

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LXI

4

**LUGLIO-AGOSTO
2017**



ISSN 2038-0712

Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

● **EDITORIALE**

Gli infermieri sono capaci di mettersi in gioco e lo fanno con l'Osservatorio civico sulla professione

di Barbara Mangiacavalli

● **INFERMIERE & LAVORO**

La formazione da riformare: spunti per una proposta che valorizzi la professione

di Barbara Mangiacavalli e Saverio Proia

● **SCIENZE INFERMIERISTICHE**

Le pubblicazioni degli infermieri italiani su riviste internazionali: uno studio bibliometrico

di Davide Ausili, Agnese Boldrin, Benedetta Salimbeni, Stefania Di Mauro

L'infermiere tra immagine sociale e professionale: esperienze dirette, stereotipi e ruolo dei media

di Serena Capone, Valentina Sambati, Emanuela Montanari, Marcello Antonazzo

Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche e il contributo del personale: uno studio regionale

di Maria Mongardi, Lorenzo Sciolino, Matteo Seligardi, Daniela Fortuna, Dina Guglielmi

● **ESPERIENZE**

Il See and Treat toscano: dal Pronto Soccorso alle case della salute

di Lorenzo Righi, Gennaro Oliva, Stefania Brogini, Giovanni Becattini

La resilienza nella professione infermieristica: strategie per potenziarla

di Andreina Zavaglio, Irene Corniati

L'uso di Scale nell'accertamento delle Diagnosi Infermieristiche per l'assistenza ai Caregiver

di Giulia Graziano, Denise Manfredi, Sandra Scalorbi

I bisogni informativi del paziente oncologico chirurgico

di Flavia Garofoli, Marina Galeotti, Daniele Pecoraro, Laura D'Addio

● **SCAFFALE**

Il dolore alle soglie della vita - Dilemmi etici e necessità di dialogo in Terapia Intensiva Neonatale

di Lucia Aite (a cura di)

Pronto soccorso. Storie di un medico empatico

di Pierdante Piccione, Pierangelo Sapegno



EDITORIALE

Gli infermieri sono capaci di mettersi in gioco e lo fanno con l'Osservatorio civico sulla professione

di Barbara Mangiacavalli

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

L'intensa attività che caratterizza l'organo professionale degli infermieri non poteva prescindere dal tassello più importante della nostra attività professionale: il rapporto con i cittadini.

Questo perché la professione dell'infermiere è tra le più ben volute dai cittadini. E lo dimostrano con la loro disponibilità che, secondo i dati rilevati da Cittadinanzattiva attraverso il recente monitoraggio civico del servizio sui territori, è riconosciuta dal 59,52% dei cittadini: all'interno del servizio ADI 7 su 10 infermieri sono reperibili nella fascia oraria della mattina, più di qualunque altra professione sanitaria, medici compresi.

Ma come tutte le professioni sanitarie, colpite pesantemente dai blocchi del turn over e quindi senza ricambio di organici, sempre più ridotti, i dati che li riguardano – questa volta rilevati nel Pit salute - parlano anche di scarsa assistenza infermieristica e medica nel 35,1% dei casi e, peggio, in ospedale il 18,4% è considerato responsabile di comportamenti “poco umani” (13,7% del 2014 e inferiore a quello dei medici: 50,5%).

Colpa non solo di ritmi di lavoro che di umano hanno ben poco ma anche del fatto che quasi nella totalità dei casi un infermiere deve lavorare almeno per due, vista la carenza di organici e la scarsa disponibilità organizzativa delle aziende.

Proprio per questo abbiamo deciso di realizzare – ed è partito in questi giorni - l'Osservatorio civico sulla professione infermieristica, grazie alla collaborazione tra Federazione Ipasvi e Cittadinanzattiva.

Il contesto in cui si colloca l'iniziativa è quella secondo il quale Cittadinanzattiva vede nella professione infermieristica un ruolo centrale nel processo di offerta e garanzia di salute ai cittadini.

Nel futuro della sanità, a fronte dei bisogni di salute della popolazione e in particolare della domanda di cura delle fasce più fragili, gli infermieri sono chiamati ad esercitare un ruolo sempre più incisivo, basato sulla sinergica collaborazione con i medici e gli altri professionisti sanitari, che riconosca le professionalità acquisite, e capaci di contribuire ad innalzare la qualità della risposta assistenziale ai cittadini che Cittadinanzattiva riconosce ai nostri professionisti (“Siamo convinti che la capacità di risposta del Ssn alle aspettative e ai bisogni assistenziali dei cittadini, soprattutto nel caso della cronicità e non autosufficienza, possa e debba migliorare, anche attraverso un maggior investimento e valorizzazione della professione infermieristica come previsto in vari atti di programmazione”, ha detto il responsabile di Cittadinanzattiva Tónico Aceti).

Oggi l'infermiere è un professionista laureato, che ha sviluppato competenza ed esperienza che gli permettono di essere una risorsa importante anche per sostenere l'innovazione organizzativa che il Ssn è chiamato a realizzare, a partire ad esempio dall'attuazione del Piano Nazionale della Cronicità.

Purtroppo però, nonostante tutto questo, ci confrontiamo ancora con cronica carenza di personale infermieristico, oltre che di altri professionisti, gestito con 'minutaggi' e 'tempari' che incidono sulla qualità e sulla quantità del tempo dedicato al paziente, sulla qualità e accessibilità alle cure e ai servizi, e sui costi privati che quindi i cittadini devono sostenere per l'assistenza di cui hanno bisogno.

È evidente che c'è un gran bisogno di riallineare le politiche pubbliche con i bisogni dei cittadini. Anche la comunicazione, la relazione e l'umanizzazione dell'assistenza sono ambiti sui quali è necessario lavorare di più e non possono certo essere marginali o trascurati.

L'Osservatorio appena partito ha tre obiettivi:

1. Riconoscere il valore della professione infermieristica e renderla ancor più strategica;
2. far fare un ulteriore passo in avanti nel rapporto tra infermiere e cittadino, cercando di intercettare criticità e aspettative di questi ultimi;
3. trovare comuni linee strategiche di azione che possano orientare la professione verso la migliore qualità dell'offerta.

L'Osservatorio prevede un'indagine civica di natura esplorativa (target cittadini e pazienti) che punterà a raccogliere dati su diversi aspetti che verranno definiti dalle organizzazioni, come ad esempio: ambito relazionale, educativo, professionale e gestionale (es. "prestazioni richieste agli infermieri sul territorio", "forza lavoro e impatto del ruolo nelle organizzazioni", "competenze", "gestione della relazione", "umanizzazione" ecc.).

E' prevista la costruzione di uno strumento di rilevazione da parte dell'Agenzia di Valutazione civica (AVC) di Cittadinanzattiva con un tavolo di lavoro coordinato che coinvolga i rappresentanti delle Associazioni dei pazienti e Ipasvi, i cui risultati saranno raccolti in un rapporto che sarà presentato nei primi mesi del 2018.

Gli infermieri sono, secondo i dati di Cittadinanzattiva, i più presenti nelle cure domiciliari: 84,31 per cento. Una presenza che secondo il monitoraggio dei servizi sul territorio "[Fuori dall'Ospedale dentro le Mura Domestiche](#)", di Cittadinanzattiva, è seguita al 73,87% da medici di famiglia e pediatri di libera scelta.

E non è solo un fatto di presenza o reperibilità: a contribuire alla definizione della diagnosi, dopo i medici specialisti (85.71%) e quelli di famiglia (35.06%), sono proprio gli infermieri (7.79%), seguiti poi da psicologi (5.19%) e assistenti sociali (1.30%).

Ma i dati negativi sulla scarsa assistenza e la poca umanità non ci piacciono ed è per questo che vogliamo, con lo strumento dell'Osservatorio, mettere a fuoco il nodo del problema per affrontarlo come Federazione sul piano professionale, etico e deontologico.

La nostra professione ha come scopo il rapporto coi pazienti. È per noi un elemento valoriale importante sia professionalmente che per il 'patto col cittadino' che da anni ci caratterizza. Per noi è essenziale avere una relazione privilegiata con loro, per comprendere come ci vedono e come possiamo soddisfare nel modo migliore i loro bisogni di salute. Per questo abbiamo attivato l'Osservatorio civico.

E l'Osservatorio civico sulla professione infermieristica, nasce proprio come un programma partecipato da cittadini e infermieri per individuare in modo condiviso i nodi critici e le azioni di miglioramento sui quali lavorare tutti insieme. Ci mettiamo in gioco, è vero, ma lo facciamo per mettere davvero al centro della nostra professione il bisogno dei cittadini.



INFERMIERE & LAVORO contratti – normativa e giurisprudenza

La formazione da riformare: spunti per una proposta che valorizzi la professione

di Barbara Mangiacavalli e Saverio Proia

Con il passaggio, avvenuto oltre 20 anni fa, della formazione infermieristica, come delle altre professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione dalle Regioni alle Università il sistema accademico ne ha tratto certamente enormi vantaggi: gli Atenei tramite le convenzioni con il SSN hanno acquisito una rete territoriale di sedi formative diffuse, gli studenti universitari di questi corsi di laurea, di gran lunga superiori per numero a quelli di medicina e chirurgia hanno fatto crescere il tasso, ancora basso rispetto alla media dell'Unione Europea di immatricolazioni ed altrettanto hanno contribuito alla implementazione del numero dei laureati italiani, anche esso, purtroppo, ancora non adeguato a quello degli altri partner europei ed infine si è aperta una nuova sponda occupazionale per tanti docenti universitari perlopiù medici.

E' una scelta di sede formativa fortemente voluta dalla professione infermieristica come dalle altre professioni sanitarie da cui non solo non si vuole tornare indietro bensì andare avanti e per questo si rende necessario una fase di manutenzione del sistema per renderlo più efficiente.

La prima manutenzione da effettuare riguarda l'assetto centrale cioè che insegna e con tale funzione rende possibile l'esistenza stessa dei corsi universitari.

Abbiamo apprezzato enormemente l'impegno della Ministra dell'Università, Valeria Fedeli, a sollecitare l'assunzione da parte degli Atenei di nuovi professori universitari provenienti dalla professione infermieristica; tuttavia questa strada che non solo dovrà essere percorsa ma anche sviluppata nelle risposte concrete di nuovi professori universitari, non potrà risolvere alla radice la questione degli oltre 5.000 docenti dei corsi di laurea di infermiere e delle altre professioni sanitarie che, dipendenti dalle Aziende Sanitarie, operano a tempo pieno in questa attività didattica e che costituiscono l'ossatura del corpo docente di queste sedi formative.

Ci sono riforme che non costano nulla e che, invece, rendono molto avendo un grande valore registrando consensi e modernizzando il sistema ed è questo il caso della questione relativa allo stato giuridico dei docenti, dipendenti di Aziende o Istituzioni del Servizio Sanitario Nazionale, dei corsi di laurea per infermieri e per le altre professioni sanitarie.

L'attenzione è sempre viva tra i docenti interessati ma anche tra le stesse categorie delle professioni sanitarie in quanto l'enorme valenza del provvedimento è quella di dare la stessa dignità giuridica, nei corsi di laurea delle professioni sanitarie, sia ai docenti dipendenti dagli Atenei, che sono in questi corsi la minoranza, sia ai docenti dipendenti dal SSN, che, invece, sono la normalità.

C'è, quindi, la necessità di una proposta di norma, da inserire nel primo provvedimento utile che abbia la certezza che sia approvato in questo scorcio di legislatura, che definisca lo stato giuridico dei docenti, dipendenti di Aziende o Istituzioni del Servizio sanitario Nazionale, dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, definizione quanto mai necessaria dopo oltre vent'anni del passaggio agli Atenei di tale formazione.

E' opportuno ricordare che la collocazione della formazione delle professioni sanitarie nel sistema universitario si realizzò con il decreto legislativo 502/92 (articolo 6, terzo comma) attraverso la configurazione di una sua specificità che, pur essendo a tutti gli effetti di tipo accademico, mantiene alcune positività del precedente sistema formativo quali:

1. la formazione continua a svolgersi laddove le professioni sanitarie operano prevalentemente ovvero all'interno dei servizi, delle strutture e dei presidi del Servizio sanitario Nazionale;
2. pertanto i docenti, di norma, continuano ad essere dipendenti del ruolo sanitario del Servizio sanitario Nazionale.

Il giusto equilibrio tra l'inserimento della formazione delle professioni sanitarie nel sistema universitario e il mantenimento dell'apporto di risorse strumentali, umane ed economiche da parte del Servizio sanitario Nazionale è il "lodo" attraverso il quale si è realizzato questo epocale passaggio da un sistema formativo "anomalo", quale era quello precedente, a quello attuale.

Le sedi formative dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, pertanto, assolvono il mandato di formazione universitaria integrandola allo stesso tempo, alla funzione di didattica del Servizio Sanitario Nazionale svolgendo, certamente, la propria attività nel modo più appropriato alle esigenze di alta e specifica formazione di professionisti per la salute.

L'elaborazione, nel nostro Paese, delle discipline collegate al Nursing e la produzione di sapere scientifico a essa associato è in via di sviluppo con una propria specificità nelle linee di ricerca, nella didattica accademica e nell'applicazione della scientificità nella prassi assistenziale.

Pertanto la progressiva evoluzione universitaria del sistema formativo delle professioni sanitarie, in particolare, il passaggio dal diploma universitario al diploma di laurea e all'istituzione della laurea magistrale, di master e dottorati di ricerca, pone la necessità non rinviabile di riconoscere il ruolo dei docenti del SSN, i quali, peraltro, sono in numero prevalente tra i professori dei corsi di laurea.

Certamente tale evoluzione disciplinare può avere sbocco nelle forme proprie del sistema universitario, per ora sviluppato con pochi professori universitari (tre Professori ordinari di infermieristica, e trenta tra associati e ricercatori) provenienti dalle professioni infermieristiche, ma, per il ricordato disposto normativo e per le dimensioni esteso e capillare del fenomeno, è improponibile quale unica o principale soluzione.

Questa norma – di livello nazionale: come sempre esistono già esperienze regionali in materia - dovrebbe prevedere che ai professionisti coinvolti nel Tutorato professionale a tempo pieno e ai docenti in organico nelle Aziende Sanitarie siano riconosciuti non solo gli stessi doveri ma anche i medesimi diritti dei docenti dipendenti dagli Atenei al fine di garantire stabilità e continuità nell'incarico loro attribuito di docenza.

I docenti dei corsi di studio delle professioni sanitarie, dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, una volta confermati sulla base delle suddette procedure, parteciperebbero, quindi, alla vita degli organi del corso di studio e, nel rispetto dello specifico statuto, anche alle attività delle facoltà, in linea e nel rispetto della specificità indicata dal terzo comma dell'art.6 del D.lgs. 502/92.

Con questa norma si vuol solo meglio qualificare l'apporto e il ruolo dei dipendenti del SSN che svolgano attività didattica sotto l'aspetto giuridico senza nulla prevedere alcuna modifica agli impianti contrattuali vigenti né modificare il loro assetto economico retributivo, confidando, comunque, che il prossimo rinnovo contrattuale possa prevedere un riconoscimento almeno normativo della funzione dell'incarico di insegnamento.

Questa proposta di norma dovrebbe avere i seguenti assi portanti:

1. il riconoscimento che il SSN oltre alle funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione svolge attività di didattica e di ricerca medica, infermieristica e biosanitaria;
2. ferma restando l'attuale modalità di reclutamento in ambito accademico dei professori appartenenti alle professioni sanitarie, si disciplina lo stato giuridico dei destinatari degli incarichi di insegnamento nelle attività di didattica delle professioni sanitarie per valorizzare il ruolo dei docenti di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n 502 e successive modificazioni e integrazioni e per contenere i costi dei relativi corsi di studio universitario;
3. nei corsi di studio universitari delle professioni sanitarie attivati presso le Aziende sanitarie, gli Ircss e le strutture private accreditate le attività formative sono assicurate da docenti dipendenti dagli Atenei e da docenti dipendenti dal SSN: in deroga alla normativa vigente per contenere i costi di tali corsi di studio universitari e per valorizzare l'attività di didattica del Servizio Sanitario Nazionale e dei suoi dipendenti, costituirebbe la norma di affidamento d'incarico d'insegnamento, in particolare nelle discipline professionalizzanti;
4. nei corsi di studio universitari delle professioni sanitarie i responsabili delle attività di tirocinio sono scelti fra i docenti, con il più elevato grado formativo, delle discipline delle professioni relative al corso di laurea; i docenti dipendenti dal SSN partecipano ai consigli di corso di studio con gli stessi diritti e medesimi doveri dei docenti universitari e con una propria rappresentanza al consiglio di facoltà, secondo quanto previsto dagli statuti delle singole università, potendo partecipare alle attività di ricerca in collaborazione con i dipartimenti universitari afferenti il settore scientifico – disciplinare di competenza e per obiettivi specifici;
5. i consigli dei corsi di studio delle professioni sanitarie, in base ai posti di insegnamento disponibili secondo gli ordinamenti didattici e i protocolli d'intesa tra regioni ed università, devono comunicare al consiglio di facoltà le esigenze di copertura dei settori scientifici - disciplinari;
6. l'incarico di docente dipendente dal SSN ha durata triennale ed è attribuito dal consiglio del corso di studio in base alla valutazione dell'attività didattica e scientifica documentata dal curriculum e riferita alla professione del docente e alla disciplina messa a concorso nello specifico corso di laurea;
7. al termine del triennio, l'incarico è attribuito con nuovo bando e con le stesse modalità del punto 6., tenendo conto del rispetto della continuità didattica e della valorizzazione della pregressa attività; spetterebbe al consiglio di facoltà il coordinamento generale sull'attività di attribuzione, conferma o revoca dell'affidamento dell'insegnamento da parte dei consigli di corsi di laurea e l'esame dei ricorsi avverso le relative decisioni.

Si tratta quindi di una norma che perfezionando il processo riformatore, ha un'enorme valore aggiunto permettendo all'Università di riconoscere la piena dignità a una maggioranza di suoi docenti che, seppur dipendenti dal SSN, da anni svolgono attività formativa e di docenza nei corsi universitari per le professioni infermieristiche e sanitarie in generale ricordando sempre che numericamente sono di gran lunga più numerosi degli altri corsi di laurea presenti nelle medesime Facoltà ove sono collocati i corsi di laurea in medicina e chirurgia: una minoranza che governa al posto e per conto di una maggioranza: è ora che non siano più figli di un dio minore.

Le pubblicazioni degli infermieri italiani su riviste internazionali: uno studio bibliometrico

Davide Ausili¹, Agnese Boldrin², Benedetta Salimbeni³, Stefania Di Mauro⁴

¹Davide Ausili, assegnista di ricerca in scienze infermieristiche, Dipartimento di medicina e chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca; ²Agnese Boldrin, infermiere, Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Gruppo ospedaliero San Donato; ³Benedetta Salimbeni, infermiere, Azienda Speciale Casa di Riposo Monticello; ⁴Stefania Di Mauro, professore associato in scienze infermieristiche, Dipartimento di medicina e chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Corrispondenza: agneboldrin@hotmail.it

RIASSUNTO

Introduzione Il numero di pubblicazioni degli infermieri italiani sembra essere cresciuto a fronte dello sviluppo delle scienze infermieristiche in ambito accademico. Tuttavia, nessuno studio ha mai considerato le pubblicazioni degli infermieri italiani su riviste internazionali. L'obiettivo dello studio è di descrivere l'evoluzione della letteratura scientifica infermieristica italiana pubblicata su riviste internazionali e indicizzata in CINAHL.

Materiali e metodi È stato condotto uno studio bibliometrico. La ricerca è avvenuta nella banca dati CINAHL e sono stati cercati gli studi pubblicati tra il 1981 e il 2015 su riviste internazionali che hanno coinvolto infermieri italiani. Ciascun articolo è stato classificato secondo parametri di tipo quali-quantitativo.

Risultati Sono stati individuati 334 articoli in accordo con i criteri di inclusione. I risultati documentano un progressivo aumento delle pubblicazioni internazionali degli infermieri italiani, il 95,2% delle quali pubblicate dopo il 2001. La principale destinazione degli articoli sono state riviste cliniche. In merito al *focus* degli studi è stata registrata un'inversione di tendenza nell'ultimo decennio (2006-2015), con un passaggio da temi prevalentemente professionali a temi riguardanti l'assistenza ai pazienti. Restano ancora limitati gli studi qualitativi, sperimentali e di ricerca secondaria.

Conclusioni I risultati suggeriscono uno sviluppo della ricerca infermieristica italiana nell'ultimo ventennio. Per una maggiore comprensione del fenomeno servono ulteriori studi bibliometrici su altre banche dati che includano le pubblicazioni in lingua italiana e integrino la produzione scientifica con informazioni aggiuntive quali il numero di infermieri italiani con ruoli attivi nella ricerca e i fondi disponibili per la ricerca infermieristica.

Parole chiave: studio bibliometrico, scienze infermieristiche, pubblicazioni scientifiche, riviste scientifiche

Italian nurses' publications on international journals: a bibliometric study

ABSTRACT

Introduction Italian nurses' publications seem to be increased thanks to the development of nursing sciences at academic level. However, no studies have already considered Italian nurses' publications in international journals. The aim of this study is to describe the Italian nurses' publications in international journals and indexed in CINAHL.

Methods A bibliometric study was conducted. Italian nurses' studies published between 1981 and 2015 in international journals were searched on CINAHL. Each study has been classified on the base of qualitative and quantitative parameters.

Results 334 publications have been included. Results show an increase of the Italian nurses' international publications. The 95,2% of the studies were published after the year 2001. The main destination of the studies were clinical journals. In the last decade (2006-2015) the publications topic moved from a professional to a clinical focus. Qualitative, secondary and experimental studies were few.

Conclusions The findings suggest a development of nursing research in Italy over the last twenty years. Future bibliometric studies should query other databases, include publications in Italian language and supplement scientific publications with more professional information such as the number of Italian nurses actively involved in research and the available funds for nursing research.

Key words: bibliometric study, nursing, scientific publications, scientific journals

INTRODUZIONE

La qualità della pratica infermieristica deriva dallo sviluppo della conoscenza che questa disciplina produce (Sironi C et al., 2010; Polit DF et al., 2013). In questo sviluppo la ricerca ha un ruolo centrale. Comunemente a tutte le discipline, la ricerca infermieristica non ha alcun valore se i risultati non vengono diffusi: la loro comunicazione promuove la critica e la replicazione degli studi, l'identificazione di nuovi problemi di ricerca e l'uso dei risultati stessi nella pratica (Fain JA, 2004; Oermann MH et al., 2008). Analizzando la letteratura prodotta in uno specifico settore è possibile avere un quadro dell'evoluzione culturale di una scienza e della sua elaborazione teorica (Scott SD et al., 2010; Marucci AR et al., 2005; Traynor M et al., 2001; Maheswarappa BS et al., 1997).

Diversi studi hanno analizzato le linee di tendenza della ricerca infermieristica attraverso la letteratura. Borbasi e colleghi (Borbasi S et al., 2002) hanno analizzato le ricerche pubblicate tra il 1995 e il 2000 da autori australiani, individuando tra i temi più ricorrenti quelli della formazione e della pratica clinica. Analogamente il risultato dello studio di McCarthy e colleghi sulle ricerche infermieristiche pubblicate tra il 1990 e il 2005 da autori irlandesi (McCarthy G et al., 2006). Traynor e colleghi (Traynor M et al., 2001) hanno analizzato le pubblicazioni infermieristiche nel Regno Unito per identificare le principali aree d'interesse, distinguendo gli studi centrati sugli infermieri da quelli centrati sui pazienti. Lin e collega (Lin CF et al., 2007) hanno analizzato tutte le ricerche taiwanesi prodotte tra il 1991 e il 2000; Leino-Kilpi e collega (Leino Kilpi H et al., 1998) hanno valutato gli studi pubblicati sul *Finnish Journal of Nursing Science* e le tesi di laurea e di dottorato prodotte tra il 1958 e il 1998, rilevando che il tema più affrontato era la pratica clinica e che la maggioranza degli studi erano osservazionali e impiegavano questionari e interviste. Inoltre, la maggioranza degli studi si concentrava sugli infermieri più che sui pazienti, aspetto non comune alle altre scienze della salute (Traynor M et al., 2001; McCarthy G et al., 2006; Polit DF et al., 2009; Pardo C et al., 2001). Tre articoli (Marucci AR et al., 2005; Sansoni J et al., 2005; Marucci et al., 2013) hanno analizzato le ricerche pubblicate dagli infermieri italiani nel periodo compreso tra il 1978 e il 2009: in circa 30 anni la produzione è quasi triplicata. La maggioranza degli studi è stata condotta su temi riguardanti l'assistenza infermieristica clinica, seguiti da studi su temi di interesse professionale (Zanotti R, 1999; Pencile A et al., 2002). Predominano le ricerche quantitative e solo pochi studi hanno un disegno sperimentale o

quasi sperimentale (Pencile A et al., 2002; Messina L et al., 2012; Bongiorno E et al., 2005). Gli autori della maggioranza degli studi sono infermieri e pochi sono multidisciplinari (Pencile A et al., 2002, Bongiorno E et al., 2005). La produzione italiana, rispetto a quella internazionale, è sia numericamente sia metodologicamente più debole (Marucci AR et al., 2005; Sansoni J et al., 2005); nonostante l'aumento di ricerche di buona qualità avvenuto negli ultimi anni, la loro pubblicazione rimane inferiore a numerosi paesi internazionali (Messina L et al., 2012).

A oggi, nessuno studio ha valutato le pubblicazioni internazionali degli infermieri italiani. Con l'ingresso della formazione di primo livello in Università e l'avvio delle lauree magistrali e dei dottorati di ricerca in scienze infermieristiche, il contributo italiano all'evoluzione delle conoscenze infermieristiche a livello internazionale sembra essere aumentato ma non è ancora stato quantificato. Il presente lavoro si propone di descrivere e analizzare gli studi italiani pubblicati su riviste internazionali e indicizzati nella banca dati CINAHL.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una ricerca bibliometrica selezionando gli articoli pubblicati fra il 1981 e il 2015 da autori italiani su riviste internazionali e indicizzati su CINAHL (il più ampio intervallo di tempo indagabile sulla banca dati). Gli autori di ogni articolo sono stati inseriti nella banca dati del sito IPASVI per controllare la presenza di almeno un infermiere italiano. Gli articoli sono stati letti e suddivisi in periodi secondo il quadro teorico di riferimento di Ausili e collega (Ausili D et al., 2013). In seguito, in accordo con una fonte italiana di metodologia della ricerca infermieristica (Sironi C et al., 2010), sono stati classificati secondo i seguenti criteri: tipologia di rivista; anno di pubblicazione; *impact factor* della rivista; autori: solo infermieri o gruppi multidisciplinari; tipo di studio: ricerca primaria o secondaria; disegno dello studio; filone di ricerca; ricerca esogena/endogena, riguardante rispettivamente la professione o gli assistiti (Traynor M et al., 2001).

Quadro teorico di riferimento

Il quadro teorico di riferimento (Ausili D et al., 2013) identifica sette fasi o stadi di sviluppo della conoscenza infermieristica. Gli articoli analizzati in questo studio sono stati suddivisi nei seguenti stadi:

- ritorno all'assistenza infermieristica (anni '80 e '90): si riscontra una riflessione più sistematica sul significato e sulle radici dell'assistenza infermieristica. In questo periodo viene introdotto in Italia il termine *nursing*;

- disciplina infermieristica (anni '90): si pone enfasi sulla specificità del sapere infermieristico e sulla definizione delle conoscenze, dei metodi e degli strumenti propri dell'ambito infermieristico;
- scienze infermieristiche (dai primi anni 2000 a oggi): si sviluppa la ricerca, poiché in questo arco temporale sono stati chiamati i primi professori e ricercatori universitari italiani e avviati i primi dottorati di ricerca in scienze infermieristiche.

RISULTATI

Sono stati reperiti 1.240 articoli e ne sono stati selezionati 334, pubblicati su riviste internazionali tra il 1989 e il 2015. Suddividendo l'arco temporale in quinquenni si può osservare l'andamento della produzione scientifica infermieristica internazionale. La maggioranza delle pubblicazioni (95,2%) si concentra dal 2001 in poi, ovvero la fase delle scienze infermieristiche. Nell'ultimo quinquennio considerato (2011-2015) sono stati pubblicati il 58,4% del totale degli articoli.

I 334 articoli sono stati pubblicati su 104 riviste principalmente di tipo clinico/specialistiche (44,2%), seguite da quelle professionali (32,7%). Il 16,3% è apparso su riviste accademiche (per esempio, *Nursing Outlook* o *International Journal of Nursing Scholarship*) e il 6,7% su riviste specificatamente dedicate alla ricerca (per esempio, *Nursing Research* o *Research in Nursing and Health*). Il 61,5% degli studi è apparso su riviste con un *impact factor*. I dati sull'*impact factor* delle 104 riviste sono stati raggruppati in cinque classi (Tabella 1).

Gli autori sono risultati solo infermieri nel 37,4% degli studi e gruppi multidisciplinari nel 57,8% dei casi.

Tabella 1. Pubblicazioni presenti su riviste e relativo *impact factor* (suddivise in 5 classi)

<i>Impact factor</i> riviste	Pubblicazioni (n)*	%
-	40	38,5
0,1-1	25	24,0
1,1-1,5	24	23,1
1,6-2	9	8,7
2,1-4	6	5,7

* n° totale pubblicazioni: 104

Il 4,8% degli studi aveva un unico autore infermiere. Nel quinquennio 2006-2010 gli studi multidisciplinari sono triplicati rispetto al quinquennio precedente (2001-2005). Inoltre, tra il 2011 e il 2015, il numero di articoli pubblicati da équipe multidisciplinari è raddoppiato rispetto al precedente quinquennio, ed è pari a un terzo del totale degli studi (Figura 1).

Il filone di ricerca più rappresentato è risultato quello clinico, con 198 pubblicazioni (59,3%) (Tabella 2). Dal 2011 al 2015 gli articoli di ricerca esogena sono raddoppiati rispetto al quinquennio precedente (Figura 2).

L'82,3% degli articoli sono risultati studi di ricerca primaria e solo il 2,1% di ricerca secondaria (revisioni della letteratura, revisioni sistematiche e metasintesi). Più della metà degli studi (58,1%) ha un disegno quantitativo osservazionale, l'11,4% quantitativo-sperimentale e l'8,4% qualitativo fenomenologico (Tabella 3). Le revisioni della letteratura rappresentano il disegno prevalente nella ricerca secondaria.

Figura 1. Pubblicazioni suddivise in funzione alla tipologia degli autori e per quinquennio di riferimento

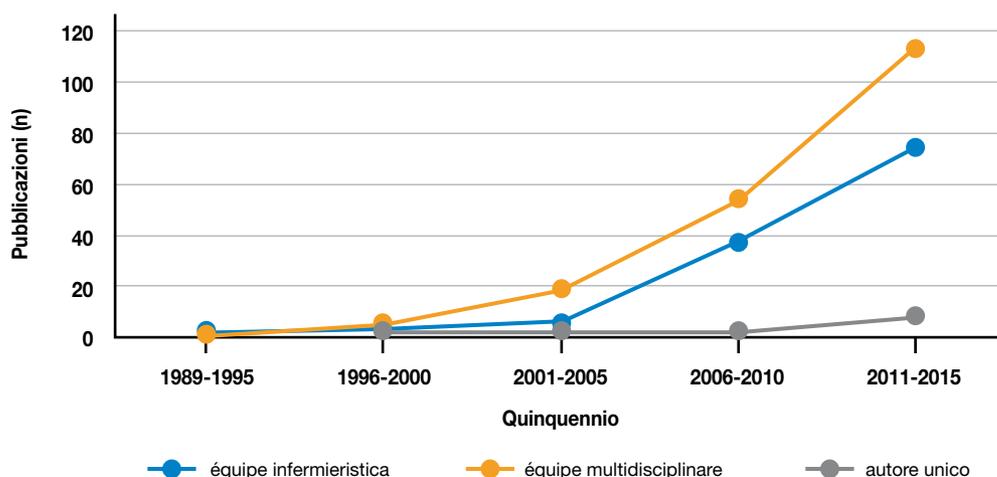
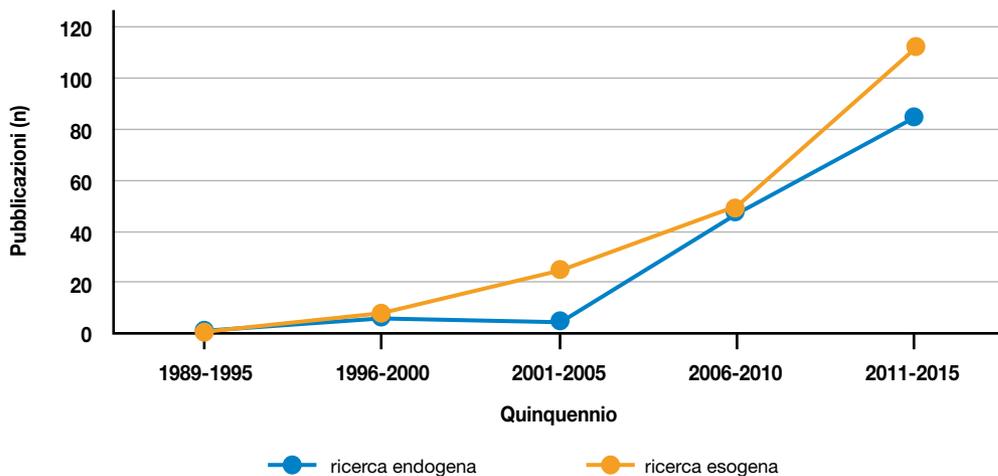


Tabella 2. Pubblicazioni suddivise in base all'argomento trattato e al quinquennio di riferimento

Periodo	Argomento trattato									
	Formazione		Sviluppi e riferimenti della professione		Organizzazione		Clinica		Totale	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1989-1995	-	-	-	-	1	33,3	2	66,7	3	0,9
1996-2000	-	-	4	31,0	1	7,7	8	61,5	13	3,9
2001-2005	1	3,6	2	7,0	4	14,3	21	75,0	28	8,4
2006-2010	16	16,8	16	17,0	9	9,5	54	56,8	95	28,4
2011-2015	31	15,9	34	17,0	17	8,7	113	57,9	195	58,4
Totale	48	14,4	56	16,8	32	9,6	198	59,3	334	100,0

Figura 2. Pubblicazioni suddivise in funzione alla tipologia di ricerca (esogena o endogena) e al quinquennio di riferimento



La Figura 3 mostra la distribuzione delle ricerche primarie in base all'approccio quantitativo o qualitativo: le ricerche primarie sono presenti in tutti i quinquenni; quelle qualitative a partire dal quinquennio 1996-2000; quelle con approccio misto solo nell'ultimo quinquennio considerato (2011-2015). Le ricerche quantitative sono aumentate in modo costante nel tempo mentre quelle qualitative, presenti in misura minore, sono quadruplicate nell'ultimo quinquennio.

DISCUSSIONE

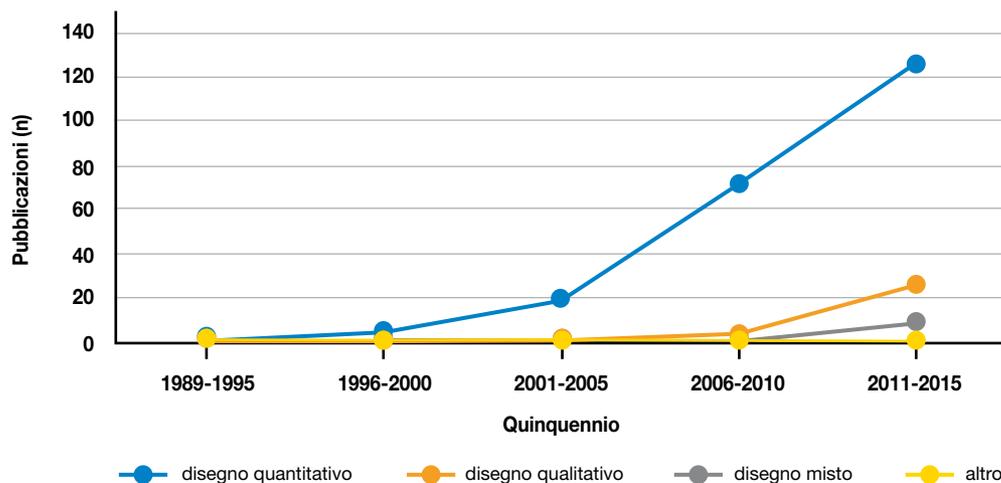
I risultati di questo studio evidenziano un incremento nella produzione di contenuti scientifici degli infermieri italiani e del loro contributo all'evoluzione delle conoscenze nel panorama internazionale. Nel primo decennio analizzato (dal 1985 al 2000) le pubblicazioni sono state poche. Dopo l'ingresso della

formazione di base in università (MIUR, 1991) e il crescente coinvolgimento di infermieri nell'ambiente universitario, sono stati potenziati i presupposti per lo sviluppo della ricerca infermieristica in Italia, seppure ancora a livello iniziale e con pochi infermieri coinvolti attivamente nella ricerca. Dal 2000 a oggi si concentra la maggioranza degli articoli. Il dato non sorprende in quanto nel 2006 sono stati avviati i primi corsi di dottorato di ricerca in scienze infermieristiche. Inoltre, il decreto del MIUR n. 89 del 28 luglio 2009 (art. 3 comma 4; MIUR, 2009) ha incluso il numero delle pubblicazioni, l'*impact factor* e l'indice di Hirsch nei parametri di valutazione dei candidati ai concorsi nazionali per le posizioni di ricercatore e professore universitario. Nello stesso periodo sono aumentati, seppure lentamente, i docenti e i ricercatori di scienze infermieristiche all'interno delle università (circa 40 tra professori e

Tabella 3. Disegno di studio delle pubblicazioni considerate

Tipologia studio	Disegno	n	%
ricerca primaria	quantitativo osservazionale	194	58,1
	quantitativo sperimentale	38	11,4
	qualitativo fenomenologico	28	8,4
	misto, sequenziale	9	2,7
	qualitativo, <i>grounded theory</i>	4	1,2
	qualitativo, etnografico	2	0,6
ricerca secondaria	revisione della letteratura	5	1,5
	<i>scoping review</i>	1	0,3
	revisione sistematica	1	0,3
	metasintesi	1	0,3
altro	articoli di discussione di tematiche professionali	18	5,4
	validazione di strumenti	17	5,1
	editoriale	11	3,3
	<i>case report/caso studio</i>	3	0,9
articoli non reperiti	-	2	0,6

Figura 3. Pubblicazioni suddivise in funzione al disegno di studio e al quinquennio di riferimento



ricercatori infermieri in tutto il paese). E' probabile che tutti questi fattori abbiano stimolato lo sviluppo della ricerca e la pubblicazione di studi in linea con gli *standard* internazionali.

Un secondo risultato interessante riguarda l'ambito di ricerca. La maggioranza degli articoli e delle testate analizzate è risultata di carattere clinico. Questo dato, in linea con la letteratura internazionale (Traynor M et al., 2001; Borbasi S et al., 2002; McCarthy G et al., 2006), suggerisce che la pratica clinica è la principale area di ricerca degli infermieri

italiani. Infatti, gli studi di tipo clinico-assistenziale sono cresciuti costantemente nel tempo fino a rappresentare più del 50% della produzione nell'ultimo quinquennio (2011-2015). A questo si aggiunge anche l'aumento sensibile del numero di pubblicazioni di ricerca endogena, avvenuto nell'ultimo decennio (dal 2006 al 2015), che ha quasi raggiunto il numero di articoli di ricerca esogena. Questi dati possono essere interpretati come indice del percorso di maturazione che la professione infermieristica ha compiuto in Italia: in una prima fase sono stati con-

dotti degli sforzi nel tentativo di delineare un sapere disciplinare alla base della pratica professionale, studiando prevalentemente tematiche riguardanti la professione infermieristica stessa; in una seconda fase si è progressivamente volto l'interesse su argomenti riguardanti la cura e l'assistenza dei pazienti. Questa interpretazione, in accordo con la letteratura (Ausili D et al., 2013; Meleis AL, 2011), indica un'accresciuta maturazione della comunità scientifica infermieristica italiana che, probabilmente, oggi percepisce in misura minore la necessità di definirsi come specifico *corpus* professionale, rivolgendo la propria attenzione ai destinatari dell'assistenza. Nel quinquennio 2011-2015 si è riscontrato un aumento di articoli pubblicati su riviste con *impact factor* maggiore di 1,6 e un crescente numero di collaborazioni multidisciplinari. Il primo dato potrebbe suggerire un progressivo aumento della qualità dei lavori; il secondo dato supporta l'ipotesi, presente anche in letteratura (Ausili D et al., 2013; Meleis AL, 2011), che in questi ultimi anni la scienza infermieristica si stia maggiormente integrando con differenti settori conoscitivi per lo studio di fenomeni sempre più complessi e per la produzione di conoscenze più valide (Ausili D et al., 2013; Meleis AL, 2011). Tuttavia, futuri studi dovrebbero confermare l'approccio multidisciplinare nella produzione scientifica infermieristica più recente attraverso un'analisi più puntuale del contenuto.

Gli studi osservazionali sono prevalenti, in linea con la produzione degli infermieri di altre nazioni (Traynor M et al., 2001; Zanotti R, 1999). Lo scarso numero di studi sperimentali è stato giustificato in precedenti studi (Richards DA et al., 2014; Traynor M et al., 2001) con due possibili spiegazioni: la scarsa padronanza degli infermieri nel condurre questa tipologia di studi e l'impossibilità di adattare alcuni aspetti della pratica infermieristica alle metodologie strettamente sperimentali. Tuttavia, il risultato potrebbe essere spiegato anche dal fatto che gli infermieri italiani non dispongono delle risorse (umane, economiche e strutturali) che sono necessarie per la conduzione di studi sperimentali, considerando la scarsità di finanziamenti dedicati alla ricerca in generale e alla ricerca infermieristica in particolare. Anche gli studi qualitativi sono scarsamente rappresentati. Questo dato, come sostenuto da altre fonti (Sansoni J et al., 2005; Sansoni J et al., 2005), potrebbe essere spiegato dal fatto che l'approccio quantitativo è maggiormente sviluppato in ambito biomedico e in Italia la formazione infermieristica, e quindi la ricerca, trovano collocazione all'interno delle scuole di medicina e chirurgia. Infine, il limitato numero di revisioni si-

stematiche, metanalisi e metasintesi può essere spiegato dalla complessità metodologica di questa tipologia di studi. Infatti, queste tipologie di studi richiedono competenze multidisciplinari importanti (per esempio, linguistiche, statistiche, bibliotecarie e metodologiche) e un ampio accesso alla letteratura internazionale.

Limiti

I principali limiti di questo studio sono il non avere valutato i contenuti degli articoli e l'aver considerato una sola banca dati (CINAHL), anche se questa è considerata la più specifica per le scienze infermieristiche.

CONCLUSIONI

Il crescente numero delle pubblicazioni e il miglioramento della loro qualità suggeriscono un forte sviluppo della ricerca infermieristica in Italia avvenuto nell'ultimo ventennio. L'assistenza infermieristica clinica rappresenta la principale area d'indagine e le collaborazioni multidisciplinari sono in aumento. Tuttavia, gli studi qualitativi, sperimentali e secondari sono ancora carenti nell'attività scientifica degli infermieri italiani e dovrebbero essere maggiormente sviluppati all'interno della futura produzione scientifica: i primi potrebbero contribuire a una comprensione più profonda dell'esperienza dei pazienti nei diversi contesti clinici e nelle diverse condizioni di salute; i secondi potrebbero contribuire a sviluppare interventi assistenziali sempre più efficaci per migliorare i risultati di salute della popolazione; i terzi potrebbero fornire utili raccomandazioni per una pratica infermieristica sempre più orientata ai risultati della ricerca.

Futuri studi bibliometrici dovrebbero valutare congiuntamente la produzione nazionale e la produzione internazionale degli infermieri italiani per tracciare un quadro più esaustivo. Inoltre, dovrebbero essere considerate altre variabili quali il numero di infermieri dedicati alla ricerca o l'entità dei finanziamenti di ricerca di cui gli infermieri italiani dispongono. Queste informazioni potrebbero consentire una più completa descrizione della produttività scientifica degli infermieri e confronti più appropriati con altre realtà internazionali.

In conclusione, questo studio mostra il percorso di crescita delle scienze infermieristiche in Italia. Tuttavia, affinché queste possano ulteriormente svilupparsi a beneficio dei cittadini, è auspicabile che sempre più infermieri siano competenti e attivamente coinvolti nella ricerca non solo a livello accademico ma anche all'interno del sistema sanitario nazionale.

BIBLIOGRAFIA

- Ausili D, Sironi C (2013) *Una lettura dell'evoluzione delle conoscenze infermieristiche in Italia*. Convegno nazionale della Consociazione nazionale associazioni infermieri (CNAI). Milano.
- Bongiorno E, Colleoni P, Casati M (2005) *Indagine conoscitiva sulle ricerche pubblicate in sei riviste infermieristiche italiane dal 1998 al 2003*. Professioni Infermieristiche, 58, 246-250.
- Borbasi S, Hawes C, Wilkes L et al (2002) *Measuring the outputs of Australian nursing research published 1995-2000*. Journal of Advanced Nursing, 38(5), 489-497.
- Fain JA (2004) *La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla*. 2ª edizione. Ed. McGraw-Hill.
- Leino Kilpi H, Suominen T (1998) *Nursing research in Finland from 1958 to 1995*. The Journal of Nursing Scholarship, 30(4), 363-367.
- Lin CF, Lu MS (2007) *Retrospective review of nursing research from 1991 to 2000 in Taiwan*. New Taipei Nursing Journal, 9, 5-14.
- Maheswarappa BS (1997) *Bibliometrics: an overview*. In Devarajan G, *Bibliometric studies*. Ed. Ess Publications, Nuova Delhi.
- Mantzoukas S (2009) *The research evidence published in high impact nursing journals between 2000 and 2006: a quantitative content analysis*. International Journal of Nursing Studies, 46(4), 479-489.
- Marucci AR, De Caro W, Trezza T et al (2013) *La produzione scientifica italiana attraverso un'analisi degli articoli pubblicati sulle riviste infermieristiche: 2003-2009*. Professioni Infermieristiche, 66(2).
- Marucci AR, Sansonib J, Pierantognetti P et al (2005) *La produzione infermieristica scientifica italiana attraverso una analisi di cosa pubblicano gli infermieri. Seconda parte: anni 1998-2003*. Professioni Infermieristiche, 58(4), 236.
- McCarthy G, Hegarty J, O'Sullivan D (2006) *Nursing research in Ireland*. Annual review of nursing research, 24(1), 295-331.
- Meleis AL (2011) *Theoretical nursing: Development and progress*. 5ª edizione. Ed. Lippincott Williams & Wilkins.
- Messina L, Saiani L (2012) *Le ricerche pubblicate sulla rivista "Assistenza infermieristica e ricerca" dal 1991 al 2011*. Assistenza infermieristica e ricerca, 31, 26-33.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) Decreto Ministeriale 28 luglio 2009 n. 89, "Valutazione dei titoli e delle pubblicazioni scientifiche".
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) Legge 2 dicembre 1991, n. 390.
- Oermann MH, Nordstrom CK, Wilmes NA et al (2008) *Dissemination of research in clinical nursing journals*. Journal of clinical nursing, 17(2), 149-156.
- Pardo C, Reolid M, Delicado MV et al (2001). *Nursing research in Spain: bibliometrics of references of research papers in the decade 1985-1994*. Journal of advanced nursing, 35(6), 933-943.
- Pencile A, Zanotti R. (2002) *La ricerca infermieristica in Italia nel periodo 1998-2001*. Professioni Infermieristiche, 55, 130-141.
- Polit DF, Beck CT (2009) *International differences in nursing research, 2005-2006*. Journal of Nursing Scholarship, 41(1), 44-53.
- Polit DF, Beck CT (2013) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8ª edizione. Ed. Lippincott Williams & Wilkins.
- Richards DA, Coulthard V, Borglin G (2014) *The state of European nursing research: dead, alive, or chronically diseased? A systematic literature review*. Worldviews on Evidence Based Nursing, 11(3), 147-155.
- Sanson J, Marucci AR, De Caro W et al. (2013) *La produzione scientifica italiana attraverso un'analisi degli articoli pubblicati sulle riviste infermieristiche: 2003-2009*. Professioni Infermieristiche, 66, 67-74.
- Sanson J, Marucci AR, Pieantognetti P et al. (2005) *Una fotografia delle aree di produzione scientifica infermieristica italiana attraverso un'analisi di cosa pubblicano gli infermieri. Prima parte: anni 1978-1997*. Professioni Infermieristiche, 58, 229-235.
- Scott SD, Profetto McGrath, J, Estabrooks CA et al. (2010). *Mapping the knowledge utilization field in nursing from 1945 to 2004: a bibliometric analysis*. Worldviews on Evidence Based Nursing, 7(4), 226-237.
- Sironi C (2010) *Introduzione alla ricerca infermieristica. I fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana*. Ed. Casa editrice Ambrosiana, Rozzano.
- Traynor M, Rafferty A, Lewison G (2001) *Endogenous and exogenous research? Findings from a bibliometric study of UK nursing research*. Journal of Advanced Nursing, 34, 212-222.
- Zanotti R (1999) *Nursing research in Italy*. Annual Review of Nursing Research. 17, 149-56.

L'infermiere tra immagine sociale e professionale: esperienze dirette, stereotipi e ruolo dei media

Serena Capone¹, Valentina Sambati², Emanuela Montanari³, Marcello Antonazzo⁴

¹Infermiera, Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese; ²Infermiera, Ospedale Niguarda di Milano; ³Psicologa, Azienda USL di Ferrara; ⁴Infermiere, Presidente IPASVI di Lecce

Corrispondenza: marcelloantonazzo@libero.it

RIASSUNTO

Introduzione Nonostante gli sviluppi della professione infermieristica, la maggioranza dei cittadini non conosce le competenze che possiedono gli infermieri, non ha chiara l'essenza dell'assistenza e sono ancora presenti stereotipi non più attuali, anche proposti dai *media*. L'obiettivo dello studio è di misurare la percezione dei cittadini dell'identità infermieristica con particolare riferimento alle esperienze dirette di conoscenza degli infermieri, agli stereotipi ancora presenti e al ruolo dei *media*.

Materiali e metodi Nell'ambito della fiera "Expo 2000 – Industria Agricoltura Artigianato del Salento", tenutasi a Miggiano (Lecce) dal 13 al 16 ottobre 2016, è stato somministrato un questionario costruito da un gruppo di lavoro del Collegio IPASVI di Lecce. È stato scelto un campionamento di convenienza.

Risultati I rispondenti al questionario sono stati 180. L'associazione stereotipata infermiere-donna vale ancora per il 30% dei rispondenti. La quasi totalità degli intervistati ha conosciuto un infermiere (96,7%), principalmente presso strutture sanitarie (72,4%). Nell'89,4% dei casi gli infermieri sono stati descritti con aggettivi con connotazione positiva: il 45,6% riferiti alle capacità relazionali, il 35% a quelle tecnico-professionali e l'8,9% alla capacità di ascolto e aiuto.

Conclusioni Non vi sono evidenze robuste su come superare il divario tra immagine professionale e sociale dell'infermiere. Servono interventi che promuovano la conoscenza diretta dell'infermiere, del ruolo agito e proseguire con una corretta *media strategy* a livello nazionale.

Parole chiave: infermieri, identità professionale, immagine sociale

Nurse's social and professional image: direct knowledge, stereotypes and media role

ABSTRACT

Introduction Despite the development of nursing profession, most of the people don't recognise the nurses' competencies, the assistance essence isn't clear and various stereotypes are still present, thanks to media too. The aim is to assess citizen's perception of nurses' identity with regard to direct knowing experiences, eventual stereotypes and the role of mass media.

Methods During the fair "Expo 2000 – Industria Agricoltura Artigianato del Salento", held in Miggiano (Lecce) from 13th to 16th October 2016, a questionnaire created by the local Federation of nurses (IPASVI Lecce) has been administered to participants. A convenience sampling was used.

Results Respondents have been 180. The stereotyped nurse-women association has been found in 30% of respondents. The most of participants have met a nurse (96.7%), mainly in health structures (72.4%). Nurses have been described positively by 89.4% of respondents: 45.6% about interpersonal skills; 35% about technical skills; 8.9% about listening and help skills.

Conclusions It isn't clear how to overcome the gap between social and professional image of nurses. There is the need of interventions to promote the direct knowledge of the nurse's figure and role and to continue with an adequate media strategy at national level.

Key words: nurses, professional identity, social image

INTRODUZIONE

L'evoluzione costante del ruolo dell'infermiere apre la sfida a guardare più da vicino quale sia la percezione dei cittadini di questa figura e come questa si sia

formata e si formi attraverso l'esperienza personale, i messaggi mediatici e i fattori socio-demografici. Nonostante gli sviluppi della professione infermieristica, la maggioranza dei cittadini non riconosce

ancora le competenze che possiedono gli infermieri, come hanno dimostrato studi precedenti: l'essenza della cura non è sempre chiara e gli infermieri sono ancora percepiti attraverso stereotipi non più attuali, anche proposti dai *media* (Kalisch BJ et al., 2007; Kelly J et al., 2011; Girvin J et al., 2016).

Inoltre, come evidenzia Gordon (Gordon S, 2005), il taglio dei costi sanitari rischia di compromettere le condizioni di lavoro necessarie per offrire una cura e un'assistenza di qualità e di rendere ancora più difficoltosi i rapporti sul posto di lavoro tra le varie figure professionali sanitarie.

Risulta quanto mai necessario promuovere una convergenza più forte tra l'immagine professionale e sociale degli infermieri, anche alla luce del cambiamento demografico sia della popolazione in generale, sia del gruppo professionale degli infermieri, che negli ultimi decenni ha attraversato un'intensa fase di sviluppo anche in senso accademico (Donegan K et al., 2008).

Nella misura in cui la percezione pubblica condiziona le decisioni di interesse professionale, è importante conoscerla, soprattutto se incompleta o inesatta.

In Italia esistono pochi dati nazionali disponibili sulla percezione che i cittadini hanno dell'infermiere e sui fattori che ne definiscono l'identità.

Come si percepisce la professione infermieristica rispetto ad altre opzioni di carriera? Quali notizie e quali messaggi pubblicitari arrivano ai cittadini e alle sotto-popolazioni diverse per età, sesso ed etnia?

Nell'ambito delle politiche professionali finalizzate a esaminare i fattori di sviluppo della professione infermieristica, il Collegio IPASVI di Lecce ha condotto un'indagine per misurare l'immagine sociale della professione infermieristica e le esperienze dirette di contatto con gli infermieri.

Obiettivo

L'obiettivo dello studio è di misurare la percezione dei cittadini dell'identità infermieristica con particolare riferimento al ruolo, agli stereotipi, alle esperienze dirette di contatto con gli infermieri e al ruolo dei *media*.

MATERIALI E METODI

Dal 13 al 16 ottobre 2016, a Miggiano (Lecce), il Collegio IPASVI di Lecce ha presenziato alla fiera "Expo 2000 – Industria Agricoltura Artigianato del Salento" con uno *stand* informativo e Punto di primo intervento infermieristico (PPII) in collaborazione con il Coordinamento infermieri volontari per l'emergenza sanitaria (CIVES) Onlus e il 118 dell'ASL Lecce. Tale incarico viene rinnovato da quindici anni. I visitatori erano invitati a sottoporsi alla rilevazione dei prin-

cipali parametri vitali (saturazione dell'emoglobina, pressione arteriosa e frequenza cardiaca) e venivano loro illustrate le pratiche di primo soccorso. Nel corso delle quattro giornate di apertura la fiera ha raggiunto circa 40.000 visitatori.

Questa è stata l'occasione per proporre la compilazione in forma anonima di un breve questionario formato da 17 voci.

Il questionario è stato costruito da un gruppo di lavoro costituito all'interno del Collegio IPASVI di Lecce e basato sull'analisi della letteratura internazionale. È stato utilizzato un campionamento di convenienza. L'analisi statistica è stata condotta calcolando le statistiche descrittive; per valutare la presenza di associazione tra le variabili socio-demografiche e il fenomeno in esame è stato utilizzato il test del chi quadro (χ^2).

Per l'elaborazione dei dati è stato utilizzato il software Statistical Package for Social Science (SPSS) nella versione 22. La soglia di significatività (p) è stata fissata a 0,05.

RISULTATI

Sono stati raccolti un totale di 180 questionari.

Le caratteristiche socio-demografiche dei rispondenti sono indicate in tabella 1: più della metà ha un'età superiore o uguale a 46 anni (55%) ed è di sesso femminile (54,4%); quasi tre quarti del campione possiede un diploma di primo o di secondo grado (il 30,6% e il 40,6% rispettivamente), mentre

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti

Età (anni)	%
18-25	12,2
26-35	18,3
36-45	14,4
46-60	32,8
>60	22,2
Genere	
maschile	45,6
femminile	54,4
Titolo di studio	
licenza elementare	8,9
licenza media inferiore	30,6
licenza media superiore	40,6
laurea I livello	10
laurea II livello	8,9
formazione <i>post</i> laurea	0,6
altro	0,6

il 19,5% possiede una formazione universitaria o *post* laurea.

L'associazione stereotipata infermiere-donna vale ancora per il 30% dei rispondenti.

La figura dell'infermiere è nota e la quasi totalità degli intervistati l'ha conosciuta (96,7%); ciò è avvenuto principalmente presso strutture sanitarie, come ospedali e ambulatori (72,4%), mentre per il 14% al domicilio.

Nell'89,4% dei casi gli infermieri sono stati descritti con aggettivi con connotazione positiva (Tabella 2): il 45,6% riferiti alle capacità relazionali (gentile, cortese, educato), il 35% a quelle tecnico-professionali (competente, esperto, capace) e l'8,9% alle capacità di ascolto e aiuto (empatico, accogliente, orientato all'ascolto). Solo il 10,5% dei rispondenti ha indicato aggettivi con connotazione negativa. Né l'età né il sesso hanno influito sulla scelta degli aggettivi per descrivere l'infermiere.

Il 93% degli intervistati è consapevole che lo svolgimento della professione infermieristica richiede un titolo di studio universitario; la maggioranza dei rispondenti (64,4%) riconosce quali attività dell'infermiere l'assistenza, la collaborazione con il medico e la somministrazione della terapia (41,1%, 13,3% e 10% rispettivamente), mentre il 17,2% ha indicato più genericamente che l'infermiere svolge diverse attività (vedi Tabella 2).

Solo il 58,3% degli intervistati è a conoscenza dell'esistenza della libera professione infermieristica e, di questi, la metà ne ha usufruito al proprio domicilio (Tabella 3).

Il 63% dei rispondenti è al corrente dell'esistenza di una deontologia professionale che disciplina la pratica infermieristica.

Poco più della metà del campione (51,1%) ha dichiarato di avere ricevuto consigli sanitari da un infermiere, principalmente sulla terapia e sulle medicazioni (23,7%), sugli stili di vita (15,2%) e per la gestione di patologie comuni (10,9%).

Il 20,6% del campione ha eseguito un corso di primo soccorso e nel 21,6% dei casi l'istruttore era un infermiere.

Il 63% circa degli intervistati è consapevole di cosa sia un ambulatorio infermieristico, che è indipendente da quello del medico.

Alla domanda "faresti l'infermiere?" ha risposto affermativamente il 34,4% del campione, motivando la risposta con "mi piace aiutare chi soffre" nel 67,2% dei casi.

Il 65,6% dei rispondenti ha indicato che non farebbe l'infermiere, spiegando che "non sono portato/a, non ho pazienza, sono troppo emotivo/a" nella maggior parte dei casi.

Tabella 2. Aggettivi usati per descrivere la figura infermieristica e compiti a lui attribuiti

Quali aggettivi useresti per descrivere un infermiere?	%
gentile, cortese, educato	45,6
competente, esperto, capace	35,0
empatico, accogliente, orientato all'ascolto	8,9
scortese, maleducato, arrogante	5,0
frettoloso	3,3
stressato, nervoso	2,2
Cosa fa l'infermiere?	
assistenza	41,1
collabora/assiste il medico	13,3
somministrazione della terapia	10,0
controllo parametri vitali	3,3
rassicura il paziente	2,8
esegue prelievi ematici	2,8
esegue medicazioni	2,2
rifacimento letti	2,2
primo soccorso	1,7
esegue iniezioni	1,1
flebo	1,1
igiene paziente	1,1
più attività fra quelle sopra citate	17,2

Tra le persone che sceglierebbero l'attività infermieristica come professione, quelle che lo farebbero con la motivazione "perché mi piacciono le discipline mediche" ritengono anche che l'infermiere "collabora/assista il medico" e che sia una figura "competente e capace"; quelli che lo farebbero "perché è un lavoro/professione ammirevole, stimolante, remunerativa", riconoscono l'assistenza come ruolo principale dell'infermiere e lo hanno descritto perlopiù utilizzando aggettivi quali "gentile e cortese". Il 63,3% degli intervistati ritiene che le notizie di cronaca e i programmi televisivi (serie TV), o più in generale i *media*, abbiano influenzato negativamente la loro idea di infermiere. Tale risultato non è influenzato dal genere.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I dati riportati in questa ricerca dimostrano che la professione infermieristica non ha ancora colmato il divario tra la sua immagine sociale e quella pro-

Tabella 3. Esperienze di conoscenza diretta dell'infermiere

Hai mai sentito parlare di libera professione infermieristica?	%
sì	58,3
no	41,7
Se sì, chi è il professionista sanitario che ti ha erogato le cure a livello domiciliare?	
infermiere/a dell'ospedale	24,8
infermiere/a dell'ASL territoriale	24,8
infermiere/a privato domicilio con emissione fattura	50,5
Hai mai ricevuto consigli sanitari da un infermiere?	
sì	51,1
no	48,9
Se sì, su cosa?	
terapia	20,7
stili di vita	15,2
medicazioni	13,0
gestione patologie comuni	10,9
pareri su problemi di <i>routine</i>	8,7
prevenzione	6,5
consigli sull'alimentazione	5,4
consulenza per rilevazione e interpretazione parametri vitali	5,4
visite specialistiche	4,3
gestione <i>post</i> operatorio	3,3
quesiti clinici	2,2
più di un motivo fra quelli citati	4,3
A chi ti rivolgi solitamente se hai bisogno di rilevare parametri vitali (pressione arteriosa, glicemia, frequenza cardiaca, saturimetria)	
medico	44,4
infermiere/a	27,8
amico o familiare	19,4
farmacista	8,3
E se i predetti valori fossero elevati, a chi chiederesti aiuto?*	
medico	90,6
infermiere/a	8,9
Hai mai eseguito un corso di primo soccorso (per esempio: cosa fare in caso di colpo di calore, puntura di insetto, folgorazione, ustione, eccetera) e/o un corso di BLS/D adulto e/o pediatrico?	
sì	20,6
no	79,4
Se sì, chi era il tuo istruttore?	
medico	37,8
soccorritore	29,7
infermiere/a	21,6
non lo so	10,8
* una risposta mancante	
BLS/D: basic life support - defibrillation, manovre da compiere per intervenire in caso di arresto cardiaco	

Tabella 4. Influenza dei *media* sull'idea dell'infermiere/a

Come hanno influenzato le serie TV o le notizie di cronaca la tua idea di infermiere/a?	%
positivamente	36,7
negativamente	63,3
Faresti l'infermiere/a?	
sì	34,4
no	65,6
Se sì, perché?*	
mi piace aiutare chi soffre	67,2
ritengo sia un lavoro/professione stimolante, ammirevole, remunerativa	19,0
mi piacciono le discipline mediche	13,8
Se no, perché?*	
non sono portato/a, sono troppo emotivo/a, non ho pazienza	48,2
ho paura della malattia/non mi piacciono gli ospedali	34,2
retribuzione inadeguata per un lavoro logorante e con troppe responsabilità	13,2
non ho l'età adatta	4,4
* risposte mancanti: 4	

fessionale, anche per le giovani generazioni. Ciononostante, un intervistato su tre intraprenderebbe la carriera come infermiere; tra chi non lo farebbe, le motivazioni addotte sottendono un riconoscimento delle capacità qualificanti richieste all'infermiere per svolgere il suo lavoro.

Sussistono due evidenti tensioni paradossali nella percezione pubblica della figura dell'infermiere: essa viene riconosciuta affidabile e rispettata per la sua onestà e integrità ma allo stesso tempo non vengono pienamente considerate le competenze e le conoscenze necessarie, la complessità della professione e le sue sfide intellettuali.

La connotazione di genere associata alle professioni del prendersi cura sembra essere ancora forte (Cho SH et al., 2010). Infatti, sono ancora in molti a ritenere che l'infermiere sia un ruolo soprattutto femminile, in quanto si ritiene che l'uomo, rispetto alla donna, possieda minori capacità e attitudine alla cura e all'assistenza infermieristica.

I cittadini (e anche gli stessi infermieri) riconoscono una forte associazione tra la professione infermieristica e l'assistenza; tuttavia, esiste una discrepanza nella sua interpretazione. Gli studi dimostrano che gli infermieri considerano l'assistenza come il fulcro della loro identità professionale, mentre molti cittadini ritengono quest'ultima una qualità quasi esclusivamente femminile. L'importanza del prendersi cura, la complessità e la professionalità necessaria sono aspetti sottovalutati nella nostra società (Ohlén J et al., 1998). Nonostante gli sviluppi

tecnologici dell'assistenza sanitaria e della professione infermieristica, il requisito ritenuto ancora più importante per fare l'infermiere è l'attitudine a prendersi cura di altri.

Molti cittadini hanno interazioni con i servizi sanitari e queste forniscono molte opportunità per conoscere il ruolo dell'infermiere. Le organizzazioni dovrebbero essere maggiormente consapevoli che l'inserimento degli infermieri in ruoli educativi e/o dirigenziali rappresenta una forma di comunicazione diretta ed efficace. L'acquisizione di autonomia professionale, le opportunità per l'apprendimento interprofessionale e il confronto tra pari possono aiutare gli infermieri a diventare più visibili all'interno della loro organizzazione e, a livello macro, all'interno della società.

Il cittadino è influenzato positivamente dalla percezione diretta dell'impegno che gli infermieri garantiscono per fornire assistenza qualificata e deve essere in grado di identificarsi con gli infermieri nel lavoro che esercitano (McLean M, 2017). In tale strategia comunicativa si è inserito l'intervento del Collegio IPASVI Lecce alla fiera "Expo 2000 – Industria Agricoltura Artigianato del Salento" di Miggiano (Lecce): attraverso il coinvolgimento e l'interazione con i cittadini in un contesto non sanitario si è voluto far percepire l'utilità sociale dell'infermiere. Inoltre, il cittadino ha osservato la fiducia posta dalle istituzioni verso gli infermieri nella gestione di casi reali e nell'esercizio di competenze educative come le esercitazioni pratiche e nell'autogestione dei sin-

tomi nelle patologie croniche. Si è voluto comunicare l'assistenza non solo come attitudine femminile ma come competenza che garantisce salute.

Gli infermieri devono contrastare gli effetti degli stereotipi e migliorare l'immagine pubblica della propria professione, in quanto influisce sul modo in cui gli infermieri percepiscono se stessi. Infatti, c'è consapevolezza dell'immagine stereotipata della professione trasmessa dai *media*, che la danneggia. Per dare maggiore visibilità al ruolo infermieristico occorre sviluppare una strategia che utilizzi tutti i canali di comunicazione (*social media*, Internet, TV, notizie interne, storie di infermieri) per far conoscere l'importanza degli infermieri per la sicurezza e la salute dei cittadini.

La dimensione campionaria è limitata e non probabilistica; ciononostante è stato confermato il divario tra immagine sociale e professionale dell'infermiere anche nelle nuove generazioni. Non vi sono evidenze robuste su come superare tale dicotomia, ma la linea di innovazione su cui basare gli interventi comunicativi dovrebbe comprendere interventi concreti di conoscenza diretta dell'infermiere, accentuando forme di assistenza di alta complessità, e proseguire con un'adeguata *media strategy*.

Finanziamenti: il progetto di ricerca è stato finanziato dalla Federazione Nazionale IPASVI.

BIBLIOGRAFIA

Cho SH, Jung SY, Jang S (2010) *Who enters nursing*

schools and why do they choose nursing? A comparison with female non nursing students using longitudinal data. Nurse Education Today, 30, 180-186.

Donelan K, Buerhaus P, DesRoches C et al. (2008) *Public perceptions of nursing careers: the influence of the media and nursing shortages.* Nursing Economics, 26(3), 143-165.

Girvin J, Jackson D, Hutchinson M (2016) *Contemporary public perceptions of nursing: a systematic review and narrative synthesis of the international research evidence.* Journal of Nursing Management, 24(8), 994-1006.

Gordon S (2005) *Nursing against the odds: how health care cost-cutting, media stereotyping and medical hubris undermines nurses.* Ed. Cornell University Press.

Kalisch BJ, Begeny S, Neumann S (2007) *The image of the nurse on the internet.* Nursing Outlook, 55(4), 182-188.

Kelly J, Fealy GM, Watson R (2011) *The image of you: constructing nursing identities in YouTube.* Journal of Advanced Nursing, 68(6), 1804-1813.

McLean M (2017) *From being a nurse to becoming a 'different' doctor.* Advances in Health Sciences Education, 22(3), 667-689.

Ohlén J, Segesten K (1998) *The professional identity of the nurse: concept analysis and development.* Journal of Advanced Nursing, 28(4), 720-727.

Ten Hoeve Y, Jansen G, Roodbol P (2014) *The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper.* Journal of Advanced Nursing, 70(2), 295-309.

Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche e il contributo del personale: uno studio regionale

Maria Mongardi¹, Lorenzo Sciolino², Matteo Seligardi³, Daniela Fortuna⁴, Dina Guglielmi⁵

¹Direzione generale cura della persona, sanità e welfare - servizio assistenza ospedaliera, Regione Emilia-Romagna; ²Statistico, Direzione generale cura della persona, sanità e welfare - servizio assistenza ospedaliera, Regione Emilia-Romagna; ³Infermiere, referente dipartimentale evidence based practice (EBP)/ricerca, Azienda ospedaliera IRCCS, Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia; ⁴Agenzia socio sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna; ⁵Università di Bologna, Dipartimento di scienze dell'educazione, Bologna.

Corrispondenza: mmongardi@regione.emilia-romagna.it

RIASSUNTO

Introduzione La misurazione degli esiti sensibili alle cure infermieristiche (ESI) contribuisce a sostenere i processi decisionali, la pratica basata sulle prove di efficacia, il miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure e offre informazioni utili su altre variabili come l'organizzazione del lavoro e il benessere lavorativo. L'obiettivo dello studio è di esaminare come le variabili relative al personale infermieristico influenzino gli esiti sensibili alle cure infermieristiche.

Materiali e metodi Nella Regione Emilia-Romagna, tra febbraio e giugno 2014, è stato condotto uno studio osservazionale prospettico che ha coinvolto 1.137 infermieri, 56 coordinatori dell'assistenza e 11.594 pazienti di 65 unità operative. Gli esiti oggetto di studio sono stati: le lesioni da pressione (LdP), la contenzione e le cadute. Sono stati raccolti dati di tipo demografico-professionale e dimensioni di carattere psico-sociale e organizzativo di infermieri e coordinatori.

Risultati La popolazione di infermieri considerata è risultata eterogenea per età e formazione. Per le ulcere da pressione la soddisfazione per l'autonomia e un'alta percentuale di laureati nell'équipe infermieristica sono risultati fattori protettivi mentre l'esaurimento emotivo (*burnout*) è risultato essere un fattore di rischio. Per la contenzione sono risultati fattori protettivi l'alta percentuale di laureati, la propensione alle attività extra-ruolo, l'impegno, la soddisfazione per le politiche organizzative e l'incremento delle ore infermieri-pazienti. L'altruismo tra colleghi è risultato un fattore protettivo per le cadute.

Conclusioni I risultati mostrano l'influenza degli esiti sensibili alle cure infermieristiche, come il benessere lavorativo del personale, sugli esiti di cura dei pazienti. È auspicabile che vengano sviluppate strategie organizzative per creare ambienti di lavoro in grado di aumentare la soddisfazione degli infermieri e la sicurezza delle cure.

Parole chiave: esiti sensibili alle cure infermieristiche, lesioni da pressione, contenzione, cadute

The nursing sensitive outcomes and staff influence: a regional study

ABSTRACT

Introduction The nursing sensitive outcomes assessment supports decision-making processes, evidence-based practice, and improves the security and the quality of care and offers information about other variables such as the organization and welfare at work. The aim is to examine how nursing staff variables influence nursing sensitive outcomes.

Methods A prospective observational study involving 1.137 nurses, 56 coordinators and 11.594 patients in 65 health units of Emilia-Romagna has been conducted. Outcomes were: pressure ulcers, restraints and falls. Nurses and coordinators' demographic, professional and psychosocial data have been retrieved.

Results The nursing population was heterogeneous for age and education. The satisfaction with autonomy and a high percentage of graduates in the nursing team are protective factor for pressure ulcers while burnout is a risk factor. A high percentage of graduates in the nursing team, the propensity to extra-role activities, the dedication, the satisfaction for the organization policies and the increase of nurse-patient time are protective factors for restraint. The altruism is a protective factor for falls.

Conclusions The results show the influence of the nursing sensitive outcomes, like welfare to work, on the patients' health outcomes. The development of organizational strategies aimed to improve nurses' satisfaction on the workplace is desirable.

Key words: nursing sensitive outcome, pressure ulcers, restraints, falls

INTRODUZIONE

Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche (ESI) possono anche essere definiti come: "I cambiamenti misurabili nella condizione del paziente, attribuiti alla cura infermieristica ricevuta" (Donabedian A, 1980). Secondo Stone (Stone PW, 2002), gli esiti infermieristici non dipendono solo dagli aspetti classici dell'assistenza (come i bisogni di assistenza infermieristica) ma anche da altri elementi quali, per esempio, l'organizzazione del lavoro e il benessere lavorativo. Da questi assunti nasce la necessità di verificare eventuali correlazioni tra gli esiti clinici (relativi al paziente) e le variabili riguardanti il personale, intese come: le ore giornaliere infermieri-pazienti, il rapporto numerico infermieri/pazienti, la *leadership* dei coordinatori, la formazione *post base* degli infermieri e altre variabili di tipo organizzativo e grupppale (Aiken LH et al., 2014). Nell'ultimo ventennio un cospicuo corpo di evidenze ha dimostrato che l'aumento di unità infermieristiche nel personale ospedaliero è correlato a una diminuzione della mortalità e dei maggiori eventi avversi sul paziente, con particolare riferimento alle infezioni (Aiken LH et al., 2002; Estabrooks CA et al., 2005; Kane RL et al., 2007; Needleman J et al., 2002; Tourangeau AE et al., 2006). Al contrario, nelle strutture ospedaliere con un'importante carenza di personale infermieristico si riscontrano esiti avversi con maggiore frequenza (Van den Heede K et al., 2006). Nello specifico, diversi autori sottolineano il rapporto tra un aumento delle ore giornaliere infermieri-pazienti (Nursing Hour per Patient Day, NHPPD) e della formazione *post base* degli infermieri e una significativa riduzione delle lesioni da pressione (LdP) (Blegen MA et al., 2013; Butler M et al., 2011; Forbes A et al., 2006; Roche M et al., 2012). Anche le cadute risultano diminuire a fronte di un aumento delle ore giornaliere infermieri-pazienti (Lake ET et al., 2008; Tzeng HM et al., 2011) e dell'impiego di infermieri a tempo pieno (Tzeng HM et al., 2011). Per quanto riguarda le caratteristiche dell'ambiente psico-sociale di lavoro e il benessere degli operatori, alcune evidenze confermano il ruolo del *burnout* nell'influenzare gli esiti sui pazienti, in particolare per quanto riguarda le infezioni (Cimiotti JP et al., 2012) ma anche rispetto ad altri eventi avversi, tra cui le cadute (Laschinger HKS et al., 2006). In questo contesto si colloca il progetto della Regione Emilia-Romagna sul monitoraggio degli esiti sensibili alle cure infermieristiche, ovvero un osservatorio in ambito ospedaliero su una serie di esiti per riflettere sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza delle cure e per comprendere a fondo la correlazione tra il personale e gli esiti.

Obiettivo

L'obiettivo dello studio è di verificare l'influenza di alcune variabili relative al personale infermieristico su esiti sensibili alle cure infermieristiche e potenziali fattori di rischio.

MATERIALI E METODI

Tra maggio e ottobre 2012, in 17 aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna è stata condotta un'indagine, per mezzo di un questionario somministrato a tutte le direzioni infermieristiche e sanitarie, per individuare quali fossero gli esiti monitorati più di frequente all'interno delle aziende (fase I). I dati raccolti nella fase I hanno permesso di identificare gli attori responsabili delle differenti tappe del processo di rilevazione/elaborazione degli esiti. I risultati emersi dall'indagine regionale hanno orientato gli autori a studiare le lesioni da pressione, le cadute e la contenzione. Tra febbraio e giugno 2014 è stato condotto uno studio osservazionale prospettico (fase II) che ha coinvolto tutti i pazienti ricoverati presso 65 unità operative (7 geriatriche, 9 mediche, 14 ortopediche, 13 terapie intensive, 7 riabilitative e 15 di lungodegenza) di 14 aziende della Regione Emilia-Romagna, scelte attraverso un campionamento di convenienza (3 aziende che hanno partecipato alla fase I non lo hanno fatto nella fase II). Le informazioni relative alle comorbidità dei pazienti sono state raccolte consultando la banca dati regionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Sono stati inclusi tutti i pazienti in regime di ricovero ordinario nel periodo compreso tra febbraio e giugno 2014, per un totale di 11.594 soggetti. Sono stati inoltre arruolati 1.137 infermieri di clinica, che sono stati sottoposti a un evento di formazione e simulazione per l'utilizzo degli strumenti di misurazione delle variabili legate al personale.

Le definizioni degli esiti studiati sono le seguenti:

- lesione da pressione: lesione cutanea causata da una prolungata pressione sulla cute e/o sugli strati sottostanti che si manifesta quando la persona rimane nella stessa posizione per un lungo periodo di tempo, come nel caso di allettamento prolungato (EPUAP/NPUAP/PPPIA et al., 2009);
- contenzione: un particolare atto sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi chimici, fisici o ambientali utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante per limitarne i movimenti (Retsas AP, 1998). E' stata considerata contenzione l'utilizzo di uno o più dispositivi per almeno un turno della degenza;
- caduta: evento che esita in uno spostamento inaspettato e non intenzionale del corpo verso terra, o a un livello inferiore rispetto alla posizione inizia-

le della persona, che non sia la conseguenza di eventi quali la perdita di coscienza o l'insorgenza improvvisa di paralisi o di un attacco epilettico (Todd C et al., 2004).

Nelle unità di terapia intensiva, per via della casistica trattata, sono state rilevate le sole lesioni da pressione.

Gli strumenti utilizzati per la rilevazione degli esiti sono stati:

- scheda paziente: utilizzata per ogni paziente e strutturata per una rilevazione di 15 giornate di degenza; ha permesso la valutazione del rischio e l'insorgenza delle lesioni da pressione, delle cadute e l'utilizzo della contenzione (distinguendone la tipologia), per i tre turni di lavoro: mattino, pomeriggio, notte;
- scheda unità operativa: per rilevare giornalmente e per turno di lavoro la presenza del personale infermieristico e di supporto, oltre al numero di posti letto occupati;
- questionario dell'infermiere: somministrato agli infermieri e diviso in due parti, una per raccogliere i dati di tipo demografico-professionale (per esempio, il titolo di studio, l'anzianità lavorativa e la formazione continua), l'altra per rilevare le dimensioni di carattere psico-sociale ricavate da differenti scale validate, ovvero la propensione ad attività extra-ruolo (Huang CC et al., 2012), l'altruismo tra colleghi (Perrone V et al., 1999), l'impegno, inteso come dedizione alle attività lavorative (Schaufeli W et al., 2006), il *burnout* (Maslach C et al., 1996) e la soddisfazione lavorativa (Cortese CG, 2007).

Questo studio si è inserito nell'ambito del monitoraggio regionale degli indicatori per la sicurezza delle cure previsto dal piano sanitario regionale 2011-2013. A tal fine, a livello regionale è stato istituito l'Osservatorio sulla sicurezza delle cure, che si prefigge lo scopo di monitorare alcuni rischi clinici (per esempio, le lesioni da pressione e le cadute). Pertanto, per la conduzione di questo studio, inserendosi nel monitoraggio del contesto istituzionale regionale, non è stato necessario richiedere il parere ai comitati etici.

Analisi dei dati

Sono state descritte le popolazioni studiate (pazienti e infermieri) esprimendo le variabili qualitative in frequenze e percentuali e quelle continue come medie e deviazione *standard*. I risultati relativi ai tre esiti sono stati espressi in percentuale di incidenza. In particolare, per le lesioni da pressione sono stati distinti i casi incidenti (nuovi casi di lesioni da pressione registrati durante la degenza nelle unità operative) dai prevalenti (casi con lesioni da pres-

sione già presenti all'ingresso delle unità operative). L'associazione tra ciascuno dei tre esiti e le caratteristiche cliniche e demografiche dei pazienti sono state espresse in termini di *odds ratio* e la significatività statistica al 95% è stata valutata con il *test* di Cochran-Mantel-Haenszel. I fattori clinici risultati significativamente correlati agli esiti sono stati poi inclusi come covariate in un modello di regressione logistica multivariata, applicando il metodo *stepwise* per la scelta delle variabili predittive. La predittività del modello è stata valutata con la statistica-C mentre la calibrazione è stata verificata con il *test* di Hosmer-Lemeshow. Dopo aver individuato i fattori clinici predittivi di ciascun esito è stata effettuata un'analisi logistica multilivello per individuare, a parità di gravità dei pazienti (variabili di I livello), le variabili legate agli infermieri (variabili di II livello) significativamente correlate ai tre esiti. Le relazioni tra variabili di II livello ed esiti sono state espresse in termini di *odds ratio* e la bontà del modello in termini di percentuale di variabilità spiegata tra le unità operative. Infine, dal modello multilivello è stata stimata, per ciascun esito e per ciascuna unità operativa, l'incidenza aggiustata sia per fattori clinici (*case mix*) sia per le variabili legate agli infermieri.

RISULTATI

Nell'elaborazione finale dei risultati sono stati considerati 866 infermieri, con una responsività al questionario del 76,2%, e 11.345 pazienti, con una perdita del 2,1% rispetto all'arruolamento iniziale. La maggioranza degli infermieri era di genere femminile, mentre la distribuzione per età è risultata molto eterogenea. I titoli di studio più diffusi sono stati il diploma di infermiere professionale e la laurea triennale in infermieristica, mentre il livello di aggiornamento più alto è risultato nel campo delle lesioni da pressione (tabella 1).

Le variabili del personale legate alle scale psico-sociali sono state divise in 3 livelli (alto, medio e basso): in tabella 2 è possibile vedere la distribuzione degli infermieri tra i livelli alto e basso.

I dati hanno messo in evidenza che gli infermieri sono complessivamente insoddisfatti della propria retribuzione, delle mansioni a loro richieste e delle politiche organizzative. Inoltre, sono scarsamente propensi a svolgere attività al di fuori di quelle di loro competenza. Quasi un infermiere su tre (28,5%) dichiara un alto livello di depersonalizzazione e il 40,3% denuncia alti livelli di esaurimento emotivo. Contemporaneamente, si registrano alti livelli di altruismo tra gli intervistati (76,6%), buona soddisfazione per il proprio *status* professionale (62,6%) e autonomia (50,5%) e il 47,1% dei rispondenti si dichiara fortemente realiz-

Tabella 1. Caratteristiche degli infermieri

Età	%
>40 anni	50,3
Genere	
femminile	81,1
Titolo di studio	
diploma di infermiere professionale	36,4
diploma universitario	4,7
laurea triennale in infermieristica	35,9
laurea magistrale in scienze infermieristiche	1,0
master	10,8
Aggiornamento negli ultimi 3 anni	
su lesioni da pressione	61,4
su contenzione	34,3
su cadute	46,6

zato. Segue l'interazione tra infermieri, percepita positivamente (65,4%), mentre l'interazione tra medici e infermieri è risultata bassa (24%).

Le stesse variabili sono state studiate nei differenti contesti clinici. La geriatria è una delle discipline percepite in maniera più negativa dagli infermieri che vi lavorano: in particolare riscontra livelli scendenti di impegno, esaurimento emotivo e soddisfazione per l'autonomia.

La medicina generale è un'area disciplinare in cui gli infermieri sono molto insoddisfatti e hanno un pro-

filo simile agli infermieri di geriatria, seppure siano stati rilevati migliori livelli di impegno e realizzazione personale.

Il benessere lavorativo in ortopedia/traumatologia è tra i migliori: anche se si confermano alcune criticità presenti in tutte le discipline studiate, si registrano valori sopra la media per la propensione alle attività extra-ruolo, per l'altruismo tra i colleghi e per la realizzazione personale.

La terapia intensiva è un altro contesto relativamente soddisfacente per gli infermieri, nonostante alcuni aspetti siano particolarmente critici, come la scarsa propensione alle attività extra-ruolo e i bassi livelli di realizzazione personale. Tuttavia, sono ottimi i rapporti tra gli infermieri e c'è un forte senso di altruismo all'interno del gruppo di lavoro; inoltre, alcuni aspetti che restano critici (esaurimento emotivo e interazione con i medici) raggiungono livelli meno gravi che in altre discipline.

Le unità operative di recupero e riabilitazione funzionale sono connotate da una maggioranza di aspetti negativi, soprattutto in termini di esaurimento emotivo e insoddisfazione per l'autonomia.

Infine, la lungodegenza, insieme alla terapia intensiva e all'ortopedia/traumatologia, si colloca tra le discipline a connotazione più positiva per gli infermieri. In questo contesto clinico si riscontrano buoni risultati in termini di altruismo tra i colleghi, realizzazione personale e soddisfazione per lo *status* professionale; anche l'impegno e l'interazione con i medici, pur restando problematici, hanno raggiunto livelli più alti.

Tabella 2. Variabili psico-sociali degli infermieri e livello riscontrato

Aspetti psico-sociali	Basso livello (%)	Alto livello (%)
propensione ad attività extra-ruolo	57,7	19,4
altruismo tra colleghi	9,1	76,6
impegno	23,2	27,7
esaurimento emotivo	27,1	40,3
depersonalizzazione	37,1	28,5
realizzazione personale	19,9	47,1
soddisfazione per l'autonomia	13,4	50,5
soddisfazione per lo <i>status</i> professionale	9,4	62,6
soddisfazione per la retribuzione	84,3	2,0
soddisfazione per le politiche organizzative	56,2	9,7
soddisfazione per le mansioni richieste	70,4	6,6
soddisfazione per interazione con i medici	41,0	24,0
soddisfazione per interazione con gli altri infermieri	10,3	65,4

Tabella 3. Numero di unità operative, tasso di occupazione e ore giornaliere infermieri-pazienti per disciplina

Disciplina	N	Tasso di occupazione (%)	Tempo giornaliero infermieri-pazienti (hh:mm)
geriatria	7	97,7	2:09
medicina generale	9	91,7	2:36
ortopedia e traumatologia	14	84,0	2:52
terapia intensiva	13	81,0	15:37
recupero e riabilitazione funzionale	7	88,2	2:45
lungodegenza	15	91,2	2:57

N: numero di unità operative

In tabella 3 sono riportati i tassi di occupazione e le ore giornaliere infermiere-paziente.

In tabella 4, sono riassunte le caratteristiche dei pazienti a cui gli infermieri intervistati hanno prestato assistenza: si tratta di una popolazione anziana tendenzialmente a rischio di lesioni da pressione e di caduta, con un indice di Charlson superiore a 2 nel 27,1% dei casi.

Passando a descrivere i tre esiti oggetto di studio (tabella 5), emerge che oltre il 12% dei pazienti presentava una lesione da pressione già al momento dell'inizio dello studio. L'incidenza di nuovi casi, invece, è stata massima nelle unità di terapia intensiva e lungodegenza e minima in quelle di medicina

generale e recupero/riabilitazione. Il 40,2% dei pazienti è stato sottoposto a contenzione fisica tramite uno o più dispositivi per almeno un turno della degenza. La percentuale maggiore si è registrata in geriatria, la più bassa in medicina generale. Infine, nelle unità operative di recupero/riabilitazione si è registrata la maggiore frequenza di cadute, mentre in quelle di ortopedia/traumatologia la minore. Dall'analisi multivariata, per ciascun esito sono stati rilevati dei fattori di rischio significativamente correlati:

- lesioni da pressione: età superiore ai 70 anni, valore della scala di Braden all'ammissione maggiore o uguale a 16, lo stato cognitivo non collaborante, l'assunzione di farmaci e la deambulazione non autonoma;
- cadute: indice di Charlson superiore a 2, la caduta nell'anno precedente il ricovero, l'assunzione di farmaci e la deambulazione parzialmente autonoma;
- contenzione: età superiore ai 70 anni, indice di Charlson superiore a 2, il valore della scala di Braden all'ammissione maggiore o uguale a 16, lo stato cognitivo non collaborante, lo stato non vigile, la caduta nell'anno precedente il ricovero, l'assunzione di farmaci e la deambulazione non autonoma.

Inoltre, è importante segnalare che le ore giornaliere infermieri-pazienti sono risultate correlate, come fattore protettivo, alla contenzione mentre per gli altri due esiti presi in esame non si è registrata una correlazione significativa.

A seguito dell'analisi multivariata è stata condotta l'analisi multilivello, nella quale si è standardizzato per il *case-mix* dei pazienti (variabili di I livello), in modo da individuare quali caratteristiche degli infermieri (variabili di II livello) fossero significativamente associate a ciascun esito (tabella 6).

Tabella 4. Caratteristiche dei pazienti

Età	%
>70	66,7
Genere	
femminile	53,2
Fattori di rischio	
indice di Charlson >2	27,1
punteggio scala di Braden ≤16	47,6
stato cognitivo non collaborante	19,0
stato di coscienza non vigile	5,7
caduta anno precedente	27,0
assunzione di farmaci	70,5
deambulazione non autonoma	45,0
deambulazione parzialmente autonoma	26,6
deambulazione autonoma	27,2

Tabella 5. Prevalenza e incidenza delle lesioni da pressione, del ricorso alla contenzione e frequenza delle cadute per disciplina

Disciplina	Prevalenza LdP (%)	Incidenza LdP (%)	Ricorso alla contenzione (%)	Frequenza delle cadute (%)
geriatria	27,8	4,8	58,2	2,6
medicina generale	14,2	2,7	29,7	1,5
ortopedia/traumatologia	7,6	4,9	33,4	0,6
terapia intensiva*	20,8	10,4	-	-
recupero/riabilitazione	18,4	4,2	47,7	3,9
lungodegenza	29,6	7,2	50,8	2,2
totale	17,4	5,1	40,2	1,6

LdP: lesioni da pressione
* in terapia intensiva non sono stati rilevati il ricorso alla contenzione e la frequenza delle cadute

Tabella 6. Variabili relative al paziente e agli infermieri in relazione agli esiti indagati

Pazienti	Odds ratio		
	Contenzione	Lesioni da pressione	Cadute
>70 anni	2,8**	2,8**	-
indice di Charlson >2	1,3**	-	1,5*
punteggio scala di Braden ≤16	4,6**	2,4**	-
stato cognitivo non collaborante	2,5**	1,6**	-
stato coscienza non vigile	1,4*	-	-
caduta anno precedente	1,6**	-	1,7**
assunzione di farmaci	1,3**	1,5**	2,0**
deambulazione non autonoma	2,1**	1,8**	-
deambulazione parzialmente autonoma	-	-	1,5*
Infermieri			
propensione ad attività extra-ruolo	0,1**	0,2	1,4
altruismo tra colleghi	3,8	0,4	0,2*
<i>work engagement</i>	<0,1**	2,7	1,6
esaurimento emotivo	1,1	1,8*	1,0
realizzazione personale	2,4	0,5	1,2
depersonalizzazione	0,4	0,9	1,2
soddisfazione per autonomia	0,8	0,6*	0,5
soddisfazione per <i>status</i> professionale	1,6	1,0	1,2
soddisfazione per politiche organizzative	0,3*	1,6	0,8
soddisfazione per mansioni richieste	0,5	1,4	2,9
soddisfazione per interazione con i medici	1,8	0,3	0,9
soddisfazione per interazione con gli altri infermieri	0,4	0,7	0,7
infermieri over 50 >10%	2,2	1,2	1,0
infermieri laureati >30%	0,1**	0,4**	0,8

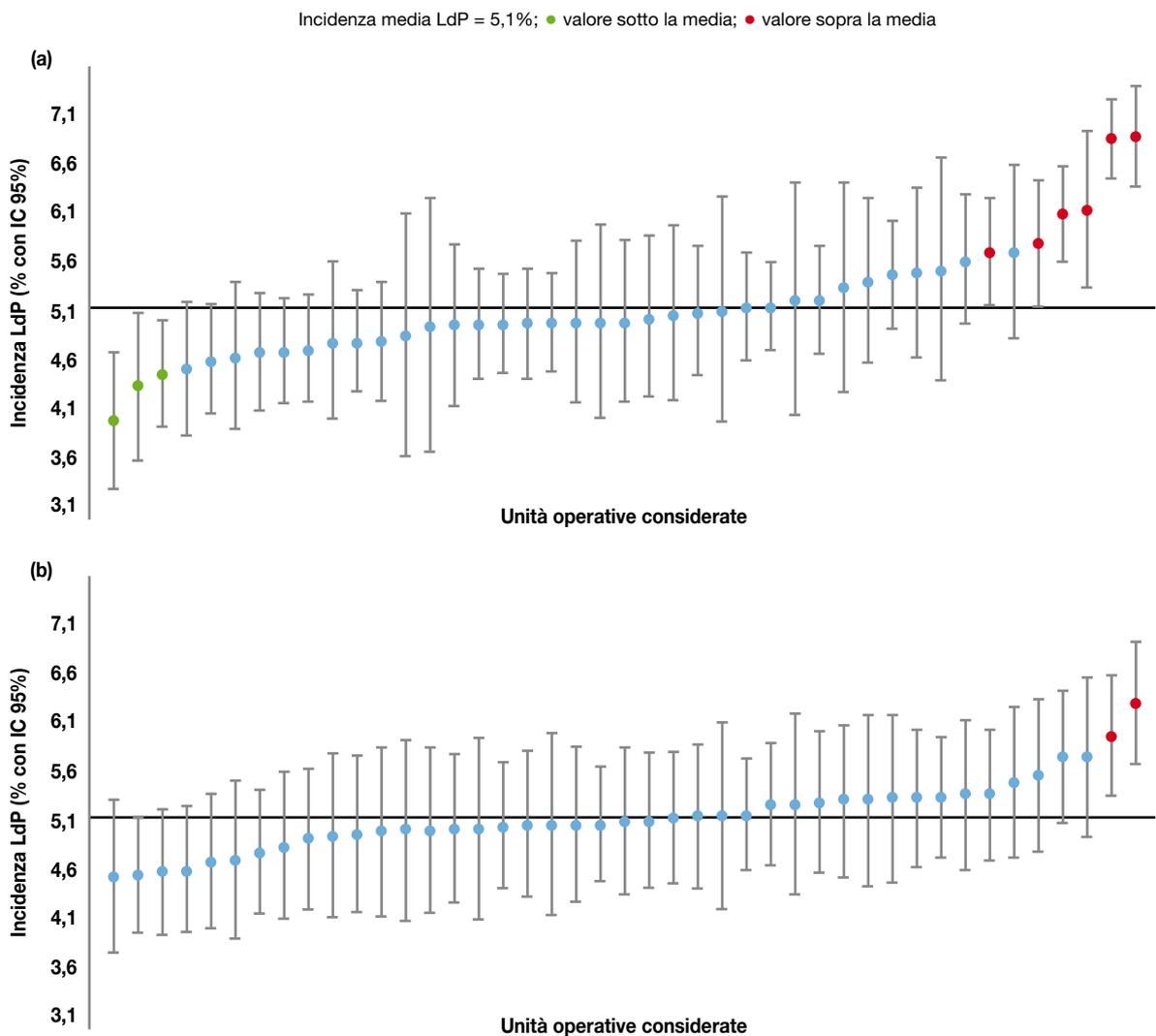
*p<0,05; **p<0,01

Per le lesioni da pressione sono risultati fattori protettivi la presenza in unità operativa di più del 30% di infermieri con laurea triennale in infermieristica (odds ratio=0,4, IC95%: 0,3-0,7; p=0,0033) e la soddisfazione per l'autonomia (odds ratio=0,6, IC95%: 0,4-0,9; p=0,0232), mentre un alto livello di esaurimento emotivo aumenta il rischio del verificarsi dell'esito (odds ratio=1,8, IC95%: 1,1-2,9; p=0,0136). La presenza di almeno il 30% di infermieri con laurea triennale in infermieristica diminuisce anche il ricorso alla contenzione (odds ratio=0,1, IC95%: 0,0-0,4; p=0,0005), così come un'elevata propensione alle attività extra-ruolo (odds ratio=0,1, IC95%: 0,0-0,3; p<0,0001), un alto livello di impe-

gno (OR<0,1, IC95%: 0,0-0,1; p=0,0015) e un'elevata condivisione delle politiche organizzative (odds ratio=0,3, IC95%: 0,1-1,0; p=0,0492). L'altruismo tra colleghi è l'unico fattore protettivo significativo nei confronti delle cadute (odds ratio=0,2, IC95%: 0,1-0,8; p=0,0193).

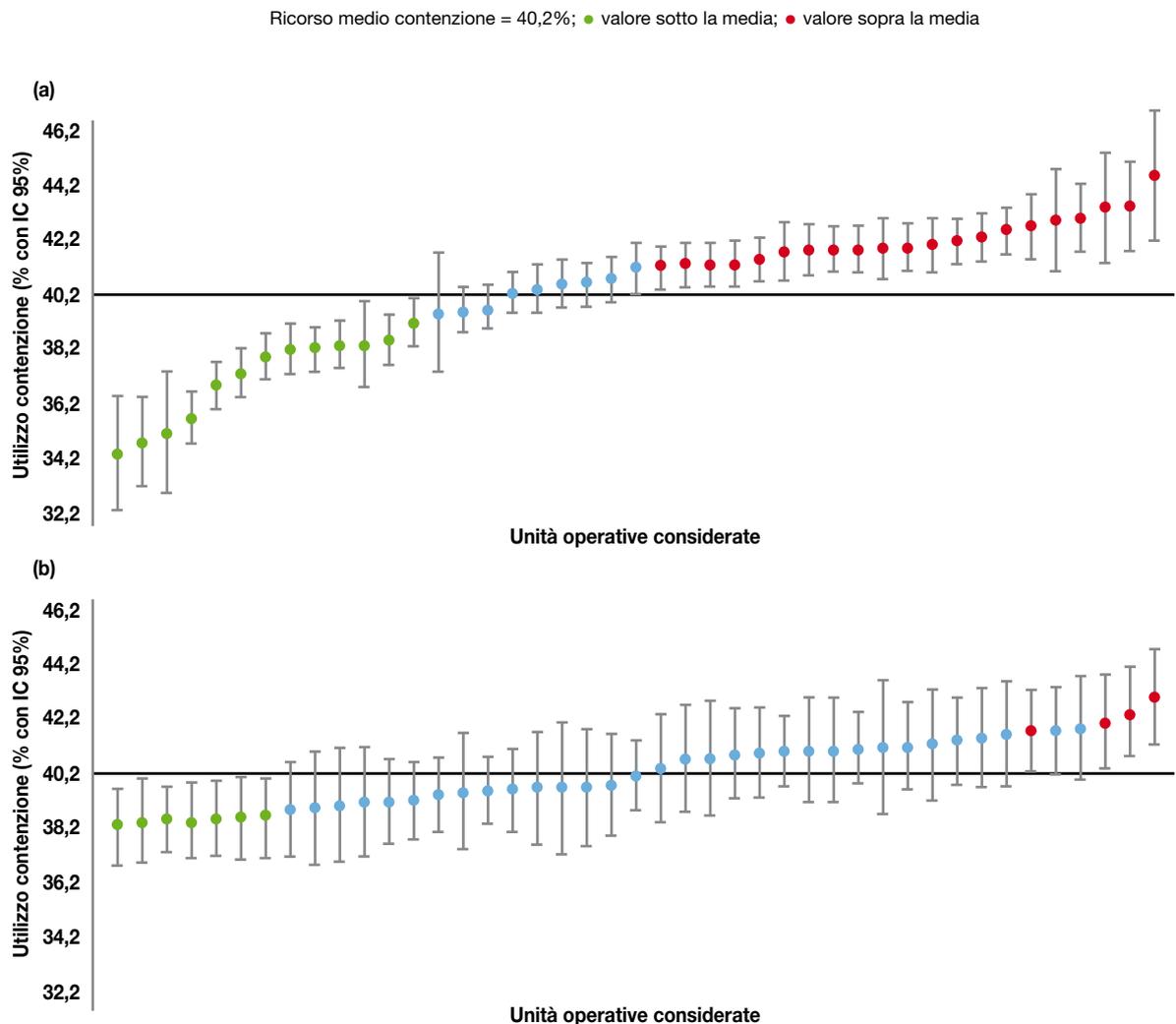
Nelle figure 1, 2 e 3, ogni barra verticale rappresenta un'unità operativa, in ordine crescente per incidenza di esito e con i relativi intervalli di confidenza. La linea centrale dei grafici indica il valore medio percentuale di incidenza dell'esito: le unità operative i cui intervalli di confidenza non intersecano questa linea hanno un'incidenza significativamente diversa dalla media.

Figura 1. Incidenza delle lesioni da pressione nelle unità operative considerate standardizzata per case-mix (a) e per case-mix e variabili-infermiere (b)



NB: in caso nella stessa azienda siano state rilevate più unità operative della stessa disciplina, queste sono state accorpate

Figura 2. Incidenza di ricorso alla contenzione nelle unità operative considerate standardizzata per *case-mix* (a) e per *case-mix* e variabili-infermiere (b)



NB: in caso nella stessa azienda siano state rilevate più unità operative della stessa disciplina, queste sono state accorpate

Il solo *case-mix* non è risultato sufficiente a spiegare la totale variabilità degli esiti studiati: qualora tali fattori fossero gli unici determinanti degli esiti, le barre verticali intersecherebbero la retta orizzontale dell'incidenza media. In realtà per tutti i tre esiti studiati (e in particolare per la contenzione) diverse barre verticali non intersecano la retta orizzontale.

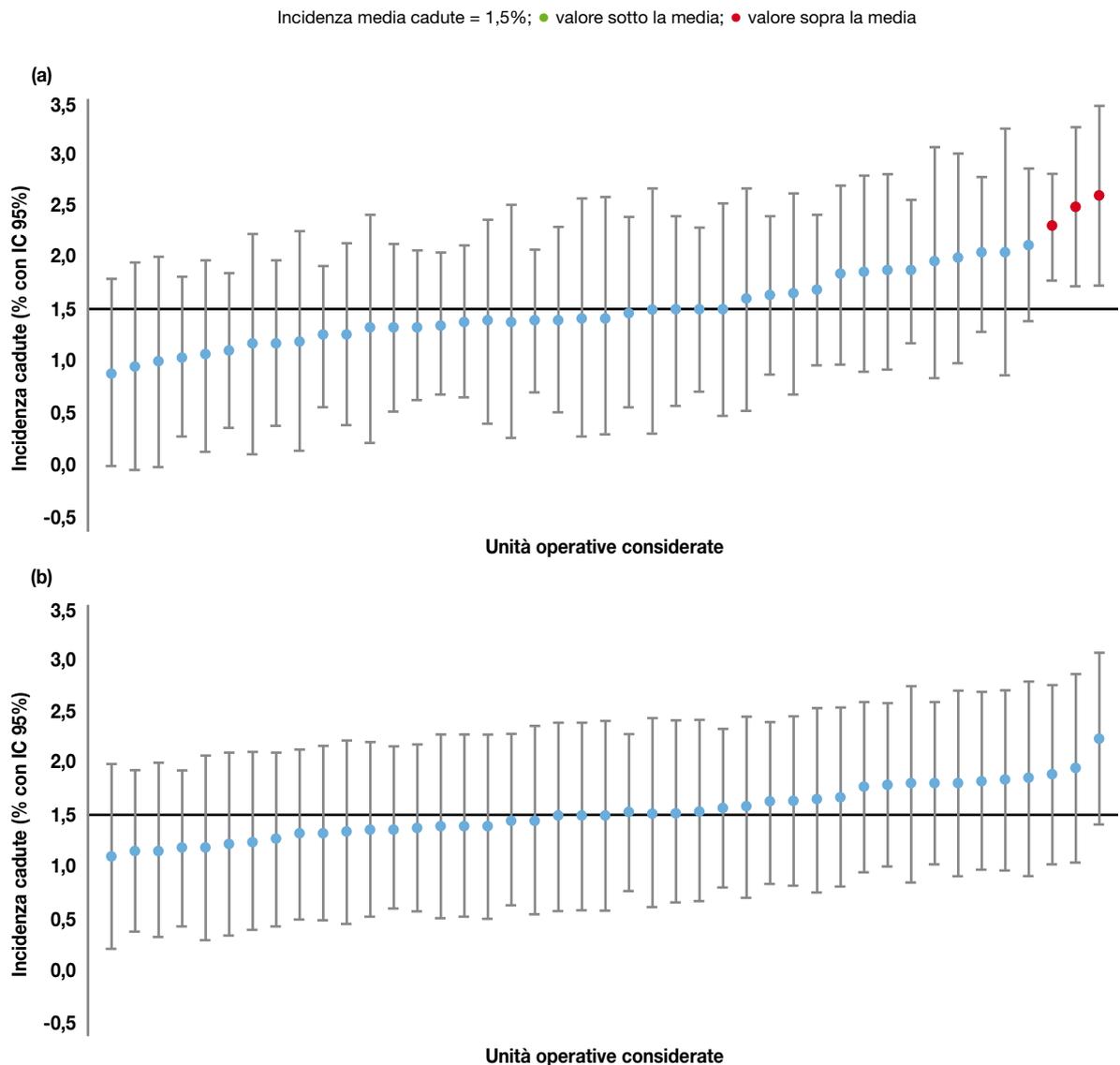
Questo risultato conferma che altri fattori contribuiscono al verificarsi degli esiti e ne spiegano parte della variabilità, come si vede dalla riduzione delle unità operative significativamente differenti dal valore medio (Figura 1b) quando si prendono in considerazione anche le variabili legate all'assistenza infermieristica.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Questo studio è uno dei primi studi a livello italiano relativo agli esiti sensibili alle cure infermieristiche. I dati epidemiologici rilevati trovano riscontro nella letteratura tematica per l'evento lesioni da pressione (AISLeC, 2015; Queensland Health, 2010; Van-Gilder C et al., 2009; Van den Heede K et al., 2006), mentre per gli altri due eventi il confronto è più complesso: per le cadute il dato è più basso di quelli ricorrenti in letteratura, mentre la contenzione (per la quale sono possibili diverse definizioni) è ancora un esito poco studiato e non sono disponibili valori confrontabili.

Nell'indagine sul benessere lavorativo degli infermieri, studiato tramite scale validate dalla lette-

Figura 3. Incidenza di cadute nelle unità operative considerate standardizzata per *case-mix* (a) e per *case-mix* e variabili-infermiere (b)



NB: in caso nella stessa azienda siano state rilevate più unità operative della stessa disciplina, queste sono state accorpate

ratura internazionale, la scarsa propensione allo svolgimento di attività facoltative, l'alto livello di esaurimento emotivo e l'insoddisfazione per la retribuzione, le mansioni richieste, le politiche organizzative e le relazioni con i medici, sono dimensioni critiche in tutte le aree disciplinari. Al contrario, gli aspetti più positivi riguardano il diffuso altruismo riscontrato tra i colleghi, la soddisfazione per l'autonomia concessa nello svolgimento dell'attività lavorativa, l'alta considerazione dello *status* di infermiere e i rapporti all'interno del personale infermieristico.

Il dato delle ore giornaliere infermieri-pazienti è difficilmente confrontabile a livello nazionale, non essendo presenti valori di riferimento, e con la letteratura internazionale, per le variabili organizzative del sistema di cure italiano e per la composizione diversa del personale (figure professionali e percorsi formativi).

Come già dimostrato in un altro studio condotto in Italia (Sasso L et al., 2016), l'analisi multilivello ha confermato la correlazione tra personale infermieristico ed esiti sensibili alle cure infermieristiche. Avere un personale infermieristico con almeno il 30%

di infermieri con laurea triennale in infermieristica diminuisce significativamente il rischio di lesioni da pressione e di contenzione.

Un alto livello di esaurimento tra gli infermieri dell'unità operativa è un fattore di rischio per le lesioni da pressione, al contrario di un alto livello di soddisfazione per l'autonomia che invece risulta un fattore protettivo. L'incremento delle ore giornaliere infermieri-pazienti, una buona propensione alle attività extra-ruolo, un elevato impegno e la soddisfazione per le politiche organizzative sono tutti fattori che riducono l'utilizzo della contenzione. Un elevato senso altruistico tra i colleghi delle unità operative sembra essere correlato a una diminuzione del rischio di cadute del paziente.

Lo studio ha reso tangibile l'influenza della qualità della vita lavorativa e del benessere lavorativo del personale infermieristico sugli esiti di cura dei pazienti, rendendo imprescindibile il ragionamento sui miglioramenti necessari: un maggior impegno degli infermieri nelle politiche organizzative, un adeguamento della retribuzione, un miglioramento del rapporto tra infermieri e medici e in generale la prevenzione del *burnout* degli operatori.

I risultati quindi suggeriscono la necessità di sviluppare strategie organizzative per creare ambienti di lavoro in grado di aumentare la soddisfazione degli infermieri al fine di assicurare ai pazienti un'assistenza di alta qualità, come per esempio: programmi di *mentoring* o di *coaching*, che possono rappresentare sia opportunità di crescita professionale sia azioni di supporto; formazione e/o supporto al ruolo nei confronti del coordinatore infermieristico con l'obiettivo di incentivare la condivisione delle informazioni; fornire *feedback* regolari sulle prestazioni o cambiare le assegnazioni per garantire opportunità di crescita in termini di competenze; programmi di gestione dello *stress* legato all'attività assistenziale. Queste strategie organizzative necessitano del supporto del *management* infermieristico e delle politiche aziendali, in modo da sviluppare una cultura sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche nelle organizzazioni sanitarie e rafforzare la responsabilità degli operatori sanitari rispetto agli esiti di cura.

I risultati di questo studio hanno promosso azioni di intervento a livello regionale: *in primis* la definizione di indirizzi regionali sulla buona pratica *evidence based* di prevenzione delle lesioni da pressione e di prevenzione e gestione delle cadute in ospedale e sulla contenzione. Inoltre, ha promosso la realizzazione di un sistema di monitoraggio regionale continuativo e standardizzato a livello regionale delle lesioni da pressione e delle cadute in ospedale. In ultimo è in essere la progettazione di un'indagine

regionale per conoscere gli stili di *leadership* agiti dai coordinatori dell'assistenza al fine di migliorare il *management* e il benessere lavorativo del personale infermieristico.

BIBLIOGRAFIA

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM et al. (2002) *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. The Journal of the American Medical Association, 288(16), 1987-1993.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruynee LI et al. for the RN4CAST consortium (2014) *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. Lancet, 383, 1824-1830.
- Associazione infermieristica per lo studio delle lesioni cutanee, AISLeC (2015) *Indagine nazionale di prevalenza LdP e IAD*.
- Blegen MA, Goode CJ, Hye Park S et al. (2013) *Baccalaureate education in nursing and patient outcomes*. Journal of Nursing Administration, 43(2), 89-94.
- Butler M, Collins R, Drennan J et al. (2011) *Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, issue 7.
- Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM et al. (2012) *Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection*. American journal of infection control, 40(6), 486-490.
- Cortese CG (2007) *La soddisfazione lavorativa del personale infermieristico. Adattamento italiano della scala Index of Work Satisfaction di Stamps*. La Medicina del lavoro, 98(3), 175-191.
- Donabedian A (1980) *Definition of Quality and Approaches to Its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol 1)*. Health Administration Press, Michigan.
- Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG et al. (2005) *The Impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality*. Nursing Research, 54 (2), 74-84.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP, National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP, Pan Pacific Pressure Injury Alliance, PPIA (2009) *Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Washington DC.
- Forbes A, While A, Mathers L et al. (2006) *Evaluation of a MS specialist nurse programme*. International Journal of Nursing Studies, 43, 985-1000.
- Griffiths PD (2008) *State of the Art Metrics for Nursing: a rapid appraisal*. King's College London.
- Huang CC, You CS, Tsai MT (2012) *A multidimensional analysis of ethical climate, job satisfaction, organizational commitment, and organizational citizenship behaviors*. Nursing Ethics, 19(4), 513-529.
- Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C et al. (2007) *Nursing staffing and quality of patient care*. Medical Care, 45(12), 1195-1204.

- Lake ET, Shang J, Klaus S et al. (2008) *Patient falls: association with hospital magnet status and nursing unit staffing*. *Research in Nursing Health*, 33, 413-425.
- Lake ET, Shang J, Klaus S et al. (2010) *Patient falls: association with hospital magnet status and nursing unit staffing*. *Research in Nursing & Health*, 33(5), 413-425.
- Laschinger HKS, Leiter MP (2006) *The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement*. *Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259-267.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP (1996) *The Maslach Burnout Inventory (3rd edition)*. Ed. The Scarecrow Press, Palo Alto.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S et al. (2002) *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*. *The New England Journal of Medicine*, 346 (22), 1715-1722.
- Pappas SH (2008) *The Cost of Nurse-Sensitive Adverse Events*. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 230-236.
- Patrician PA, Loan L, McCarthy M et al. (2011) *The association of shift-level nurse staffing with adverse patient events*. *Journal of Nursing Administration*, 41(2), 64-70
- Perrone V, Chiaccherini C (1999) *Fiducia e comportamenti di cittadinanza organizzativa. Un'indagine empirica nella prospettiva della rete degli scambi sociali*. *Economia e Management*, 4, 8-100.
- Queensland Health (2010) *Patient Safety: From Learning to Action III* (2010). Queensland Government.
- Retsas AP (1998) *Survey findings describing the use of physical restraints in nursing home in Victoria, Australia*. *International Journal of Nursing Studies*, 35(3), 184-191.
- Roche M, Duffield C, Aisbett C et al. (2012) *Nursing work directions in Australia: Does evidence drive the policy?* *Collegian*, 19, 231-232.
- Sasso L, Bagnasco A, Zanini M et al. (2016) *The general results of the RN4CAST survey in Italy*. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2028-2030.
- Schaufeli W, Bakker AB, Salanova M (2006) *The measurement of work engagement with a short questionnaire*. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 701-716.
- Stone PW (2002) *Nursing shortage and Nursing Sensitive Outcomes*. *Applied Nursing Research*, 15, 115-116.
- Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL et al. (2007) *Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes*. *Medical Care*, 45, 571-578.
- Todd C, Skelton D (2004) *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* World Health Organization, 2004.
- Tourangeau AE, Cranley LA, Jeffs L (2006) *Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications*. *Quality and Safety in Health Care*, 15(1), 4-8.
- Tzeng HM, Hu HM, Yin C-Y (2011) *The relationship of the hospital-acquired injurious fall rates with the quality profile of a hospital's care delivery and nursing staff patterns*. *Nursing Economics*, 29(6), 299-316.
- Van den Heede K, Sermeus W, Diya L et al. (2006) *Adverse outcomes in Belgian acute hospitals: retrospective analysis of the national hospital discharge dataset*. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(3), 211-219.
- Van den Heede K, Sermeus W, Diya L et al. (2009) *Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: Cross-sectional analysis of administrative data*. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 928-939.
- VanGilder C, Amlung S, Harrison P et al. (2009) *Results of the 2008 – 2009 international pressure ulcer prevalence survey and a 3-year, acute care, unit-specific analysis*. *Ostomy Wound Management*, 55(11), 39-45.



ESPERIENZE

Il See and Treat toscano: dal Pronto Soccorso alle case della salute

di **Lorenzo Righi (1)**, **Gennaro Oliva (2)**, **Stefania Brogini (3)**, **Giovanni Becattini (4)**

(1) Infermiere DEU, USL Toscana Sud Est - Siena

(2) Infermiere, Casa di Cura Rugani - Siena

(3) Infermiere Coordinatore DEU, USL Toscana Sud Est - Siena

(4) Infermiere Dirigente USL Toscana Sud Est - Siena

Corrispondenza: lorenzo.righi@hotmail.it

Il fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso (PS) si perpetua, anche nel nostro Paese, guadagnando almeno un paio di volte l'anno gli onori della cronaca, locale e nazionale. A dispetto delle numerose iniziative di efficientamento dei PS o di mitigazione del fenomeno, non si sono registrati miglioramenti apprezzabili, specie nella cosiddetta casistica a bassa priorità, che resta quella osservata con maggior attenzione dagli esperti del settore, in relazione alla appropriatezza di accesso al PS. A questa situazione si sta aggiungendo anche quella collegata al mondo del lavoro, ovvero la relativa disponibilità di medici specialisti per l'area dell'emergenza per garantire il turn over dei pensionamenti e dei trasferimenti.

Dal S&T toscano alla sfida delle Case della Salute

A partire dal 2006, la Regione Toscana ha sviluppato la sperimentazione in alcune sue Aziende Sanitarie del modello See and Treat (S&T) infermieristico, in grado di dare risposta alle urgenze minori e fornire al cittadino una risposta appropriata. In pratica l'organizzazione del PS, già revisionata con l'inserimento del triage infermieristico, si è completata nel 2010 con la messa a regime del S&T (DGRT n. 958/2007 e n. 449/2010).

Fin dal primo semestre di sperimentazione, il S&T si è dimostrato sicuro e favorevolmente accolto dall'utenza: in migliaia di casi trattati non si sono rilevati eventi critici e nel contempo la cittadinanza ha evidenziato positivamente la riduzione del tempo di attesa e di permanenza in PS, ma anche la competenza/accoglimento del personale infermieristico coinvolto. Forte di questi risultati, la Regione Toscana ha richiesto l'attivazione in tutti i PS di questa modalità di presa in carico che, nel tempo, ha visto passare il contributo medico dalla funzione di tutoraggio a quella di condivisione del caso.

La formazione degli infermieri è stata un caposaldo del S&T: oltre ad avvalersi di diverse metodologie didattiche, ha incluso anche un esame finale centrato sulla discussione della casistica assistita durante la formazione sul campo tutorata.

Dopo anni di esperienza, oggi il modello S&T vede un'applicazione disomogenea nei PS della regione, anche in relazione alla mai sopita discussione sulla liceità del trattamento infermieristico.

Vogliamo adesso prendere in considerazione la realizzazione delle Case della Salute (CdS), di cui si è iniziato a parlare attorno al 2000, con la L. 229/1999 (art.3-quater e successivi) e la L. 328/2000 sull'assistenza socio-sanitaria.

La CdS in Toscana (DGRT 625/2010) si prefigge la realizzazione di un'efficace presa in carico, specialmente delle persone affette da patologie croniche, fondata su tre pilastri:

- accoglienza, presa in carico e integrazione;
- garanzia di servizi e prestazioni socio-sanitarie su più livelli di complessità assistenziale, nel territorio e per l'utenza di riferimento;
- centralizzazione in un'unica sede delle prestazioni attualmente fornite dai medici di medicina generale, dai pediatri, dagli specialisti ambulatoriali, dalla guardia medica e dall'insieme dei servizi socio sanitari.

All'interno delle Case della Salute, la figura dell'infermiere di famiglia riveste un ruolo chiave, attuando interventi di promozione, prevenzione, educazione e formazione nell'autogestione delle malattie croniche. È in queste strutture che in genere hanno base i team di assistenza domiciliare, che si sono sviluppati gli ambulatori infermieristici, ad esempio quelli per il trattamento delle lesioni cutanee.

Quale sede migliore, quindi, per sperimentare un ambulatorio infermieristico rivolto al trattamento delle urgenze minori?

Il nostro percorso

Le prime simulazioni progettuali del S&T in Toscana scaturirono dal PS di Campostaggia, nei pressi di Poggibonsi (Siena): questo servizio ha le caratteristiche tipiche di un PS territoriale, punto di riferimento delle comunità locali, stimabili in circa 75.000 cittadini, a circa 30 minuti di auto da un DEA di secondo livello, quello dell'AOU Siena, e con numero di accessi tra i 25.000 ed i 30.000 annui.

Si è quindi strutturato un percorso presso il PS di Campostaggia, individuando un gruppo di popolazione eleggibile da avviare a un trattamento ambulatoriale semplice, ovvero S&T infermieristico, verificando gli esiti di tale modello organizzativo per le cosiddette urgenze minori, evidenziandone in particolare la rilevanza per le persone ultrasessantacinquenni.

La selezione dei casi avviabili al S&T infermieristico nelle CdS, operata sulla casistica del PS di Campostaggia, ha risposto a due criteri:

- avere motivo di accesso a valutazione e trattamento semplice;
- avere evidenza di liceità nell'ambito di esercizio autonomo infermieristico, ovvero il riscontro tra situazione presentata dal cittadino e sistema classificatorio delle diagnosi infermieristiche, degli interventi e degli esiti NANDA.

Nella tabella qui di seguito proponiamo la correlazione riscontrata tra i vari sistemi di codifica del problema presentato dal cittadino in accesso al PS, verificandone la congruenza con le Diagnosi Infermieristiche di NANDA (Tabella 1).

Dai dati del PS di Campostaggia si può notare come sia stato possibile sottrarre almeno il 12,2% degli accessi dal PS e la rilevanza della quota persone over 65 anni (Tabella 2): questa popolazione, secondo le stime nazionali, ha prevalenza di almeno una patologia cronica nel 78,3% nelle donne e nel 73,6% degli uomini, con potenziali ricadute positive di una presa in cura in CdS piuttosto che in PS.

Tabella 1 - Relazione Problema Triage / S&T / Diagnosi NANDA		
Algoritmi o problemi di accesso triage	Problemi See & Treat	Diagnosi infermieristiche
Sintomi o Disturbi Urologici	Sistema Urinario: rientrano in questa classificazione infezioni del tratto urinario inferiore, ostruzione/sostituzione di catetere vescicale	<p>Rischio di infezione correlato a sede di possibile invasione di microrganismi [Dominio 11 Sicurezza/protezione, Classe 1 Infezioni];</p> <p>Compromessa eliminazione urinaria correlato a irritazione vescicale secondaria a infezione [Dominio 3 Eliminazione, Classe 1 Sistema urinario];</p> <p>Dolore acuto correlato a trauma e spasmi muscolari riflessi secondario a ostruzione [Dominio 12 Benessere, Classe 1 Benessere fisico];</p> <p>Rischio di inefficace gestione del regime terapeutico correlato a complessità del regime terapeutico, non conoscenza delle tecniche [Dominio 1 Promozione della salute, Classe 2 Gestione della salute].</p>

Tabella 2 - Percentuale degli accessi annui e degli over 65 nel 2015 – dati parziali			
Diagnosi di accesso al PS - Codice a bassa priorità	Numero di casi	Percentuale sul totale degli accessi 2015	Percentuale di over 65 sul numero di casi
Ferite	1002	3,62%	19,26%
Manifestazioni Cutanee	297	1,07%	17,17%
Sintomi o Disturbi Urologici	152	0,55%	52,63%
TOT.*	3378	12,2%	18,09%

Possibilità di applicazione su scala regionale

Nel 2015 il PS di Poggibonsi ha registrato 27.690 accessi, con trend in aumento confermato anche nel 2016. Nel sistema a 5 livelli di priorità, vigente in Toscana dal 2001:

- l'alta priorità è pari ad un terzo del totale degli accessi (codici rossi 2%, codici gialli 31%);
- i codici verdi sono il 46%;
- la bassa priorità supera il 20% del totale (codici azzurri 17%, codici bianchi 4%).

Prendendo in esame questi dati, si potrebbe ipotizzare, con selezioni in successione, escludendo prima tutti i codici rossi e gialli, poi gli utenti con esito diverso da "invio a medico curante per conoscenza", che l'avvio al S&T presso le CdS potrebbe riguardare ben 17.440 persone, potenzialmente candidabili al trattamento dei codici minori in strutture diverse dal PS.

Nell'ipotesi di selezionare ulteriormente la casistica S&T, depurandola dai casi richiedenti un inquadramento diagnostico differenziale, troveremmo anche i pazienti suscettibili di un trattamento ambulatoriale semplice, non necessariamente da assicurare in ambito ospedaliero.

Conclusioni

L'esperienza toscana dimostra come il S&T sia un approccio raccomandabile in circa la metà degli accessi in PS, evidenziando come, allo stato attuale, la necessaria condivisione medico infermieristica sul singolo caso, ed in specie nell'ultimazione del verbale di PS, limiti fortemente le opportunità assicurabili dal S&T infermieristico, orientando verso un metodo che, pur valorizzando il suo significato innovativo sul piano dell'autonomia infermieristica, si fondi sull'integrazione multi professionale.

I dati presentati nel presente lavoro evidenziano come sia rilevante la quota di accessi al PS che per motivo (urgenza minore) e contesto (persona con malattia cronica) sia suscettibile di trattamento non necessariamente in PS e non appropriatamente considerabile come singolo evento.

Infatti questa popolazione, per lo più anziana, potrebbe e dovrebbe avere a disposizione una risposta sul territorio, capace di effettiva presa in carico longitudinale, che comprenda anche le cosiddette urgenze minori. La rispondenza evidenziata tra motivi di accesso al PS e Diagnosi NANDA dimostra non solo la liceità dell'intervento infermieristico nel S&T in PS, ma pone i presupposti per la sua applicazione autonoma e potenziata nelle CdS.

L'infermiere del S&T è un esperto, formato e certificato in PS per le sue competenze specifiche, che opera nel rispetto di protocolli clinico assistenziali EBP, in particolare nella gestione dei problemi clinici minori che da anni ingolfano i PS. Nell'ambito delle CdS, in particolare degli ambulatori infermieristici di queste, si potrebbero identificare delle strutture satellite dei PS per contribuire a migliorare la soddisfazione degli assistiti e l'appropriatezza nell'uso dei servizi.

BIBLIOGRAFIA

- Bambi S, Giusti M, Becattini G. (2008) *See & Treat in pronto Soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate. Una revisione della letteratura*. Assistenza infermieristica e ricerca, 27 (3): 136-144.
- Rosselli A, Francois C, Massai D, Becattini G et al. (2011) *Risultati della sperimentazione del See and Treat. Analisi dei dati e sviluppi futuri*. Toscana Medica, 9 (10): 17-19.
- Rosselli A, Becattini G, Cappugi M, Francois C, Ruggeri M. (2012) *See & Treat - protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso*. 1 ed. Giunti, Settembre 2012.
- Herdman T.H, Kamitsuru, Nanda International (2015) *Diagnosi infermieristiche. Definizioni e classificazioni 2015-2017*. 10, Casa Editrice Ambrosiana, 2015.

ESPERIENZE

La resilienza nella professione infermieristica: strategie per potenziarla

di **Andreina Zavaglio (1)**, **Irene Corniati (2)**

(1) Tutor CdL in Infermieristica, sede Novara - Università del Piemonte Orientale

(2) Infermiera, Ospedale degli Infermi, Azienda Sanitaria Locale di Biella - Biella

Corrispondenza: andreina.zavaglio@med.uniupo.it

La storia dell'umanità è costellata di esempi di persone che, nonostante condizioni e situazioni di vita altamente sfavorevoli, sono riuscite a resistere, a far fronte e a trasformare un evento critico destabilizzante in motore di ricerca personale. La possibilità di trasformare un evento doloroso, o più semplicemente stressante, in un percorso di apprendimento e di crescita, incontra il tema della resilienza (Cyrułnik, Malaguti, 2005).

Etimologicamente il termine resilienza deriva dal latino *resiliens-ēntis*, che significa *rimbalzare*. Il significato, pertanto, conduce principalmente a due accezioni: proprietà dei materiali di resistere agli urti senza spezzarsi; capacità di resistere e di reagire di fronte a difficoltà, ad avversità e a eventi negativi. La resilienza è un fenomeno misurabile in fisica, ovvero l'attitudine di un corpo a resistere senza rotture in seguito a sollecitazioni esterne brusche o durature di tipo meccanico. Molteplici discipline utilizzano il termine resilienza: la biologia la definisce come la capacità di auto-ripararsi dopo un danno, mentre in ecologia si riferisce al fatto che tanto più un ecosistema è dotato di variabilità dei fattori ambientali, tanto più le specie che vi appartengono sono dotate di un'alta resilienza. Nel linguaggio informatico la resilienza di un sistema operativo è rappresentata dalla sua capacità di adattamento alle condizioni d'uso e di resistenza all'usura.

Il termine, traslato dalla fisica, dalla biologia e dall'informatica viene utilizzato dalla psicologia e dalla sociologia per indicare la capacità di un individuo di resistere agli urti della vita senza spezzarsi o incrinarsi, mantenendo e potenziando le proprie risorse sul piano personale e sociale (Cresti, 2017); le neuroscienze infine, pongono il focus sulla funzione plastica del cervello, capace di sostenere il soggetto traumatizzato grazie alla riattivazione funzionale di circuiti neuronali del benessere (LeDoux, 2014).

Nell'ultimo ventennio sono state molteplici le pubblicazioni di articoli inerenti la resilienza in ambito infermieristico. La sensibilità in questo ambito è stata rafforzata da molteplici variabili che incidono nei contesti lavorativi, in questi ultimi anni, quali la riduzione delle dotazioni organiche, l'elevato turnover del personale, la tensione alla produttività, il rapporto tra costi e qualità della cura alla persona assistita, il contatto con la sofferenza e la morte, che influiscono sfavorevolmente sugli infermieri.

Alcune ricerche rivelano negli infermieri che lavorano in oncologia casi sia di soddisfazione, sia di elevati livelli di esaurimento emotivo, sentimenti di depersonalizzazione, sensazione di non essere supportati dall'ambiente lavorativo e intenzione di lasciare il posto di lavoro (Grafton et al., 2010).

Allo stesso modo gli infermieri di terapia intensiva spesso lasciano la loro professione a causa dello stress, dell'alta mortalità e morbilità dei pazienti, di dilemmi etici che quotidianamente si trovano ad affrontare; gli infermieri di queste realtà a volte manifestano disordini psicologici come ansia, depressione, burnout e disordini post traumatici (Mealer et al., 2014).

I ricercatori hanno identificato lo stress negli ambienti di lavoro e la qualità degli stessi come fattori che contribuiscono significativamente alla riduzione della soddisfazione lavorativa del personale con conseguente accentuazione del turnover.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di approfondire, attraverso la letteratura, il concetto di resilienza nella professione infermieristica e di individuare le strategie utilizzate dagli infermieri per svilupparla e/o potenziarla.

La resilienza negli infermieri

E' stata condotta una ricerca bibliografica di *background* attraverso *Google Scholar* e *Google Libri*, a cui ha fatto seguito una ricerca di *foreground* sulle banche dati *PubMed*, *Cochrane Library*, che ha consentito di individuare la letteratura pertinente. Le parole chiave utilizzate sono: *resilience, nurses, grow, develop, increase, strength, enhance*. Non sono stati presi in considerazione gli articoli che non erano pertinenti con il quesito di ricerca, articoli non disponibili in *full text* e gli articoli non in lingua inglese.

Si è ritenuto necessario procedere approfondendo dapprima il concetto di resilienza, esaminandolo successivamente come tratto di personalità o processo dinamico, individuando in seguito le caratteristiche principali degli infermieri resilienti e, infine, le strategie di potenziamento della stessa da questi adottate. Per quanto riguarda il concetto di resilienza, le caratteristiche principali degli infermieri resilienti e le strategie di potenziamento, sono stati utilizzati filtri di ricerca che hanno consentito di trovare articoli recenti (massimo 5 anni); rispetto alla resilienza come tratto di personalità o processo dinamico, si è reso opportuno impostare filtri di tempo più ampi.

La parola resilienza è stata usata a partire dall'anno 1626. Tuttavia, in letteratura non è tuttora presente una chiara e univoca definizione. Tra quelle più recenti, riferite alla resilienza come caratteristica personale, troviamo quella elaborata da Richardson (2002) e ripresa da Jackson nel 2007, che definisce la resilienza come l'abilità di far fronte e di recuperare uno stress trasformandolo in esperienza positiva di apprendimento (Grafton et al., 2010). Nel 2004 Tusaie & Dyer individuarono la resilienza personale come una combinazione di abilità e caratteristiche che interagiscono in modo dinamico per permettere a un individuo di "rimbalzare in avanti" e di far fronte a difficoltà significative. Infine, nel 2007, Jackson, Firko e Edenborough definirono la resilienza come un requisito appartenente alla persona, inteso come l'abilità di adattarsi di fronte alle avversità mantenendo un equilibrio e un senso di controllo sul contesto e orientandosi in modo positivo.

E' importante sottolineare che c'è una sostanziale differenza tra l'essere forti nelle avversità e dimostrare di essere resilienti: essere forti significa semplicemente che si può sopportare e superare una situazione difficile, mentre essere resilienti significa capitalizzare quella forza con il vantaggio di imparare lezioni di vita durante le avversità. Questo consente a una persona di sperimentare le sfide future con nuove intuizioni (Moran, 2012).

Resilienza: tratto di personalità o processo dinamico?

Nell'ambito degli studi inerenti la resilienza, è da tempo in atto un acceso dibattito che considera la resilienza da due punti di vista: come un tratto di personalità, fisso, stabile nel tempo e, quindi, misurabile, o come un processo dinamico che varia in differenti contesti (Connor, Davidson, 2003).

La resilienza come *tratto* è stata definita da Wagnild e Young (1993) come una caratteristica personale che modera gli effetti negativi dello stress e promuove l'adattamento.

La resilienza come *processo*, invece, è stata definita non solo come un insieme di caratteristiche possedute da un individuo, ma come un processo dinamico usato dagli individui per utilizzare le risorse utili a far fronte alle difficoltà e quindi in grado di essere insegnate e acquisite (Grafton et al., 2010).

La resilienza viene vista come un processo dinamico che varia in differenti contesti. Richardson cerca di superare questa contrapposizione rileggendo le due diverse posizioni come due fasi all'interno dell'evoluzione degli studi sulla resilienza. Egli sostiene che le qualità resilienti sono presenti in misura diversa in ognuno di noi fin dalla nascita, ma allo stesso tempo possono essere potenziate in modo diverso durante l'arco della vita. Si evince, pertanto, che la resilienza avrebbe una doppia natura: di tratto e di processo (Richardson, 2002). Le persone non nascono resilienti, ma in presenza di avversità lo possono diventare come risultato della contrapposizione tra fattori di rischio e fattori di protezione.

Per fattori di rischio si intendono fattori:

- biologici;
- psicologici;
- ambientali;
- socio economici.

Non vi sono solo fattori innati, ma anche costruiti durante il percorso di vita. È possibile declinarli in:

- fattori di rischio individuali (es. bassa autostima, isolamento sociale, aspettative inadeguate);
- fattori di rischio familiari (es. forti dissidi familiari, assenza del padre, abusi);
- fattori di rischio a livello di comunità (es. povertà) (Batten e Russell, 1995).

I fattori di protezione possono essere considerati l'esatto opposto dei fattori di rischio e giocano un ruolo fondamentale nel contrastare gli effetti negativi delle circostanze di vita avverse, favorendo un adattamento positivo e potenziando la resilienza (McAllister, 2013).

Caratteristiche degli infermieri resilienti

In letteratura si rilevano diverse caratteristiche e abilità di *coping* presenti negli infermieri con un alto livello di resilienza, i quali lavorano con successo in un ambiente carico di tensione e caratterizzato da forte stress.

In uno studio vengono identificate le principali caratteristiche dell'infermiere resiliente: forza, auto-efficacia, ottimismo, pazienza, tolleranza, fede, adattabilità, autostima e humor (Grafton et al., 2010).

In uno studio più recente si evince che una persona può assimilare e recuperare un danno psicologico causato da eventi avversi utilizzando attributi quali: resistenza, prospettiva positiva, intelligenza emotiva e senso di coerenza (McDonald et al., 2015).

Secondo Mealer et al. (2012), le caratteristiche psicologiche presenti negli infermieri con un alto livello di resilienza sono: ottimismo, abilità di *coping*, relazioni interpersonali positive e flessibilità cognitiva.

Infine, nel 2015 vengono identificate le seguenti caratteristiche: pensiero positivo, flessibilità di pensiero, responsabilità e capacità di separazione della vita lavorativa dalla vita privata (Miyoung e Winsor, 2015).

Strategie per aumentare la resilienza

Le strategie riportate in letteratura al fine di sostenere e potenziare la resilienza sono molteplici. Hilton (2004) afferma che, per gli infermieri, la possibilità di poter avere un *counselor*, che attraverso momenti di *debriefing* stimoli la riflessione dopo eventi critici, fornisce loro un importante sostegno, in modo particolare durante i periodi di forte stress. Inoltre, egli afferma che lo spazio ambientale potrebbe essere di aiuto in termini di luogo all'interno dell'ambiente lavorativo che consenta agli infermieri di estraniarsi dalla routine per recuperare uno spazio di tranquillità e serenità. Queste strategie supportano il benessere lavorativo, l'autocura, la crescita personale e contribuiscono al potenziamento della resilienza (Grafton et al., 2010).

In uno studio pubblicato nel 2013 si afferma che l'intuizione, definita come una chiara percezione di sé stessi e delle circostanze, contribuisce allo sviluppo della riflessione. Riflettere sull'esperienza permette agli infermieri di riconoscere che cosa hanno imparato dagli altri, dall'ambiente e da loro stessi, sviluppando così un'importante strategia utile al potenziamento della resilienza. Viene inoltre sottolineata l'importanza del confronto tra colleghi circa le situazioni da affrontare come supporto nelle difficoltà (Zander et al., 2013).

Nel 2013 un altro studio sostiene che la resilienza può essere potenziata attraverso la *mindfulness*, una forma di 'allenamento mentale' che permette di partecipare alle esperienze senza essere coinvolti emotivamente; questo atteggiamento mentale aiuta la persona a coltivare un pensiero chiaro, trasparente ed equanime, consentendole di sviluppare un senso di equilibrio emotivo che determina benessere. Attraverso la pratica della *mindfulness* i pensieri negativi, che a loro volta inducono comportamenti negativi, possono essere identificati dando spazio a nuove e creative vie di risposta positive (Fortney et al., 2013).

Mealer (2014) afferma che è possibile migliorare la resilienza attraverso un programma di intervento mirato che, per mezzo di sessioni di scrittura riflessiva guidata da esperti, sessioni di meditazione, esercizio fisico aerobico e colloqui personali con *counselor*, improntati su argomenti quali il senso di inadeguatezza e i conflitti, promuove le strategie di *coping* individuali e al tempo stesso incrementa la flessibilità cognitiva, che risultano essere due caratteristiche essenziali per lo sviluppo della resilienza.

Infine McDonald (2015) individua tre aspetti che rivelano come gli infermieri affrontino con diverse strategie le avversità dell'ambiente lavorativo. Le tre aree individuate sono: il supporto delle reti sociali, le caratteristiche personali e l'organizzazione del lavoro. Il supporto delle reti sociali, ovvero il sostegno tra colleghi di lavoro, risulta essere una essenziale ed effettiva forma di protezione dagli eventi avversi lavorativi.

Tra colleghi, nel corso degli anni, si costruiscono relazioni di reciproco aiuto attraverso la condivisione di esperienze analoghe che consentono di affrontare le sfide lavorative quotidiane in modo positivo. Viene evidenziata, inoltre, l'importanza del sostegno esterno rappresentato dalle buone relazioni familiari, di amicizia e sentimentali, in quanto favoriscono l'autostima e accrescono la sicurezza emotiva personale.

Le caratteristiche personali, ovvero, il credere in sé stessi e nelle proprie abilità, aiuta a perseverare di fronte alle avversità determinate dall'ambiente lavorativo. Alimentare la propria autocura con attività di svago (es. yoga, musica, lettura, giardinaggio, danza) e la propria motivazione attraverso l'individuazione di modelli di comportamento positivi aumenta la propria autostima. L'organizzazione del lavoro, ovvero il trovare un proprio spazio di autonomia all'interno del proprio ruolo nell'organizzazione, aiuta a far fronte alle difficoltà lavorative.

Discussione

Dalla letteratura si evince un'attenzione crescente rispetto al fenomeno della resilienza, che trova riscontro in vari fenomeni:

- da una ricerca condotta in *PubMed* e *Cinahl* su riviste infermieristiche si evidenzia che la *resilience* è stato oggetto del 22% delle pubblicazioni datate 2011 – 2012: sono stati reperiti ben 199 articoli;
- la *North American Nursing Diagnosis Association* nel 2009 ha inserito la resilienza tra le diagnosi infermieristiche del gruppo "Integrità dell'io", intesa come la capacità di sviluppare e utilizzare le competenze e comportamenti per integrare e gestire esperienze di vita. (Limardi et al., 2013).

Agli infermieri, sia a livello nazionale, sia a livello internazionale, quotidianamente viene richiesto di garantire alti livelli di prestazioni sanitarie in contesti lavorativi in cui le risorse, umane e strumentali, sono limitate (Gelling, 2014). Pertanto il termine resilienza viene considerato con crescente interesse, come strumento essenziale al fine di affrontare al meglio la propria attività.

Dalla ricerca si rileva che le qualità resilienti sono presenti in misura diversa negli individui fin dalla nascita, ma allo stesso tempo possono essere potenziate in modo diverso durante l'arco della vita. Si evince pertanto, che la resilienza avrebbe una doppia natura: di tratto, ossia insieme di caratteristiche personali definibili anche come doti innate (Wagnild 1993), e di processo, ossia l'insieme delle risorse utili a far fronte alle difficoltà che possono essere potenziate durante la vita (Grafton et al., 2010).

Nell'attuale contesto sanitario italiano, caratterizzato spesso da stress, turnover e riduzione della soddisfazione lavorativa, diventa essenziale individuare strategie per aiutare gli infermieri a potenziare la propria resilienza. Le strutture organizzative dovrebbero fornire agli infermieri la possibilità:

- di uno spazio ambientale utile per riflettere sulle esperienze vissute nei contesti di lavoro con i colleghi;
- di sessioni di scrittura riflessiva guidata da esperti;
- di sessioni di meditazione che stimolino il controllo della mente con lo scopo di favorire la conduzione dell'evento stressante;
- di colloqui personali improntati su argomenti quali il senso di inadeguatezza e i conflitti.

Tutto questo promuove le strategie di *coping* individuali e al tempo stesso incrementa la flessibilità cognitiva, che risultano essere due caratteristiche essenziali per lo sviluppo della resilienza.

Un obiettivo importante del sistema sanitario italiano è quello di valorizzare la qualità delle cure erogate ai cittadini; al fine di poter perseguire tale obiettivo, non è sufficiente prendere in considerazione solo la professionalità degli infermieri, bensì diviene fondamentale occuparsi anche del loro benessere psicofisico.

Conclusioni

Alla luce di quanto emerso dalla revisione, è possibile affermare che gli individui non nascono resilienti, bensì dotati di qualità che, se adeguatamente sviluppate e potenziate, rendono la persona un individuo resiliente.

Dal momento in cui la resilienza può essere sviluppata attraverso determinate strategie, diventa rilevante per gli infermieri esserne consapevoli e adottarle. Nei contesti sanitari attuali, caratterizzati da sempre maggior stress, riduzione della soddisfazione lavorativa e turnover, la resilienza diventa un'importante caratteristica personale da coltivare.

Hodges (2005) teorizza che il futuro dell'infermieristica richieda una preparazione professionale che enfatizzi un pensiero innovativo, flessibile e riflessivo, dove siano trattate la resilienza e la resistenza professionale, per meglio preparare gli infermieri alle realtà dell'ambiente lavorativo (Grafton et al., 2010). In altre parole, si riscontra la necessità di introdurre fin dalla formazione di base interventi di sviluppo della resilienza personale, attraverso la condivisione tra docenti e tutor del Corso di Laurea in Infermieristica di obiettivi comuni, che possano potenziare strategie interpersonali e psicosociali che aiutino gli studenti in una transizione di successo verso le sfide e le pressioni del mondo del lavoro, incoraggiando il loro attivismo sociale per portare alla creazione di un ambiente di lavoro più comprensivo, accogliente e solidale. Il percorso di apprendimento non dovrebbe focalizzarsi esclusivamente sull'apprendimento di nozioni scientifiche e abilità tecniche: dovrebbe essere più ampio, includendo anche quelle competenze sociali ed emotive fondamentali per un approccio positivo a situazioni difficili.

Inoltre, diviene necessario anche per gli infermieri avviare interventi di sviluppo della resilienza personale come risorsa da acquisire nelle occasioni di apprendimento post-base e aggiornamento continuo, al fine di migliorare le risorse emotive di *coping*.

Se a quanto sopra descritto si aggiunge che ciascun professionista sanitario è chiamato, dalle norme deontologiche che ne regolano l'operare, a impegnarsi nell'apprendimento continuo e allo sviluppo delle competenze, diviene fondamentale per il professionista rendersi consapevole del proprio bisogno formativo ed esplicitarlo, affinché possano essere attivati percorsi formativi *ad hoc* che vedano l'infermiere come risorsa attiva nella progettazione, promozione e svolgimento di attività di formazione.

BIBLIOGRAFIA

- Batten M, Russell J (1995). Students at risk: a review of Australian literature. Australian Council of educational research, 1995: 1980-94.
- Connor K, Davidson MD (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18: 76-82.
- Cyrulnik B, Malaguti E (2005). *Costruire la resilienza*. Trento: Centro Studi Erickson.

- Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D (2013). Abbreviated Mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med*, 11: 412-2.
- Cresti S. L'elasticità di resilienza. <http://www.accademiadellacrusca.it/it/lingua-italiana/consulenza-linguistica/domande-risposte/l-elasticit-resilienza/> u.c. 2.01.2017.
- Gelling L (2014). An insight into nursing today. *Nurse Researcher*, 4:5.
- Grafton E, Gillespie B, Henderson S (2010). Resilience: the power within. *Oncol Nurs Forum*, 37: 698-705.
- LeDoux E (2014). Coming to terms with fear. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 111: 2871-8.
- Limardi S, Alvaro R, Rocco G, Stievano A, Vellone E, De Marinis MG (2013). Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico. *L'infermiere* nr. 4:16.
- Mealer M, Jones J, Moss M (2012). A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive Care Med*, 38: 1445-51.
- Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, Moss M (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *Am J Crit Care*, 23: 97-105.
- McAllister M (2013). Resilience: a personal attribute, social process and key professional resource for the enhancement of the role. *Prof Inferm*, 60: 55-62.
- McDonald G, Jackson D, Vickers MH, Wilkes L (2015). Surviving workplace adversity: a qualitative study of nurses and midwives and their strategies to increase personal resilience. *J Nurs Manag*, 1-9.
- Miyoung K, Winsor C (2015). Resilience and work-life balance in first-line nurse manager. *Asian Nurs Res*, 9: 21-7.
- Moran R (2012). Retention of new graduate nurses. *J Nurses Staff Dev*, 28: 270-3.
- Richardson GE (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *J Clinical Psychol*, 58: 307-21.
- Wanild GM, Young HM (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas*, 1: 165-78.
- Zander M, Hutton A, King L (2013). Exploring resilience in paediatric oncology nursing staff. *Collegian*, 20: 17-25.

ESPERIENZE

L'uso di Scale nell'accertamento delle Diagnosi Infermieristiche per l'assistenza ai Caregiver

di **Giulia Graziano (1)**, **Denise Manfredi (2)**, **Sandra Scalorbi (3)**

(1) Infermiera - AUSL Bologna

(2) Infermiera - Università di Bologna

(3) Coordinatore didattico CdL in Infermieristica, Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Corrispondenza: giulia.graziano1901@gmail.com

Il caregiver è colui che si prende cura e assiste direttamente un'altra persona, il care recipient. Il caregiver riveste un ruolo imprescindibile per la presa in carico di un assistito, rientrando a pieno titolo nella pianificazione infermieristica.

I caregiver informali spesso sono familiari del paziente: essi si trovano a ricoprire un ruolo che non hanno scelto, per questo ai fini di evitare il *burden*, ovvero un carico eccessivo di responsabilità che determina una sensazione di sconforto, isolamento e idea di sentirsi imprigionato in un ruolo, è importante individuare i bisogni del caregiver stesso (Scalorbi, 2012; Pearlin et al., 1990).

Per poter individuare i bisogni del caregiver è necessario utilizzare un strumento di accertamento che permetta da un lato di standardizzare la raccolta dati, dall'altro di far emergere le necessità individuali del caregiver, rispetto alle quali, poi, pianificare gli interventi personalizzati. Tra le scale oggi a disposizione per questo fine possiamo indicare:

- la *Zarit Burden Interview*. E' una scala validata finalizzata ad accertare il sovraccarico di tensione (*burden*) soggettivo a cui è sottoposto un caregiver (Chattat et al., 2011). La versione originale della scala e quella validata in italiano dal *Mapi Research Trust* (2014) sono composte da 22 item. Ideata nell'ambito delle malattie del sistema nervoso e della psichiatria, è stata però anche applicata in altri campi, come quello oncologico;
- la *Caregiver Reaction Assessment Scale* (CRA). Valuta le conseguenze gravose che mettono a rischio la salute del caregiver familiare, attraverso l'uso di 24 item raggruppati in 5 categorie: autostima, agenda, supporto, finanza e salute. Si tratta di uno strumento facilmente utilizzabile, attendibile e affidabile per la misurazione tanto delle reazioni positive quanto di quelle negative (Lucchiari et al., 2010).

La Diagnosi 00061 *Tensione nel ruolo di caregiver* si definisce come la difficoltà a svolgere il ruolo di caregiver per un familiare o un'altra persona significativa (Herdman & Kamitsuru, 2014). La versione più recente inserita nella classificazione NANDA 2015 – 2017 riporta le caratteristiche definenti e i fattori correlati, raggruppati rispettivamente in 6 e in 7 macrocategorie. Tra queste, per le caratteristiche definenti le attività di assistenza, lo stato di salute del caregiver e i processi familiari mentre per i fattori correlati stato di salute del care recipient, relazione caregiver – care recipient e risorse.

Col nostro studio abbiamo utilizzato strumenti validati nell'accertamento del carico di tensione a cui è sottoposto un *caregiver* di una persona malata di tumore, verificando se permettono una raccolta dati completa sugli aspetti che influiscono negativamente sul *caregiver*, sull'impegno che gli viene richiesto e quindi di conseguenza anche sullo stato di salute del *care recipient*, favorendo l'individuazione di interventi infermieristici specifici. Un aspetto che abbiamo tentato di inquadrare particolarmente è la validità delle scale prescelte per accertare la Diagnosi NANDA-I 2015-2017 00061 *Tensione nel ruolo di caregiver* (Herdman. & Kamitsuru, 2014).

Il nostro percorso

L'indagine condotta su *caregiver* di pazienti oncologici seguiti a domicilio dalla Fondazione ANT di Bologna, a cui è stato somministrata la Scala di Zarit, ha fatto emergere che 2 *caregiver* su 35 su un campione di 35 dimostravano un leggero sovraccarico di tensione, con 46 e 48 punti.

E' stato svolto poi uno studio attraverso la distribuzione della CRA ai *caregiver* delle donne con tumore alla mammella socie di *Il seno di poi ONLUS* e *Dipetto* della Provincia di Bologna. Dai valori medi calcolati si evince che nella classe "Problemi di salute" il risultato è 3 (valore di tipo intermedio), quindi l'impatto sulla salute del *caregiver* è presente, ma non elevato. L'impatto non è risultato rilevante nelle altre classi.

Per valutare il raggiungimento degli obiettivi, oltre alle singole raccolte dati con i due questionari, è stato effettuato un confronto per ciascuna scala con le caratteristiche definenti e i fattori correlati della diagnosi in oggetto. I singoli item delle due scale, Zarit e CRA, sono stati analizzati con lo scopo di rintracciarvi almeno 1 (o più) caratteristiche definenti e/o fattori correlati di *Tensione nel ruolo di caregiver*, al fine di diagnosticarla. Per quanto riguarda la Scala di Zarit, dall'analisi è emerso che il questionario prende in considerazione tutte le macrocategorie dei fattori correlati mentre per quanto riguarda le caratteristiche definenti non indaga la macrocategoria "Relazione *caregiver* – persona assistita". Inoltre è da approfondire nell'item 10 la dimensione di salute con un'intervista semistrutturata, in quanto non è specificato se si fa riferimento alla salute fisica o anche emozionale e socioeconomica del *caregiver*.

Per quanto riguarda il confronto tra la Scala CRA e *Tensione nel ruolo di caregiver* (00061) (Herdman et al., 2015) è emerso che la *Caregiver Reaction Assessment Scale* indaga la maggior parte delle caratteristiche definenti e dei fattori correlati della Diagnosi stessa, escludendo la categoria "Relazione *caregiver* – persona assistita" delle caratteristiche definenti e la classe "Stato di salute della persona assistita". Inoltre si osserva che l'item 21 della Scala è l'unico che considera i problemi relativi alla famiglia; per questo motivo l'argomento sarebbe da approfondire in fase di accertamento.

Infine entrambe le scale consentono un accertamento nella dimensione psicologica, per questo a livello infermieristico si dovrebbero eseguire ulteriori verifiche per ottenere maggiori informazioni relative alle altre dimensioni della persona.

Nella classificazione NANDA-I 2015-2017 le caratteristiche definenti e i fattori correlati non presentano una definizione tale da consentire una attribuzione di significato univoca, pertanto l'analisi della scale è stata eseguita su una base soggettiva, attraverso un'interpretazione personale degli indicatori diagnostici (caratteristiche definenti e fattori correlati).

Dopo l'analisi delle singole scale è stato svolto un confronto tra le due, con l'obiettivo di far emergere la completezza delle stesse nell'accertamento della diagnosi in oggetto. Il confronto ha messo in luce alcuni aspetti.

Per quanto riguarda le caratteristiche definenti, entrambe le scale non fanno riferimento alla categoria "Relazione caregiver – persona assistita".

Per quanto riguarda i fattori correlati, la scala di Zarit indaga con uno o più item tutte le categorie dei fattori correlati, al contrario della CRA, che invece si concentra prevalentemente su "Processi Familiari", "Risorse" e "Fattori Socioeconomici". In ogni caso tutti i fattori correlati risultano complessivamente indagati. Sovrapponendo le due scale si constata che l'accertamento della Diagnosi 00061 è quasi completo, nonostante le scale siano incentrate su aspetti emotivi/affettivi e non pratici.

Conclusioni

Le due scale hanno contribuito in maniera efficace all'identificazione della Diagnosi 00061 *Tensione nel ruolo di caregiver*: analizzando le risposte fornite nei singoli quesiti è stato possibile verificare su quale fattore correlato e/o caratteristiche definenti fosse necessario agire con interventi mirati e personalizzati per caregiver e *care recipient*.

BIBLIOGRAFIA

- Chattat R. et al. (2011) The Italian version of the Zarit Burden Interview: a validation study. *International Psychogeriatrics*, 23:5, 797–805.
- Herdman, T.H & Kamitsuru, S. (a cura di). (2014) *NANDA International Diagnosi Infermieristiche: Definizioni e Classificazione, 2015-2017*. Milano, Ambrosiana.
- Lucchiari et al. (2010). Caratteristiche psicometriche della versione italiana della *Caregiver Reaction Assessment scale*. *Giornale di Psicologia*, 4(1), 39-48.
- Mapi Research Trust (2014) ZBI Zarit Burden Interview Version 1.0 Scaling and Scoring Version 3.0: June 2014.
- Scalorbi S. (2012) *Infermieristica preventiva e di comunità*. Milano: Mcgraw Hill companies, 157 - 161.
- Pearlin L.I. et al. (1990). Caregiving and stress process. An overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 30: 583-594.

ESPERIENZE

I bisogni informativi del paziente oncologico chirurgico

di **Flavia Garofoli (1)**, **Marina Galeotti (2)**, **Daniele Pecoraro (3)**, **Laura D'Addio (4)**

(1) Infermiera libero professionista – Firenze

(2) Infermiera, AOU Careggi – Firenze

(3) Infermiere, AOU Careggi – Firenze

(4) Dirigente delle Professioni Sanitarie, AOU Careggi – Firenze

Corrispondenza: flavi_th@hotmail.it

Negli ultimi anni, in Italia, importanti cambiamenti di approccio al paziente hanno posto in primo piano la rilevanza degli aspetti non clinici quando si mira a ricercare il miglior trattamento possibile per una malattia (Tamburini et al., 2003). La patologia oncologica, in particolare, modifica l'ordine e la natura dei bisogni informativi, che si fanno più evidenti e assumono un certo peso a seconda della fase del processo di cura che i pazienti stanno attraversando (Tamburini et al., 2000).

Sebbene il fornire informazioni ai pazienti sia ritenuto elemento di supporto fondamentale in oncologia per tutte le fasi di malattia (Husson et al., 2011), il bisogno informativo resta molto spesso inesaudito. Una revisione sistematica di 57 studi che ha quantificato la prevalenza dei bisogni insoddisfatti in soggetti affetti da diversi tipi di tumore in tutti gli stadi, ha messo in luce che ricevere informazioni è un'esigenza tra le più frequenti, in alcuni casi molto frequente, fino al 93% delle risposte dei rispondenti (Harrison, 2009).

I pazienti esprimono i loro bisogni diversamente in base all'età e al livello di istruzione (Gad Sondergaard, 2013), ma per i professionisti sanitari non è sempre facile individuarli: è stata infatti osservata una discrepanza fra le esigenze percepite dai pazienti e quelle percepite dai professionisti (Tamburini et al., 2000). Molto spesso i bisogni percepiti dagli assistiti non coincidono con ciò che, dall'altra parte, viene rilevato dai sanitari: molti fattori, ad esempio differenze di personalità, di classe sociale e di cultura (Mossman et al., 1999), possono creare barriere che impediscono alla persona malata di esprimere le proprie necessità, mentre dall'altra parte i professionisti sanitari tendono ad attribuire ai problemi una loro gerarchia che risulta essere differente dalla percezione dei problemi da parte dei singoli pazienti (Tamburini et al., 2003). Inoltre i professionisti spesso non sono disposti a dare ai pazienti la totalità delle informazioni che li riguardano, poiché può essere difficile per loro rivelare determinate notizie, in particolare quelle concernenti la prognosi (Fallowfield et al., 2001).

Nel corso degli ultimi anni lo sforzo che è stato fatto per aggregare la *realtà* del sanitario e la *realtà* del paziente ha portato all'elaborazione di numerosi strumenti che possono valutare qualità di vita, bisogni e soddisfazione delle cure (Tamburini et al., 2003).

Nel panorama italiano, l'Istituto Nazionale Tumori di Milano è stato protagonista dello sviluppo di un questionario validato (1997): si tratta del *Needs Evaluation Questionnaire*, (NEQ), uno strumento creato per l'analisi dei bisogni dei pazienti oncologici, dimostratosi utile a ottenere una visione sistematica e non distorta dei bisogni dei pazienti (Tamburini et al., 2000).

Sulla base di questa esperienza milanese, nel 2000 a Firenze il NEQ è stato utilizzato per indagare i bisogni dei pazienti degenti in un servizio di Medicina Generale. Sulla scia quella prima esperienza, questo studio ha avuto come obiettivo quello di indagare per la prima volta nella realtà fiorentina i bisogni informativi dei malati oncologici, attraverso l'utilizzo del NEQ; in particolare si sono esaminati i pazienti degenti in Chirurgia Oncologica.

Il nostro percorso

La popolazione oggetto di studio è rappresentata da 144 pazienti consecutivi delle UU.OO di Chirurgia Oncologica di un ospedale fiorentino, utilizzando il NEQ, questionario anonimo a risposta dicotomica che comprende domande relative ai bisogni informativi, relazionali, psicologici, sociali e pratici dei pazienti. La rilevazione dei dati è stata effettuata per un periodo di 75 gg., con la frequenza di due volte a settimana, nelle unità chirurgiche dell'ospedale. Per evitare di intralciare le attività assistenziali, prevalentemente effettuate al mattino, la rilevazione si è svolta nel pomeriggio.

Nei due mesi e mezzo in cui si è svolta la ricerca sono stati presi in esame 282 pazienti degenti in due servizi di Chirurgia Oncologica. Di essi 127 sono stati esclusi dallo studio perché non rientranti nei criteri di eleggibilità e 11 non hanno aderito allo studio. Di questi 11, solo 2 pazienti hanno mostrato disinteresse verso l'indagine, mentre i restanti 9 hanno dichiarato di non sentirsi fisicamente e/o psicologicamente in grado di effettuare la compilazione del NEQ. Pertanto i questionari restituiti sono stati in totale 144, di cui il 43% composto da donne e il 57% da uomini, aventi rispettivamente un'età media di 68 e 71 anni. Il livello di istruzione dei pazienti che hanno partecipato allo studio è la licenza elementare per il 40%, seguito in ordine dal diploma di scuola media superiore (29%), dal diploma di scuola media inferiore (23%) e dalla laurea (8%). Le patologie oncologiche trattate nei due servizi presi in considerazione riguardano intestino, stomaco, pancreas e fegato.

Il primo dato che emerge riguarda l'informazione su diagnosi e prognosi: si rilevano infatti un forte sbilanciamento e divario tra il bisogno di ricevere maggiori informazioni sulla propria diagnosi, espresso dal 36% dei pazienti, e il bisogno di avere più informazioni sulle proprie condizioni future, avvertito dal 60% dei pazienti (Figura 1).

Figura 1 - Necessità di informazioni sulle condizioni future

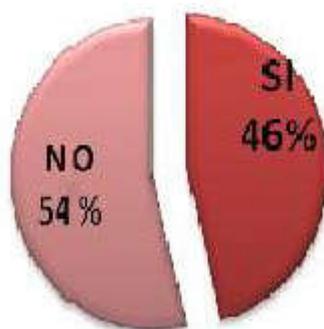
2) Ho bisogno di avere maggiori informazioni sulle mie condizioni future



Parallelamente emerge l'insoddisfazione di quasi la metà dei pazienti riguardo le informazioni sulla terapia: il 46% dei pazienti dichiara di aver bisogno di maggiori informazioni sugli esami diagnostici e il 42% di aver bisogno di maggiori spiegazioni sui trattamenti (Figura 2). A conferma di questa insoddisfazione di carattere informativo da parte di alcuni pazienti, rileviamo che il 33% di essi desidera ricevere informazioni più comprensibili da parte di medici e infermieri. Il 34% dei pazienti riferisce il bisogno di essere maggiormente rassicurato dai medici, mentre coloro che riferiscono di avere bisogno di maggiore dialogo con i medici rappresentano il 35%. Più bassa è la percentuale di coloro che invece chiedono una maggiore sincerità da parte dei medici (25%). Dalle risposte al questionario è emerso anche che solo il 23% dei pazienti avverte il bisogno di essere più coinvolto nelle scelte terapeutiche.

Figura 2 - Necessità di maggiori informazioni sulle indagini diagnostiche

3) Ho bisogno di avere maggiori informazioni sugli esami che mi stanno facendo



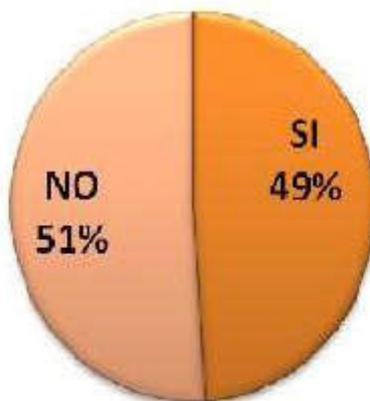
Interessanti sono i risultati relativi ad alcuni aspetti pratici dell'assistenza: il 35% dei pazienti ha bisogno di un maggior controllo dei propri disturbi (nausea, dolore, insonnia, ecc.), mentre solamente il 17% ha bisogno di maggior aiuto per mangiare, vestirsi e andare in bagno. Il bisogno di un maggior rispetto della propria intimità è avvertito dal 18% dei pazienti, una maggior attenzione da parte degli infermieri dal 21%.

Quasi la metà dei pazienti (46%) si lamenta dei servizi offerti dall'ospedale, quali i bagni, i pasti e la pulizia; servizi che, quando sono efficienti, contribuiscono a rendere meno pesante la degenza ospedaliera.

Il bisogno di avere più informazioni a carattere economico-assicurative è del 41% dei pazienti, mentre il bisogno di maggiori informazioni su un aiuto economico è del 19% dei rispondenti.

Interessanti sono i dati emersi dalle domande che indagano il bisogno di parlare con uno psicologo, con un assistente spirituale e con persone che hanno avuto la stessa esperienza (Figura 3): solamente il 13% dei pazienti afferma di voler parlare con uno psicologo e con un assistente spirituale, ma ben il 49%, quindi la metà dei pazienti intervistati, esprime il bisogno di parlare con persone con cui poter condividere l'esperienza della stessa malattia.

Per ciò che concerne la sfera socio-familiare, il 17% dei pazienti ha bisogno di essere maggiormente rassicurato dai familiari, il 38% ha bisogno di sentirsi più utile in famiglia, il 25% di sentirsi meno abbandonato a se stesso e il 20% di essere meno commiserato dagli altri.

Figura 3 - Necessità di dialogare con persone che hanno avuto la stessa esperienza di malattia**19) Ho bisogno di parlare con persone che hanno avuto la mia stessa esperienza**

Rispetto a quanto emerso, operando un confronto tra le risposte date dai due sessi, si nota che circa le domande di carattere informativo-relazionale e quelle relative agli aspetti pratici dell'assistenza non esiste una forte discrepanza fra le risposte date dagli uomini rispetto a quelle delle donne e le percentuali affermative dell'uno e dell'altro sesso tendono a equipararsi. Tuttavia una differenza più marcata fra uomini e donne emerge circa il bisogno di maggiori informazioni sulla propria diagnosi: è percepito dal 13% delle donne e da quasi il doppio degli uomini (25%). Anche sul bisogno di essere maggiormente rassicurati dai familiari si riscontra una significativa differenza: le risposte affermative delle donne (6%) rappresentano la metà di quelle degli uomini (12%). Ancora, il bisogno di sentirsi meno abbandonati a se stessi è avvertito dal 9% degli uomini e dal 17% delle donne.

Indagando il rapporto tra le risposte e alcune variabili, si rileva che per determinati bisogni emergono nette differenze fra le varie fasce di età: bisogni legati all'informazione e alla relazione si fanno più forti tra i rispondenti in età compresa fra i 71 e gli 80 anni rispetto alle altre fasce di età. In particolare il bisogno di avere maggiori informazioni sulla diagnosi è avvertito dal 13% dei pazienti di età 71-80 anni e solo dal 7% dei pazienti di età inferiore ai 60 anni e da poco più del 5% dei pazienti ultraottantenni. Per quanto riguarda le domande relative agli aspetti pratici dell'assistenza, non si riscontrano sostanziali differenze tra le risposte fornite dai pazienti appartenenti alle varie età. Circa la qualità dei servizi offerti dall'ospedale, i pazienti con età non oltre 70 anni avvertono maggiormente, rispetto agli ultrasessantenni, il bisogno di migliorare i bagni, i pasti e la pulizia.

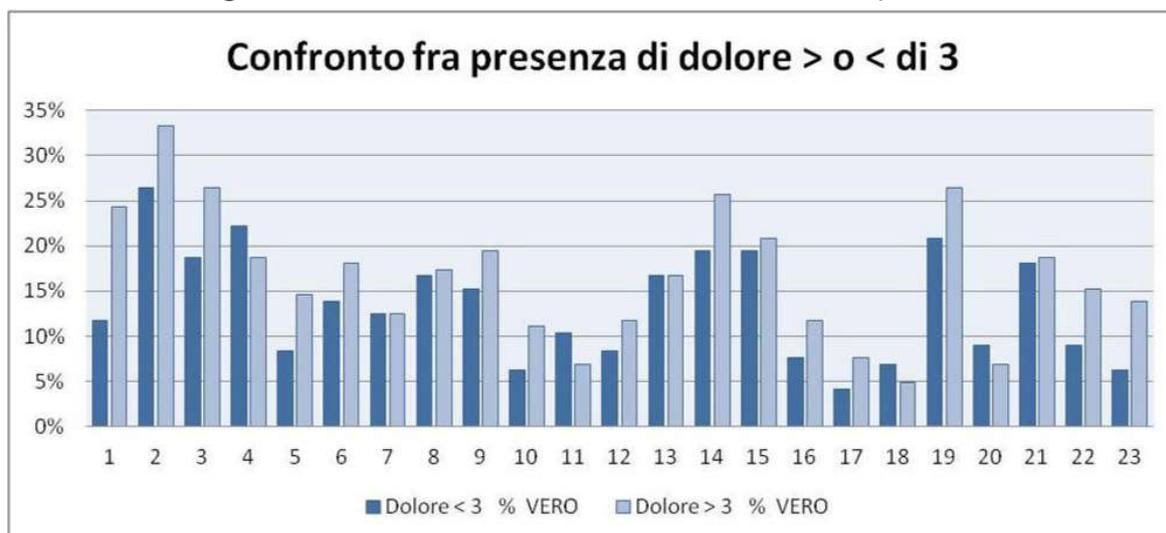
Il bisogno di parlare con persone che hanno avuto la stessa esperienza è percepito in maniera più netta dai pazienti che hanno un'età compresa fra i 71 e gli 80 anni, mentre tendono a equipararsi le percentuali delle restanti fasce di età. Rispetto alle domande relative alla sfera socio-familiare, si evidenzia come il bisogno di essere maggiormente rassicurati dai familiari si equipari nelle prime tre fasce di età, mentre subisca un calo fra i pazienti più anziani, mentre il bisogno di sentirsi meno abbandonati a se stessi viene sentito maggiormente dai pazienti della fascia di età compresa fra i 71 e gli 80 anni.

Esaminando le risposte alla luce del livello di istruzione emerge una certa disomogeneità fra le risposte, in particolare per alcune. Il bisogno di ricevere maggiori informazioni sulle condizioni future è quello in cui si evidenzia una notevole differenza fra i pazienti con istruzione elementare e tutti gli altri. Allo stesso modo, anche il bisogno di essere più coinvolti nelle scelte terapeutiche e il bisogno di ricevere informazioni più comprensibili dal personale sanitario sono avvertiti con frequenze più elevate dai pazienti con un livello inferiore di istruzione. Il bisogno di un dialogo maggiore con i medici e il bisogno di un maggior controllo dei disturbi vengono percepiti in maniera simile da coloro che hanno licenza elementare e superiore e con maggiore intensità rispetto a chi ha una licenza media o una laurea. Interessante è quanto emerge sul bisogno di parlare con persone che hanno avuto la stessa esperienza: si riscontra un'alta percentuale di risposte affermative da parte di chi ha un livello di istruzione elementare, mentre notevolmente più basse sono le percentuali degli altri pazienti. Questo dato è ricollegabile anche al fatto che maggiori risposte affermative a questa domanda sono state date da pazienti con un'età compresa fra i 71 e gli 80 anni.

Anche il bisogno di sentirsi più utili in famiglia e quello di sentirsi meno abbandonati a se stessi si riscontrano maggiormente tra coloro che hanno la licenza elementare.

Circa la presenza di dolore al momento della compilazione del NEQ, sono emersi dati significativi (Figura 4).

Figura 4 - Presenza di dolore al momento della compilazione



Del 36% dei pazienti che hanno espresso il bisogno di avere maggiori informazioni sulla propria diagnosi, il 25% presentava dolore >3 e il restante 11% dolore lieve o assente.

Del 17% dei pazienti che hanno affermato il bisogno di maggiore aiuto nel vestirsi, mangiare e andare in bagno, il 6% presentava dolore <3, mentre l'11% dichiarava di avere dolore >3. In merito all'ultima domanda, che indaga il bisogno di essere meno commiserati dagli altri, a cui aveva risposto affermativo il 20% degli intervistati, il 14% presentava dolore al momento della compilazione, e solo il 6% aveva dolore lieve o nullo.

Discussione

I dati emersi dallo studio presentano scenari di estremo interesse per i clinici. I bisogni ancora insoddisfatti che emergono offrono ai professionisti la possibilità di autovalutare il proprio operato e di porsi ulteriori domande riguardo la gestione dei pazienti oncologici in trattamento chirurgico.

L'alta percentuale di pazienti che esprime il bisogno di saperne di più sulle proprie condizioni future costituisce un dato significativo: infatti potrebbero non limitarsi alla prognosi più o meno infausta della malattia o al tempo di vita rimanente, in quanto si possono celare in questo bisogno aspetti essenziali della fase post-operatoria che sono da considerare e che potrebbero dare preoccupazioni al paziente. Gestire la propria stomia e imparare a convivere, assumere la terapia domiciliare nei modi corretti, porre una costante attenzione alla ferita chirurgica e saper riconoscere precocemente segni di complicanze, gestire il dolore e l'alimentazione: sono tutti elementi che fanno parte delle condizioni future di un paziente oncologico sottoposto a intervento chirurgico. Pertanto potrebbe essere opportuno valutare anche quanto il paziente sia stato adeguatamente informato riguardo a questi aspetti e se sia necessario o meno attuare un programma di educazione mirata. Considerando che la maggior parte dei pazienti che hanno espresso tale bisogno sono anziani e con un livello di istruzione elementare, potrebbe accadere che, senza un'informazione ed una educazione mirate per quell'età e per quel livello di istruzione, quel che viene comunicato non venga poi adeguatamente recepito e acquisito, in pratica vanificando l'azione dei clinici che pure viene svolta.

La famiglia è un elemento che influenza il paziente e il suo modo di vivere la malattia, quindi potrebbe essere valorizzato il suo ruolo anche nel processo informativo ed educativo legato a tutte le fasi della malattia. Per quei pazienti che lo indicano espressamente, al fine di non prevaricare sulle loro volontà, la difficoltà ad acquisire le informazioni dai medici e dagli infermieri potrebbe essere supportata da un caregiver scelto dal paziente stesso, in modo da facilitarne la comprensione.

Le carenze emerse rispetto alla parte informativa del processo di cura potrebbero inoltre far ipotizzare la necessità di uno o più strumenti informativi messi a disposizione dei pazienti all'interno del servizio, e nel caso in cui questi siano già stati predisposti valutarne l'effettiva efficacia e la possibilità di una revisione. Potrebbe essere utile ad esempio predisporre una brochure informativa incentrata sugli aspetti amministrativo-economici (es. ticket, invalidità, amministratore di sostegno), che indichi alla persona da chi e dove potersi meglio informare.

Altri dati che offrono spunti di miglioramento dell'assistenza sono quelli relativi al bisogno di parlare con uno psicologo, con un assistente spirituale e con persone che hanno avuto la stessa esperienza di malattia. Più che in altri setting clinici, qui il bisogno di condividere con chi ha già vissuto l'esperienza del cancro emerge in maniera forte rispetto a quello di parlare con psicologi o assistenti spirituali. Potrebbe pertanto essere un aiuto efficace per questi pazienti favorire degli incontri in cui questa condivisione e questo scambio di vissuti trovino uno spazio di attuazione.

Altro aspetto che incide notevolmente sulla qualità di vita in ospedale è l'ambiente stesso. La progettazione di ambienti tranquilli, adibiti unicamente al dialogo e allo scambio di informazioni, potrebbe essere un passo avanti verso un miglioramento dell'assistenza.

Operando un confronto trasversale fra i risultati del nostro studio e quelli dell'indagine svolta nel 2000 nello stesso ospedale emergono considerazioni interessanti (Tabella 1).

Le due indagini, a 13 anni di distanza l'una dall'altra, prendono in esame due realtà dello stesso ospedale: la Medicina Generale e la Chirurgia Maggiore, la prima caratterizzata da patologie di carattere internistico, la seconda centrata su patologie oncologiche addominali.

Tabella 1 - Confronto tra bisogni in Chirurgia Oncologica e in Medicina Generale

	HO BISOGNO DI	Oncologia 2014	Medicina 2000
1	Avere maggiori informazioni sulla mia diagnosi	36%	73%
2	Avere maggiori informazioni sulle mie condizioni future	60%	78%
3	Avere maggiori informazioni sugli esami che mi stanno facendo	46%	79%
4	Avere maggiori spiegazioni sui trattamenti	42%	74%
5	Essere più coinvolto nelle scelte terapeutiche	23%	64%
6	Che i medici e gli infermieri mi diano informazioni più comprensibili	33%	74%
7	Che i medici siano più sinceri con me	25%	59%
8	Avere un dialogo maggiore con i medici	35%	74%
9	Che alcuni miei disturbi (dolore, nausea, insonnia, ecc.) siano maggiormente controllati	35%	69%
10	Maggiore aiuto per mangiare, vestirmi, andare in bagno	17%	36%
11	Maggiore rispetto della mia intimità	18%	61%
12	Maggiore attenzione da parte del personale infermieristico	21%	54%
13	Essere più rassicurato dai medici	34%	71%
14	Che i servizi offerti dall'ospedale (bagni, pasti, pulizia) siano migliori	46%	76%
15	Avere maggiori informazioni economico-assicurative legate alla mia malattia (ticket, invalidità, ecc.)	41%	72%
16	Un aiuto economico	19%	50%
17	Parlare con uno psicologo	13%	39%
18	Parlare con un assistente spirituale	13%	44%
19	Parlare con persone che hanno avuto la mia stessa esperienza	49%	75%
20	Essere maggiormente rassicurato dai miei familiari	17%	42%
21	Sentirmi maggiormente utile in famiglia	38%	53%
22	Sentirmi meno abbandonato a me stesso	25%	49%
23	Essere meno commiserato dagli altri	20%	37%

I pazienti intervistati sono dunque di due tipologie diverse, quindi ci si aspetterebbero risultati dissimili: quelli esaminati dal nostro studio sono unicamente pazienti con diagnosi di tumore, mentre quelli selezionati dallo studio del 2000 presentano una vasta gamma di patologie.

Osservando le percentuali dell'uno e dell'altro studio possiamo evidenziare che, escludendo il bisogno di avere maggiori informazioni sulle condizioni future, che viene avvertito in maniera forte sia dai pazienti oncologici (60%) che dai non oncologici (78%), in generale i bisogni emergono maggiormente tra i pazienti delle Medicine rispetto ai pazienti delle Chirurgie Oncologiche.

Ad esempio il bisogno di avere maggiori informazioni sulla diagnosi vede il 36% dei pazienti chirurgici contro il 73% di quelli delle medicine; o il bisogno di essere più coinvolto nelle scelte terapeutiche avvertito dal 23% dei pazienti oncologici rispetto al 64% dei non oncologici; o ancora il bisogno di un maggior rispetto della propria intimità, dichiarato dal 18% dei pazienti delle chirurgie contro ben il 61% dei pazienti delle medicine.

Possiamo dedurre che i pazienti delle Chirurgie Oncologiche sono più soddisfatti, rispetto ai pazienti delle Medicine, del servizio offerto dai servizi in cui sono degenti e dal personale che vi lavora. In un ambiente dove si ha a che fare con patologie oncologiche sembra quindi essere prestata una maggiore attenzione ai bisogni dei pazienti.

Non possiamo però ignorare il fatto che le indagini sono state svolte a distanza di oltre 10 anni e che in questo intervallo di tempo le cure e l'assistenza non hanno subito un arresto, bensì hanno effettuato cambiamenti e miglioramenti. Pertanto il personale sanitario può aver dedicato in questi anni un maggior interesse anche nei confronti dei bisogni dei pazienti, determinando una maggiore soddisfazione di questi ultimi.

Non è da escludere comunque che il personale sanitario abbia da sempre avuto, più o meno inconsciamente, un atteggiamento e una impostazione particolari nei confronti di quei pazienti colpiti da patologie oncologiche, che dedichino loro un'attenzione speciale in conseguenza a ciò che il cancro suscita.

Conclusioni

Questo studio, seppur di evidente limitatezza, ha confermato il NEQ come uno strumento utile ed efficace.

I bisogni che restano più insoddisfatti tra i pazienti sono tre:

- ricevere maggiori informazioni sulle condizioni future;
- ricevere più informazioni sugli esami che vengono svolti;
- parlare con persone che hanno avuto la stessa esperienza di malattia.

Lo studio ha messo in luce aspetti dell'assistenza che potrebbero essere migliorati e ha quindi aperto delle possibilità di riflessione sul livello di assistenza attualmente erogato e sulla qualità della relazione di aiuto instaurata con i pazienti oncologici. Può offrire anche importanti spunti operativi alle équipe chirurgiche, quali la predisposizione o la rivalutazione di brochure informative, il coinvolgimento di un caregiver, la progettazione di incontri di condivisione e scambio di esperienze per i pazienti e la realizzazione di ambienti adibiti al dialogo e allo scambio di informazioni.

Il NEQ ha dimostrato una certa versatilità: oltre ad essere utilizzato a fini di ricerca, potrebbe essere inserito stabilmente nella pratica assistenziale quotidiana, divenendo uno strumento atto a rilevare i bisogni informativi dell'assistito all'ingresso e all'uscita dall'unità. Proposto poi periodicamente, ad esempio annualmente, potrebbe essere utile per misurare i miglioramenti intervenuti e le aree di bisogno degli assistiti su cui ancora vi è da incidere.

BIBLIOGRAFIA

- Tamburini, M., Gangeri, L., Brunelli, C., et al. (2003). Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. *BMC Cancer*, 3, 12.
- Tamburini, M., Gangeri, L., Brunelli, C., et al. (2000). Assessment of hospitalised cancer patient's needs by the Needs Evaluation Questionnaire. *Annals of Oncology*, 11 (1), 31-37.
- Husson, O., Mols, F., Van de Poll-Franse, L.V. (2011). The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Annals of Oncology*, 22 (4), 761-772.

- Harrison, D. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer*, 17 (8), 1117-1128.
- Gad Sondergaard, E., et al. (2013). A survey of cancer patients' unmet information and coordination needs in handovers – a cross-sectional study. *BMC Res Notes*, 6, 378.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer*, 84 (1), 48–51.
- Mossman, J., Boudioni, M., Slevin, M. L. (1999). Cancer information: a cost-effective intervention. *Eur J Cancer*, Oct; 35 (11), 1587-1591.

SCAFFALE

Il dolore alle soglie della vita - Dilemmi etici e necessità di dialogo in Terapia Intensiva Neonatale

Autore: Lucia Aite (a cura di)

Editore: Bollati Boringhieri, 2017

pagine 263, euro 24,00



Per chi “vive la TIN” (Terapia Intensiva Neonatale), come professionista o come genitore, questo di Lucia Aite è un testo che definirei “necessario”. Necessario perché attraverso un sapiente intreccio di riflessioni teoriche e testimonianze “a più voci” suscita quel coinvolgimento, affettivo e intellettuale insieme, che accompagna chi legge ad immergersi nell’irriducibile e spesso drammatica complessità della TIN.

Il viaggio dentro la TIN che propone Aite rende evidente come questo sia un luogo, uno spazio-tempo dove in forma condensata e concentrata si vivono tutte quelle emozioni ed esperienze che connotano la vita di ogni essere umano. Ciò che può essere sperimentato lungo il corso di una vita, in TIN viene vissuto nell’arco di pochi mesi, talvolta settimane o giorni: nascita e morte, speranza e disperazione, potenza e impotenza, ma soprattutto attesa, sospensione, incertezza. Gli interrogativi costanti sono sul “che fare”, “cosa è giusto fare?”, “qual è il bene per questo bimbo, per questa bimba, per

questa famiglia?”, “qual è il bene per nostro figlio, nostra figlia, la nostra famiglia?”, “quanto le scelte attuali condizioneranno in modo irreversibile gli scenari futuri?”. Domande che in contesti ordinari non sono altro che le domande educative fondamentali che accompagnano la crescita di ogni bambino e bambina, in questo contesto straordinario diventano domande che implicano decisioni, azioni immediate e difficili in cui può accadere di smarrire il senso complessivo del proprio agire, di agire scelte non condivise, di sentirsi agiti dalle possibilità date dalle tecnologie che consentono di mantenere in vita nelle condizioni più estreme, “a tutti i costi”.

L’originalità del volume risiede in primo luogo nella struttura di dialogica che lo caratterizza. Ogni tematica viene affrontata partendo da testimonianze di professionisti e genitori su cui si innescano “riflessioni a più voci” di altri professionisti, tra cui anche filosofi e poeti, che attraverso il loro sguardo peculiare e particolare offrono ulteriori riflessioni e sfumature di senso.

Questa modalità di sviluppo dei contenuti trasmette la “necessità del dialogo in Terapia Intensiva Neonatale”, mostrando il valore della pluriennale esperienza degli “incontri a più voci” tra professionisti, medici, infermieri, psicologi, bioeticisti e genitori, istituiti e soprattutto mantenuti negli anni presso il Dipartimento di Neonatologia Medica e Chirurgica dell’Ospedale Bambino Gesù di Roma.

Il percorso di accoglienza e di presa in carico dei piccoli e delle loro famiglie, spesso sin dalla gravidanza, è qui infatti documentato e testimoniato in ogni suo passaggio, mostrando con estrema concretezza come questi momenti di incontro siano uno strumento prezioso per orientare e sostenere sia la fatica quotidiana della cura in TIN, sia scelte più drammatiche e complesse come l'accompagnamento alla morte. Dar voce ai bisogni di "cura di chi cura" è infatti la condizione necessaria perché attraverso il riconoscimento e l'accoglienza non giudicante delle emozioni provate, attraverso la possibilità di pensarsi e sentirsi appartenenti ad un gruppo in cui elaborare e condividere scelte difficili ed estreme, sia possibile compiere nei confronti dei genitori e dei piccoli pazienti lo stesso movimento di accoglienza, accompagnamento e condivisione. E' questo il messaggio forte che dovrebbe essere raccolto e messo in pratica non soltanto in ogni TIN, ma in ogni luogo di cura, per evitare che l'inevitabile carico di emozioni difficili non riconosciute, condivise ed elaborate le renda intollerabili, al singolo e al gruppo.

La TIN è anche un contesto in cui si impongono dilemmi etici e decisioni gravose: individuare il miglior interesse per ogni piccolo paziente, se e come mantenerlo in vita, a quali costi, se e come trasformare il percorso di cura in un accompagnamento alla morte che, pur nell'estrema intensità del dolore, consenta al bambino di vivere al meglio questo tempo di vita, ai suoi genitori di accompagnarlo nella consapevolezza del loro insostituibile ruolo.

Cruciale in questi processi il ruolo del bioeticista che si implica offrendo una consulenza etica radicata nel *"tessuto autentico della vita"* (Faggioni, pag. 251) e accompagna l'equipe attraverso un percorso che, permettendo e legittimando l'espressione "delle contraddizioni e delle incoerenze della vita privata e professionale", conduce il gruppo verso decisioni condivise. *"Davanti al neonato che versa in condizioni di estrema gravità l'operatore oscilla tra il sentire e il pensare, tra l'angoscia di morte che spesso spinge a fare tutto il possibile [...] e l'interrogarsi, il riflettere sulle alternative e sugli scenari possibili che si hanno davanti. Si instaura una dinamica complessa, da cui si può venire travolti, quando l'angoscia spinge ad agire e non c'è nessuno con cui condividere la scelta e la responsabilità di fermarsi e chiedersi qual è il fine delle cure per quello specifico bambino"* (Aite, pag. 111).

Prepararsi a vivere i "momenti estremi", comunque connotati da una quota irriducibile di "solitudine e incertezza" (pag. 111), avendo interiorizzato come singolo e come équipe la consapevolezza che le cure palliative possono coincidere con il miglior interesse del bambino e della famiglia consente agli operatori di sostenere i genitori in questo percorso, nella consapevolezza di quanto sia per loro cruciale aver impresso nel cuore e nella carne la certezza di aver accompagnato il loro bambino nel miglior modo possibile. *"Curare non è solo combattere, è anche e profondamente imparare ad ascoltare, a essere con l'altro, a stare, comunque, ad accettare, nel confronto col limite che ci costituisce"* (Galeazzi, p.123).

La Aite mostra una TIN che si colloca nella prospettiva di Family Centred Care (FCC) e pone le premesse per ulteriori ampliamenti di prospettive quali quelle di Family Integrated Care (FiCare) in cui i genitori, sin dall'inizio sono protagonisti attivi, coinvolti nella cura del loro bambino. E' da chiedersi infatti quanto questa evoluzione della cura in TIN possa aver successo proprio in contesti come questi in cui la consuetudine delle "riflessioni a più voci" può configurarsi come solido fondamento. E' questo un testo utile per supportare e motivare le équipe che già operano in queste prospettive, per motivare all'urgenza di un cambiamento di prospettiva in quelle ancora lontane.

Coinvolgere i genitori, considerarli realmente protagonisti attivi nella cura del loro bambino implica infine la necessità di riconsiderare la centralità del ruolo dell'infermiere.

Come ben osserva Chiara Rogora, in un contesto di TIN in cui non vi è sin dall'inizio un coinvolgimento dei genitori e gli accessi sono limitati *"I genitori spesso arrivano in TIN 'in punta di piedi', timorosi, spaventati [...]: non hanno uno spazio, non sanno dove mettersi, si sentono incompetenti, incapaci di guardare il loro bambino, figurarsi di toccarlo o parlargli sovrastando i rumori delle macchine che invadono l'ambiente. [...] per gli operatori a volte sono un intralcio, specie se si devono affrontare pratiche mediche urgenti, per lo più invasive, che i genitori non riescono a comprendere. Per questo il loro spazio è relegato a pochi accessi. [...] Le mamme [...] davanti alle mani esperte delle infermiere o del medico, che manipolano il corpicino martoriato del bambino, si fanno piccole, temono di sbagliare, di 'fargli male'"*. (pag. 96).

Diverso è invece lo scenario che si osserva nelle TIN^[1], purtroppo ancora poche nella realtà italiana, in cui sin dai primi momenti i genitori vengono accompagnati, sostenuti e incoraggiati ad essere vicini al loro neonato, anche quando versa in condizioni estremamente critiche. I sentimenti di colpevolezza e incompetenza vengono attenuati, quando infermieri e infermiere accolgono i genitori trasmettendo loro l'importanza della vicinanza, del contatto anche incerto, esitante, con le mani di mamma e papà, quando per medici e infermieri l'accoglienza tempestiva in TIN dei genitori è considerata una priorità assistenziale.

"Il ruolo particolare degli infermieri, interfaccia tra medici e genitori, chini per ore a prendersi cura dei piccoli pazienti, pronti a cogliere le sfumature della vita, ma anche della sofferenza dei loro volti" (Faggioni, pag. 252) emerge tra le righe di molti interventi e testimonianze, rendendo evidente come la qualità della presenza di questa figura professionale possa fare la differenza nell'esperienza di vita dei piccoli pazienti e dei loro genitori. *"Chi sta vicino al corpo, sta anche più vicino al saper tacere o dire con semplicità? Gli infermieri hanno le mani, hanno gesti precisi che accudiscono e dicono. Toccano. Vorrei che toccassimo tutti. Toccare. Con mani. Con parole."* (Chandra Livia Candiani, pag. 93).

L'auspicio è che in un futuro molto prossimo la voce degli infermieri che assistono, accompagnano e sostengono "da vicino" la quotidianità dei piccoli e dei loro genitori in TIN, sia ancor di più testimoniata.

Giovanna Bestetti

Psicopedagogista - Associazione IRIS Milano

NOTE

[1] Ho potuto osservare questa diversità di scenari in alcune TIN come ad esempio dell'Ospedale A. Manzoni di Lecco e dell'Ospedale degli Infermi di Rimini in cui è evidente come la presenza attiva dei genitori in Reparto e la reale apertura H24 sia stata possibile, nonostante ambienti affatto favorevoli, grazie agli ampi "spazi della mente" (pag. 95) e del cuore di infermieri e medici.

SCAFFALE

Pronto soccorso. Storie di un medico empatico

di Pierdante Piccione, Pierangelo Sapegno
 Editore: Mondadori, 2017
 pagine 221, euro 15,30



Si impara di più da ciò che si ricorda o da ciò che si è dimenticato? Contrariamente alla risposta di senso comune, preparatevi a una sorpresa: da un'amnesia può venire un insegnamento molto importante. Più precisamente: da un'amnesia può derivare la presa di coscienza che la professione infermieristica nella nostra società ha attraversato una mutazione molto significativa; e ciò ha portato a un cambiamento nelle relazioni tra coloro che, a diverso titolo, esercitano la professione di cura.

Ma procediamo con ordine. All'inizio c'è un infausto incidente automobilistico. Ne è vittima, alla fine del mese di maggio 2013, il dott. Pierdante Piccioni. E' primario di pronto soccorso nell'ospedale di Lodi. Le notizie le abbiamo di prima mano, perché ha scritto un libro, intitolato appunto *Pronto soccorso* (Mondadori, 2017). L'incidente è solo l'antefatto: il libro racconta la sua vita ospedaliera, due

anni dopo l'evento, quando ha ripreso il ruolo di primario in un altro pronto soccorso. Dall'incidente ha avuto salva la vita, anche se ha dovuto intraprendere un percorso riabilitativo che lo ha messo in grado di riparare i danni subiti. Tutti, meno uno: il trauma gli ha procurato un'amnesia, che ha cancellato 12 anni della sua vita. Quando si è risvegliato dal coma, per lui era come se fosse il 25 ottobre 2001, il giorno in cui ha accompagnato a scuola suo figlio che compiva otto anni. Gli anni che decorrono dal 2001 al 2013 sono evaporati, irrimediabilmente scomparsi. Anche questo aspetto autobiografico Pierangelo Piccioni l'ha raccontato in un libro: *Meno dodici. Perdere la memoria e riconquistarla: la mia lotta per ricostruire gli anni e la vita che ho dimenticato* (Mondadori, 2016).

Numerosi e vivaci sono gli episodi di quotidiana vita professionale che Piccioni riporta in *Pronto soccorso*, quando ha ripreso la sua attività di primario. A buon diritto, il libro reca come sottotitolo: "Storie di un medico empatico". Tra le tante piccole-grandi vicende che hanno luogo in pronto soccorso, ne evidenziamo una che ci riporta alla questione da cui siamo partiti: quanto si può imparare da ciò che non è più presente nella nostra coscienza. La vicenda è, a prima vista, banale. Un giorno il dott. Piccioni è chiamato per analizzare un paziente che è caduto e ha un'amnesia transitoria. Per valutare la gravità del sintomo, il medico gli pone delle domande: il suo nome, la data di nascita, abitazione... Tra i dati che gli sottopone per conferma, ne inserisce deliberatamente uno falso, una piccola trappola per controllare il suo grado di attenzione e memoria. Quando sente menzionare il dato sbagliato, l'infermiera presente interviene, correggendolo. Il medico le dice di tacere e prosegue con le sue domande a scopo diagnostico. Più tardi, quando incontra l'infermiera, il primario si accorge che è offesa.

Le spiega allora quale era il suo intento con la domanda sbagliata; senza riuscire, tuttavia, a cancellare il risentimento. “Neppure mio marito mi può ordinare di tacere”, gli dice l'infermiera. E prega il medico di non usare più con lei quel tono di comando perentorio.

Un piccolo aneddoto istruttivo. L'amnesia del medico ha coperto con un cono d'ombra ciò che nel frattempo è avvenuto nei 12 anni di buio nel mondo professionale infermieristico. Il medico si è rapportato con l'infermiera nel modo che era corrente prima del 2001.

Ignorava che in quel periodo di tempo scomparso dalla sua mente e dalla sua esperienza gli infermieri sono cambiati. I modi di rapportarsi del medico con l'infermiere, che erano normali e non suscitavano reazioni negative in quell'epoca, ora invece sono diventati intollerabili. Potremmo parlare di un “fenomeno Rip van Winckle”, con riferimento a una pagina di letteratura molto cara agli americani. Il racconto di Washington Irving che immagina la vicenda narra di un colono della Nuova Inghilterra che un giorno va nel bosco, incontra dei singolari personaggi (fantasmi?) che gli fanno bere un loro liquore e si addormenta. Al risveglio torna al villaggio, dove trova tutto cambiato: la moglie è morta, la sua bambina si è sposata... In breve: Rip van Winckle aveva dormito 20 anni. Il succo del racconto sta nella data. Il sonno di Rip van Winckle è avvenuto a cavallo del 1776, anno della dichiarazione di indipendenza degli Stati Uniti: si era addormentato come suddito inglese (e al risveglio si mette subito nei guai dichiarandosi suddito fedele di re Giorgio III...), per risvegliarsi come cittadino degli stati federali costituiti in repubblica.

Possiamo capire la pregnanza del racconto per gli americani. Ma, al di là dell'applicazione al sonno che rende inavvertiti i grandi cambiamenti storici e politici, lo possiamo riferire anche ad altre situazioni. Un fenomeno Rip van Winckle è anche - fatte tutte le debite differenze - ciò che ha vissuto il dott. Piccioni. Il buco nero della sua amnesia gli ha impedito di registrare il cambiamento epocale avvenuto nella professione dell'infermiere.

Per riprendere a esercitare la sua professione ha dovuto aggiornarsi sulle innovazioni scientifiche. E l'ha fatto in modo soddisfacente: ha avuto solo qualche piccola difficoltà prescrivendo farmaci che nel frattempo erano stati tolti dal prontuario... Ma l'aggiornamento scientifico non basta: dovrà anche registrare i cambiamenti intervenuti nelle professioni di cura e nei ruoli rispettivi. Il sospetto è che siano numerosi i medici che, senza amnesia clinicamente diagnosticata, continuano a rapportarsi con gli infermieri come se la transizione dal ruolo subalterno che era loro tradizionalmente attribuito a professionisti della cura, a pieno titolo, non abbia avuto luogo.

Sandro Spinsanti

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