Yarling e McElmurray, 1986; Kelly 1990; Mortari, 2006). Un'aspettativa professionale è quella che gli infermieri si impegnino in una condotta etica (Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, 2009).

Tuttavia, molti studi hanno appurato che, sebbene gli infermieri conoscano la condotta etica nella pratica infermieristica, ritengono che le pressioni gerarchiche spesso rendano difficile il mantenimento degli standard etici (Ketefian, 1981, De Veer et al., 2013). Non c'è dubbio infatti che fattori organizzativi e variabili di lavoro influenzino la pratica etica (Crisham, 1981; Mayberry, 1986; Ulrich, 2012; Karanikola et al., 2013). Holly (1993) ha descritto come spesso gli infermieri si sentano impotenti, frustrati e presentano angoscia morale, ma è anche possibile che molti infermieri non abbiano ben chiaro il loro ruolo etico (Smith, 1996; Pavlish, 2011).

Grazie alla loro posizione centrale nella cura del paziente, gli infermieri dovrebbero essere una delle figure più importanti nel processo decisionale etico. La letteratura internazionale indica che gli infermieri sperimentano frequentemente distress morale (Wilkinson, 1987; Corley, 1995, 2002; Corley et al., 2005; Elpern et al., 2005; Gutierrez, 2005; Mobley et al., 2007; Zuzelo, 2007; Rice et al., 2008; Pauly et al., 2009; Lovato, Cunico, 2012; Negrisol, Brugnaro, 2012). Questa espressione indica la situazione di sofferenza che l'infermiere vive quando *“riconosce la cosa giusta da fare, e tuttavia impedimenti istituzionali gli rendono impossibile seguire il giusto corso d'azione”* (Jameton, 1984). Il disagio conseguente al distress morale si ripercuote sulle attività degli infermieri e può portare a provare angoscia morale con conseguente insoddisfazione del proprio lavoro e a burnout (Corley, 2002; 2005).

Nella professione infermieristica l'oggetto delle cure è sempre un individuo in una situazione esistenziale difficile.

Per potersi assumere la responsabilità di decisioni, spesso difficili, l'infermiere in aggiunta a una buona preparazione ed esperienza dev'essere portatore di una elevata maturità morale e questo è ancora più importante se si ha anche la responsabilità degli studenti infermieri.

La qualità delle decisioni del singolo infermiere è determinata sia dalle norme di riferimento del Codice Deontologico, sia dalla propria maturità etica. L'infermiere è infatti un agente morale, cioè una persona che compie scelte di natura etica poiché il suo agire è condizionato, ma non del tutto determinato, dalle disposizioni che riceve, dall'organizzazione del lavoro e dalle richieste degli altri professionisti. Diversi studi hanno indicato gli effetti della sensibilità etica sul miglioramento delle prestazioni etiche degli infermieri e nel potenziare le relazioni infermiere-paziente (Numminen et al., 2009).

Lo scopo di questo lavoro è quello di esplorare le questioni etiche nel contesto dell'esperienza clinica degli infermieri tutor per comprendere come gli infermieri le affrontano.

Gli obiettivi dello studio sono i seguenti:

- analizzare il distress morale degli infermieri tutor;
- descrivere la tipologia di casi etici affrontati dagli infermieri tutor nei contesti assistenziali;
- analizzare le modalità con cui gli infermieri tutor affrontano i casi etici, facendo riferimento ai principi etici generali.

Sono stati interpellati tutti gli infermieri che svolgono la funzione di tutor clinici afferenti al Corso di Laurea in Infermieristica di Torino, escludendo coloro che sono stati nominati tutor da meno di sei mesi.

Per raggiungere l'obiettivo sopra elencato, è stato chiesto ai tutor clinici inclusi nello studio di compilare un questionario validato (Negrisolo, 2012), il *Moral Distress Scale* (MDS), descrittore le 25 situazioni maggiormente ricorrenti in letteratura di distress morale (**Tabella 1**), specificando sia l'intensità di distress morale provato, sia la frequenza con la quale i rispondenti hanno vissuto la situazione descritta in una scala Likert a 5 punti (Corley, 2001).

Livelli significativi di moral distress sono quelli che riportano valori maggiori di 7 (Rice, 2008). Il questionario è stato suddiviso dagli autori in tre aree corrispondenti ai seguenti ambiti:

- organizzazione (item 1, 2, 11, 16, 17, 23 e 24);
- potere decisionale (item 3, 4, 5, 9, 10, 13, 14, 15, 19 e 22);
- responsabilità individuale (item 6, 7, 8, 12, 18, 20, 21 e 25).

Tabella 1 - Analisi descrittiva dei valori di MDS

SITUAZIONI (ITEM)	Moral Distress Score (media) range 0-16	Moral Distress Score (deviazione standard)
1. Aderire alle richieste di cura dei famigliari anche se non sono d'accordo, solo perché la direzione dell'ospedale teme un'azione legale	3,05	3,51
2. Aderire alle richieste dei famigliari nel continuare le cure anche se non è nell'interesse del paziente	3,87	4,81
3. Eseguire in base a un ordine medico esami e trattamenti non necessari	4,78	4,06

4. Collaborare con il medico durante un esame o un trattamento senza consenso del paziente	2,05	3,28
5. Iniziare o continuare trattamenti di sostegno vitale, quando penso siano solo un prolungamento della morte	3,95	4,39
6. Ignorare consapevolmente situazioni in cui si sospetta che i caregiver abusino dei pazienti	0,99	2,75
7. Evitare di prendere provvedimenti quando so che un collega infermiere ha fatto un errore terapeutico	2,71	3,54
8. Autorizzare gli studenti a compiere procedure su un paziente, anche dopo l'insuccesso della rianimazione cardiopolmonare	0,24	1,08
9. Assistere i medici che effettuano procedure su un paziente, anche dopo l'insuccesso della rianimazione cardiopolmonare	0,76	2,06
10. Eseguire un ordine medico che richiede esami e trattamenti non necessari su malati terminali	2,86	3,79
11. Lavorare con un carico di lavoro che considero pericoloso per l'assistenza	7,47	5,44
12. Osservare senza intervenire quando il personale sanitario non rispetta la privacy del paziente	3,22	4,04
13. Seguire l'ordine medico di non dire la verità al paziente quando quest'ultimo chiede di conoscerla	2,39	3,88
14. Assistere un medico che a tuo parere è incompetente nel fornire le cure	3,64	3,81
15. Preparare un anziano con grave demenza, per un intervento di gastrostomia	1,04	2,67
16. Dimettere un paziente, quando avrebbe ancora necessità di assistenza	2,77	3,45
17. Discriminare (trattare diversamente) i pazienti sulla base del loro grado culturale e/o dell'estrazione sociale	0,88	2,28
18. Seguire la richiesta della famiglia di non discutere della morte con un paziente in fase terminale, che invece ne vuole parlare	1,56	3,19
19. Somministrare farmaci che non alleviano la sofferenza del paziente, perché il medico ha timore che una dose maggiore di antidolorifico aggravi la situazione del paziente	3,16	4,09
20. Aumentare la dose di morfina per via EV ad un paziente incosciente anche se si pensa che accelererà la morte	1,44	2,61
21. Rispondere alla richiesta del paziente con una prognosi infausta che chiede di essere aiutato a morire	0,91	2,05
22. Seguire gli ordini circa i farmaci antidolorifici anche quando questi non controllano il dolore	2,56	3,65
23. Lavorare con infermieri che non sono competenti come la cura del paziente richiede	4,41	4,25
24. Lavorare con personale di supporto che non è competente come richiesto dalla cura del paziente	3,68	3,73
25. Chiedere alla famiglia del paziente circa la donazione di organi quando la morte del paziente è inevitabile	1,09	2,85

Con l'espressione organizzazione si intende *“l'insieme di risorse umane e materiali, regole e procedure che possono influenzare l'attività del singolo infermiere”*. Con l'espressione potere decisionale medico si intendono *“quelle situazioni in cui l'azione infermieristica si realizza in base a direttive mediche e quindi l'azione infermieristica risulta fortemente condizionata dai valori di questo professionista”*. Infine con il termine responsabilità individuale si intendono *“quelle situazioni in cui il singolo infermiere esprime il proprio mandato professionale non condizionato da fattori esterni, ma agendo in base ai propri valori etici”* (Negrisolo, 2012).

Per ciascuna delle situazioni vissute, l'infermiere tutor ha specificato anche le modalità con cui sono state affrontate. In particolare se la situazione non è stata affrontata, se è stata affrontata da solo; solo con gli studenti; con i colleghi infermieri senza o con gli studenti; con l'èquipe assistenziale senza o con gli studenti.

Tale strumento è stato inoltre integrato dalle variabili socio-demografiche e professionali, quali: età, genere, titolo di formazione professionale, anzianità di servizio, anzianità di ruolo in qualità di tutor clinico, tipo di servizio in cui svolge la professione e principi etici che guidano la professione.

Infine, per l'analisi dei principi etici che sottendono la presa di decisione dei professionisti, i rispondenti hanno espresso una scelta tra: principio di beneficenza, di non-maleficenza, di autonomia, principio di giustizia, nessuno, non lo so, altro (specificare).

Il distress nel Corso di Laurea in Infermieristica

Lavorare con un carico di lavoro che si considera pericoloso per l'assistenza rappresenta l'unica situazione che genera distress morale negli infermieri interpellati.

Rispetto alle tre aree individuate dal questionario di Corley (organizzazione, potere decisionale del medico e responsabilità individuale), l'area che genera maggiore distress morale è quella legata all'organizzazione, seguita dal potere decisionale medico.

I casi clinici etici vengono affrontati dagli infermieri tutor intervistati principalmente con discussione all'interno dell'èquipe infermieristica senza gli studenti (**Tabella 2**). Gli studenti vi partecipano solo se assistono personalmente all'evento che ha causato il caso discusso. I dati dimostrano che numerosi servizi ne discutono con tutta l'èquipe assistenziale, coinvolgendo in questo caso anche gli studenti. Interessante notare come molti infermieri tutor risolvano la situazione individualmente, oppure non agendo in alcun modo. Altri ancora cercano di coinvolgere la famiglia nella presa di decisioni importanti, oppure i responsabili organizzativi: coordinatori, Direzione Sanitaria, Collegio, Corso di Laurea. Quasi tutti gli intervistati riferiscono di affrontare la situazione direttamente con l'operatore che attua l'azione moralmente discutibile, sia esso il medico, l'infermiere o il personale di supporto. Infine alcuni commenti degli intervistati hanno riportato la frustrazione (distress morale) anche dopo aver discusso i casi con l'èquipe quando la situazione non cambia o si ripropongono sempre gli stessi schemi.

Tabella 2 - Modalità di discussione e gestione casi etici

SITUAZIONI (ITEM)	Non ho fatto nulla	Da solo	Da solo con gli studenti	Con il gruppo di infermieri senza gli studenti	Con il gruppo di infermieri e gli studenti	Con l'equipe assistenziale senza studenti	Con l'equipe assistenziale e gli studenti	Altro
1. Aderire alle richieste di cura dei famigliari anche se non sono d'accordo, solo perché la direzione dell'ospedale teme un'azione legale	6	2	1	32	5	1	22	Con il famigliare, con il medico di guardia
2. Aderire alle richieste dei famigliari nel continuare le cure anche se non è nell'interesse del paziente	0	1	0	4	3	0	4	
3. Eseguire in base a un ordine medico esami e trattamenti non necessari	1	2	0	5	0	0	3	
4. Collaborare con il medico durante un esame o un trattamento senza consenso del paziente	7	2	2	21	4	0	11	
5. Iniziare o continuare trattamenti di sostegno vitale, quando penso siano solo un prolungamento della morte	3	1	2	23	10	0	26	
6. Ignorare consapevolmente situazioni in cui si sospetta che i caregiver abusino dei pazienti	3	1	0	15	2	0	8	Direzione sanitaria
7. Evitare di prendere provvedimenti quando so che un collega infermiere ha fatto un errore terapeutico	5	3	3	40	2	2	8	Ne parlo con l'interessato, risk management
8. Autorizzare gli studenti a compiere procedure su un paziente, anche dopo l'insuccesso della rianimazione cardiopolmonare	5	0	2	2	4	0	4	
9. Assistere i medici che effettuano procedure su un paziente, anche dopo l'insuccesso della rianimazione cardiopolmonare	4	1	1	12	1	0	5	Ne parlo con il medico interessato
10. Eseguire un ordine medico che richiede esami e trattamenti non necessari su malati terminali	5	2	2	24	4	2	22	
11. Lavorare con un carico di lavoro che considero pericoloso per l'assistenza	3	2	3	31	6	2	32	Collegio, ne parlo con il vertice
12. Osservare senza intervenire quando il personale sanitario non rispetta la privacy del paziente	1	14	5	14	11	0	13	Ne parlo con l'interessato
13. Seguire l'ordine medico di non dire la verità al paziente quando quest'ultimo chiede di conoscerla	4	4	3	14	10	0	14	Ne parlo con il medico
14. Assistere un medico che a tuo parere è incompetente nel fornire le cure	7	14	3	35	4	0	3	Con il medico, con i miei responsabili
15. Preparare un anziano con grave demenza, per un intervento di gastrostomia	4	2	0	7	4	0	11	

16. Dimettere un paziente, quando avrebbe ancora necessità di assistenza	5	3	3	24	5	1	19	
17. Discriminare (trattare diversamente) i pazienti sulla base del loro grado culturale e/o dell'estrazione sociale	3	5	4	7	3	0	9	
18. Seguire la richiesta della famiglia di non discutere della morte con un paziente in fase terminale, che invece ne vuole parlare	3	2	2	7	5	0	10	Con i famigliari
19. Somministrare farmaci che non alleviano la sofferenza del paziente, perché il medico ha timore che una dose maggiore di antidolorifico aggravi la situazione del paziente	0	3	3	23	4	0	20	Consigliamo la consulenza antalgica, ne parlo con il medico e con la famiglia
20. Aumentare la dose di morfina per via EV ad un paziente incosciente anche se si pensa che accelererà la morte	3	2	3	10	9	0	12	
21. Rispondere alla richiesta del paziente con una prognosi infausta che chiede di essere aiutato a morire	3	4	2	8	11	1	12	
22. Seguire gli ordini circa i farmaci antidolorifici anche quando questi non controllano il dolore	0	5	5	17	7	0	19	
23. Lavorare con infermieri che non sono competenti come la cure del paziente richiede	2	16	7	39	3	0	6	Con l'interessato, con il coordinatore, con l'università
24. Lavorare con personale di supporto che non è competente come richiesto dalla cura del paziente	3	7	9	42	3	0	7	
25. Chiedere alla famiglia del paziente circa la donazione di organi quando la morte del paziente è inevitabile	1	2	1	8	3	0	10	
TOTALE	81	100	66	464	113	9	310	1143

Gli infermieri tutor rispondenti all'indagine hanno riportato come maggiormente presente nella loro realtà assistenziale i seguenti casi:

- lavorare con un carico di lavoro pericoloso per l'assistenza;
- eseguire in base ad un ordine medico esami e trattamenti non necessari;
- lavorare con infermieri e con personale di supporto non competenti;
- aderire alle richieste dei famigliari nel continuare le cure;
- assistere un medico non competente ed osservare senza intervenire quando il personale sanitario non rispetta la privacy del paziente.

Come si può osservare in **Tabella 3**, i principi etici maggiormente presi a riferimento dagli interpellati sono in ordine: giustizia, non-maleficenza, beneficenza e solo all'ultimo posto il principio di autonomia. Alcuni rispondenti ammettono di non sapere a quale principio etico riferirsi e altri dichiarano di non riferirsi ad alcun principio etico.

Tabella 3 - Riferimento ai principi etici

SITUAZIONI (ITEM)	Principio di beneficenza	Principio di NON-maleficenza	Principio di autonomia	Principio di giustizia	Nessuno	Non lo so	Altro	Vuote
1. Aderire alle richieste di cura dei famigliari anche se non sono d'accordo, solo perché la direzione dell'ospedale teme un'azione legale	16	11	11	23	4	6	Condivisione	33
2. Aderire alle richieste dei famigliari nel continuare le cure anche se non è nell'interesse del paziente	19	20	7	12	6	7	Condivisione	23
3. Eseguire in base a un ordine medico esami e trattamenti non necessari	14	23	19	16	7	2		18
4. Collaborare con il medico durante un esame o un trattamento senza consenso del paziente	8	13	6	12	6	0	Stato di necessità	54
5. Iniziare o continuare trattamenti di sostegno vitale, quando penso siano solo un prolungamento della morte	12	21	9	22	3	8	Rispetto	32
6. Ignorare consapevolmente situazioni in cui si sospetta che i caregiver abusino dei pazienti	9	2	7	14	4	3		70
7. Evitare di prendere provvedimenti quando so che un collega infermiere ha fatto un errore terapeutico	11	19	10	21	4	5	Dovere professionale, risk management	31
8. Autorizzare gli studenti a compiere procedure su un paziente, anche dopo l'insuccesso della rianimazione cardiopolmonare	2	5	3	2	5	0		77
9. Assistere i medici che effettuano procedure su un paziente, anche dopo l'insuccesso della rianimazione cardiopolmonare	5	8	5	8	5	0	Dignità	73
10. Eseguire un ordine medico che richiede esami e trattamenti non necessari su malati terminali	9	19	15	13	5	9	Etica, rispetto	38
11. Lavorare con un carico di lavoro che considero pericoloso per l'assistenza	10	23	9	20	3	7	Rispetto	16
12. Osservare senza intervenire quando il personale sanitario non rispetta la privacy del paziente	9	14	11	26	4	2	Deontologia	31
13. Seguire l'ordine medico di non dire la verità al paziente quando quest'ultimo chiede di conoscerla	6	12	13	18	3	1		49

14. Assistere un medico che a tuo parere è incompetente nel fornire le cure	11	21	12	15	3	5		36
15. Preparare un anziano con grave demenza, per un intervento di gastrostomia	10	5	6	6	4	0		74
16. Dimettere un paziente, quando avrebbe ancora necessità di assistenza	12	12	8	17	7	4		39
17. Discriminare (trattare diversamente) i pazienti sulla base del loro grado culturale e/o dell'estrazione sociale	7	5	5	15	2	2	Etica	68
18. Seguire la richiesta della famiglia di non discutere della morte con un paziente in fase terminale, che invece ne vuole parlare	6	7	9	14	2	3	Deontologia	66
19. Somministrare farmaci che non alleviano la sofferenza del paziente, perché il medico ha timore che una dose maggiore di antidolorifico aggravi la situazione del paziente	21	13	9	18	4	0	Desistenza terapeutica	37
20. Aumentare la dose di morfina per via EV ad un paziente incosciente anche se si pensa che accelererà la morte	15	10	8	10	3	1		61
21. Rispondere alla richiesta del paziente con una prognosi infausta che chiede di essere aiutato a morire	11	13	8	4	1	2	Dovere professionale	65
22. Seguire gli ordini circa i farmaci antidolorifici anche quando questi non controllano il dolore	16	14	13	14	6	3		42
23. Lavorare con infermieri che non sono competenti come la cura del paziente richiede	11	23	14	19	3	8	Deontologia	20
24. Lavorare con personale di supporto che non è competente come richiesto dalla cura del paziente	10	29	11	14	4	7	Dovere professionale, deontologia	23
25. Chiedere alla famiglia del paziente circa la donazione di organi quando la morte del paziente è inevitabile	11	7	8	8	0	0	Dovere prof.le	73
TOTALE	271	349	236	361	98	85		1149

Discussione

I risultati di questa indagine evidenziano l'assenza di distress morale tra gli interpellati. Molti studi hanno messo in evidenza quanto sia difficile per alcuni infermieri riconoscere ed affrontare le questioni etiche (Cohen, Gregory, 2009; Howard, Steinberg, 2002; Nolan, Markert, 2002; Cameron et al., 2001; Kim et al., 2007): una possibile interpretazione di questi dati è proprio la mancata percezione del conflitto, dovuta all'abitudine alle situazioni descritte, abitudine che determina una riduzione della soglia di percezione.

E' preoccupante che gli infermieri intervistati si lamentino di quanto sia impossibile per loro agire praticare i propri valori etici o esprimere le questioni etiche all'interno del team, adducendo la mancanza di tempo per affrontare le problematiche di natura etica. Anche Siebens et al. (2006) hanno riportato che gli infermieri che lavorano in un ambiente di lavoro complesso tendono a dare priorità agli interventi medici/tecnici, mentre stabilire relazioni assistenziali con i loro pazienti è di secondaria importanza.

Le problematiche assistenziali dei pazienti sono ormai tutte più o meno complesse; sembra quasi che la mancanza di tempo sia un capro espiatorio per evitare di (pre) occuparsi dell'aspetto etico delle situazioni. Molto più semplice e senz'altro meno coinvolgente è garantire la prestazione o l'intervento assistenziale, ma se si tratta di entrare in relazione con il paziente per comprenderne realmente i bisogni, occorre che il professionista abbia una disponibilità emotiva ed una sensibilità morale elevata per entrare nel mondo dell'altro.

Lo studio dimostra che gli infermieri sono solo occasionalmente o indirettamente coinvolti nel processo decisionale etico, come già altri studi hanno confermato (Monterosso et al., 2005; Tsaloglidou et al., 2007): questo può provocare una mancanza di assunzione piena di responsabilità nelle proprie decisioni assistenziali. Gli infermieri infatti dichiarano di sentirsi impotenti di fronte ad alcune scelte mediche; sentono di non poter influenzare i risultati o la risoluzione di problemi etici. Per tale motivo è fondamentale che la cooperazione e l'integrazione multidisciplinare venga perseguita all'interno dei servizi ospedalieri e non.

Come già altri studi hanno descritto (Hamric, 2000; Lutzen, 2003), la mancanza di coinvolgimento nelle scelte e la modalità organizzativa mettono l'infermiere nelle condizioni di aderire a valori che non sono propri, di essere un semplice esecutore di decisioni altrui e ciò può innescare il distress morale. La presa in carico dei pazienti di tutta l'equipe (medico-infermieristica) con conseguente condivisione delle scelte terapeutiche, probabilmente limiterebbe lo sviluppo di tensioni e/o distress morale. Ciò sembra confermato anche dalla mancanza di distress morale nell'area di responsabilità individuale dello studio: quando un infermiere prende una decisione professionale in modo autonomo è meno soggetto a tensione morale rispetto a quando è costretto dall'organizzazione o da una decisione altrui. Il lavoro d'equipe è però ancora poco praticato: ci si ascolta poco, ci si confronta poco e ci si riconosce poco. Assistiamo nei servizi ospedalieri ad una prospettiva decisionale fortemente improntata su modelli autoritari e non partecipativi, che ignora la natura di soggetto morale sia del paziente sia degli altri professionisti sanitari.

Gli studenti infermieri dovrebbero poter partecipare agli scenari che includono la presa di decisione etica, per sviluppare sia la consapevolezza etica professionale, sia la discussione dei potenziali problemi e conflitti etici (Doane et al., 2004; Vanlaere e Gastmans, 2007), affinché possano acquisire strumenti e linguaggi appropriati da utilizzare nel futuro professionale.

Gli infermieri intervistati utilizzano teorie e principi morali diversi: essi si orientano principalmente all'etica della giustizia, con una preferenza alla non-maleficenza piuttosto che alla beneficenza, concetto più legato all'etica della cura. I principi e le prospettive applicate non si escludono a vicenda, essi integrano sia la cura sia le prospettive di giustizia nei loro processi decisionali, come altri studi hanno già dimostrato (Botes, 2000; Sherblom et al., 1993).

Gli interpellati hanno dichiarato di rifarsi prettamente ad un'etica deontologica (dovere professionale), dove ci si concentra sull'azione compiuta per valutare la sua conformità con i principi fondamentali. Si pone dunque l'accento su doveri o azioni morali obbligatorie considerate valide indipendentemente dalle circostanze. In questa prospettiva l'azione giusta è quella di fare il proprio dovere e di evitare di commettere ingiustizie.

Sembra che gli infermieri intervistati non si pongano tanto il problema su che tipo di infermiere devo essere (etica delle virtù) e neanche analizzino le conseguenze delle azioni (quale azione ha le conseguenze migliori?), riferendosi in questo caso all'etica consequenzialista; piuttosto si concentrano sulla domanda "cosa devo fare?".

Conclusione

La letteratura internazionale ha dimostrato che le conoscenze, le buone capacità di problem-solving, una buona collaborazione con l'èquipe di cura e la consulenza con gli altri professionisti coinvolti contribuiscono positivamente alla pratica etica degli infermieri.

L'indagine condotta su un gruppo di infermieri tutor di Torino sembra ancora lontana da queste buone pratiche. Pertanto, una sfida per la formazione infermieristica è senz'altro lo sviluppo di competenze, che consentirà agli infermieri di riflettere sull'essenza di una buona cura.

Un altro importante passaggio è permettere agli studenti di partecipare a una decisione etica sin dall'inizio della loro formazione clinica. Gli studenti dovrebbero essere incoraggiati dai loro infermieri tutor a sviluppare la consapevolezza etica professionale attraverso le discussioni dei potenziali problemi e conflitti etici nei contesti assistenziali, per aiutarli a formare la loro personale visione di ciò che è una buona cura e ciò che non lo è. Un contesto clinico non abituato a tali pratiche non può fornire supporto agli studenti inseriti in quei contesti assistenziali. Sarebbe utile promuovere maggiormente la sensibilità morale degli operatori sanitari attraverso discussioni di èquipe e/o ritagliare spazi di riflessione su aspetti relativi alle prese di decisioni diagnostico-terapeutiche di tutti i professionisti coinvolti.

BIBLIOGRAFIA

- Botes, A. (2000). A comparison between the ethics of justice and the ethics of care. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5): 1071-5.
- Cameron, M., Schaffer, M., Park, H. (2001). Nursing student's experience of ethical decision problems and use of ethical decision-making models. *Nursing Ethics*, 8: 432-47.
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2009), Codice Deontologico degli infermieri, Roma.
- Cohen, B.E., Gregory, D. (2009). Community Health Clinical Education in Canada (Part 2): developing competencies to address social justice, equity and social determinant of health. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 6 (1): 2-14.
- Corley, M.C. (1995). Moral distress of critical care nurses. *American Journal of critical care*, 4(4): 280-5.
- Corley, M.C. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2): 250-6.
- Corley, M.C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6): 636-50.
- Corley, M.C., Minick, P., Elswick, R. K., Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12(4): 381-90.
- Crisham, P. (1981). Measuring moral judgment in nursing dilemmas. *Nursing Research*, 32(2): 104-10.
- De Veer, A. J. E., Francke, A.L., Struijs, A., Willems, D.L. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50: 100-8.
- Doane, G., Pauly, B., Brown, H., McPherson, G. (2004). Exploring the heart of ethical practice: implications for ethics education. *Nursing Ethics* 11, 240-253.
- Elpern, H. E., Covert, B., Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American of Journal Critical Care*, 14(6): 523-30.

- Gutierrez, K. M. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5): 229-41.
- Hamric, A. B. (2000). Moral distress in everyday ethics. *Nurs Outlook*, 48: 199-201.
- Holly, C. (1993). The ethical quandaries of acute care nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 9(2): 110-5.
- Howard, E., Steinberg, S. (2002). Evaluation of clinical learning in a managed care environment. *Nursing Forum* 37: 12-20.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the Ethical Issue*. Prentice Hall: Englewood Cliffs.
- Kim, K.H. (2007). Clinical competence among senior nursing students after their preceptorship experiences. *Journal of Professional Nursing* 23 (6), 369-375.
- Kim, Y., Park, J., Han, S. (2007). Differences in moral judgement between nursing students and qualified nurses. *Nursing Ethics* 14, 309-319.
- Lovato, L., Cunico, L. (2012). Esplorando il distress morale tra gli infermieri clinici. *Professioni infermieristiche*, 65(3): 155-62.
- Lützén, K., Cronqvist, A., Magnusson, A., Andersson, L. (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10(3), 312-22.
- Karanikola, M.N.K. et al. (2013). Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *Journal of Nursing Management*, 1:1-13.
- Kelly, B. (1998). Preserving moral integrity: a follow up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5): 1134-45.
- Ketefian, S. (1981). Moral reasoning and moral behaviour. *Nursing research*, 30(3): 171-5.
- Kuhse, H. (2000). *Prendersi cura. L'etica e la professione di infermiera*. Roma: Edizioni di Comunità.
- Mayberry, M. (1986). Ethical decision making: a response of hospital nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 10(3): 75-81.
- Mobley, M.J., Rady, M.Y., Verheijde, J.L., Patel, B., Larson, J.S. (2007). The relationship between moral distress and the perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Critical Care Nursing*, 23: 256-63.
- Monterosso, L., Kristjanson, L., Sly, P.D., Mulcahy, M., Holland, B.G., Grimwood, S., et al. (2005). The role of the neonatal intensive care nurse in decision-making: Advocacy, involvement in ethical decisions and communication. *International Journal of Nursing Practice*, 11(3), 108-17.
- Mortari L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Mondadori.
- Negrisol, A., Brugnaro, L. (2012). Il moral distress nell'assistenza infermieristica. *Professioni Infermieristiche*, 65(3): 163-8.
- Nolan, P.W., Markert, D. (2002). Ethical reasoning observed: a longitudinal study of nursing students. *Nursing Ethics* 9 (3), 243-258.
- Numminen, O., Van der Arend, A., Leino-Kilpi, H. (2009). Nurse educators' and nursing students' perspectives on teaching codes of ethics. *Nursing Ethics* 16 (1), 71-84.
- Numminen, O., Van der Arend, A., Leino-Kilpi, H. (2009). Nurses' codes of ethics in practice and education: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23 (2), 380-394.
- Pauly, B., Varcoe, C., Storch, J., Newton, L. (2009). Registered nurses' perception of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*, 16(5): 561-73.
- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Hersh, M., Shirk, M., Rounkle, A.M. (2011). Nursing Priorities, Actions and Regrets for ethical situations in clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4): 385-95.
- Rice, E.M., Rady, M.Y., Hamrick, A., Verheijde, J.L., Pendergast, D.K. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an acute tertiary care hospital. *Journal Nursing Management*, 16(3): 360-73.
- Sherblom, S., Shipps, T.B., Sherblom J.C. (1993). Justice, care and integrated concerns in the ethical decision making of nurses. *Qualitative Health Research* 3, 442-64.
- Siebens, K., Dierckx de Casterle, B., Abraham, I., Dierckx, K., Braes, T., Darras, E., Dubois, Y., Milisen, K. (2006). The professional self-image of nurses in Belgian hospitals: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43 (2006) 71-82.
- Smith, K.V. (1996). Ethical decision making in nursing: implications for continuing education. *The journal of Continuing Education in Nursing*, 27(1): 42-5.
- Tsaloglidou, A., Rammos, K., Kiriklidis, K., Zourladani, A., Matziari, C. (2007). Nurses' ethical decision-making role in artificial nutritional support. *British Journal of Nursing*, 16 (16): 996-1001.
- Ulrich, C.M. et al. (2010). Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11): 2510-9.
- Vanlaere, L., Gastmans, C. (2007). Ethics in nursing education: learning to reflect on care practices. *Nursing Ethics*, 14 (6), 758-766.
- Wilkinson, J.M. (1987). Moral distress in nursing: experience and effect. *Nursing Forum*, 23(1): 16-29.
- Yarling, R., McElmurry, B. (1986). The moral foundation of nursing. *Advances in Nursing Science*, 8(2): 63-73.
- Zuzelo, P.R. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*, 14(3): 344-59.

ESPERIENZE

Peritoniti e drop-out in pazienti in dialisi peritoneale: programmi informativi/educativi infermieristici rivolti al paziente

di Paola Colasanti (1), Stefano Lizio (2), Martina Panaroni (3)

(1) Infermiera, Direzione Infermieristica Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro

(2) Coordinatore Infermieristico, Azienda Ospedaliera "Ospedale Riuniti Marche Nord"

(3) Infermiera, Santa Maria della Misericordia - Urbino

Corrispondenza: s.lizio@ospedalimarchenord.it

Introduzione

La peritonite rappresenta tuttora la principale complicanza legata alla dialisi peritoneale (Fuiano et al., 2003), determinando un incremento della mortalità; a tutt'oggi rimane la principale causa di trasferimento del paziente al trattamento emodialitico.

L'incidenza di peritoniti può essere considerata un indicatore della qualità delle cure e consente di valutare l'adeguatezza dei programmi informativi/educativi infermieristici rivolti al paziente. Secondo le Linee Guida (*International Society of Peritoneal Dialysis - ISPD*, 2011), con la tecnologia attuale l'incidenza di peritonite dovrebbe essere inferiore a 1 episodio/20 mesi-paziente e tendere a 1 episodio/30 mesi-paziente o meno.

Le possibili vie di contaminazione possono essere:

- endoluminale esogena;
- periluminale esogena;
- endogena trans murale;
- endogena ascendente;
- endogena ematica.

L'ISPD (2001) definisce le peritoniti come:

- Ricorrenti: un episodio che si verifica entro 4 settimane dal completamento della terapia per un precedente episodio causato da un microrganismo differente.
- Recidivanti: un episodio che si verifica entro 4 settimane dal completamento della terapia per un precedente episodio, causato dallo stesso microrganismo, o con coltura negativa.
- Ripetute: un episodio che si verifica dopo più di 4 settimane dal completamento della terapia per un precedente episodio causato dallo stesso microrganismo.
- Refrattarie: mancato ritorno alla limpidezza dell'effluente dopo 5 giorni di appropriata terapia antibiotica.

Presso il Centro Dialisi di Pesaro si è avviato nel 2012 uno studio retrospettivo, prendendo in considerazione l'attività infermieristica rivolta a 158 pazienti (61 femmine e 97 maschi) trattati con dialisi peritoneale.

Gli obiettivi di questa indagine hanno ricompreso la valutazione del tasso di incidenza di peritoniti per categoria di germe responsabile e la valutazione del decorso clinico della peritonite in relazione al germe causale.

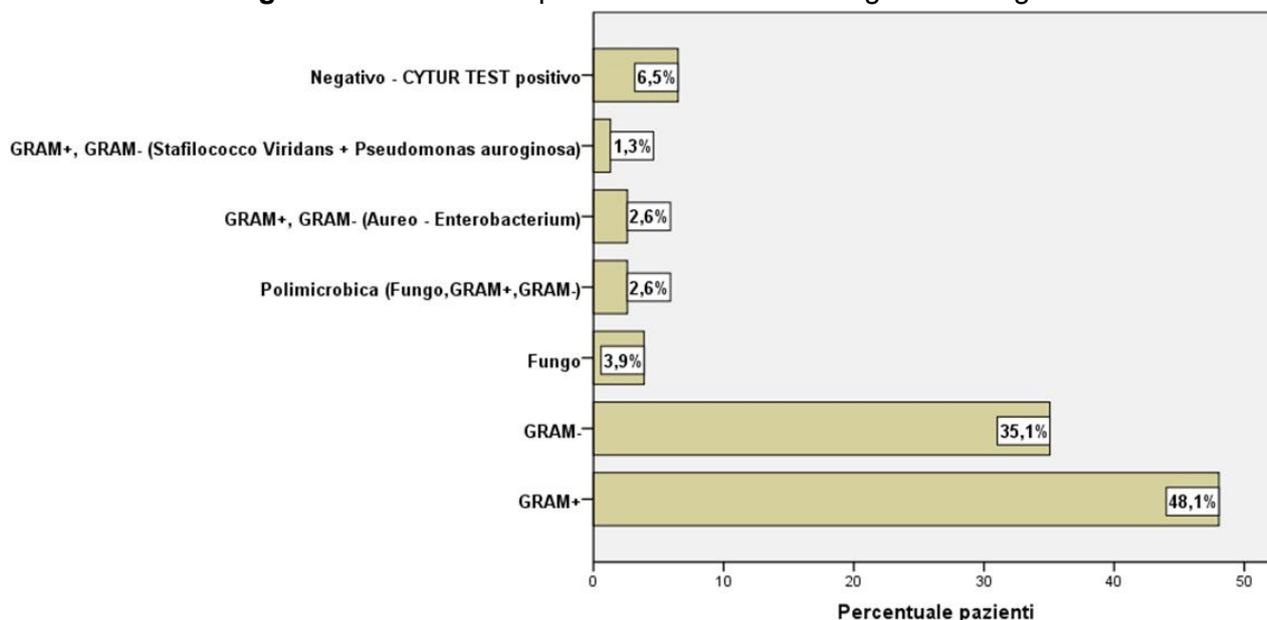
Il nostro percorso

La popolazione dialitica oggetto di questo studio è stata di 158 pazienti (61% di sesso maschile, 39% di sesso femminile), con un'età dialitica media di 32,08 +/- 25,94 mesi.

Dal Gennaio 1991 al Giugno 2012 sono stati registrati 77 episodi di peritonite in 57 pazienti (36%), pari ad una incidenza di 0,19 peritoniti/anno-paziente (1 infezione ogni 63,43 mese-paziente); il 74% dei pazienti ha presentato un solo episodio di peritonite mentre il 26% ne ha avuti due.

I germi causali sono stati divisi in Gram + (es. Stafilococco aureo, Stafilococchi coagulasi negativi, Streptococchi, Enterococchi) e Gram - (es. Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter, Klebsiella, Enterobacter) e funghi (Candida Albicans). L'incidenza percentuale è descritta nella **Figura 1**.

Figura 1 - Incidenza di peritoniti in base ai vari agenti eziologici



Nella **Tabella 1** sono rappresentati in dettaglio i germi isolati nel n° totale degli episodi di peritonite: i Gram + sono i più rappresentati, ma vedremo che col tempo la percentuale è diminuita e i Gram - diventeranno molto più numerosi, modificando così l'approccio terapeutico.

Tabella 1 - Percentuale di peritoniti causate dai diversi agenti patogeni

Organismi	Numero peritoniti	Percentuale peritoniti
FUNGO	3	3,9%
<i>Candida Albicans</i>	3	100,0%
GRAM -	27	35,1%
<i>Acinetobacter</i>	2	7,4%
<i>Aspergillo niger</i>	1	3,7%
<i>Citrobacter Freundii</i>	1	3,7%
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	3,7%
<i>Enterobacter faecalis</i>	3	11,1%
<i>Escherichia Coli</i>	5	18,5%
<i>Klebsiella oxitocica</i>	2	7,4%
<i>Klebsiella Pneumoniae</i>	2	7,4%
<i>Leclercia</i>	1	3,7%
<i>Pseudomonas auroginosa</i>	2	7,4%
<i>Pseudomonas paucimobilis</i>	1	3,7%
<i>Serratia Marcescens</i>	2	7,4%
<i>Stafilococco coagulasi negativo</i>	4	14,8%
GRAM +	37	48,1%
<i>Bacillus Species</i>	2	5,4%
<i>Corinebacterium</i>	1	2,7%
<i>Enterococco</i>	2	5,4%
<i>Micobacterium avium</i>	1	2,7%
<i>Micobacterium tuberculare</i>	1	2,7%
<i>Micrococcica Species</i>	1	2,7%
<i>Stafilococco warneri</i>	2	5,4%
<i>Stafilococco aureo</i>	2	5,4%
<i>Stafilococco epidermidis</i>	16	43,2%
<i>Stafilococco Hominis</i>	1	2,7%
<i>Streptococco viridans</i>	2	5,4%
<i>Streptococco anginosus</i>	1	2,7%
<i>Streptococco mitis</i>	3	8,1%
<i>Streptococco salivarius</i>	2	5,4%
GRAM +, GRAM - (Aureo - Enterobacterium)	2	2,6%
Polimicrobica (Fungo, GRAM+, GRAM-)	2	2,6%
GRAM +, GRAM - (Stafilococco Viridans + Pseudomonas auroginosa)	1	1,3%
negativo - CYTUR TEST positivo	5	6,5%
Totale	77	100%

Nella **Tabella 2** si descrive in maniera analitica il numero di peritoniti per anno nel periodo totale di osservazione (1991 – 2012).

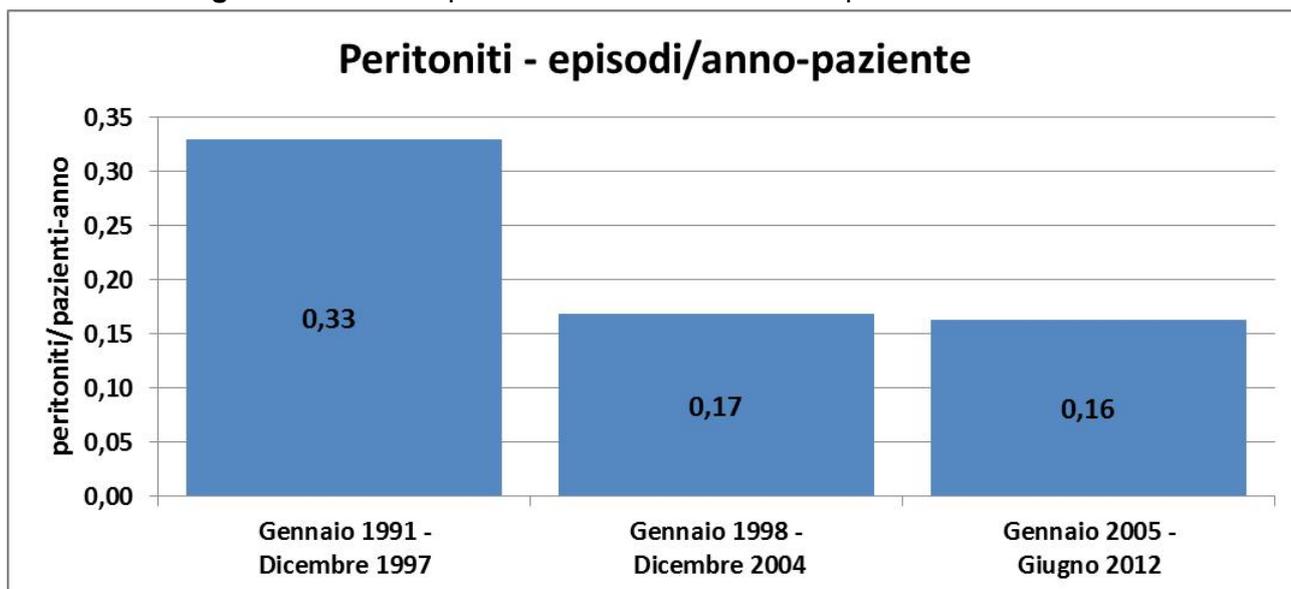
Tabella 2 - Frequenza delle peritoniti dal 1991 al 2012

	1991	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
FUNGO									1					2						
<i>Candida albicans</i>									1					2						
GRAM -	1		1			1	1	3		1	2	1	2	4	2	1	1	4	1	1
<i>Acinetobacter</i>							1	1												
<i>Aspergillo niger</i>			1																	
<i>Citrobacter Freundii</i>															1					
<i>Enterobacter cloacae</i>												1		1						
<i>Enterobacter faecalis</i>													1	1					1	
<i>Escherichia Coli</i>													1	1	1	1		2		
<i>Klebsiella oxitocica</i>											1									1
<i>Klebsiella Pneumoniae</i>													1				1			
<i>Leclercia</i>													1							
<i>pseudomonas auroginosa</i>						1		1												
<i>Pseudomonas paucimobilis</i>										1										
<i>Serratia Marcescens</i>								1		1										
<i>Stafilococco coagulasi negativo</i>	1												1					2		
GRAM +		1	1	2	9	6	4	2	2	1	1	1	1	1	1	3	1			
<i>Bacillus Species</i>		1									1									
<i>Corinebacterium</i>						1														
<i>Enterococco</i>															1		1			
<i>Micobacterium avium</i>						1														
<i>Micobacterium tuberculare</i>							1													
<i>Micococcica Species</i>				1																
<i>Stafilococco warren</i>									1										1	
<i>Stafilococco aureo</i>						1													1	
<i>Stafilococco epidermidis</i>			1	1	6	3	1	2	1					1						
<i>Stafilococco Hominis</i>																			1	
<i>Streptococco viridans</i>										1		1								
<i>Streptococco anginosus</i>					1															
<i>Streptococco mitis</i>					2		1													
<i>Streptococco salivarius</i>							1						1							
GRAM +, GRAM - (Aureo - Enterobacterium)				2																
GRAM +, GRAM - (Stafilococco Viridans + Pseudomonas auroginosa)														1						
Polimicrobica (Fungo, GRAM+, GRAM-)															2					
negativo - CYTUR TEST positivo										2	1						1			1
Totale	1	1	2	4	9	7	5	5	3	4	4	2	3	8	5	5	2	4	2	1

L'incidenza delle peritoniti, valutata nei tre periodi di osservazione, si è progressivamente ridotta (**Figura 2**):

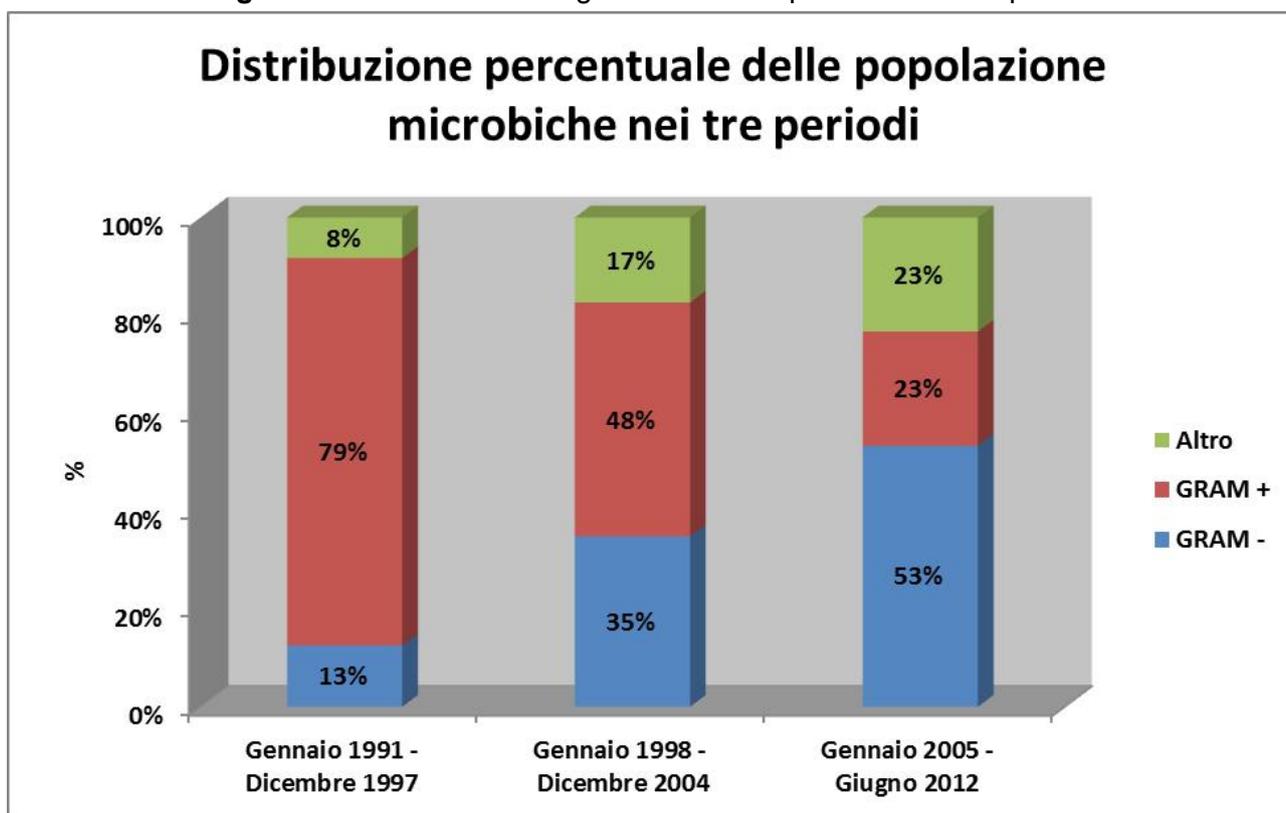
1. gennaio 1991 - dicembre 1997: 0,33 peritonite/anno-paziente (1 infezione ogni 36,31 mese-paziente);
2. gennaio 1998 - dicembre 2004: 0,17 peritonite/anno-paziente (1 infezione ogni 71,35 mese-paziente);
3. gennaio 2005 - giugno 2012: 0,16 peritonite/anno-paziente (1 infezione ogni 73,60 mese-paziente).

Figura 2 - Peritoniti paziente anno suddivise nei 3 periodi di valutazione



In seguito all'analisi dettagliata dei primi sei anni di attività (1991-1997), è evidente la prevalenza delle peritoniti da Gram + che costituiscono il 79,2% di tutte le peritoniti, mentre il restante 12,5% è costituito da Gram -, e infine l'8,3% è determinato da funghi (Figura 3).

Figura 3 - Distribuzione dei germi causali di peritonite nei tre periodi



Nel corso degli anni si è dunque osservata una variazione dei microrganismi responsabili delle peritoniti: nel periodo Gennaio 1991 - Dicembre 1997 il 79% degli agenti patogeni erano stafilococchi Gram +; nel periodo Gennaio 1998 - Dicembre 2004 si ha un aumento progressivo della popolazione microbica Gram - fino ad arrivare al periodo Gennaio 2005 - Giugno 2012, in cui il 53% erano Gram - contro il 23% Gram + (Figura 3).

Discussione

La peritonite rimane la principale complicanza della dialisi peritoneale. Essa contribuisce al fallimento della tecnica dialitica, all'ospedalizzazione, alla perdita della capacità funzionale della membrana peritoneale e può determinare il decesso del paziente.

La terapia antibiotica iniziale deve coprire i più frequenti agenti causali e giustificato pare l'uso della combinazione di due agenti anti-microbici verso i Gram + e Gram -.

In ogni Centro di Dialisi Peritoneale diviene indispensabile eseguire il controllo periodico delle infezioni, della popolazione microbica causale e sua resistenza agli antibiotici. In questo studio il confronto dei dati ha dimostrato una significativa riduzione delle Peritoniti da Gram +.

Riteniamo che questo fenomeno sia dovuto a 3 fattori principali:

- l'accresciuta esperienza del personale infermieristico dedicato alla dialisi peritoneale;
- la selezione dei pazienti più idonei all'autogestione;
- la più alta percentuale di pazienti trattati con APD.

Molti studi hanno dimostrato che pazienti in trattamento con APD hanno un significativo minor tasso di Peritoniti rispetto ai pazienti trattati con CAPD (Rodriguez-Carmona et al., 1999; Cotto et al., 1991).

Secondo quanto osservato nell'ambulatorio del Centro Dialisi di Pesaro, l'attenta profilassi nasale con Mupirocina sui portatori nasali di *S. Aureo* ha inciso sull'esiguo numero di Peritoniti secondarie allo stesso germe; inoltre la diagnosi precoce delle infezioni dell'exit-site (ESI) effettuata presso il nostro Centro riteniamo sia stata determinante sull'assenza totale delle Peritoniti in corso di ESI.

Il confronto dei dati sulle Peritoniti nei 3 periodi di osservazione ha dimostrato:

- una riduzione dell'incidenza di peritoniti nei 3 periodi di osservazione, passando da 0,33% peritoniti/anno-paziente (1 infezione ogni 36,31 mese-paziente) nel periodo Gennaio 1991 - Dicembre 1997 a 0,17% peritoniti/anno-paziente (1 infezione ogni 71,35 mese-paziente) nel periodo Gennaio 1998 - Dicembre 2004. Infine si è calcolato 0,16% peritoniti/anno-paziente (1 infezione ogni 73,60 mese-paziente) nel periodo Gennaio 2005 - Giugno 2012;
- una significativa riduzione delle peritoniti da Gram+ (79%; 48%; 23%), un significativo aumento di peritoniti da Gram - (13%; 35%; 53%).

Gli attuali e più diffusi protocolli terapeutici delle peritoniti in DP sembrano essere soddisfacenti per trattare la maggior parte delle forme da Gram+; misure preventive e strategie terapeutiche forse più aggressive sono necessarie per fronteggiare l'emergente crescita delle forme da Gram-.

I metodi attraverso cui può essere attuato il monitoraggio del paziente, prevenendo così le complicanze infettive, consistono in:

- contatti telefonici;
- training/ retraining;
- visite domiciliari;
- visite ambulatoriali.

A questo proposito, per verificare il funzionamento della dialisi e la compliance alla terapia dialitica è necessario che alcuni parametri dialitici, oltre al peso e alla pressione arteriosa, vengano riportati quotidianamente sulla scheda dialitica.

Il contatto telefonico è spesso lo strumento più idoneo per una valutazione iniziale del problema e per decidere sui primi provvedimenti da adottare. Nel caso specifico in cui il paziente riferisca dolore addominale o liquido torbido, l'infermiere consiglierà di eseguire un cytur test per valutare meglio la presenza di un'eventuale complicanza infettiva e decidere quale strategia terapeutica adottare (Marcolongo et. al., 2006).

Il programma organizzativo della dialisi peritoneale impostato nel Cento Dialisi di Pesaro ha previsto, come strumenti indispensabili, l'uso delle visite domiciliari: queste sono state programmate e distribuite in base al percorso dialitico del paziente, al fine di valutare l'addestramento e di prevenire le complicanze. Il protocollo organizzativo, aggiornato e revisionato costantemente fino ad oggi, è costituito da diverse tappe:

1. Selezione dei pazienti per la dialisi peritoneale:

- colloquio di pre-dialisi per la selezione dei pazienti;
- visite ambulatoriali di pre-dialisi;
- scheda socio-attitudinale (parte integrante della cartella infermieristica);
- accertamento familiare;
- visita domiciliare di selezione.

2. Addestramento ospedaliero con visita domiciliare di pre-dimissione.

3. Visita domiciliare di accompagnamento dopo la dimissione.

4. Visite settimanali nel primo mese con eventuali visite domiciliari di assistenza.

5. PET al secondo mese di trattamento.

6. Visite domiciliari di controllo semestrali senza preavviso.

Al termine di ogni visita domiciliare l'operatore ha la possibilità di verificare varie deficienze nella compliance (Cotto et al., 1991):

- parametri vitali;
- dati dialitici (ultra filtrato, peso, urine, bilancio);
- modalità di esecuzione del cambio sacca;
- controllo medicazione emergenza cutanea;
- terapia medica e dialitica;
- stato nutrizionale;
- efficienza dialitica;
- complicanze infettive;
- complicanze legate all'aumento della pressione intraperitoneale;
- segni di iper o disidratazione;
- controllo ambientale;
- igiene personale;
- stato psicologico.

I dati relativi all'incidenza di peritoniti secondo il tipo di germe dovrebbero indurre anche ad una valutazione critica locale dei propri programmi standard di training e di re-training; ricordiamo che gli infermieri hanno una funzione essenziale nel riconoscere il bisogno di informazione di un paziente in trattamento dialitico.

Nel Centro Dialisi di Pesaro vengono utilizzati i seguenti strumenti operativi:

- scheda dialitica informatizzata;
- protocolli di valutazione medico-infermieristica;
- reperibilità infermieristica di Dialisi Peritoneale;

- sistema informatico per la gestione della terapia dialitica e della attività ambulatoriale.

Dal momento che la dialisi è una tecnica autogestita a domicilio, un adeguato monitoraggio del trattamento dialitico può essere realizzato soltanto attraverso la capacità del paziente e/o dei familiari di rilevare e segnalare immediatamente al Centro Dialisi l'insorgenza di alcuni sintomi soggettivi e oggettivi o indicativi di complicanze o di inadeguatezza del trattamento dialitico.

A questo riguardo l'addestramento del paziente da parte dell'infermiere è molto importante, al fine di rilevare e segnalare al Centro Dialisi l'insorgenza di complicanze legate al trattamento sostitutivo.

L'equipe assistenziale del paziente in Dialisi Peritoneale deve perseguire l'obiettivo di garantire una lunga durata nel tempo della metodica dialitica, nonché il benessere del paziente, inteso come equilibrio fra lo stato psico-fisico, la vita familiare e quella lavorativa. A tal fine la visita domiciliare rappresenta uno strumento assistenziale di rilevante efficacia, se ben condotto.

Questo studio dimostra inoltre l'importanza di una adeguata selezione dei pazienti da indirizzare verso una metodica autogestita, che richieda, oltre ad una adeguatezza clinica, anche un soggettivo desiderio di autogestione tramite la metodica APD. Inoltre una assistenza programmata è molto più efficace di un intervento domiciliare effettuato per complicazioni e patologie già instaurate.

Per quanto riguarda la tecnica dialitica, mentre i primi anni si spingevano i pazienti ad utilizzare la metodica manuale (CAPD), con il passare del tempo si è più propensi ad insegnare l'utilizzo della metodica automatizzata (APD), essendosi dimostrata più sicura nel rispetto delle manovre asettiche e di conseguenza l'insorgenza di peritoniti.

Conclusioni

A seguito dello studio condotto, possiamo affermare che le peritoniti ancora oggi rappresentano la complicanza più frequente della dialisi peritoneale ed è di fondamentale importanza la sua prevenzione.

L'esecuzione corretta delle manovre relative alla dialisi, la scrupolosa igiene ambientale e personale, l'uso della mascherina sono fondamentali al fine di diminuire le possibili infezioni.

Tuttavia, il fatto che l'incidenza di peritoniti si correli alla continuità educativo-assistenziale, fa pensare che, nella pianificazione dell'assistenza al paziente in DP, sia necessario prevedere una valutazione continua degli obiettivi, sulla cui base intervenire attuando attività educative durante tutto il percorso terapeutico del paziente, in cui i contenuti del training mirano a rendere la persona competente a gestire non solo la metodica ma il proprio stato di salute, in cui si è alla ricerca di strategie educative innovative.

L'incidenza media di peritonite risultata nell'indagine si presenta a livelli di eccellenza rispetto alle raccomandazioni delle linee guida internazionali: questo dato ci sottolinea l'enorme progresso della dialisi peritoneale nel tempo. Se agli inizi degli anni Ottanta la dialisi peritoneale subì un ridimensionamento a causa dell'alta percentuale di peritonite e della scarsa sopravvivenza dei pazienti, oggi rappresenta una tecnica dialitica affermata e sicura nel trattamento del paziente con IRC.

Attraverso lo studio di peritoniti e dei fattori eziologici, nel Centro Dialisi di Pesaro si è ora a conoscenza della storia dei microorganismi che hanno originato peritoniti in DP e si è quindi in grado di agire una selezione centro-specifica degli schemi di terapia empirica.

Per quanto riguarda i protocolli aziendali del trattamento delle peritoniti, al fine di ottenere la massima omogeneità di comportamento tra gli operatori, è indispensabile una rivalutazione continua delle procedure metodologiche, della diagnosi e del trattamento delle complicanze a fronte dei dati che emergono dalla letteratura o dalla esperienza personale del gruppo di lavoro, al fine di assicurare ai pazienti il miglior trattamento possibile in ogni momento.

BIBLIOGRAFIA

- Fuiano G., Zoccali C., Cancarini G.C. et al. (2003), "Linee guida per la dialisi peritoneale". Giornale Italiano di Nefrologia, Anno 20 S 24, S109-S128.
- Lisi P., Corciulo R., Russo R. (2011), "Nuove Linee Guida International Society of Peritoneal Dialysis (ISPD) per il trattamento della peritonite nella dialisi peritoneale: cosa c'è di nuovo", Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche, 23(1): 20 – 25.
- Rodriguez-Carmona A., Pérez Fontan M., Garcia Falcon T., Fernandez Rivera C., Valdés F. (1999), A comparative analysis on the incidence of peritonitis and exit-site infection in CAPD and automated peritoneal dialysis. *Perit Dial Int*, 19(3): 253- 258.
- La Greca G., Ronco C., Feriani M. (1991), *Peritoneal dialysis*, Milano, Wichtig.
- Marcolongo R. et. al. (2006), *Curare con il malato: l'educazione terapeutica come postura professionale*, Torino, Edizioni Change.
- Cotto M., Ferrero R., Rivetti M. (1991). *Il supporto psicologico al paziente in dialisi e la formazione degli operatori*, Atti del X incontro Nazionale EDTNA/ERCA: pag 30-34.

ESPERIENZE

La disgeusia e la disosmia: disturbi sottovalutati nei pazienti in chemioterapia

di Anna Piva (1), Antonio Boscolo Anzoletti (2)

(1) Infermiera, Centro Servizi Anziani F.F. Casson - Chioggia (Ve)

(2) Coordinatore Infermieristico, UTIC Chioggia (Ve)

Corrispondenza: annapiva93@gmail.com, bos.toni@tiscali.it

Introduzione

Le alterazioni del gusto e dell'olfatto sono sintomi riferiti frequentemente dai pazienti sottoposti a trattamento chemio-radioterapico: secondo la letteratura, la percentuale di pazienti oncologici con disgeusia è compresa fra il 45% e l'84%, mentre quella della disosmia è compresa fra il 5% e 60%. (Gamper, Zabernigg et al., 2012; Ijpm, Renken et al., 2015; Mosel, Bauer et al., 2011). Nonostante la letteratura indichi un'alta prevalenza delle alterazioni del gusto e dell'olfatto, è documentato che solo pochi pazienti le riferiscono spontaneamente (Bernhardson, Tishelman et al., 2009). Questi sintomi sono spesso ritenuti poco importanti da oncologi e infermieri, che non forniscono un'adeguata informazione al paziente che si avvicina al trattamento.

È importante per l'infermiere accertare e monitorare le caratteristiche di disgeusia e disosmia, poiché possono determinare conseguenze importanti nei pazienti, quali diminuzione dell'appetito, malnutrizione, peggioramento della prognosi e riduzione della qualità di vita (Hovan, Williams et al., 2010; Baharvand, Shoalehsaadi et al., 2013; Hutton, Baracos et al., 2007).

Gli scopi di questo studio sono:

- indagare la prevalenza della disgeusia e disosmia e le loro caratteristiche;
- valutare la comunicazione fra i pazienti che avvertono questi disturbi e il personale sanitario;
- ricercare in letteratura interventi medici e infermieristici mirati alla prevenzione e gestione di questi sintomi.

Per lo studio è stata revisionata la letteratura mirata, per interpellare poi i pazienti oncologici con un questionario somministrato nel giugno – luglio 2015 nel servizio di Oncologia dell'Azienda di Chioggia. Infine sono state consultate le cartelle cliniche per risalire alla patologia e allo schema chemioterapico di ogni paziente, nel rispetto della normativa sulla privacy.

Interventi per la prevenzione e la gestione della disgeusia e disosmia

Gli studi in merito alle strategie per prevenire e gestire la disgeusia e la disosmia sono discordanti. Gli studi di Ripamonti, Zecca et al. (1998) e di Yagamata, Nakamura et al. (2003) dimostrano come lo zinco aiuti a mantenere la percezione del gusto e ne stimoli il recupero, mentre i risultati di due studi più recenti ne smentiscono l'utilità (Halyard, Jatoti et al., 2007; Lyckholm, Hedding et al., 2012).

L'Amifostine, una sostanza che protegge i tessuti e gli organi dall'ossidazione, secondo vari studi non è indicata nel trattamento della disgeusia (Thorne, Olson et al., 2015; Hovan, Williams et al., 2010).

Ijpma, Renken et al. (2015), così come Thorne, Olson et al. (2015) provano l'utilità del *Synsepalum dulcificum* (detto anche "frutto miracoloso"), mentre Brisbois, De Kock et al. (2011) provano l'efficacia del tetraidrocannabinolo. Non sono stati trovati interventi specifici per la disosmia. La strategia che si è dimostrata più efficace contro la disgeusia e la disosmia è l'intervento educativo al paziente all'inizio della terapia antitumorale, per prepararlo ad affrontare un eventuale sviluppo di alterazioni. Nella revisione di Ravasco et al. (2005) è evidenziato come l'educazione promuove il mantenimento di un adeguato apporto nutrizionale, scongiurando la possibilità di sviluppare malnutrizione e anoressia e migliorando la qualità di vita degli assistiti; è comprovato che un paziente disinformato e non preparato affronta le complicanze provocate dalla chemioterapia in maniera peggiore rispetto ad un paziente precedentemente informato (Wickham, Rehwaldt et al., 1999). In letteratura si trovano varie strategie che gli infermieri suggeriscono ai pazienti per gestire i disturbi: alcuni esempi sono l'accurata e frequente igiene orale, l'impiego di condimenti e salse, l'assunzione di chewing-gum prima dei pasti, di molta frutta e di alimenti freddi o con sapori forti. (Ijpma, Renken et al., 2015; Bernhardson, Tishelman et al., 2009; Speck, Demichele et al., 2013; Rehwaldt, Wickham et al., 2009).

Il nostro percorso

Il gruppo dei pazienti che ha aderito alla somministrazione del questionario è composto da 77 pazienti, di cui 41 donne e 36 uomini, con età media di 67 anni e patologie quali: cancro della mammella, cancro del colon, cancro al polmone, linfoma.

Sono state raccolte informazioni riguardanti le terapie somministrate ai pazienti, che si è deciso di suddividere in 7 gruppi poiché alcuni dei farmaci somministrati presentano i medesimi meccanismi d'azione e effetti avversi; unire in gruppi le varie terapie ha lo scopo di rendere più evidenti gli effetti da esse provocati (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Chemioterapici somministrati ai pazienti interpellati

Terapie chemioterapiche	N°	%
Inibitori delle tubuline (Abraxane, Gemcitabina, Taxolo, Taxotere, Vinorelbina, Eribulina)	22	29%
Sali di platino (Carboplatino e Cisplatino)	19	25%
Ormonoterapie (Eligard, Faslodex, schema BAT)	3	4%
Terapie target (Votrient e Glivec)	4	5%
Schema FAC (Fluorouracile, Adriamicina, Ciclofosfamide)	9	12%
Terapie per neoplasie ematologiche (schemi VMP, ABVD, R-CHOP, PVABEC)	9	12%
Terapie analoghe delle pirimidine (Vidaza, Capecitabina e schemi SFU e Folfox)	11	14%

Le alterazioni del gusto sono state riferite dal 57% dei pazienti, quelle dell'olfatto dal 29%. I pazienti hanno descritto i sapori e gli odori alterati, mettendo in luce come l'ageusia e l'anosmia siano i disturbi più diffusi (**Tabella 2**). Il 63% dei pazienti ha indicato il primo ciclo come momento di comparsa dell'alterazione, mentre il 30% il periodo dopo il primo ciclo. La disgeusia è definita come un disturbo continuo dal 43% dei pazienti, mentre dal 57% come un'alterazione che si manifesta solo nei giorni successivi all'assunzione della chemioterapia.

Tabella 2 - Caratteristiche dei sapori e degli odori alterati riferite dai pazienti

Descrizione percezioni alterate	Disgeusia	Disosmia
Nessuna percezione	61%	50%
Gusto/odore "cattivo"	12%	23%
Gusto metallico	22%	/
Altro	5%	27%

Il 45% dei pazienti non parla di questi disturbi, per vari motivi:

- 10 pazienti riferiscono di non ritenere questi disturbi importanti;
- 5 pazienti non ritengono esista soluzione al problema;
- 3 riferiscono di non averne parlato perché medici o infermieri non hanno posto loro domande al riguardo.

Il 77% dei pazienti è stato informato della possibilità di sviluppare disgeusia o disosmia nel corso della chemioterapia: l'80% sono stati informati all'inizio della terapia, mentre i restanti durante la terapia o dopo esplicita richiesta.

I nostri risultati

Dal questionario è emerso che il 57% dei pazienti accusa disgeusia e il 29% disosmia, in linea con i dati riportati in letteratura (Gamper, Zabernigg et al., 2012; Ijpm, Renken et al., 2015; Mosel, Bauser et al., 2011; Hovan, Williams et al., 2010). Disgeusia e disosmia si confermano sintomi molto presenti fra i pazienti sottoposti a chemioterapia. Vari studi, tra cui quello di McGrevy, Orreval et al. (2013) identificano come fattori predisponenti il genere femminile, la giovane età e la neoplasia alla mammella. Questo trova conferma nella nostra esperienza: sia la disgeusia che la disosmia sono riferite in percentuale più alta da donne, che però comunicano meno degli uomini la presenza di questi sintomi al personale sanitario, tendendo a minimizzarli. I gradi più elevati di alterazione del gusto sono riferiti dagli uomini.

Nella nostra realtà i pazienti più giovani riferiscono maggiormente di manifestare disgeusia e disosmia rispetto ai pazienti più anziani, indicando livelli di disgeusia più gravi: questo è dovuto al fatto che, invecchiando, si ha una ridotta percezione dei sapori, di conseguenza il paziente anziano noterà di meno le alterazioni del gusto date dalla chemioterapia (Ng, Woo et al., 2004).

Disgeusia e disosmia si abbinano spesso con il cancro alla mammella, in quanto provocate dalle terapie usate per sconfiggere questa patologia: le terapie che provocano maggiori alterazioni del gusto tra i nostri interpellati sono lo schema (F)AC e gli inibitori delle tubuline. E' stata inoltre riscontrata la presenza di un'associazione statisticamente significativa fra la disgeusia e la mancanza di salivazione che può essere dovuta alla chemioterapia (Lyckholm, Hedding et al., 2012) e la diminuzione dell'appetito: riportano i medesimi risultati Rehwaldt, Wickham et al. (1999) e Steinbach, Hummel et al. (2009).

La disgeusia e la disosmia alterano il piacere di mangiare nel paziente, provocando diminuzione dell'appetito che, specialmente nei soggetti più compromessi, comporta il peggioramento della qualità di vita e la malnutrizione.

La letteratura non ha evidenziato trattamenti in grado di prevenire o ridurre le alterazioni del gusto e dell'olfatto; gli unici interventi che sembrano avere riscontri positivi, sia in letteratura sia dai nostri risultati, sono l'educazione e l'informazione al paziente all'inizio della chemioterapia, con l'accertamento da parte dell'infermiere dei sintomi e delle relative strategie per poterli minimizzare.

L'informazione ed educazione del paziente e la formazione del personale infermieristico sono previste nelle "Raccomandazioni per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici" del nostro Ministero della Salute (2012). A questo scopo sono nati in Italia programmi di monitoraggio e ambulatori infermieristici dedicati agli affetti avversi della chemioterapia (Cirillo, Lunardi et al., 2014) E' interessante notare che i pazienti che all'inizio della terapia non erano stati informati del possibile sviluppo di disgeusia e disosmia, hanno poi comunicato al personale sanitario di presentare le alterazioni in maniera notevolmente ridotta rispetto ai pazienti che erano stati informati. I medici, nell'informare i pazienti degli effetti avversi che la terapia può comportare, fanno riferimento alle schede tecniche dei farmaci: è stata perciò controllata la scheda tecnica di ogni farmaco chemioterapico somministrato ai nostri pazienti: si è notato che per alcuni farmaci, fra cui Carboplatino e Cisplatino, Taxolo, Adriamicina e Ciclofosamide, non viene indicato, o viene indicato come raro, il rischio di sviluppare disgeusia, mentre nella nostra esperienza i pazienti che hanno assunto i suddetti farmaci hanno sviluppato disgeusia anche in alte percentuali. Questa discrepanza può essere dovuta alla minimizzazione e alla conseguente mancata segnalazione del sintomo da parte degli operatori sanitari.

Conclusioni

La disgeusia e la disosmia sono molto presenti fra i pazienti in chemioterapia: si presentano principalmente come riduzione parziale o totale della percezione dei sapori e degli odori fin dal primo ciclo di terapia. Le alterazioni del gusto e dell'olfatto incidono nella qualità di vita del paziente, sia dal punto di vista fisico che psicologico; nonostante ciò, non tutti i pazienti vengono informati della possibilità di svilupparle, e solo circa la metà ha riferito al personale di manifestarle.

L'infermiere ha un ruolo fondamentale nell'informazione ed educazione del paziente, perciò è consigliata l'istituzione di ambulatori infermieristici e l'utilizzo di strumenti dedicati alla gestione degli effetti avversi della chemioterapia.

BIBLIOGRAFIA

- Baharvand, M., Shoalehsaadi, N., Barakian, R. & Jalali Moghaddam, E. 2013, "Taste alteration and impact on quality of life after head and neck radiotherapy", *Journal of Oral Pathology and Medicine*, vol. 42, no. 1, pp. 106-112.
- Bernhardson, B.M., Tishelman, C. & Rutqvist, L.E. 2009, "Taste and smell changes in patients receiving cancer chemotherapy: Distress, impact on daily life, and self-care strategies", *Cancer nursing*, vol. 32, no. 1, pp. 45-54.
- Bernhardson, B.M., Tishelman, C. & Rutqvist, L.E. 2007, "Chemosensory Changes Experienced by Patients Undergoing Cancer Chemotherapy: A Qualitative Interview Study", *Journal of pain and symptom management*, vol. 34, no. 4, pp. 403-412.
- Brisbois, T.D., de Kock, I.H., Watanabe, S.M., Mirhosseini, M., Lamoureux, D.C., Chasen, M., MacDonald, N., Baracos, V.E. & Wismer, W.V. 2011, "Delta-9-tetrahydrocannabinol may palliate altered chemosensory perception in cancer patients: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot trial", *Annals of Oncology*, vol. 22, no. 9, pp. 2086-2093.
- Cirillo, M., Lunardi, G., Coati, F., Ciccarelli, L., Alestra, S., Mariotto, M., Micheloni, B., Cassandrini, P.A., Inno, A., Magarotto, R., Nicodemo, M., Picece, V., Turazza, M., Gori, S. & Venturini, M. 2014, "Management of oral anticancer drugs: feasibility and patient approval of a specific monitoring program", *Tumori*, vol. 100, no. 3, pp. 243-248.

- Gamper, E.-., Zabernigg, A., Wintner, L.M., Giesinger, J.M., Oberguggenberger, A., Kemmler, G., Sperner-Unterweger, B. & Holzner, B. 2012, "Coming to your senses: Detecting taste and smell alterations in chemotherapy patients. a systematic review", *Journal of pain and symptom management*, vol. 44, no. 6, pp. 880-895.
- Halyard, M., Jatoi, A., Sloan, J.A., Bearden, J.D., Vora, S.A., Atherton, P.J., Perez, E.A., Soori, G., Zalduendo, A.C., Zhu, A., Stella, P.J. & Loprinzi, C.L. 2007, "Does Zinc Sulfate Prevent Therapy-Induced Taste Alterations In Head And Neck Cancer Patients? Results Of Phase Iii Double-Blind, Placebo-Controlled Trial From The North Central Cancer Treatment Group (N01c4)", vol. 67, pp. 1318-1322.
- Hovan, A.J., Williams, P.M., Stevenson-Moore, P., Wahlin, Y.B., Ohrn, K.E.O., Elting, L.S., Spijkervet, F.K.L. & Brennan, M.T. 2010, "A systematic review of dysgeusia induced by cancer therapies", *Supportive Care in Cancer*, vol. 18, no. 8, pp. 1081-1087.
- Hutton, J.L., Baracos, V.E. & Wismer, W.V. 2007, "Chemosensory Dysfunction Is a Primary Factor in the Evolution of Declining Nutritional Status and Quality of Life in Patients With Advanced Cancer", *Journal of pain and symptom management*, vol. 33, no. 2, pp. 156-165.
- Ijma, I., Renken, R.J., ter Horst, G.J. & Reyners, A.K.L. 2015, "Metallic taste in cancer patients treated with chemotherapy", *Cancer treatment reviews*, vol. 41, no. 2, pp. 179-186.
- Lyckholm, L., Hedding, S.P., Parker, G., Coyne, P.J., Ramakrishnan, V., Smith, T.J. & Henkin, R.I. 2012, "A randomized, placebo controlled trial of oral zinc for chemotherapy-related taste and smell disorders", *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, vol. 26, no. 2, pp. 111-114.
- McGreevy, J., Orreval, Y., Belqaid, K., Wismer, W., Tishelman, C. & Bernhardson, B.-. 2014, "Characteristics of taste and smell alterations reported by patients after starting treatment for lung cancer", *Supportive Care in Cancer*.
- Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale & Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio III EX DGPROGS 2012, *Raccomandazioni per la Prevenzione degli Errori in Terapia con Farmaci Antineoplastici*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1861_allegato.pdf edn.
- Mosel, D.D., Bauer, R.L., Lynch, D.P. & Hwang, S.T. 2011, "Oral complications in the treatment of cancer patients", *Oral diseases*, vol. 17, no. 6, pp. 550-559.
- Ng, K., Woo, J., Kwan, M., Sea, M., Wang, A., Lo, R., Chan, A. & Henry, C.J.K. 2004, *Effect of Age and Disease on Taste Perception*.
- Ravasco, P. 2005, "Aspects of taste and compliance in patients with cancer", *European Journal of Oncology Nursing*, vol. 9, no. SUPPL. 2, pp. S84-S91.
- Rehwaldt, M., Wickham, R., Purl, S., Tariman, J., Blendowski, C., Shott, S. & Lappe, M. 2009, "Self-care strategies to cope with taste changes after chemotherapy", *Oncology nursing forum*, vol. 36, no. 2, pp. E47-E56.
- Ripamonti, C., Zecca, E., Brunelli, C., Fulfarò, F., Villa, S., Balzarini, A., Bombardieri, E. & De Conno, F. 1998, "A randomized, controlled clinical trial to evaluate the effects of zinc sulfate on cancer patients with taste alterations caused by head and neck irradiation", *Cancer*, vol. 82, no. 10, pp. 1938-1945.
- Speck, R.M., Demichele, A., Farrar, J.T., Hennessy, S., Mao, J.J., Stineman, M.G. & Barg, F.K. 2013, "Taste alteration in breast cancer patients treated with taxane chemotherapy: Experience, effect, and coping strategies", *Supportive Care in Cancer*, vol. 21, no. 2, pp. 549-555.
- Steinbach, S., Hummel, T., Böhner, C., Berkold, S., Hundt, W., Kriner, M., Heinrich, P., Sommer, H., Hanusch, C., Prechtel, A., Schmidt, B., Bauerfeind, I., Seck, K., Jacobs, V.R., Schmalfeldt, B. & Harbeck, N. 2009, "Qualitative and quantitative assessment of taste and smell changes in patients undergoing chemotherapy for breast cancer or gynecologic malignancies", *Journal of Clinical Oncology*, vol. 27, no. 11, pp. 1899-1905.
- Thorne, T., Olson, K. & Wismer, W. 2015, "A state-of-the-art review of the management and treatment of taste and smell alterations in adult oncology patients", *Supportive Care in Cancer*, vol. 23, no. 9, pp. 2843-2851.
- Torrinomedica: Portale di Informazione Sanitaria e Farmaceutica disponibile al sito <http://www.torinomedica.it/#axzz3mpoiSFUC>. Accesso il 26/9/2015.
- U.S Department Of Health And Human Service, National Institute Of Health & National Cancer Institute 2009, *Common Terminology Criteria For Adverse Events (CTCAE) Version 4.0*, http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf edn.
- Wickham, R.S., Rehwaldt, M., Kefer, C., Shott, S., Abbas, K., Glynn-Tucker, E., Potter, C. & Blendowski, C. 1999, "Taste changes experienced by patients receiving chemotherapy.", *Oncology nursing forum*, vol. 26, no. 4, pp. 697-706.
- Yamagata, T., Nakamura, Y., Yamagata, Y., Nakanishi, M., Matsunaga, K., Nakanishi, H., Nishimoto, T., Minakata, Y., Mune, M. & Yukawa, S. 2003, "The Pilot Trial of the Prevention of the Increase in Electrical Taste Thresholds by Zinc Containing Fluid Infusion during Chemotherapy to Treat Primary Lung Cancer", *Journal of Experimental and Clinical Cancer Research*, vol. 22, no. 4, pp. 557-563.
- Zabernigg, A., Gamper, E.-., Giesinger, J.M., Rumpold, G., Kemmler, G., Gattringer, K., Sperner-Unterweger, B. & Holzner, B. 2010, "Taste alterations in cancer patients receiving chemotherapy: A neglected side effect?", *Oncologist*, vol. 15, no. 8, pp. 913-920.



Tutor clinico: percorsi e strumenti per la valutazione

di **Alessandra Bertozzi (1)**, **Doriana Montani (2)**

(1) Tutor della didattica professionalizzante, AOU Maggiore della Carità, Corso di Laurea in Infermieristica, Università del Piemonte Orientale (UPO), Novara

(2) Tutor della didattica professionalizzante, AOU Maggiore della Carità, Corso di Laurea in Infermieristica, Università del Piemonte Orientale (UPO), Novara

Corrispondenza: doriana.montani@med.uniupo.it

Introduzione

La formazione universitaria infermieristica coniuga l'apprendimento teorico con quello clinico, definito tradizionalmente tirocinio, con l'obiettivo di formare professionisti con competenze adeguate all'attuale panorama sanitario (Gamberoni L. et al., 2009).

L'apprendimento clinico riveste un ruolo fondamentale, in quanto permette allo studente di confermare nella pratica ciò che ha appreso nella teoria, attraverso un processo attivo e responsabile, orientato secondo mandati normativi specifici italiani ed europei.

Perfino i decreti che regolano l'organizzazione dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie riconoscono questo protagonismo del tirocinio, affidandone la supervisione e la guida a tutori professionali appositamente formati e assegnati. Il tutor clinico è la figura individuata per affiancare, coinvolgere, sostenere lo studente in tirocinio e promuoverne l'apprendimento esperienziale (Sasso et al., 1997).

Nel contesto dell'Università del Piemonte Orientale, sono state individuate due figure guida, oltre a quelle della didattica professionalizzante: il tutor clinico e l'infermiere affiancatore. Il *tutor clinico* (TC) è l'infermiere che "assume un ruolo di maggior coordinamento dei tirocinanti in quel servizio, si interfaccia con la sede formativa, cura gli accordi, aiuta i colleghi a selezionare le opportunità di apprendimento in coerenza con gli obiettivi e il piano di tirocinio condiviso con lo studente. Egli offre supporto ai colleghi che affiancano gli studenti sia durante il percorso sia nella fase della valutazione". L'*infermiere affiancatore* (IA), pur non avendo la responsabilità di un rapporto tutoriale, affianca lo studente forte della sua esperienza professionale; di norma gli IA riferiscono al TC le attività effettuate con lo studente, le modalità di svolgimento delle attività, gli aspetti positivi e le lacune che lo studente ha dimostrato di possedere, in modo che il TC abbia il più ampio scenario possibile dell'avvenuto apprendimento clinico.

La figura del TC viene nominata dall'Università. Il nuovo sistema di qualità AVA (Autovalutazione, Valutazione periodica, Accreditamento), messo a punto dall'ANVUR (Agenzia Nazionale di Valutazione del sistema Universitario e della Ricerca) identifica come punto di forza la costruzione e l'implementazione di un sistema di identificazione/valutazione del tutor clinico.

La spinta normativa, ma soprattutto la necessità di attribuire identità, ruolo e competenza al TC, hanno incentivato la nascita di un gruppo di lavoro all'interno del Coordinamento Regionale CLI del Piemonte e della Valle d'Aosta, all'interno del quale si è messo a punto uno strumento di valutazione del TC, successivamente validato.

Lo strumento è costituito dalla declinazione dei descrittori del ruolo tutoriale, raggruppati in quattro funzioni:

- progettazione e programmazione;
- conduzione;
- valutazione;
- autoformazione e sviluppo.

Lo strumento è stato costruito per l'auto-valutazione del TC e per l'etero-valutazione da parte del tutor della didattica o tutor pedagogico (TP).

Il tutor compilatore deve riportare il livello di autonomia, per ciascun descrittore, facendo riferimento alla scala Likert, dove 1 corrisponde alla maggiore dipendenza e 6 alla maggiore autonomia. Il sistema, così come è stato approvato dal Coordinamento Regionale dei Corsi di Laurea, prevede che l'auto-valutazione e l'etero-valutazione siano oggetto di confronto costruttivo da parte di entrambi gli attori della valutazione.

Con questo contributo si intende descrivere il progetto pilota di sperimentazione della valutazione del TC condotto presso l'Ospedale Sant'Andrea di Vercelli.

La nostra esperienza

Lo studio si è svolto presso l'ASL di Vercelli nel periodo compreso tra dicembre 2014 e ottobre 2015. Sono stati reclutati 12 TC, selezionati su base volontaria in base alla partecipazione ad un corso di formazione propedeutico alla fase sperimentale, e da 3 TP. Lo studio è stato articolato in tre fasi:

Fase 1 - Condivisione dello strumento

Durante questa fase è stato illustrato lo strumento di valutazione del TC. Sono state condivise le funzioni del TC comprese nelle aree "organizzazione", "conduzione", "valutazione", "autoformazione e sviluppo". Rispetto alla scheda validata, i tutor hanno evidenziato solo la carenza di un descrittore dell'aspetto relazionale verso lo studente.

Durante lo stesso corso è stato definito il sistema di valutazione che si intendeva utilizzare e che è stato sperimentato successivamente nello studio pilota. Il sistema di valutazione condiviso prevedeva l'auto-valutazione del TC, l'etero-valutazione da parte del TP e un momento di condivisione/confronto tra i due tutor. Il gruppo ha scelto di sperimentare la modalità sopra descritta 2 volte l'anno (febbraio e ottobre).

Fase 2 - Test pilota

Lo strumento è stato testato all'interno del gruppo: ogni TC ha espresso la propria auto-valutazione, riferendosi all'ultima esperienza di tirocinio supervisionata e contemporaneamente il TP ha formulato la propria valutazione, riferendosi alla stessa esperienza. Al termine della compilazione dello strumento è avvenuto un colloquio di confronto, in cui TC e TP si sono confrontati su ogni item dello strumento e sono stati approfonditi gli aspetti su cui le valutazioni risultavano discordanti, le motivazioni che supportavano valutazioni differenti e le eventuali proposte di miglioramento.

Successivamente un terzo TP ha somministrato a tutti i partecipanti un'intervista semi strutturata, in cui sono stati indagati i seguenti aspetti:

- fruibilità dello strumento;
- possibilità di inserire lo strumento nel contesto organizzativo;
- tempistiche di valutazione;
- funzione dello strumento nel rapporto TC/ TP;
- aspetti/aree da approfondire con ulteriore formazione.

Nel mese di ottobre 2015 l'esperienza è stata ripetuta.

Fase 3 - Condivisione dei risultati

Nell'ottobre 2015, all'interno della giornata conclusiva del corso, sono stati illustrati i risultati del confronto tra le due esperienze di auto/etero valutazione e le riflessioni emerse dalle interviste. Sono state inoltre raccolte richieste di nuova formazione in merito allo stesso strumento o ad altri aspetti eventualmente emersi dall'esperienza condotta.

Risultati

I dati emersi dall'auto ed etero valutazione sono stati organizzati in un foglio Excel in cui, per ogni TC, compaiono le due auto-valutazioni e le due etero-valutazioni. Al fine di garantire una riflessione obiettiva, scevra da giudizi personali, i nomi dei TC sono stati sostituiti da codici. I dati sono poi stati elaborati utilizzando la statistica descrittiva e quella inferenziale (Ttest per dati appaiati).

Il TC medio presenta età anagrafica di 46,3 anni, età lavorativa di 26.4 anni, con quasi 9 anni di tutorato (8.9); il gruppo esaminato è composto da 9 coordinatori infermieristici e 3 infermieri. Per quanto riguarda il TP medio, l'età è di 47,3 anni con un'esperienza di tutorato di 5,3 anni.

L'analisi generale dei dati ha mostrato un livello di autonomia elevato/molto elevato nel rivestire il ruolo di TC (5,11 è la media dei punteggi delle auto-valutazioni e 5,32 è la media delle etero- valutazioni).

La differenza tra i punteggi ottenuti nelle auto-valutazioni e nelle etero-valutazioni presenta una maggior corrispondenza nei punteggi ottenuti nelle valutazioni di ottobre, ma in nessun caso tali differenze sono statisticamente significative (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Confronto tra media dei punteggi ottenuti con auto-valutazione e etero-valutazione

	AUTO Valutazione (media)	ETERO Valutazione (media)	P
Febbraio	5,11	5,42	0.25
Ottobre	5,19	5,40	0.32
Media	5.11	5.32	0.25

Gli item dell'autovalutazione di febbraio in cui compare un punteggio inferiore a 5, sono 7. Tra questi, solo per 1 item vi è corrispondenza con l'autovalutazione di ottobre e con entrambe le etero valutazioni, più precisamente in quello che descrive la competenza del tutor per la conduzione di incontri multi professionali finalizzati alla discussione di casi significativi. Sullo stesso item si riscontra una difficoltà del TC ad auto-valutarsi: si rileva infatti che nel 33% dei casi il TC non dà una risposta.

Per il TP, invece, l'item in cui si sono riscontrate più risposte mancanti è quello relativo alla programmazione dell'attività dello studente in base alla presenza del TC.

Nella nostra realtà. Infatti, il TC definisce i turni di tirocinio del singolo studente in base alla propria presenza, ma ovviamente con limiti di effettiva presenza per tutti.

Per quanto riguarda l'intervista semi strutturata, i dati emersi sono stati organizzati in base alla fruibilità dello strumento, al rapporto tra TC e TP e agli aspetti da approfondire. Al di là dei punteggi ottenuti nelle valutazioni, tutto il gruppo è concorde nel dichiarare che il momento principale e di maggior importanza di tutto il sistema di valutazione è stato quello del confronto.

Lo studio ci ha permesso di valutare alcuni aspetti in particolare:

Fruibilità dello strumento

- è risultato utile per condurre l'auto-valutazione e l'etero valutazione (100%);
- non ha comportato alcuna difficoltà di utilizzo (9/12 a febbraio e 12/12 a ottobre);
- si è riscontrata qualche difficoltà di linguaggio a febbraio, superata a ottobre (3/12);
- si è riscontrata una completezza dello strumento (10/12 a febbraio che diventa 12/12 a ottobre). L'aspetto ritenuto mancante riguardava la relazione con lo studente, ma come si vede alla valutazione di ottobre si è riconosciuto che questo aspetto è in realtà trasversale a tutti gli item relativi all'area della conduzione.

L'intero gruppo si è mostrato favorevole (11/12) all'inserimento dello strumento nel contesto organizzativo, chiedendo l'incontro 1 – 2 volte l'anno.

Funzione dello strumento nel rapporto TC/TP.

Dall'intervista emerge che lo strumento permette una migliore focalizzazione del ruolo del TC, facilita la vicinanza, il rapporto e il confronto tra TC e TP (100%) e offre spunti per porsi obiettivi di miglioramento.

Aspetti/aree da approfondire con ulteriore formazione.

Dagli incontri di confronto sono emersi alcuni aspetti che i TC desiderano approfondire:

- strumenti e metodi in uso per la gestione del tirocinio degli studenti;
- processo di nursing secondo il modello bifocale;
- ragionamento clinico degli studenti (strumenti, strategie).

Dal confronto avvenuto nella giornata conclusiva sono emerse anche alcune criticità che riguardano principalmente la presenza in reparto di altre figure che si occupano degli studenti durante il loro percorso: gli IA, che in parte svolgono attività riconosciute proprie del TC.

Un'altra criticità emersa riguarda il fatto che lo strumento valuta l'autonomia del TC e non quanto quella funzione venga svolta da tale figura.

Conclusioni

La messa in opera del progetto pilota fin qui descritto ha cercato di dare una risposta concreta alla necessità di identificare e utilizzare un sistema di valutazione dei tutor clinici in riferimento alla normativa vigente (L. 240/2010), (Dlgs 19/2012).

Sicuramente è stata un'esperienza positiva che ha unito il gruppo dei TC e dei TP, permettendo una miglior consapevolezza del ruolo del TC sia da parte dei TC stessi che dei TP.

Utilizzare un sistema di valutazione che preveda l'auto e l'eterovalutazione del tutor clinico seguiti da un momento di condivisione e confronto tra le due figure è stato il reale punto di forza di tutto il progetto.

Tale momento è stato vissuto dalle persone coinvolte come un'occasione per migliorarsi. Sono inoltre emersi importanti spunti per la formazione sia dei TC che degli affiancatori. Unico limite dello studio è stata l'esiguità del campione (12 TC e 3 TP) per cui sarà importante proseguire nel progetto, implementando questo sistema di valutazione a tutti i TC della sede di Vercelli e a tutte le sedi di tirocinio del CdL di Infermieristica sede di Novara.

BIBLIOGRAFIA

- Gamberoni L., Marmo G., Bozzolan M., Loss C., Valentini O., Apprendimento clinico, riflessività e tutorato. Metodi e strumenti della didattica tutoriale per le professioni sanitarie, Napoli: EdiSES; 2009.
- Frati L., Di Monte V., Saiani L. Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie – settembre 2010.
- Sasso L., Lotti A., Gamberoni L., Il tutor per le professioni sanitarie, Roma, La nuova Italia Scientifica, 1997.
- Decreto Ministeriale 19 febbraio 2009 – *Applicazione della L.270/04 ai Corsi di Laurea delle professioni sanitarie.*
- Decreto Legislativo 27/01/2012, n.19. - *Valorizzazione dell'efficienza delle università e conseguente introduzione di meccanismi premiali nella distribuzione di risorse pubbliche sulla base di criteri definiti ex ante anche mediante la previsione di un sistema di accreditamento periodico delle università e la valorizzazione della figura dei ricercatori a tempo indeterminato non confermati al primo anno di attività , a norma dell'articolo 5, comma 1, lettera (a) della legge 30 /12/201, n.240.*
- Legge 30/12/2010, n. 240 - *Norme in materia di organizzazione delle Università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo, per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario.*

SCAFFALE

Infermieristica in cure palliative

Cesarina Prandi
Edra SpA, 2015
pagine 350, euro 39,00



“I numeri del cancro in Italia 2016” AIOM-AIRTUM forniscono un orizzonte incoraggiante per l'Italia, registrando una costante riduzione di mortalità per tumore (circa 1% l'anno) ed un aumento della sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi.

Oggi oltre la metà delle persone che ricevono una diagnosi di tumore è viva dopo 5 anni: il 57% degli uomini ed il 62% delle donne, rispetto a percentuali del 38-52% degli anni Novanta.

A questo si associa un aumento costante (di circa il 3% l'anno) dei prevalenti, cioè delle persone vive dopo una diagnosi di cancro (oltre tre milioni oggi in Italia, pari al 4,9% della popolazione italiana).

Il tutto esprime i progressi fatti nella lotta al cancro in Italia, grazie ai progressi diagnostico-terapeutici ed ai programmi di prevenzione. Purtroppo, alcune persone vanno incontro ad una progressione di malattia e, nel percorso assistenziale, avranno la necessità di ricevere cure palliative.

Per questo motivo, questo manuale dedicato all'assistenza infermieristica in cure palliative rappresenta ciò che mancava ed adesso è disponibile: uno strumento appropriato per la formazione di infermieri che dedicheranno la loro opera alle cure palliative dei pazienti oncologici.

Stefania Gori
Direttore Dipartimento Oncologico - “Sacro Cuore-Don Calabria”
CANCER CARE CENTER, Negrar-Verona
Presidente Eletto AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica)

SCAFFALE

Guida al monitoraggio in Area Critica

Gian Domenico Giusti e Maria Benetton
Maggioli Editore, 2015
pagine 194, euro 15,00



Un libro scritto dagli infermieri e per gli infermieri, e questo già non è poco, se si osserva il livello di approfondimento ed elevata scientificità che viene espresso.

Gli infermieri di area critica in effetti sono tradizionalmente considerati una delle “punte avanzate” della professione infermieristica e non è un caso che il testo proposto sia un prodotto della loro associazione scientifica di appartenenza, l’Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANIARTI). Ma non basta: il testo, curato da due infermieri esperti e studiosi della materia, vede la collaborazione di un folto gruppo di colleghi che di esperienza sul campo e approfondimento scientifico ne hanno veramente tanta. E’ perfetta in tal senso la descrizione che viene data degli autori, dai curatori stessi “infermieri che attraverso l’esperienza nella clinica si dedicano alla ricerca, alla formazione, all’aggiornamento” (pag. 8). Ecco, bè un bel

biglietto da visita e una garanzia per chi si affiderà a queste pagine.

Insomma, si tratta di un libro che vale veramente la pena leggere o comunque tenere a portata di mano per quando ci si sta preparando ad assistere i pazienti in area intensiva, o quando si è già impegnati in questi settori altamente intensivi e si vuole dare senso e razionale scientifico a ciò che gli infermieri attuano quotidianamente al letto del paziente. In definitiva, un testo che sta bene nello scaffale personale degli infermieri più giovani e attivi, nella biblioteca di un corso di laurea ma poi sicuramente nella sala degli infermieri di ogni area critica. Il livello di approfondimento del testo è tale che si potrebbe anche affermare che possa essere un ottimo strumento da condividere con la professione medica, come dire... che accanto al paziente si parla lo stesso linguaggio, ci si integra, ci si fida l’uno dell’altro e questo è sicuramente fonte di sicurezza ed efficacia per le persone di cui ci prendiamo cura.

E’ interessante, più che condivisibile e aiuta ad inquadrare il contesto delle aree intensive e di ciò che ivi è tenuta ad esprimere la professione infermieristica, quanto scritto da Gian Domenico Giusti e Maria Benetton nell’introduzione e nel primo capitolo. Qui ci viene ricordato e puntualizzato quale possa essere un equilibrato rapporto tra l’elevato livello tecnologico della cura offerta e garantita nelle aree intensive e il *caring* al quale la professione infermieristica deve comunque dare la costante e giusta attenzione. Come dire, l’uno non vale senza l’altro e questo è il mandato di un’assistenza efficace da tutti i punti di vista per noi (gli infermieri e gli altri professionisti) e per le persone per le quali ci “preoccupiamo”, per dirla alla Don Milani (“*I care*”).

Si, perché incredibilmente, il dare attenzione alla persona, anche nelle piccole ma significative e imprescindibili cure quotidiane del corpo e perché no, “del cuore”, accanto al monitoraggio costante, basato su principi scientifici e altamente tecnologico, aiuta a stimolare e mantenere anche la nostra parte vitale di creatività e umanità, come professionisti.

In tal senso, l'affermazione di quanto sia importante la conferma continua di ciò che ci indica la macchina, con ciò che ci dice il paziente è una guida importante per meglio apprezzare poi i contenuti dei capitoli che seguono: "L'uomo non è l'appendice della macchina ma ben il contrario, l'attrezzatura è collaterale alla cura" (pag. 8). Come dire, è un invito a tenere comunque le mani sul paziente (*hand on*), al fine di "armonizzare i segni oggettivi monitorati con la percezione soggettiva del clinico. Guardare oltre la tecnologia per non perdere la capacità di interpretare" (pag. 8).

Infine è veramente arricchente la descrizione che viene proposta del concetto di "vigilanza": "prevedere gli eventi e calcolare il rischio della situazione, prontezza ad agire in modo appropriato, monitorare i risultati (pag. 10).

In questo, si apprezza il ruolo della professione infermieristica nella funzione e responsabilità del monitoraggio, è un'appendice imprescindibile alla cura, permette di intercettare oggettivamente e prontamente gli eventi (e quindi di prevenire ad esempio il decadimento clinico a volte drammaticamente improvviso e a quel punto difficile da gestire), permette di applicare le cure più adeguate per un determinato quadro clinico, mette nelle condizioni di valutare il risultato dei trattamenti posti in essere. In questo è chiaro come il monitoraggio sia essenziale anche per guidare gli atti medici e ancora una volta ci ricorda come l'integrazione professionale sia un approccio imprescindibile e garanzia di efficacia.

I capitoli che si susseguono nel libro entrano a questo punto nel "vivo" della materia e i contenuti "altamente tecnologici" ci sono tutti e sono giustamente indispensabili, rappresentano in qualche modo gli strumenti con cui operare nel contesto di cure intensive, siano esse erogate in ospedale o sul territorio (per es. emergenza extraospedaliera). Viene quindi affrontato il monitoraggio di tutte le diverse funzioni del corpo umano: emodinamico e cardiologico, respiratorio ed il monitoraggio neurologico, passando dalle tecniche più semplici e routinarie, che devono veramente essere patrimonio consapevole di tutti gli infermieri, a quelle più specifiche solo di alcune aree (per es. neurochirurgia).

Ogni capitolo si articola con una sezione relativa all'osservazione del paziente, seguita dall'uso dei diversi strumenti tecnologici, dall'interpretazione dei dati, dall'uso dei dispositivi necessari (per es. cateteri), con alcune specifiche dal punto di vista strettamente assistenziale. Il tutto è corredato da tabelle, schemi e immagini, che facilitano la comprensione e l'assimilazione dei contenuti proposti. Infine, sono molto ricchi e aggiornati i riferimenti della letteratura e questo rappresenta un altro e imprescindibile valore aggiunto di questo libro.

La sfida che ci ricordano gli autori è che questi strumenti sono soggetti ad una continua evoluzione ed alcuni di essi non vengono utilizzati di routine. Ecco un motivo in più perché questo testo sia prezioso per la professione, aiuta a tenersi aggiornati e permette di riorientarsi rapidamente quando sussistono perplessità in merito a tecnologia con la quale si ha poca familiarità.

Non c'è niente di peggio infatti per il paziente di quando vengano poste in essere pratiche nelle quali non ci si senta sufficientemente sicuri, o per le quali non ci sia stata adeguata formazione teorica e sul campo.

Certo, da questo punto di vista un libro così è un'ottima risorsa, ma non può far tutto. Esso è un punto di riferimento, che andrà costantemente aggiornato ove necessario (e probabilmente lo sarà, considerando l'evoluzione delle conoscenze e della tecnologia che ne deriva, una bella sfida futura per gli autori), ma con la consapevolezza che la competenza necessaria per gli operatori dell'area intensiva, si costruisce con percorsi di simulazione, formazione sul campo e inserimento del personale.

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 pubblicate sul sito www.ipasvi.it, nella sezione "Ecm".

I lavori vanno inviati a: federazione@ipasvi.legalmail.it