

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LXI

5

ISSN 2038-0712

**SETTEMBRE-OTTOBRE
2017**



Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

INDICE

EDITORIALE

Rilanciare gli investimenti su personale e territorio: gli infermieri in prima linea
di Barbara Mangiacavalli

INFERMIERE & LAVORO

Quello che ci aspettiamo dal rinnovo del contratto della sanità
di Barbara Mangiacavalli e Saverio Proia

SCIENZE INFERMIERISTICHE

Creazione e validazione di una scala di valutazione del distress morale nell'infermiere penitenziario

di Chiara Muccio, Paolo Ferrara, Stefano Terzoni, Giulia Lamiani, Loris Bonetti, Luca Meani, Anne Destrebecq

L'advocacy nella professione infermieristica: un'analisi concettuale

di Rita Ventimiglia, Paola Arcadi

CONTRIBUTI

Profili di responsabilità del coordinatore infermieristico nella gestione dei farmaci: disamina delle interpretazioni giurisprudenziali dell'articolo 443 del Codice Penale

di Chiara Frigerio, Daniele Mattana, Carlotta Marconi, Francesca Spandri

Gestione infermieristica della temperatura target dopo arresto cardiaco: analisi della letteratura

di Francesco Matrone, Francesco Petrosino

ESPERIENZE

Bladder scanner ed ecografo in ausilio al cateterismo vescicale: un'esperienza in urologia
di Carlo Brachelente, Andrea De Simone

Coping e infermieri: come stiamo?

di Federico Garofalo, Roberta Oriani, Alfredo Diano

Il Primary Nursing un modello applicato, cronaca di un'esperienza di implementazione in due Strutture Complesse ospedaliere

di Marina Lemmi, Daniela Mecugni, Emanuela Vezzani, Giovanna Amaducci

Infermiere di Famiglia e Comunità: replicazione della survey svolta nel 2013

di Diletta Calamassi, Claudia Gardella, Arianna Mancini, Ludovica Tamburini

Lo Human Caring nella realtà sanitaria napoletana: risultati di un'indagine conoscitiva sul personale infermieristico attraverso l'uso della scala di valutazione delle cure (Survey 13, CFS-CPV)

di Loredana Lapia, Giuseppe Signoriello, Giuliana Masera, Piercarlo Brunetti, Vincenzo De Falco

SCAFFALE

Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni

di Alessandra Beghelli, Anna Maria Ferraresi, Monica Manfredini

Trattato di Medicina e Infermieristica - Un approccio di cure integrate vol.3

di Anna Brugnolli e Luisa Saiani

EDITORIALE

Rilanciare gli investimenti su personale e territorio: gli infermieri in prima linea

di **Barbara Mangiacavalli**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

E' ormai più che evidente che i problemi della sanità siano sempre gli stessi: poco personale per la carenza ormai dilagante legata ai blocchi di assunzioni e turn over e sul territorio cittadini che segnalano scarsa assistenza medico-infermieristica (meno di uno su tre) e lunghe liste di attesa per l'accesso alle strutture (uno su cinque), anche per i costi eccessivi della degenza (per quasi due su cinque) delle strutture residenziali come RSA e lungodegenze.

L'ultima conferma - se ce ne era bisogno - è arrivata dal XX Rapporto Pit Salute di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, dal titolo "Sanità pubblica: prima scelta, ma a caro prezzo".

Anche solo il titolo non lascia dubbi sulla gestione del sistema che non mette davvero al centro i bisogni dei cittadini, ma quelli del sistema, sempre più sottofinanziato e in sofferenza nonostante la qualità per quanto riguarda i professionisti che ne rappresentano l'anima operativa.

La notizia buona è che la malpractice per l'assistenza ospedaliera diminuisce, anche se il poco personale che c'è fa lievitare i tempi per accedere alle visite specialistiche con un valore che passa dal 34,3% del 2015 al 40,3% del 2016. Per gli interventi chirurgici va un po' meglio: il 28,1% delle segnalazioni contro il 35,3% nel 2015, ma va ancora una volta male per le liste di attesa per gli esami diagnostici (dal 25,5% 2015 al 26,4% del 2016).

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.

I blocchi del turn over e le politiche di risparmio di spesa hanno provocato in questo senso danni all'assistenza e lo dimostra il fatto che il Pit salute ha rilevato le lamentele dei pazienti che non trovano infermieri (ma non solo) a sufficienza in ospedale per garantire servizi e assistenza di qualità e tempestiva come spesso i bisogni dei pazienti richiedono".

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 con Cittadinanzattiva l'Osservatorio civico sulla professione: siamo pronti ad affrontare le critiche se la qualità del lavoro non va - e la critica non è mai questa -, ma non possiamo caricarci di responsabilità anche quando a far girare male le cose è una organizzazione che tiene conto solo dei risparmi possibili.

La cosa più grave però è proprio la denuncia del Pit sulle dimissioni ospedaliere sempre più anticipate e complesse a fronte di una rete dei servizi socio-sanitari territoriali non in grado di dare risposte alle persone in condizioni di "fragilità", come gli anziani soli, le persone non autosufficienti o con cronicità, quelle con sofferenza mentale.

E' proprio l'invecchiamento e la cronicità delle patologie che fanno esplodere la domanda di prestazioni infermieristiche. E gli infermieri lo sanno e sanno di dover quindi affrontare nuove sfide anche attraverso diverse impostazioni dell'organizzazione del lavoro.

Gli infermieri devono saper riconoscere oltre a quelli clinici, anche i bisogni assistenziali ed emotivi dei pazienti e delle loro famiglie, saper affrontare il dolore e la malattia e gestire il prima, il durante, ma anche il 'dopo', rispetto a problematiche diverse dall'assistenza in acuzie e post-acuzie. Per questo è indispensabile che gli infermieri ci siano, siano sufficienti e siano coinvolti in prima persona oltre che nell'assistenza anche nell'informazione e nell'educazione ai malati e ai 'sani' perché si possano prevenire le patologie".

Ha ragione il Pit: vanno rilanciati gli investimenti sul Ssn in termini di risorse economiche, di interventi strutturali per ammodernamento tecnologico ed edilizia sanitaria e, soprattutto, sul personale sanitario.

Non si può proseguire ignorando che i problemi della sanità non sono il personale e come questo lavora. Anzi, questa è la soluzione delle soluzioni. I veri problemi sono l'indifferenza in cui si trova l'organizzazione dei servizi che è considerata sempre più ogni anno che passa una fonte possibile di risorse per un sistema che in cambio non dà ai cittadini quell'assistenza che le parole e gli atti promettono.

Il sottofinanziamento è una parola ricorrente nel Ssn. Eppure di risorse al vento ce ne sono. Come quelle della medicina difensiva. Oppure anche delle numerose ipotesi di reato contro il patrimonio che nelle aziende sanitarie la Corte dei conti elenca ogni anno. E così via per importi che sono miliardari e che, se recuperati, sarebbero se non altro sufficienti a far crescere il sistema senza tagli ulteriori.

Come infermieri stiamo cercando di dare il massimo sviluppo alla professione, dai corsi di alta professionalità alle figure di specialisti che ormai sono nella vita di tutti i giorni di molte Regioni, ma che non riescono a essere istituzionalizzati secondo la regola delle cure uguali ovunque e per tutti.

Nel Rapporto Oasi 2017 della Bocconi c'è un intero capitolo che dice in sintesi ciò che rappresenta l'evoluzione necessaria del modello di assistenza del Servizio sanitario nazionale e che si basa non su ipotesi, ma su una ricerca reale effettuata per Oasi: "La 'questione infermieristica' è di fondamentale importanza e da essa dipende, in larga parte, la possibilità del sistema di fare fronte alle sfide del futuro. La ricerca ci consegna la fotografia di una situazione positiva rispetto a quella che era una 'professione ausiliaria' qualche decennio fa, ma mostra anche come molti nodi siano ancora da sciogliere, in un complesso intreccio di elementi quantitativi e di problemi legati agli assetti organizzativi e contrattuali nei quali la professione opera".

E allora? Come va affrontata quella che si presenta come una evoluzione naturale dell'assistenza e che invece trova per una sua ufficializzazione mille ostacoli su un percorso che a livello locale sembra ormai abbracciato dalla maggior parte delle aziende, pubbliche e private?

Oasi dice che per quanto attiene all'approfondimento specialistico nell'area professionale di riferimento, quella infermieristica appunto, l'88% delle aziende del campione individua competenze specialistiche infermieristiche distintive. In particolare, si tratta del 100% delle aziende private, contro l'85% delle aziende pubbliche e che la sua ricerca ha messo in evidenza come siano ormai diffuse nelle organizzazioni forme di specializzazione della professione infermieristica.

Nelle aziende pubbliche è consolidato un forte numero di forme di assunzione di ruoli gestionali da parte degli infermieri, segno di una disponibilità della professione a farsi carico dei nuovi fronti di responsabilità che si aprono con le riorganizzazioni che stanno caratterizzando il settore pubblico.

Ma Oasi dice anche che lo sforzo maggiore che la professione è chiamata ad affrontare riguarda l'apertura a logiche e strumenti di tipo manageriale sempre più generali e lontani dai contenuti professionali di origine. Si aprono nuove prospettive di ruolo, rispetto alle quali può essere utile cogliere per tempo quali siano le competenze da sviluppare per sostenerne l'assunzione.

Gli infermieri sono pronti a tutto questo. Ma la professione non ce la fa senza che siano consolidate le basi di un sistema ridisegnato sulla carta e penalizzato nei fatti se non dai tagli, dall'indifferenza rispetto alla sua potenzialità di crescita.

L'ho già detto più volte, ma lo ribadisco qui: gli operatori del Ssn non ce la fanno più e se nella spesa ancora ci sono rami secchi da tagliare per raggiungere un vero equilibrio senza manovre locali, i bisogni dei cittadini e il loro soddisfacimento dicono chiaramente che senza personale e senza che questo possa lavorare in modo appropriato, il Ssn resterà presto solo una questione contabile e non più di salute. Le istituzioni sono avvertite: il Ssn va rimodellato e la questione del personale affrontata senza placebi o soluzioni di facciata, ma come priorità perché senza personale e senza una nuova politica assistenziale riconosciuta a livello nazionale l'Italia rischia di restare indietro e chi vive nella nostra nazione di perdere pezzi importanti ed essenziali di un'assistenza che così perde la sua qualità.



INFERMIERE & LAVORO contratti – normativa e giurisprudenza

Quello che ci aspettiamo dal rinnovo del contratto della sanità

di Barbara Mangiacavalli e Saverio Proia

Si è avviata la trattativa presso l'Aran per il rinnovo del contratto del personale dipendente del SSN, dirigenza medica e sanitaria compresa, dopo oltre otto anni di moratoria contrattuale.

Le attese sono tante: il SSN è notevolmente mutato e in maniera turbinosa dall'ultimo rinnovo contrattuale: ospedali a intensità di cura, ospedali di comunità e reparti a gestione infermieristica, implementazione delle competenze infermieristiche, infermiere di famiglia, cure primarie territoriali 7 giorni alla settimana per 24 ore, integrazione sociosanitaria reale, aziendalizzazione sempre più estesa. Sono eventi otto anni fa impensabili e ora realtà in progress.

A questa nuova dimensione operativa il contratto dovrà dare risposte normative ed economiche adeguate, ricordando che la caratteristica principale del CCNL del personale dei livelli del SSN è la presenza numericamente maggioritaria ed emergente nella funzione dei laureati sanitari delle 22 professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica che sono state e sono oggetto e soggetto di una profonda innovazione formativa, normativa ed ordinamentale che non ha eguali in altri comparti lavorativi pubblici e privati. Di questa maggioranza numerica gli infermieri costituiscono la maggioranza nella maggioranza.

Conseguenza primaria di questa innovazione è l'evoluzione dinamica dell'organizzazione del lavoro in sanità con l'implementazione di competenze e di responsabilità professionali, coerente e funzionale all'evoluzione scientifica, tecnologica in sanità e al diverso quadro demografico ed epidemiologico sempre più caratterizzato dall'aumento della popolazione ultrasessantenne, della non autosufficienza e delle malattie croniche e invalidanti.

Per dare una risposta contrattuale a questa evoluzione dell'organizzazione del lavoro appare opportuno prefigurare ed attuare un sistema degli incarichi sia organizzativi e formativi ma, questa è l'innovazione profonda e discontinua, anche professionali che dia risposte normative ed economiche in grado di traducano contrattualmente la scelta strategica in essere e in divenire.

Si tratta non solo di riprendere e attuare l'impegno assunto nel precedente CCNL di dar corso in questo rinnovo di quanto sancito dall'articolo 6 della Legge n. 43/2006 che prevede la funzione di "professionista specialista" e di quanto contenuto nei decreti istitutivi dei profili professionali ex comma 3 dell'art.6 del D.lgs n. 502/92 che prevedono l'istituzione di aree di formazione complementare post diploma (con un iter attuativo che si inizia oggi e ha quindi bisogno di ulteriori atti normativi e formativi) ma anche e da subito, di dare risposta al percorso virtuoso, già avviato in alcune Regioni e in continua estensione, di implementazione di competenze professionali sulla base di percorsi formativi "in house" e di protocolli concordati e condivisi, permettendo l'estensione del fenomeno a tutte le Regioni.

E' necessario, quindi, prevedere contrattualmente la configurazione di incarichi di implementazione professionale (professionista esperto) e di specializzazione professionale (professionista specialista) all'interno di un contenitore unitario dei profili sanitari della categoria D e categoria D livello economico DS, che interpreti e attui questa esigenza di organizzazione del lavoro sanitario.

L'innovazione ordinamentale in corso negli ospedali, nei distretti sociosanitari, nei dipartimenti di prevenzione come nelle ARPA avviata anche dal vigente Patto per la Salute e dalle conseguenti scelte programmatiche delle Regioni rende necessaria una diversa, più dinamica e funzionale sistematizzazione delle funzioni organizzative e formative, ricordando l'attività didattica in convezione con le università del SSN e cioè gli attuali incarichi di coordinamento e delle posizioni organizzative.

Poiché si tratta di una tipologia di incarichi sia professionali che organizzativi e formativi, vanno meglio declinate le caratteristiche tipiche, ovvero la durata temporanea, la procedura per l'assegnazione, la valutazione, la revoca o il rinnovo, apprezzando e valorizzando più il concetto di rinnovo e concentrando la revoca su situazioni oggettive del venir meno della funzione o di una valutazione negativa dell'attività svolta.

Siamo quindi in presenza di una necessità strategica di rielaborare il sistema degli incarichi per meglio valorizzare la professione infermieristica. In questo senso va prefigurata con maggiore precisione una carriera parallela negli incarichi gestionali, professionali e formativi e si spera anche di ricerca. Come previsto del resto nella direttiva per il contratto della dirigenza medica e sanitaria per i profili dei medici e degli altri dirigenti sanitari, permettendo di raggiungere l'obiettivo in base al quale sia prevista per un infermiere una sua progressione di carriera non solo organizzativa, ma anche professionale, cosa che finora non si è mai realizzata. A oggi un infermiere viene assunto come infermiere e in questo modo finisce la sua carriera professionale a meno di non diventare coordinatore o dirigente.

La direttiva del Comitato di settore all'ARAN per il rinnovo contrattuale parte dalle leggi e normative esistenti e dà una spinta propulsiva per affermare e concretizzare la richiesta di prevedere una nuova laurea magistrale di scienze infermieristiche a indirizzo clinico, con la sua conseguente traduzione contrattuale.

Siamo di fronte alla possibilità di valorizzare la professione infermieristica avvalendosi nella forma più estensiva possibile delle norme nazionali - e cioè la formazione complementare prevista dal decreto istitutivo del profilo e la istituzione del professionista specialista di cui all'articolo 6 della legge 43/06 - e regionali, che hanno già previsto e realizzato da anni l'implementazione di competenze per la professione infermieristica che anche la magistratura penale e amministrativa ha sempre giudicato legittime a seguito dei ricorsi di altre professioni.

Partendo da queste norme nazionali il contratto può dare un risposta normativa ed economica prevedendo i due nuovi e originali incarichi di alta professionalità, indicati dalla direttiva del Comitato di Settore: il professionista esperto che ha acquisito ulteriori competenze avanzate sulla base di scelte programmatiche regionali e il professionista specialista, al quale oggi, a normativa vigente, si accede con il requisito del master specialistico, requisito che potrà e dovrà evolversi nella laurea specialistica a indirizzo clinico.

Ci auguriamo, come indica la direttiva, che il contratto aggiorni le declaratorie dei profili nella categoria D all'evoluzione realizzata in questi ultimi anni, ma soprattutto descriva la declaratoria delle sei aree specialistiche individuate per la professione infermieristica partendo proprio dal contributo elaborato in materia dalla Federazione IPASVI.

Se è compito del contratto la definizione delle declaratorie è ovviamente, a legislazione vigente, compito del Miur d'intesa con il ministero della Salute su proposta dell'Osservatorio delle professioni sanitarie, dove la professione infermieristica è rappresentata dagli esperti designati dalla Federazione IPASVI, stilare gli ordinamenti didattici dei master utili per le sei aree specialistiche infermieristiche.

Appare quindi centrale nel rinnovo contrattuale l'inquadramento economico e normativo di chi svolge o svolgerà le ulteriori competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

Risalta, infatti, la scelta adottata dal Comitato di settore Regioni-Sanità di affrontare attraverso la via contrattuale, che non si è potuta intraprendere prima per la ricordata vigenza del blocco contrattuale, la questione aperta di come “inquadrare economicamente e normativamente le ulteriori competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche, della prevenzione e della riabilitazione” già attivate nelle Regioni nelle quali il sistema sanitario è più avanzato e per le quali vi è la necessità che abbiano una omogenea e uniforme dimensione nazionale da descrivere come allegato al contratto anche per incentivare le altre Regioni ad adottarle.

Questa scelta va oltre il destino, per la quale comunque la Federazione Ipasvi è impegnata per una conclusione positiva, dell'ipotesi di Accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate e specialistiche degli infermieri e delle altre professioni sanitarie, che, comunque, anche fosse o venisse approvato, sarebbe solo un atto propedeutico all'evoluzione contrattuale.

Anzi la direttiva lo supera sostanzialmente e formalmente in quanto quell'ipotesi di accordo avrebbe risolto solo le competenze avanzate e rimandato a un successivo accordo Stato-Regioni la definizione delle competenze specialistiche.

Una scelta non contraddetta dalle osservazioni del ministero dell'Economia e delle Finanze, che anzi ha contribuito al suo miglioramento e consente attraverso la sede naturale del rinnovo contrattuale, di passare direttamente e senza alcun altro momento propedeutico, alla fase attuativa delle competenze avanzate e specialistiche degli infermieri e delle altre professioni sanitarie.

Ci auguriamo infine, anche una corretta attuazione di quanto previsto nella direttiva del Comitato di Settore allorché dispone che le attuali e le nuove competenze non debbano prevedere la cosiddetta “deprofessionalizzazione” o demansionamento che dir si voglia, anzi debbano essere escluse soprattutto quelle di natura “domestico alberghiere”, proprie, invece di altro profilo.

Creazione e validazione di una scala di valutazione del distress morale nell'infermiere penitenziario

Chiara Muccio¹, Paolo Ferrara², Stefano Terzoni³, Giulia Lamiani⁴, Loris Bonetti⁵, Luca Meani⁶, Anne Destrebecq⁷

¹Infermiera, Milano; ²Infermiere, tutor presso il Corso di laurea in infermieristica, polo didattico San Paolo dell'ASST Santi Paolo e Carlo, Milano; ³Infermiere, tutor presso il Corso di laurea in infermieristica, polo didattico San Paolo dell'ASST Santi Paolo e Carlo, Milano; ⁴Psicologa, assegnista di ricerca e professore a contratto, Dipartimento di scienze biomediche, Humanitas University, Rozzano; ⁵Infermiere, esperto di ricerca infermieristica clinica, Ufficio sviluppo e ricerca infermieristica, Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI), Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona; ⁶Infermiere, responsabile personale infermieristico, tecnico, riabilitativo e di supporto per gli istituti carcerari di Bollate, Opera e San Vittore, Milano; ⁷Professore associato MED/45, dipartimento di scienze biomediche per la salute, Università degli Studi di Milano

Corrispondenza: stefano.terzoni@asst-santipaolocarlo.it

RIASSUNTO

Introduzione Il *distress* morale influenza il benessere lavorativo dell'infermiere e si associa spesso a *burnout* e abbandono del posto di lavoro. Il fenomeno è stato studiato in numerosi contesti, fatta eccezione per quello penitenziario. Lo studio ha l'obiettivo di creare e validare uno strumento per misurare il *distress* morale negli infermieri penitenziari italiani.

Materiali e metodi Partendo da una scala già validata in altri contesti ne è stata creata una adatta a quello penitenziario (Moral Distress Scale for Correctional nurses, MDS-CN). Dello strumento è stata valutata la validità di contenuto e di facciata; la scala è stata somministrata a 60 infermieri all'interno delle strutture penitenziarie di Bollate, Opera e San Vittore di Milano ed è stata calcolata la sua consistenza interna e la stabilità test-retest.

Risultati La MDS-CN ha presentato un indice di validità di contenuto pari a 0,99; il coefficiente di correlazione di Spearman è risultato pari a 0,99 ($p < 0,001$), l'alfa di Cronbach pari a 0,91. Gli infermieri partecipanti allo studio hanno presentato un valore mediano di *distress* morale pari a 40,5 su 100. L'esperienza lavorativa carceraria si associa significativamente al fenomeno (OR=4,57, IC95%: 1,45-14,39, $p=0,009$).

Conclusioni Lo strumento si è dimostrato valido e affidabile nello studio del *distress* morale negli infermieri penitenziari. I risultati evidenziano la rilevanza del problema e la necessità di ulteriori approfondimenti su campioni più ampi.

Parole chiave: *distress* morale, infermiere penitenziario, struttura penitenziaria

Creation and validation of an assessment scale for moral distress in correctional nurses

ABSTRACT

Background Moral distress could influence nurses' wellbeing on workplace, and is often associated with burnout and intention to leave. It has been studied in many settings except in the correctional one, for which no specific tools are available. This study aims to create and validate a tool for assessing moral distress among correctional nurses.

Methods The Moral Distress Scale for Correctional nurses (MDS-CN) was created starting from an already validated scale. Face and content validity index (CVI) were assessed. The scale was administered to 60 correctional nurses working in the correctional facilities of Bollate, Opera, and San Vittore (Milan). Internal consistency and test-retest stability were assessed.

Results The scale (MDS-CN) Content Validity Index was 0.99; test-retest reliability and internal consistency were excellent (respectively: $\rho=0.99$, $p < 0.001$; $\alpha=0.91$). The median score of *moral distress* in the sample was 40.5/100. Working experience in correctional facilities was strongly associated with moral distress (OR=4.57, 95%IC: 1.45-14.39, $p=0.009$).

Conclusions The MDS-CN is a valid and reliable tool for assessing moral distress among correctional nurses. Results show the relevance of moral distress phenomenon but the study should be repeated on larger samples.

Keywords: moral distress, correctional nurses, correctional facilities

INTRODUZIONE

Il *distress* morale è una problematica molto presente tra tutti i professionisti sanitari, ma la letteratura ne evidenzia la diffusione soprattutto in ambito infermieristico (Corley MC, 2002; Whitehead PB et al., 2015). Il termine "*moral distress*" (*distress* morale), introdotto per la prima volta da Jameton nel 1984 (Jameton A, 1984), si riferisce a uno stato di disagio e/o a un disequilibrio psicologico che si presenta quando l'infermiere è consapevole dell'azione moralmente appropriata da intraprendere in una situazione ma si trova impedito a metterla in atto a causa di ostacoli istituzionali quali la mancanza di tempo e di supporto, l'esercizio del potere medico e limiti legali e dovuti a politiche istituzionali (Corley MC, 2002; Negrisolo A et al., 2001).

La sofferenza e il disagio che possono derivare dal *distress* morale si manifestano con una grossa varietà di sintomi psicologici quali, per esempio, la paura, la frustrazione, il senso di colpa e di impotenza, la perdita di autostima e la depressione, oltre che con sintomi fisici quali l'inappetenza, il pianto, le palpitazioni, la diarrea e la cefalea (Austin W et al., 2005; CNA, 2003; De Villers MJ et al., 2013). Tali aspetti, oltre a influenzare la qualità di vita dell'infermiere, possono chiaramente impattare sulla sua attività professionale, riducendo in modo significativo la qualità delle prestazioni assistenziali (De Villers MJ et al., 2013). Infatti, un vissuto di *distress* morale può indurre a una compromissione dei valori e del proprio senso del dovere, ingredienti fondamentali dell'integrità morale dell'individuo (Corley MC, 2002). Se protratta nel tempo, questa condizione può avere effetti negativi e duraturi e portare l'infermiere a un distacco emotivo dal proprio lavoro e addirittura a lasciarlo (Borhani F et al., 2014; Hamric et al., 2012). In quest'ottica, alcuni studi recenti hanno dimostrato la relazione esistente tra *distress* morale e *burnout* (Austin W et al., 2005; Corley MC, 2002; Dalmolin G et al., 2014; Hamaideh SH, 2014; Lamiani et al., 2017; Rathert C et al., 2016; Whitehead PB et al., 2015). Considerando che il *distress* morale è una componente sempre più presente e impattante sull'esperienza professionale dell'infermiere e stante la necessità di sviluppare un valido strumento in grado di misurarne l'intensità e la frequenza, nel 2001 Corley e colleghi hanno creato la Moral Distress Scale (MDS) (Corley MC et al., 2001) per valutare il fenomeno negli infermieri di terapia intensiva. Lo strumento è stato successivamente modificato dalla stessa Corley (Corley MC et al., 2005) e validato in differenti paesi (Barlem ELD et al., 2013; Silén M et al., 2011); Hamric e colleghi (Hamric et al., 2012) hanno prodotto una versione modificata della sca-

la, la MDS-Revised, validata anche nel panorama italiano (Lamiani G et al., 2016), che ha permesso di estendere lo studio della tematica a differenti professioni e ambienti clinici.

Molti sono i contesti clinici in cui può verificarsi il *distress* morale e un rischio particolarmente alto è presente tra gli infermieri che lavorano in area critica (De Villers MJ et al., 2013; Elpern EH et al., 2005; Hamric AB et al., 2007) e in terapia intensiva neonatale (Cavaliere TA et al., 2010; Sannino P et al., 2015). La dimensione del fenomeno è stata studiata anche nell'ambito psichiatrico (Canciani E et al., 2016; Ohnishi K et al., 2010) e geriatrico (Piers et al., 2012).

A nostra conoscenza, nessuno studio ha ancora esplorato la presenza del *distress* morale tra gli infermieri che operano in ambito penitenziario, né esistono strumenti creati al fine di studiare il fenomeno in questo contesto. La letteratura suggerisce quanto l'agire infermieristico in strutture penitenziarie sia particolarmente complesso (Flanagan NA, 2006; Massei A et al., 2007; Sasso L et al., 2016; White KLA et al., 2014), in considerazione delle caratteristiche dei pazienti nonché delle variabili strutturali e organizzative della realtà in cui l'infermiere si trova a operare. Tali aspetti rendono l'assistenza infermieristica in carcere decisamente atipica rispetto alle altre realtà di cura (Massei A et al., 2007) e l'infermiere che lavora al suo interno è potenzialmente esposto ad alti livelli di *distress* morale (Sasso L et al., 2016). Risulta quindi necessario sviluppare uno strumento in grado di rilevare con precisione l'intensità e la frequenza del *distress* morale negli infermieri penitenziari.

Obiettivo

L'obiettivo principale di questo studio è la creazione e la validazione preliminare di una scala per la valutazione del *distress* morale negli infermieri penitenziari (Moral Distress Scale for Correctional nurses, MDS-CN); l'obiettivo secondario è di utilizzare la scala in oggetto per indagare la diffusione del *distress* morale tra gli infermieri di alcuni penitenziari italiani.

MATERIALI E METODI

Creazione e validazione dello strumento

Un gruppo di quattro esperti sulla tematica del *distress* morale e dell'assistenza infermieristica in ambito penitenziario ha analizzato criticamente i due strumenti validati in italiano che hanno studiato il fenomeno, ovvero la Moral Distress Scale-Revised (MDS-R), nella versione italiana (Lamiani G et al., 2016), e la Moral Distress Scale for Psychiatric nurses (MDS-P) (Canciani E et al., 2016).

Dopo aver contattato gli autori e aver ottenuto la loro autorizzazione all'utilizzo delle scale, sono sta-

te analizzate le voci di entrambi gli strumenti per individuare quelle rappresentative anche dello specifico contesto penitenziario; sono state ritenute pertinenti 26 voci, 7 della scala di Lamiani e colleghi (Lamiani G et al., 2016) e 19 della scala di Canciani e colleghi (Canciani E et al., 2016). Si è quindi proceduto a individuare le situazioni ritenute potenzialmente causa di *distress* morale per l'infermiere penitenziario attraverso l'analisi degli articoli reperiti tramite una revisione della letteratura condotta sulle principali banche dati (PubMed, CINAHL, Cochrane Library); queste situazioni sono state elaborate dal gruppo di esperti e raggruppate in 11 voci (in Appendice 1 a pagina e86).

La scala preliminare, composta da 37 voci, è stata somministrata a cinque infermieri esperti (più di 5 anni di anzianità in ambito penitenziario), operanti negli istituti penitenziari di Opera, Bollate e San Vittore, al fine di valutarne la validità di contenuto e di facciata. A ogni infermiere è stato consegnato un fascicolo cartaceo contenente la definizione di *distress* morale, l'informativa riguardante lo scopo dello studio e le 37 voci della scala; per ogni voce è stato chiesto di valutare la rilevanza attribuendo un punteggio da 1 (per niente rilevante) a 4 (molto rilevante). Inoltre, ogni infermiere ha avuto la possibilità di riportare, a margine di ogni voce, eventuali considerazioni su aspetti poco chiari, ambigui o che necessitassero di modifiche. Infine, è stata creata una domanda conclusiva per permettere al compilatore di esprimersi rispetto alla lunghezza complessiva e indicare la presenza di ulteriori aspetti del *distress* morale in ambito penitenziario non considerati dallo strumento proposto. In caso di eventuali modifiche suggerite dagli esperti è stata prevista l'eventuale rivalutazione della validità di facciata e di contenuto. La Moral Distress Scale for Correctional nurses (MDS-CN), nella sua veste definitiva, è stata poi proposta a tutti gli infermieri operanti nelle tre realtà oggetto di studio ai fini dell'inquadramento del fenomeno: per ogni voce il compilatore doveva indicare se avesse mai vissuto l'esperienza descritta e il livello di *distress* morale percepito su una scala Likert da 0 (nessun *distress*) a 5 (massimo *distress*), già adottata in scale precedentemente elaborate in ambito psichiatrico (Canciani E et al., 2016; Ohnishi K et al., 2010). Il punteggio totale della scala varia da 0 a 100: maggiore è il punteggio, maggiore è il livello di *distress* morale.

Analisi dell'affidabilità dello strumento

E' stato condotto uno studio osservazionale trasversale con campionamento di convenienza. Dopo aver ottenuto l'autorizzazione da parte del servizio

infermieristico delle strutture di Opera, San Vittore e Bollate, si è provveduto alla somministrazione della scala: ogni infermiere aderente ha ricevuto un fascicolo cartaceo composto dalla presentazione dello studio con il relativo consenso informato e dallo strumento creato, comprensivo di una parte conclusiva di raccolta di dati sociodemografici e professionali (per esempio, l'intenzione di lasciare il posto di lavoro, la formazione ricevuta, eccetera). I consensi informati e i questionari compilati sono stati raccolti separatamente in due buste, in modo tale da garantire l'anonimato.

Considerazioni etiche

La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria; i dati sono stati trattati nel rispetto della normativa vigente in Italia e dei principi della dichiarazione di Helsinki. Sono state rispettate le regole del competente Comitato etico, anche se l'iter di approvazione non era richiesto per questo tipo di studio.

Considerazioni statistiche

Per l'elaborazione dei dati è stato utilizzato il software Statistical Package for Social Science (SPSS) nella versione 22. Sono stati calcolati i valori di mediana, i quartili e i *range* di ogni singola voce e della scala nel suo complesso. Il livello complessivo di *distress* morale di ogni singolo individuo è stato ottenuto sommando i punteggi di tutte le voci. Punteggi pari o superiori a 3 indicano un livello rilevante di *distress* morale (Corley MC et al., 2005). Ai fini della valutazione dell'affidabilità dello strumento sono state calcolate la consistenza interna, attraverso il coefficiente alfa di Cronbach, e la stabilità test-retest, tramite il coefficiente rho di Spearman, con una seconda somministrazione della scala a distanza di dieci giorni dalla prima, che ha coinvolto quindici infermieri. Per i coefficienti alfa di Cronbach e rho di Spearman è stato considerato accettabile il valore soglia di 0,80 come da indicazioni dei testi di riferimento (Norman GR et al., 2004). La validità di contenuto è stata analizzata calcolando l'indice di validità di contenuto delle voci (Content Validity Index-Item, CVI-I) e della scala (Content Validity Index-Scale, CVI-S). Per il primo sono stati ritenuti accettabili valori maggiori o uguali a 0,78; per il secondo valori maggiori o uguali a 0,90 (Polit DF et al., 2007; Polit DF et al., 2006). Sono stati utilizzati modelli lineari e logistici multivariati al fine di indagare l'effetto delle variabili studiate dalla scala sul punteggio di *distress* morale. I dati sono stati trasformati con il metodo di Bloom; la verifica di normalità è stata condotta tramite test di Kolmogorov-Smirnov. La bontà di adattamento dei modelli è stata

saggiata con il coefficiente di determinazione (R^2) per le equazioni lineari e con il test di Hosmer-Lemeshow per quelle logistiche.

RISULTATI

Validità e affidabilità dello strumento

Secondo il giudizio dei cinque infermieri esperti, 19 voci delle 37 iniziali erano pertinenti ed appropriate ($CVI-I \geq 0,80$).

Delle 18 voci che hanno presentato un $CVI-I$ maggiore o uguale a 0,60, due sono state modificate in funzione ai suggerimenti degli esperti:

- la voce “assecondare il desiderio dei familiari di continuare le cure salvavita anche se ritengo che ciò non sia nel miglior interesse del paziente” è stata modificata in “aderire alle richieste di familiari/avvocati/rappresentanti della persona nel continuare le cure anche se non è nell’interesse del paziente”;
- la voce “non sentirsi al sicuro rispetto alla propria incolumità personale nell’assistere i pazienti” è stata modificata in: “non sentirsi sempre al sicuro rispetto alla propria incolumità personale nell’assistere i pazienti”.

Dopo aver effettuato le modifiche consigliate, la nuova versione della scala è stata risomministrata agli stessi infermieri.

Le 19 voci risultate pertinenti e appropriate in prima analisi ($CVI-I \geq 0,80$, 80%) hanno confermato la loro validità e sono state inserite nello strumento definitivo; la voce modificata “non sentirsi sempre al sicuro rispetto alla propria incolumità personale nell’assistere i pazienti” ha presentato un $CVI-I$ pari a 1 (100%) ed è stata dunque inserita nello strumento definitivo; l’altra voce modificata ha confermato di non essere complessivamente rilevante ($CVI-I = 0,60$), ed è stata scartata. Per tutte le altre voci è stata confermata la non pertinenza ($CVI-I \leq 0,60$) e, quindi, sono state scartate.

Lo strumento definitivo (in Appendice 2 a pagina e86), formato da 20 voci, ha presentato un indice di validità di contenuto ($CVI-S$) pari a 0,99.

Le caratteristiche di comprensibilità e univocità delle voci, oltre alla lunghezza complessiva della scala definitiva, sono state considerate positivamente da tutti gli infermieri. La somministrazione ripetuta a dieci giorni ha confermato la stabilità dello strumento (test-retest: $\rho = 0,99$, $p < 0,001$); il coefficiente alfa di Cronbach è risultato pari a 0,91.

Diffusione del *distress* morale

Sono stati arruolati 60 infermieri (tasso di rispondenza 60,6%), 29 uomini e 31 donne; l’età mediana era di 29 anni (scarto interquartile, IQR: 26;40) senza

differenze statisticamente significative tra i due sessi (test di Wilcoxon, $p = 0,14$). L’esperienza lavorativa complessiva mediana era di 4 anni (IQR: 2;5;10), quella in carcere era di 3 anni (IQR: 2;5). Undici soggetti hanno ricevuto una formazione specifica nel campo dell’infermieristica penitenziaria. Il 23,3% ha espresso l’intenzione di abbandonare l’ambiente penitenziario, senza differenze significative rispetto alla struttura ($p = 0,78$), al sesso ($p = 0,66$), all’età ($p = 0,95$) e all’esperienza complessiva ($p = 0,69$); anche l’esperienza nello specifico ambito penitenziario non pare essere associata all’intenzione di abbandonare ($p = 0,56$), tuttavia i 14 soggetti che intendevano abbandonare avevano una maggiore esperienza in ambito penitenziario (mediana, $Me = 3$, intervallo: da 3 a 5,75) rispetto a quelli che non avevano intenzione di abbandonare il lavoro ($Me = 2$, intervallo: da 1,25 a 5). Tra le 11 persone che hanno ricevuto una formazione dedicata all’ambiente penitenziario, una intendeva abbandonare. Il livello mediano di *distress* morale è risultato pari a 40,5 (intervallo: da 25,5 a 47,5), con un valore minimo pari a 3 e un massimo di 95. Per ogni voce della scala sono stati calcolati la frequenza di presentazione nel campione con punteggi di *distress* morale maggiori o uguali a 3, la mediana, il primo e il terzo quartile (Tabella 1).

In merito al legame tra *distress* morale e le altre variabili, la regressione logistica ha mostrato un’associazione protettiva tra *distress* più basso della mediana e l’intenzione di abbandonare ($OR = 0,11$, $IC95\%: 0,02-0,54$, $p = 0,006$, test di Hosmer-Lemeshow, $p = 0,02$).

Nell’analisi multivariata, l’esperienza complessiva non ha mostrato legami statisticamente significativi con il *distress* morale ($p = 0,3876$), che appare invece legato all’esperienza in carcere ($p = 0,0199$, $R^2 = 0,79$).

Nello stesso modello statistico è stato studiato anche l’impatto della formazione, che non ha mostrato legami significativi con i punteggi di *distress* morale. L’esperienza carceraria è l’unica variabile che influisce sul *distress* morale, con un’associazione forte e statisticamente significativa ($OR = 4,57$, $IC95\%: 1,45-14,39$, $p = 0,0094$, $R^2 = 0,80$).

DISCUSSIONE

La scala creata si è dimostrata valida e affidabile ai fini della valutazione del livello di *distress* morale negli infermieri penitenziari. In particolare, dal punto di vista della validità di contenuto e di facciata, la scala è apparsa adeguata al contesto di studio; la versione definitiva a 20 voci è stata giudicata positivamente dagli esperti, che non hanno riscontrato dubbi o incertezze in merito alla sua compilazione

Tabella 1. Frequenza di distress morale, mediana, 1° e 3° quartile (Q1, Q3) di ogni voce della scala MDS-CN

Voce	Frequenza distress morale (%)*	Mediana	Q1	Q3
1	16,7	2	1	3
2	13,3	2	0	5
3	33,3	3	2	4
4	36,7	3	2	4
5	21,7	3	1	3
6	55,0	3	2	4
7	65,0	4	2	4
8	26,7	2,5	1	4
9	25,0	2	1	3
10	55,0	3	2	4
11	50,0	3	2	3
12	58,3	3	2	5
13	59,8	3	1,5	4
14	51,7	3	1	3
15	13,3	1	0	2
16	26,7	2	1	3
17	41,7	2	1	3
18	68,3	3	2	4
19	31,7	3	1	3
20	55,0	3	2	4

*distress morale rilevante, con valori ≥ 3

e hanno confermato la centralità di ogni voce ai fini dello studio del fenomeno, senza il bisogno di ulteriori aggiunte. L'elevato valore del coefficiente rho di Spearman dimostra l'ottima stabilità dello strumento in grado di fornire le stesse risposte a misurazioni ripetute. Il punteggio dell'alfa di Cronbach certifica l'alto grado di correlazione tra le voci della scala e dunque l'eccellente consistenza interna; si noti peraltro che, escludendo le voci una a una, tale valore è sempre rimasto maggiore di 0,89. L'analisi fattoriale, non condotta in questo lavoro in ragione della ridotta estensione campionaria permetterà, nel corso di approfondimenti futuri, di esplorare l'eventuale presenza di differenti costrutti all'interno della scala. Il livello di *distress* morale rilevato in questo studio potrebbe considerarsi moderato (Me=40,5/100). Tut-

tavia, la dimensione del problema va letta alla luce del fatto che gli infermieri in questione hanno un'esperienza lavorativa di pochi anni (Me=4 anni) e ancor più breve nello scenario penitenziario (Me=3 anni). Ciò induce a riflettere su come il livello di *distress* morale rilevato sia in realtà molto preoccupante poiché raggiunto in breve tempo e potenzialmente in grado di peggiorare all'aumentare dell'anzianità di servizio, in assenza di interventi preventivi. Tutto ciò depone a favore della rilevanza della problematica e della necessità di continuare a esplorarne le caratteristiche. Per quanto riguarda la scala, tredici voci hanno riportato un valore mediano di *distress* morale pari o superiore a 3, corrispondente a situazioni percepite come particolarmente stressanti. Ciò permette di inquadrare quelle situazioni favorevoli al disagio dell'infermiere sulle quali andare ad agire con maggiore decisione attraverso interventi di molteplice natura. Nello specifico, la voce "lavorare in mancanza di risorse e/o strumenti che garantiscano un'assistenza di qualità" (n° 18) è stata riportata dal 68,3% degli infermieri del campione. Questo risultato sottolinea come, sempre più spesso, gli infermieri siano costretti a lavorare con risorse precarie, sia dal punto di vista del materiale sia a livello economico e logistico, senza tralasciare la carenza di risorse umane (voce n° 12). Va aggiunta la voce n° 14, "lavorare in un contesto che considero inadeguato dal punto di vista strutturale e organizzativo", identificata dal 51,7% degli infermieri, riferita alle peculiarità strutturali e amministrative tipiche dell'ambiente penitenziario, con cui l'infermiere deve imparare a convivere e che spesso possono contrastare il processo di cura (Massei A et al., 2007).

La voce "lavorare con un medico o un infermiere che a mio parere non è competente" (n° 7) ha riportato il valore mediano di *distress* più alto ed è stata indicata dal 65% degli infermieri. Questo dato è molto interessante se si ripensa all'alta percentuale di infermieri che ha dichiarato di non aver seguito una specifica formazione prima di prendere servizio in ambiente penitenziario o durante la propria attività in questo contesto. Eppure, l'aver ricevuto una formazione specifica non sembra costituire un fattore protettivo per il professionista rispetto al rischio di sviluppare il *distress* morale. Tuttavia, la ridotta estensione campionaria e il limitato numero di infermieri che hanno ricevuto una formazione rendono difficile generalizzare questo risultato, ed è anzi probabile che l'aspetto formativo possa concorrere in qualche modo, in sinergia con molti altri fattori, a ridurre i livelli di *distress* morale; in quest'ottica, sono auspicabili ulteriori approfondimenti. A ogni modo, la formazione in questo ambito può essere consi-

derata come un potenziale cofattore protettivo del rischio di presentare *distress* morale. Probabilmente, la mancanza di formazione può essere un problema più ampio riguardante anche le altre figure professionali che lavorano in carcere. Da ciò può derivare una ridotta competenza del personale rispetto a quelle che sono le peculiarità e le necessità dell'ambiente penitenziario, che può portare a *distress* morale.

La voce "svolgere attività che esulano dal mio ruolo infermieristico" (n° 13) è stata riportata dal 59,8% del campione. Questo risultato pone l'accento sulle problematiche tipiche dell'ambiente penitenziario, sulla coesistenza di diversi ruoli che l'infermiere deve ricoprire all'interno di questa realtà (Flanagan NA, 2006; Powell et al., 2010; Sasso L et al., 2016; Weiskopf CS, 2005; White KLA et al., 2014) e di come ciò possa provocare conflitti interiori in grado di determinare alti livelli di *distress* morale.

Le voci "rispettare regolamenti e norme che ritengo essere in contrasto con la mia etica" (n° 6), "percepire poco riconoscimento e/o scarsa collaborazione da parte del personale di polizia penitenziaria" (n° 10) e "non sentirsi sempre al sicuro rispetto la propria incolumità personale nell'assistere i pazienti" (n° 20) sono stati identificati dal 55% degli infermieri. Le peculiarità dell'aspetto normativo in ambito penitenziario sfociano nella difficoltà a creare una relazione assistenziale con i detenuti, anche dovuta alle limitazioni imposte alla possibilità di comunicare con loro e alla presenza negli stessi di tratti manipolatori (Massei A et al., 2007; Sasso L et al., 2016; Weiskopf CS, 2005). Inoltre, la forte presenza della voce n° 10 evidenzia una situazione di scarsa collaborazione interprofessionale in un contesto in cui infermieri e agenti di polizia penitenziaria lavorano sempre a stretto contatto (Weiskopf CS, 2005). Tale sfiducia e la difficoltà a creare un adeguato rapporto terapeutico con i detenuti possono determinare una percezione di mancata sicurezza personale da parte dell'infermiere durante il proprio agire quotidiano, fenomeno quest'ultimo sempre più oggetto di studio e presente anche in altri contesti clinici (Terzoni S et al., 2015).

I risultati hanno evidenziato che un livello di *distress* morale più basso della mediana rappresenta un fattore protettivo rispetto all'idea di abbandonare l'attuale posto di lavoro: come previsto, alti livelli di *distress* morale si associano alla volontà di abbandonare l'impiego, come peraltro già riscontrato in letteratura (Borhani F et al., 2014; Hamric et al., 2012). Tra gli anni di esperienza complessiva e quelli di lavoro in carcere (anche se pochi, $Me=3$ anni), i secondi fanno la differenza in termini di sviluppo di *distress* morale. Il contesto penitenziario appare

quindi un ambiente altamente rischioso, dove è frequente vivere situazioni eticamente stressanti che possono portare l'infermiere, entro poco tempo, a sviluppare alti livelli di *distress* morale, potenziale causa di disagio personale e professionale e, in ultimo, di abbandono della professione.

Questa riflessione è avvalorata dal fatto che la maggioranza del campione ha presentato un'esperienza lavorativa in ambito penitenziario inferiore o uguale ai 3 anni. Il dato suggerisce la presenza di un elevato ricambio delle figure infermieristiche che lavorano in carcere.

Il limite più importante di questo studio è sicuramente rappresentato dalla ridotta estensione campionaria, peraltro confinata a una limitata area geografica del paese. Il processo di validazione non è perciò da considerarsi concluso: sono necessari ulteriori studi, su campioni più ampi e diversificati, per indagare la struttura fattoriale dello strumento e per adattarlo a contesti specifici quali, per esempio, la medicina penitenziaria o le nascenti REMS (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza).

CONCLUSIONI

Questo studio ha reso disponibile alla comunità professionale il primo strumento in grado di indagare il *distress* morale nella popolazione infermieristica penitenziaria italiana, fenomeno presente ma scarsamente esplorato anche a livello internazionale; allo stato attuale, l'unicità del lavoro rende impossibile effettuare confronti, che sono auspicabili in futuro.

La Moral Distress Scale for Correctional nurses (MDS-CN) si è dimostrata valida e affidabile nello studio di un fenomeno in grado di impattare significativamente sul benessere fisico e psicologico dell'infermiere, sulla tendenza all'abbandono e, nell'ottica della qualità delle cure, sull'appropriatezza degli interventi assistenziali. La piena conoscenza della dimensione del *distress* morale rappresenta il primo passo per poter individuare strategie organizzative in grado di gestire efficacemente o addirittura prevenire il fenomeno.

BIBLIOGRAFIA

- Austin W, Lerner G, Goldberg L et al. (2005) *Moral distress in healthcare practice: the situation of nurses*. Hospital ethics committee forum, 17, 33-48.
- Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL et al. (2013) *Moral distress in nursing personnel*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 79-87.
- Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N et al. (2014) *The relationship between moral distress professional stress and intent to stay in the nursing profession*. Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 7, 3.

- Canadian Nurses Association, CNA et al. (2003) *Ethical distress in health care*. *Ethics in Practice for Registered Nurses*, 1-8.
- Canciani E, Spotti D, Bonetti L (2016) *Translation and validation in Italian of the moral distress Scale for psychiatric nurses (MDS-P)*. *Professioni Infermieristiche*, 69, 68-75.
- Cavaliere TA, Daly B, Dowling D et al. (2010) *Moral distress in neonatal intensive care unit RNs*. *National Association of Neonatal Nurses (NAAN)*, 10, 145-156.
- Corley MC (2002) *Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda*. *Nursing Ethics*, 9, 636-650.
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M et al. (2001) *Development and evaluation of a moral distress scale*. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 250-256.
- Corley MC, Minick P, Elswick RK et al. (2005) *Nurse moral distress and ethical work environment*. *Nursing Ethics*, 12, 381-390.
- Dalmolin G, de L Lunardi VL, Lunardi GL et al. (2014) *Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers?* *Rev. Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22, 35-42.
- De Villiers MJ, DeVon HA (2013) *Moral distress and avoidance behaviour in nurses working in critical care and noncritical care units*. *Nursing Ethics*, 20, 589-603.
- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R (2005) *Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit*. *American Association of Critical-Care Nurses (AACN)*, 14, 523-530.
- Flanagan NA (2006) *Testing the relationship between job stress and satisfaction in correctional nurses*. *Nursing Research*, 55, 316-327.
- Hamaideh SH (2014) *Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan*. *Mental Health Nursing*, 23, 33-41.
- Hamric AB, Blackhall LJ (2007) *Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration moral distress and ethical climate*. *Critical Care Medicine*, 35, 422-429.
- Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG (2012) *Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals*. *American journal of bioethics primary research*, 3, 1-9.
- Jameton A (1984) *Nursing practice: the ethical issues* *Prentice-Hall series in the philosophy of medicine*. Ed. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Lamiani G, Borghi L, Argentero P (2017) *When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates*. *Journal of Health Psychology*, 22, 51-67.
- Lamiani G, Setti I, Barlascini L et al. (2016) *Measuring moral distress among critical care clinicians: Validation and psychometric properties of the Italian Moral Distress Scale-Revised (MDS-R)*. *Critical Care Medicine*, 45, 430-437.
- Massei A, Marucci AR, Tiraterra MF (2007) *The nursing profession in the prison: a descriptive survey*. *Professioni Infermieristiche*, 60, 13-18.
- Negrisolò A, Brugnaro L (2001) *Moral distress in nursing care*. *Professioni Infermieristiche*, 65, 163-170.
- Norman GR, Streiner DL (2004) *Biostatistica*. Ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M et al. (2010) *Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan*. *Nursing Ethics*, 17, 726-740.
- Piers RD, Van den Eynde M, Steeman E et al. (2012) *End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress*. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13, 80.e7-13.
- Polit DF, Beck CT (2004) *Nursing research: principles and methods*. Ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Polit DF, Beck CT (2006) *The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations*. *Research in Nursing & Health*, 29, 489-497.
- Polit DF, Beck CT, Owen SV (2007) *Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations*. *Research in Nursing & Health*, 30, 459-467.
- Powell J, Harris F, Condon L et al. (2010) *Nursing care of prisoners: staff views and experiences*. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1257-1265.
- Rathert C, May DR, Chung HS (2016) *Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions*. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 39-49.
- Sannino P, Gianni ML, Re LG et al. (2015) *Moral distress in the neonatal intensive care unit: an Italian study*. *Journal of perinatology*, 35, 214-217.
- Sasso L, Delogu B, Carrozzino R et al. (2016) *Ethical issues of prison nursing: A qualitative study in Northern Italy*. *Nursing Ethics*.
- Silén M, Svantesson M, Kjellström S et al. (2011) *Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability*. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3483-3493.
- Terzoni S, Ferrara P, Cornelli R et al. (2015) *Violence and unsafety in a major Italian hospital: experience and perceptions of health care workers*. *La Medicina Del Lavoro*, 106, 403-411.
- Weiskopf CS (2005) *Nurses' experience of caring for inmate patients*. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 336-343.
- White KLA, Jordens CFC, Kerridge I (2014) *Contextualising professional ethics: the impact of the prison context on the practices and norms of health care practitioners*. *Journal of Bioethical Inquiry*, 11, 333-345.
- Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB et al. (2015) *Moral distress Among Healthcare Professionals: Report of an Institution-Wide Survey: Moral distress*. *Journal of Nursing Scholarship*, 47, 117-125.

Appendice 1. Voci aggiuntive della scala MDS-CN riguardanti situazioni ritenute potenzialmente causa di *distress* morale per l'infermiere penitenziario individuate attraverso la revisione della letteratura

- lavorare in un contesto che considero inadeguato dal punto di vista strutturale e organizzativo
- mantenere un rapporto di collaborazione con gli agenti di polizia penitenziaria stante la coesistenza di due scopi diversi: la cura della persona e la custodia del paziente
- provare difficoltà a separare la figura del malato da quella del soggetto che ha compiuto un reato
- non sentirsi al sicuro rispetto alla propria incolumità personale nell'assistere i pazienti
- non sentirsi sempre in grado di proteggere i pazienti dal rischio di suicidio
- lavorare in un'organizzazione all'interno della quale il coinvolgimento e la partecipazione ai processi decisionali sono ridotti
- percepire carenza di conoscenze specifiche riguardo all'assistenza in ambito penitenziario
- ignorare situazioni in cui non viene tutelata la *privacy* dei pazienti
- percepire poco riconoscimento e/o scarsa collaborazione da parte del personale di polizia penitenziaria
- svolgere visite e colloqui con i pazienti in presenza del personale di sorveglianza
- vedere i professionisti gestire diversamente i pazienti a seconda del reato commesso

Appendice 2. Moral Distress Scale for Correctional nurses (MDS-CN)

N°	Voci	Non ne ho mai vissute	Ne ho vissute alcune					
			nessun <i>distress</i>			<i>distress</i> intenso		
1	ignorare situazioni in cui ai pazienti non sono state fornite informazioni adeguate per assicurarne il consenso informato	-	0	1	2	3	4	5
2	ignorare situazioni in cui si sospetta che i pazienti siano stati vittime di abusi o violenze	-	0	1	2	3	4	5
3	non fare niente pur sapendo che un medico o un infermiere ha commesso un errore e non lo ha riferito	-	0	1	2	3	4	5
4	ignorare situazioni in cui non viene tutelata la <i>privacy</i> dei pazienti	-	0	1	2	3	4	5
5	non intervenire in una problematica etica perché i colleghi coinvolti o qualche responsabile vi hanno chiesto di non fare nulla	-	0	1	2	3	4	5
6	rispettare regolamenti e norme che ritengo essere in contrasto con la mia etica	-	0	1	2	3	4	5
7	lavorare con un medico o un infermiere che a mio parere non è competente	-	0	1	2	3	4	5

continua a pag e87 →

8	lavorare con un personale infermieristico che considero non possedere le conoscenze e le competenze per lavorare in carcere	-	0	1	2	3	4	5
9	lavorare con un personale infermieristico che considero inadeguato nel gestire le proprie emozioni	-	0	1	2	3	4	5
10	percepire poco riconoscimento e/o scarsa collaborazione da parte del personale di polizia penitenziaria	-	0	1	2	3	4	5
11	assistere a una diminuzione della qualità delle cure a causa di una scarsa comunicazione tra colleghi	-	0	1	2	3	4	5
12	lavorare con un personale infermieristico e medico che considero inadeguati dal punto di vista numerico	-	0	1	2	3	4	5
13	svolgere attività che esulano dal mio ruolo infermieristico	-	0	1	2	3	4	5
14	lavorare in un contesto che considero inadeguato dal punto di vista strutturale e organizzativo	-	0	1	2	3	4	5
15	svolgere visite e colloqui con i pazienti in presenza del personale di sorveglianza	-	0	1	2	3	4	5
16	non sentirsi sempre in grado di proteggere i pazienti dal rischio di suicidio	-	0	1	2	3	4	5
17	lavorare in un'organizzazione all'interno della quale il coinvolgimento e la partecipazione a tutti i processi decisionali sono ridotti	-	0	1	2	3	4	5
18	lavorare in mancanza di risorse e/o strumenti che garantiscano un'assistenza di qualità	-	0	1	2	3	4	5
19	vedere che le cure al paziente risentono della mancanza di continuità assistenziale	-	0	1	2	3	4	5
20	non sentirsi sempre al sicuro rispetto alla propria incolumità personale nell'assistere i pazienti	-	0	1	2	3	4	5

L'advocacy nella professione infermieristica: un'analisi concettuale

Rita Ventimiglia¹, Paola Arcadi²

¹Infermiera, Unità operativa di cardiocirurgia, Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Milano; ²Infermiera, tutor e docente del Corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Milano

Corrispondenza: paola.arcadi@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione L'*advocacy* rappresenta un principio fondamentale per l'assistenza infermieristica. Farsi garante nei confronti di un assistito ha lo scopo di aiutarlo a operare scelte consapevoli per la propria salute e di supportarlo nella difesa dei propri diritti. Tuttavia, nel panorama italiano sono quasi pressoché assenti studi che esplorano e descrivono in quale modo si concretizza la posizione di garanzia dei professionisti. Lo scopo del presente studio è quello di effettuare un'analisi concettuale dell'*advocacy*, identificandone gli attributi fondamentali, attraverso i significati forniti dagli infermieri.

Materiali e metodi È stata effettuata un'analisi concettuale secondo il metodo evoluzionistico di Rodgers (Rodgers BL, 1989). Sono stati arruolati con metodo propositivo 40 infermieri dell'ASST Ovest Milanese. La raccolta dei dati è stata effettuata tramite un'intervista semi-strutturata. L'analisi dei dati è stata condotta secondo la Qualitative Content Analysis e successiva analisi concettuale.

Risultati L'esperienza personale e professionale, l'identità e le competenze possedute dall'infermiere costituiscono precondizioni essenziali per l'*advocacy*. Gli attributi centrali del concetto sono rappresentati dall'agire come figura di interconnessione, rappresentare gli interessi e valorizzare l'autodeterminazione del paziente. Questo atteggiamento migliora la relazione terapeutica, il processo decisionale e la soddisfazione per le cure.

Conclusioni Gli infermieri svolgono un ruolo determinante nel processo di *advocacy*, in particolare in un periodo storico caratterizzato da cambiamenti del panorama sanitario e dei luoghi di cura, associati alla complessità crescente delle richieste di pazienti e *caregiver*. Lo studio ha fatto emergere la necessità di valorizzare la funzione di garanzia dell'infermiere, soprattutto nella sua dimensione collettiva.

Parole chiave: assistenza infermieristica, principi etici, rapporto infermiere-paziente, *advocacy*

Advocacy in nursing practice: a conceptual analysis

ABSTRACT

Introduction Patient advocacy is an essential component of nursing care. Advocacy aims to represent and/or safeguard patients' rights, best interests, and values and ensuring that they being aware of health care choices. However, in Italy there is a lack of studies about how nurses practice patient advocacy. The aim of this study is to perform a concept analysis of patient advocacy in order to identify its core attributes through nurses' attitudes and beliefs.

Methods A concept analysis based on Rodgers' evolutionary method has been conducted (Rodgers BL, 1989). A representative sample of 40 nurses from ASST Ovest Milanese was involved. Data have been collected through a semi-structured interview. Data have been analysed through a Qualitative Content Analysis and afterwards through concept analysis.

Results Nurses' personal and professional experience, identity and competence are essential preconditions for advocacy. The core of the nursing task is to be a mediator, to represent the patient's rights and to increase its self-determination. These behaviours improve the therapeutic relationship, the decision-making process and patient care satisfaction.

Conclusion Nurses play a crucial role in patient advocacy, especially in a time of great and dynamic changes in the health care system, with the growing complexity of patients and caregivers' demands. This study emphasizes the need to enhance nurses' advocate role, especially in its collective level.

Keywords: nursing, ethical principles, nurse-patient relationship, *advocacy*

INTRODUZIONE

Il termine *advocacy* ha la sua origine nella definizione legale di avvocato o *advocate* definito come “persona che assiste, parla in favore, rivendica o raccomanda pubblicamente e ancora presta consulenza legale e perora la causa di un altro davanti a un tribunale o consulente” (Hyland D, 2002). Pertanto, in un’accezione più ampia e generale, possiamo definire l’atto di *advocacy* come l’azione di essere promotore, sostenitore e difensore pubblico di qualcun’altro.

Ulteriore conferma si può rinvenire volgendo l’attenzione all’etimo del concetto stesso: dal latino *advocatus*, ovvero qualcuno chiamato a testimoniare qualcosa. Le azioni di *advocacy* sono dunque definite come “sostegno verbale o argomentazioni a favore di una causa” (Vaartio H et al., 2005; Zolnierek C, 2012).

In ambito sanitario-assistenziale i pazienti vivono situazioni di vulnerabilità psicofisiche, correlate sia direttamente allo stato di malattia, sia a condizioni socioeconomiche precarie e compromesse, che richiedono l’intervento attivo dell’intera professione infermieristica in tal senso.

Infatti, sebbene gli assistiti non debbano essere considerati fragili in quanto tali, questi potrebbero incontrare difficoltà nell’esprimere liberamente le loro opinioni e le loro scelte, per via della fragilità legata allo stato di malattia, dell’ospedalizzazione e/o di un vissuto di dipendenza nei confronti dei sanitari (Mahlin M, 2010). Proprio in virtù di ciò che gli assistiti e i *caregiver* percepiscono c’è la necessità di identificare qualcuno che li supporti nel percorso decisionale legato al proprio stato di salute e che ne favorisca l’autodeterminazione (Choi PP, 2015).

Pertanto, riconoscendo all’infermiere le conoscenze tecnico scientifiche e relazionali peculiari della professione, unitamente al ruolo di maggiore prossimità nei confronti dell’assistito rispetto ad altre figure sanitarie, è facile intuire come il paziente, inevitabilmente, elegga l’infermiere come colui che è in grado di difendere e sostenere se stesso, le rispettive famiglie e le comunità (Arcadi P et al., 2016; Kaur Khalsa SG, 2016).

Per ultimo, ma non per importanza, va inoltre considerato che la stessa natura e qualità della relazione infermiere-paziente richiede al primo di assumere il ruolo di garante e difensore del secondo (Negarandeh R et al., 2012), oltre a configurarsi come dovere etico, nel rispetto del Codice deontologico professionale vigente (IPASVI, 2009).

Nella letteratura disciplinare infermieristica, l’*advocacy* viene descritta secondo differenti prospettive teoriche – dal punto di vista sia etico, sia filosofico – che la qualificano nelle sue dimensioni umane (*hu-*

man advocacy), esistenziali (*existential advocacy*) e sociali (*social advocacy*) (Fry ST et al., 2004; Bu X et al., 2007; Choi PP et al., 2014; Choi PP, 2015).

Pur considerando i differenti approcci teorici descritti, è possibile individuare un comune denominatore che mette in luce i principali attributi sui quali si basa l’*advocacy*, ovvero: “le azioni di *advocacy* da parte del professionista infermieristico devono essere basate sul riconoscimento dei diritti umani e cogenti dell’assistito, quali autodeterminazione e integrità personale, affinché si porti questi a una sua individuale e personale responsabilizzazione” (Josse-Eklund A et al., 2014).

In quale modo il concetto di *advocacy* viene declinato nella pratica assistenziale infermieristica? Quali sono i suoi attributi fondamentali?

A differenza del panorama internazionale, in quello italiano sono quasi pressoché assenti studi che esplorano e descrivono in quale modo si concretizza la posizione di garanzia dei professionisti, in cui si analizzino principalmente gli esiti conseguenti a ogni azione di *advocacy*, che coinvolgono tanto l’infermiere quanto il paziente, tra cui: la soddisfazione personale e professionale e il miglioramento della relazione di fiducia (O’Connor T et al., 2005; Hanks RG, 2008). Vengono inoltre descritti alcuni fattori che ostacolano l’attuazione del ruolo di garante, quali la mancanza di chiarezza concettuale da parte del professionista coinvolto, la mancanza di supporto da parte della direzione/organizzazione e dei colleghi, il sentimento di paura connesso al rischio di incorrere in sanzioni e/o conflitti con altre figure professionali, la carenza di risorse umane e materiali, la mancanza di comunicazione e di tempo da parte dell’infermiere ma anche la mancanza di una propria motivazione, competenza ed esperienza (Negarandeh R et al., 2006; Tomaschewski-Barlem JG et al., 2015, 2016; Water T et al., 2016).

In un momento storico caratterizzato da numerose trasformazioni circa la natura e la complessità dei bisogni di salute delle persone nel nostro Paese, nonché del sistema sanitario, che chiamano in causa il ruolo dell’infermiere in termini di competenze legate alla funzione di tutela e garanzia dell’assistito, si è dunque ravvisata la necessità di comprendere quali siano gli elementi costitutivi dell’*advocacy*, a partire dall’analisi di come questo concetto si declina nell’attuale panorama assistenziale.

Obiettivo

Lo scopo del presente studio è di effettuare un’analisi concettuale dell’*advocacy*, identificandone gli attributi fondamentali attraverso i significati forniti dagli infermieri.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

Lo studio è di tipo qualitativo descrittivo, è stata condotta un'analisi concettuale secondo il metodo evolutivo di Rodgers (Rodgers BL, 1989).

Campione

I partecipanti, arruolati con metodo propositivo (Polit DF et al., 2014), sono stati reclutati in alcuni moduli funzionali (unità operative) dell'Azienda socio sanitaria territoriale (ASST) Ovest Milanese, scelti con criterio di rappresentatività delle principali aree presenti: medica, chirurgica e intensiva. Sono stati reclutati partecipanti infermieri con almeno un anno di esperienza nel contesto considerato. I moduli inclusi nello studio sono stati i seguenti:

- ospedale di Legnano: medicina-pneumologia, cardiologia-nefrologia, oncologia-ematologia, rianimazione/terapia intensiva post operatoria (TIPO);
- ospedale di Magenta: geriatria-riabilitazione specialistica, chirurgia alta intensità, unità di terapia intensiva coronarica (UTIC);
- ospedale di Cuggiono: medicina, *hospice* e cure palliative, assistenza domiciliare;
- ospedale di Abbiategrasso: pneumologia-riabilitazione fisio-respiratoria, area chirurgica.

Raccolta dei dati

I dati sono stati raccolti, nel periodo compreso tra gennaio e febbraio 2017, mediante un'intervista semi-strutturata che verteva sulle seguenti domande:

- cosa significa per lei essere garante e difensore nei confronti di un assistito?
- mi può raccontare una o più esperienze o situazioni in cui si è sentito garante di un assistito?
- che cosa le ha permesso di capire che in quella situazione c'era la necessità di farsi garante di quell'assistito? Quali sono state le conseguenze?

Per garantire l'affidabilità dell'intero percorso è stata realizzata un'intervista di prova, utilizzata come test per il perfezionamento del metodo e degli strumenti di raccolta dei dati e per una più precisa definizione dei criteri di controllo della procedura di conduzione dell'intervista.

Analisi dei dati

Le interviste sono state audio-registrate e successivamente trascritte integralmente.

La prima parte di analisi dei dati è stata condotta seguendo il metodo della Qualitative Content Analysis (Graneheim UH et al., 2004; Hsieh HF et al., 2005).

Conseguentemente all'analisi del contenuto, le categorie estrapolate dalle interviste sono state

clusterizzate per far emergere gli antecedenti, gli attributi e le conseguenze delineate da Rodgers (Rodgers BL, 1989), al fine di fornire una descrizione del ruolo di *advocacy* dell'infermiere.

Per garantire l'affidabilità dell'intero percorso di ricerca, l'analisi e la codifica delle trascrizioni è stata condotta in forma indipendente ed è stata successivamente effettuata una validazione consensuale. L'analisi si è conclusa al raggiungimento della saturazione dei dati.

Non è stato usato un *software* per l'analisi dei dati.

Considerazione etiche

La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria. È stato chiesto a tutti i partecipanti un consenso scritto alla registrazione audio delle interviste; per garantire l'anonimato della persona, ciascuna trascrizione dell'intervista è stata codificata numericamente in ordine crescente.

La ricerca si è svolta secondo le linee guida di Helsinki ed è stata autorizzata dalla direzione Infermieristica dei contesti coinvolti.

RISULTATI

Sono stati reclutati 40 partecipanti, le cui caratteristiche sociodemografiche sono riportate nella Tabella 1.

Le interviste hanno avuto una durata media di 24 minuti (intervallo tra 9 e 71 minuti).

In seguito al lavoro di analisi sono stati individuati 146 concetti che, dopo il processo di *clustering*, hanno dato luogo all'identificazione di 28 categorie poi ricondotte alle tre della *core analysis phase* definite da Rodgers (Rodgers BL, 1989; Tabella 2).

Antecedenti dell'*advocacy*

L'antecedente rappresenta l'evento, il fenomeno o la situazione che facilita e pone il soggetto nelle condizioni di poter svolgere la sua funzione di garanzia.

Legati all'infermiere

È più volte riportato dagli intervistati quanto l'esperienza rappresenti un fattore facilitante l'*advocacy*, descritta in termini sia di vissuto personale, sia di esperienza lavorativa prolungata in un determinato contesto.

“Un po' perché ci sono passata anche io nella mia storia personale, sono passata dall'altra parte della barricata [...] e non è che tutti ci debbano passare, anzi, speriamo mai, però senti dall'altra parte come il personale sanitario si avvicina all'utenza, ai parenti e ai pazienti [...] ed è lì che sta il farsi garante”.

Aver riflettuto sulla funzione di *advocacy* durante il percorso formativo si configura come un elemen-

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti

Sesso	%
femminile	75,0
maschile	25,0
Età anagrafica (anni)	%
fino a 30	17,5
tra 31 e 39	20,0
tra 40 e 49	42,5
superiore a 49	20,0
Titolo professionale	%
infermiere professionale	27,5
diploma universitario in scienze infermieristiche o di infermiere	35,0
laurea triennale in infermieristica	37,5
Formazione post base (laurea magistrale e/o master)	%
si	27,5
no	72,5
Ambito operativo	%
area medica	52,5
area chirurgica	17,5
area delle cure intensive	30,0
Esperienza lavorativa (anni)	%
fino a 10	57,5
tra 11 e 20	27,5
superiore a 20	15,0
N° totale partecipanti: 40	

Tabella 2. Antecedenti, attributi e conseguenze dell'advocacy e relativi temi

Antecedenti	Attributi	Conseguenze
<p><i>legati all'infermiere:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - esperienza personale e professionale - attitudini individuali - conoscenze e competenze professionali - identità personale e professionale <p><i>legati all'assistito:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - condizione di vulnerabilità - richiesta di aiuto <p><i>legati al prendersi cura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - relazione di fiducia 	<p><i>valorizzare l'autodeterminazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - supportare l'assistito nelle attività di vita quotidiana - informare, spiegare e rendere consapevole - educare e coinvolgere il caregiver - salvaguardare la volontà personale <p><i>promuovere e proteggere i diritti fondamentali:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - dignità - libertà personale - libertà religiosa - privacy <p><i>rappresentare gli interessi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - principio di beneficenza - principio di non maleficenza (<i>primum non nocere</i>) <p><i>"la responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura":</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - cura olistica e globale <p><i>agire come figura d'interconnessione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - agente per l'organizzazione sanitaria - agente per il sistema famiglia 	<p><i>conseguenze positive per il professionista:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - miglioramento della relazione infermiere-assistito - soddisfazione personale e professionale <p><i>conseguenze negative per il professionista:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - distress psico-emotivo - tensione e conflitti intra e inter professionali <p><i>conseguenze positive per l'assistito:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - miglioramento della relazione infermiere-assistito - soddisfazione personale - autodeterminazione

to facilitante l'acquisizione di competenze legate al ruolo di garanzia e di aiuto ad adempiere a tale mandato professionale in modo autentico.

"Perché quando sei studente ti spingono a farlo, te lo dicono, hai mille attenzioni su di lui, da quel punto di vista, anche già solo a partire dall'accertamento iniziale".

L'esercizio del pensiero critico e l'assumere la persona come elemento centrale del proprio agire sono anch'esse precondizioni che permettono all'infermiere di difendere, tutelare e farsi da garante qualora la situazione lo richieda, unitamente alla percezione di una forte identità professionale, descritta dagli infermieri come un elemento caratterizzato dal sentire fortemente in sé i valori propri della professione.

"Noi siamo lì per il paziente e basta. Il paziente è lì, in cima alla piramide, tutto il resto [...] è tutto in secondo piano. Se uno non perde di vista questo, sei sempre garante al cento per cento".

"Il codice deontologico, dovrebbe far riflettere su questo ruolo; solo il rileggere la propria deontologia dovrebbe portarti a farti garante del malato a trecentosessanta gradi. E, secondo me, non so se c'è qualche altra professione con un'etica così forte".

La capacità di ascolto e l'atteggiamento di apertura del professionista nei confronti dell'assistito, la sensibilità e il grado di coinvolgimento all'interno di uno scenario relazionale sono elementi che pure facilitano l'*advocacy*, unitamente alla spinta motivazionale a svolgere la professione e a un elevato grado di riflessività sull'azione; elementi, questi ultimi, capaci di creare le condizioni più favorevoli per la tutela del paziente.

"Stiamo parlando di un qualcosa di insito nella professione, cioè dal momento in cui, almeno personalmente, ho scelto di fare l'infermiera. Non è solo per questo, l'ho scelto prima di tutto per lavorare per e con le persone, ma lavorando per le persone in uno stato di necessità e di vulnerabilità ti fai garante rispetto alle loro problematiche".

Legati alla persona assistita

I pazienti più vulnerabili e fragili vivono maggiormente l'incapacità di potersi autodeterminare, soprattutto in situazioni di compromissione dello stato di coscienza, di decadimento cognitivo, di perdita dell'autonomia in seguito all'evento malattia e nelle situazioni di terminalità.

"[...] ecco, la buona cura sul malato è essere difensore dei suoi diritti [...] rispetto a terze persone, quando lui è incosciente e non dà il suo consenso, o rispetto al medico che non si rende conto di far male al malato, oppure, non so, [...] semplicemente controllare e supervisionare l'operato degli altri fa-

cendo in modo che non gli facciano male o ledano tutti i diritti che, in quanto persona, può avere".

Inoltre, ciò che permette all'infermiere di farsi garante è la richiesta esplicita di aiuto da parte del paziente che, sovente, riguarda la necessità di ricevere maggiori informazioni rispetto alla propria condizione clinica, nonché quella implicita colta in virtù delle competenze possedute.

"Principalmente, è la richiesta diretta del paziente; quando io mi trovo davanti a una paziente che mi dice: 'ma perché nessuno mi dice niente di questa cosa?' oppure 'ma perché se io avevo detto che non volevo fare questa cosa la stiamo facendo comunque?'; tendenzialmente, è la richiesta diretta del paziente che vivo come momento di riflessione".

Legati al prendersi cura

L'*advocacy* è un concetto centrale del prendersi cura. Infatti, non è possibile porsi in una situazione di garanzia al di fuori di uno scenario relazionale fondato sulla fiducia. L'infermiere è colui che, per maggior prossimità fisica e temporale, si pone nella condizione di poter cogliere difficoltà ed elementi di sofferenza che richiedono l'assunzione di una posizione di tutela. Elemento centrale è l'empatia, ritenuta essenziale per poter comprendere il vissuto di malattia e le problematiche che ne potrebbero derivare, permettendo di farsene garante.

"Anche perché, sicuramente, noi infermieri siamo quelli più vicini al malato, siamo noi quelli che dobbiamo percepire determinate cose che il malato ci comunica o ci dice; ecco, che lo dica espressamente è difficile, però comunque ce lo fa capire attraverso altri modi e linguaggi".

Attributi dell'advocacy

Il presente tema racchiude la personale definizione di *advocacy* fornita dagli intervistati che raffigura gli attributi centrali del concetto.

"La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona", è la sintesi del pensiero più frequentemente estrapolato dalle parole degli infermieri. La maggioranza di loro spiega che essere garante significa farsi carico a trecentosessanta gradi del malato, assicurare assistenza in tutte le sue componenti (bio-psico-fisiologiche) interessandosi non solo della componente oggettiva della malattia (*disease*) ma anche di quella soggettiva (*illness*).

"Dico a trecentosessanta gradi perché non è solo il bisogno fisico, ma anche quello psicologico; ascoltare le sue emozioni, le sue paure e le sue ansie. Cioè, secondo me, è proprio questa la descrizione personale di questo ruolo".

Valorizzare l'autodeterminazione

Rendere consapevole l'assistito e coinvolgerlo nelle decisioni con lo scopo di permettergli di compiere scelte consapevoli è la funzione propria del farsi garante. Il coinvolgimento decisionale riguarda anche i *caregiver*, attraverso la messa in atto di interventi di natura educativa.

"In questo caso mi sono fatta garante del paziente, delle sue parole, che ho ascoltato; abbiamo gestito le sue necessità [...] ho 'educato' lui e il caregiver [...]. Noi dobbiamo farci garanti non solo del paziente ma anche e soprattutto del caregiver, perché sarà quest'ultimo che diventerà una sorta di 'garante' familiare [...]."

Promuovere e proteggere i diritti e rappresentare gli interessi dell'assistito

La figura di tutela si fonda sul rispetto della dignità e della libertà personale dell'assistito. Inoltre, tutti gli infermieri intervistati affermano che il rispetto e la tutela della *privacy*, oltre che un dovere deontologico, sia una condizione indispensabile per realizzare l'*advocacy*, in ogni situazione assistenziale.

Advocacy significa altresì rappresentare gli interessi del paziente, con riferimento a due principi bioetici che guidano l'agire infermieristico: il principio di beneficenza e quello di non maleficenza. L'infermiere si fa garante che i trattamenti effettuati siano dettati da criteri di appropriatezza clinica, con un *focus* particolare nel merito dei trattamenti di fine vita, e mette in atto azioni finalizzate alla tutela della sicurezza dell'assistito a difendere la sua integrità fisica dalla malpratica di altri professionisti.

"Supervisionare che tutto quello che viene fatto al paziente sia all'interno della cerchia dei suoi diritti e dei suoi voleri [...]. Noi possiamo solo controllare che quello che viene fatto è nei suoi interessi, e per far sì che il paziente esca nel migliore dei modi da questo percorso [...]."

Agire come figura d'interconnessione

Essere una figura di garanzia significa fungere da "tessuto connettivo" tra i membri dell'organizzazione curante e i familiari dell'assistito, e rappresenta una concretizzazione dell'*advocacy* particolarmente citata. Nella fattispecie, l'infermiere si pone nella posizione di mediatore tra gli stessi colleghi o con altri professionisti, con lo scopo di difendere e portare all'attenzione dei diversi interlocutori gli interessi del paziente.

"[...] bisogna essere bravi a saper mediare e comunicare con loro (i colleghi, NdR), facendogli capire che ciò che ci spinge ad agire sono gli interessi, il benessere e la salute del paziente".

Per ciò che concerne i rapporti con la famiglia, l'in-

fermiere può essere un mediatore che aiuta nella risoluzione di possibili conflitti, un intermediario che assicura un passaggio e una comprensione chiara delle informazioni ricevute, punto di riferimento consapevole capace di far riflettere la famiglia su ciò che è realmente bene per l'assistito.

"[...] allora, molte volte c'è un conflitto tra paziente e familiari: in questo caso ci si deve fare proprio garanti [...] e fare in modo di tutelare la persona".

Conseguenze dell'*advocacy**Positive*

Assumere il ruolo di garante migliora la relazione di fiducia con l'assistito e fa sperimentare un vissuto di benessere e di soddisfazione personale e professionale. Tutto ciò si accompagna al senso di gratificazione per essere stati di aiuto all'assistito e alla percezione di sentirsi un professionista autonomo.

"Se lo fai (il garante, NdR), tra le conseguenze positive vedi sicuramente il paziente che riconosce in te la professionalità; tu ti senti soddisfatto e gratificato perché sia i parenti sia i pazienti ti dicono proprio 'grazie' e ti cercano quando vedono in te la persona di riferimento e a cui possono affidarsi. Ecco, ti senti un professionista".

Le azioni di *advocacy* favoriscono l'alleanza terapeutica e una migliore aderenza al percorso terapeutico assistenziale da parte del paziente e dei *caregiver*.

"[...] il farmi garante [...] sicuramente crea un'alleanza terapeutica più efficace, senza ombra di dubbio, perché non è una fiducia solo dal punto di vista tecnico ma anche relazionale, e secondo me il nostro lavoro parte da lì, perché se la togliamo rimane tecnicismo allo stato puro".

Analogamente all'infermiere, anche l'assistito sperimenta soddisfazione personale principalmente correlata al miglioramento e al ripristino del proprio stato di salute. Ne consegue una migliore capacità di autodeterminazione, di operare scelte consapevoli e di far fronte autonomamente alle problematiche correlate alla salute.

Negative

Il ruolo di garanzia non è però scevro da conseguenze difficili da gestire. Vivere continuamente la tensione derivante dal prendersi carico delle richieste del paziente genera talvolta un *distress* psico-emotivo caratterizzato da malessere conseguente a un eccessivo coinvolgimento nella situazione che ha richiesto di essere garanti.

"[...] devi anche essere forte e capace di lasciare tutto al di qua (nella sfera lavorativa, NdR) [...] se non riesci a farlo potresti rischiare di portarti troppo dentro e a casa troppe cose [...] rischi dav-

vero di non vivere più, [...] perdi di vista proprio quell'essenza che ti fa essere – e ti deve fare essere – un'infermiera”.

Inoltre, dalle parole degli intervistati si desumono sentimenti di tristezza, rabbia e delusione, soprattutto quando l'azione di garanzia non si esprime in una dimensione collettiva, ma è lasciata al singolo. *“Si parla ad alta voce davanti a questo paziente [...]. Mi allontanano e mi metto a piangere [...] e chiamo i medici dicendo ‘ma cosa state dicendo, questo malato sente benissimo!’; e questo, per me, è farsi garante [...] cioè mi viene da piangere ancora adesso [...].”*

L'azione di *advocacy* porta con sé ulteriori elementi che si configurano come possibile fonte di fallimento dell'azione stessa; tra questi, emergono i conflitti intra e inter professionali conseguenti e che talvolta conducono a un isolamento, da parte dell'intera équipe, del professionista coinvolto nell'azione di *advocacy*.

Un'ulteriore conseguenza negativa dell'azione di difesa dell'assistito è il timore del giudizio dei colleghi, che conduce, talvolta, alla mancata presa in carico della specifica situazione che richiederebbe una posizione di garanzia.

“[...] per quanto non lo condivida, qui dentro ci devi venire a lavorare e quindi non puoi fare la guerra con tutti e tutti i giorni o sentirti sempre sotto accusa”.

DISCUSSIONE

I risultati e le tematiche emerse hanno fornito molteplici spunti di riflessione e di discussione che hanno consentito di poter delineare e chiarire come il concetto di *advocacy* si trovi a essere articolato ed esercitato nella pratica quotidiana.

Un aspetto fondamentale messo in luce dalle parole degli intervistati, avvalorando quanto emerso dall'analisi della letteratura, è che l'*advocacy*, elemento centrale della disciplina infermieristica, viene riconosciuto e concretizzato nei diversi ambiti dell'agire professionale.

Come si concretizza, dunque, il ruolo di garanzia nelle parole degli intervistati? Anzitutto attraverso la pratica del prendersi cura. L'infermiere si sente responsabile del percorso di presa in carico dell'assistito e la funzione di garanzia rappresenta un elemento fondamentale dell'assunzione di responsabilità in tal senso, concretizzandosi in azioni quali il supportare, l'informare e l'educare (l'assistito e i *caregiver*), nella salvaguardia della volontà dell'assistito e proteggendo i suoi diritti fondamentali, assicurando dignità, *privacy* e libertà personale in virtù dell'inalienabile principio di autodeterminazione più volte chiamato in causa.

Vi è consenso quasi unanime nell'affermare che l'*ad-*

vocacy conduca a esiti positivi, che coinvolgono sia il professionista sia – e soprattutto – l'assistito, in termini di salute e benessere. Si ha dunque conferma di quanto sostenuto da Baldwin (Baldwin MA, 2003) e Vaartio e colleghi (Vaartio H et al., 2006): esprimere *advocacy* migliora il percorso assistenziale e di cura facilitando l'autodeterminazione dell'assistito nonché del professionista. Farsi garante permette altresì all'assistito di sperimentare un vissuto di malattia meno negativo e consente una presa in carico assistenziale personalizzata, soprattutto quando supportata da una relazione di fiducia che è possibile instaurare proprio in virtù della posizione di maggior vicinanza al paziente.

Dunque, appare chiaro come il concetto preso in esame e la sua attuazione risulti di grande importanza per la professione infermieristica, anche alla luce dei rapidi cambiamenti del panorama sanitario attuale. Le modifiche dei luoghi di cura a cui stiamo assistendo, unitamente alla complessità crescente delle richieste di pazienti e *caregiver*, soprattutto nella direzione dell'autocura, così tanto evidenziata dai partecipanti allo studio e descritta nella letteratura esaminata, chiamano in causa l'infermiere che si presenta come il garante che si inserisce in una logica processuale di attenzione ai bisogni del malato e con una tensione morale che vede nell'*advocacy* la sua principale espressione fattuale (Arcadi P et al., 2016). Nel presente studio l'*advocacy* si manifesta altresì attraverso l'assunzione, da parte dell'infermiere, di un ruolo di interconnessione dei processi di cura, fondamentale per poter rispondere efficacemente alle mutate necessità assistenziali, nonostante le crescenti complessità cui si trova a dover far fronte. Nelle interviste si palesano, infatti, le molteplici sfaccettature che contraddistinguono una professione in continua evoluzione e determinante nel processo di cura poiché capace di fare da collante tra le necessità del paziente, del *caregiver*, della famiglia e le richieste delle altre figure professionali e dell'intera organizzazione curante.

La componente multiprofessionale e le caratteristiche del contesto organizzativo si configurano come elementi che influenzano in modo peculiare l'assunzione di una posizione di garanzia da parte dell'infermiere (Hanks RG, 2008; Water T et al., 2016). Se da un lato la solidità dell'équipe, l'agire comune e la condivisione delle informazioni e delle scelte con i colleghi e con altre figure professionali risultano essere i principali fattori che permettono l'esplicitarsi del ruolo di interconnessione, per contro gli intervistati riportano diverse situazioni capaci di ostacolarlo o impedirlo. Conflitti e tensioni intra e inter professionali e il mancato riconoscimento della professione

si caratterizzano, infatti, come i principali limiti posti all'azione di *advocacy*, in accordo con quanto sostenuto dalla letteratura esaminata (Vaartio H et al., 2005; Negarandeh R et al., 2006; Oliveira C, 2015; Tomaschewski-Barlem JG et al., 2016).

Considerando il ruolo del contesto organizzativo, un ulteriore sostegno ai risultati ottenuti da Negarandeh e colleghi (Negarandeh R et al., 2006) viene dalla considerazione – da parte degli intervistati – di quanto i tempi lunghi di degenza, associati a modelli organizzativi infermieristici innovativi (per esempio, il *primary nursing*), svolgano una positiva influenza sull'*advocacy*. Viceversa, l'organizzazione stessa può fungere da ostacolo nel caso in cui ci si trovi di fronte a una programmazione instabile della turnistica, un'eccessiva burocrazia, un carico di lavoro elevato associato alla carenza di risorse umane, sintomi di quell'organizzazione 'lavatrice' – come la descrive Cavicchi (Cavicchi I, 2011) – che impone dall'alto priorità, obiettivi e compiti, più che orientare l'agire in funzione delle domande di salute delle persone, e che spesso impedisce la messa in atto di una posizione di garanzia (Baldwin MA, 2003).

In riferimento a quest'ultimo assunto, un elemento centrale delle disquisizioni degli infermieri in merito agli ostacoli all'*advocacy* è la constatazione di un mancato riconoscimento – da parte degli altri attori del sistema salute – della responsabilità morale e del valore professionale a essa associati. Nella maggior parte delle situazioni descritte, la posizione di garanzia è assunta dal singolo e non si configura come pratica collettiva, riducendone le effettive potenzialità e i possibili esiti, poiché non condivisi. In tal senso, si rinforza quanto indicato in letteratura, ovvero che la responsabilità legata al ruolo di tutela e garanzia debba imprescindibilmente essere configurata come un dovere collettivo (Mahlin M, 2010; Zolnierek C, 2012).

Il contesto in cui si concretizza l'azione di *advocacy* è cruciale per garantirne l'attuazione. Dalle parole dei partecipanti emerge che, laddove sia richiesto di agire con competenze tecniche, relazionali ed educative in stretta interconnessione, l'azione del farsi garante sarà quasi sicuramente promossa. Si nota dunque come nelle realtà operative, che per loro stessa natura si prestano maggiormente a considerare l'ambito relazionale come prioritario, è risultato essere più facile e naturale assumere una posizione di garanzia rispetto a realtà in cui prevale una visione più tecnica dell'assistenza.

Inoltre, va considerato come l'azione di *advocacy* non sia scevra da conseguenze sulla sfera emotiva. Farsi garante significa, spesso, doversi fare carico in prima persona di situazioni complesse, stressanti

ed emotivamente coinvolgenti, e dalle quali il professionista potrebbe faticare a distaccarsi (Choi PP, 2015). Risulta ben chiaro come, per gli intervistati, questo risulti essere una faccia della medaglia di cui tenere conto ogni qual volta ci si presti come garante, ma incapace comunque di frenare la concretizzazione di un dovere morale etico deontologico che porta ad agire nell'interesse dell'assistito.

Infine, prendendo in considerazione i modelli di *advocacy* descritti dalla disciplina infermieristica (Fry ST et al., 2004; Choi PP, 2015), è interessante notare come ognuno di questi trovi forma nelle parole degli intervistati in egual misura. Ciò dimostra come il concetto di *advocacy* – in virtù della natura della professione infermieristica – risulti essere mutevole e ricco di sfaccettature, pur mantenendo saldo in sé un principio inconfutabile: l'essere un elemento fondamentale senza il quale è impossibile prendersi cura dell'altro.

CONCLUSIONI

“La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo”. Questo assunto, contenuto all'interno del Codice Deontologico (IPASVI 2009), trova importante riscontro nei racconti degli intervistati in merito a quanto l'*advocacy* rappresenti la concretizzazione fattuale della responsabilità degli infermieri nell'ambito del prendersi cura ed altresì dovere deontologico insito nella professione stessa. I partecipanti allo studio hanno delineato una realtà che ci fa comprendere quanto la professione infermieristica svolga un ruolo cruciale in termini di assunzione di posizioni di garanzia. Nell'era del dibattito sulle competenze specialistiche dell'infermiere, questi risultati possono fornire elementi di riflessione circa la necessità di dotare le istituzioni formative e organizzative di alcuni strumenti utili a far acquisire al professionista infermiere competenze che siano orientate al potenziamento della funzione di *advocacy*.

E' altresì cruciale che tale funzione sia riconosciuta dalle organizzazioni come ruolo chiave, come un punto di forza che va valorizzato all'interno dei luoghi di cura per migliorare la qualità dell'assistenza. E' necessaria una riflessione sugli attuali percorsi di formazione di base e post base degli infermieri, affinché a questa figura sia riconosciuto il valore aggiunto che apporta, quale elemento di interconnessione tra i diversi professionisti coinvolti nel processo di cura nonché punto di riferimento morale e di *advocacy* del paziente e del suo *entourage*, ed è essenziale promuovere un movimento di pensieri e

azioni collettive al fine di passare da una responsabilità soggettiva a una condivisa.

Il presente lavoro vuole fungere da punto di partenza per la realizzazione di maggiori approfondimenti sull'argomento, a partire dall'indagine delle percezioni, dei vissuti e delle descrizioni fornite dagli assistiti ed esplorando ambiti non toccati dall'indagine quali, per esempio, le realtà extraospedaliere, che richiedono di essere considerate in termini di luoghi di cura privilegiati per la professione infermieristica del futuro.

In conclusione, si auspica che questo studio possa fornire spunti di riflessione per la comunità infermieristica e per tutti i professionisti della salute nella pratica quotidiana al fine di raggiungere piena consapevolezza sull'importanza che il ruolo di garante assume all'interno del prendersi cura.

Conflitti di interesse: gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse nella conduzione e diffusione dello studio.

BIBLIOGRAFIA

- Arcadi P, Bonetti L, Busnelli A et al. (2016) *Di quali bisogni di salute si occupa l'infermiere? Studio qualitativo multicentrico*. *L'infermiere*, 5, e89-103.
- Baldwin MA (2003) *Patient Advocacy: a concept analysis*. *Nursing Standard*, 17, 33-39.
- Bu X, Jezewski MA (2007) *Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis*. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 101-110.
- Cavicchi I (2011) *Una filosofia per la medicina. Razionalità clinica tra attualità e ragionevolezza*. Ed. Edizioni Dedalo, Bari.
- Choi PP (2015) *Patient Advocacy: the role of the nurse*. *Nursing Standard*, 29, 52-58.
- Choi PP, Cheung K, Pang SM (2014) *A field study of the role of nurses in advocating for safe practice in hospitals*. *Journal of Advanced Nursing*, 70, 1584-1593.
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2009) *Commentario al Codice Deontologico dell'infermiere 2009*. Ed. McGraw-Hill, Milano.
- Fry ST, Johnston MJ (2004) *Etica per la pratica infermieristica. Una guida per prendere decisioni etiche*. Ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Graneheim UH, Lundman B (2004) *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hanks RG (2008) *The lived experience of nursing advocacy*. *Nursing Ethics*, 15, 468-477.
- Hsieh HF, Shannon SE (2005) *Three approaches to qualitative content analysis*. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.
- Hyland D (2002) *An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: implications for nursing practice*. *Nursing Ethics*, 9, 472-482.
- Josse-Eklund A, Jossebo M, Sandin-Bojö AK et al. (2014) *Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy*. *Nursing Ethics*, 21, 673-683.
- Kaur Khalsa SG (2016) *Why Advocate Nurse?* New Mexico Board of Nursing, 61.
- Mahlin M (2010) *Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations*. *Nursing Ethics*, 17, 247-254.
- Negarandeh R, Dehghan Nayeri N (2012) *Patient advocacy practice among Iranian nurses*. *Indian Journal of Medical Ethics*, 9, 190-195.
- Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F et al. (2006) *Patient advocacy: barriers and facilitators*. *BMC Nursing*, 5, 3.
- O'Connor T, Kelly B (2005) *Bridging the gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland*. *Nursing Ethics*, 12, 453-467.
- Oliveira C, Tariman J (2015) *Barriers of Patient Advocacy Role in Clinical Nursing Practice: An Integrative Review of the Literature*. *DePaul Online Journal of Nursing Research*.
- Polit DF, Beck CT (2014) *Fondamenti di Ricerca Infermieristica*. Ed McGraw-Hill Education, Milano.
- Rodgers BL (1989) *Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle*. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 330-335.
- Rodgers BL (2000) *Concept analysis: an evolutionary view*. In: *Rodgers BL, Knaff KA. Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications*. 2a edizione. Ed. Philadelphia: W.B. Saunders company.
- Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi V, Barlem EL et al. (2015) *Nursing belief and actions in exercising patient advocacy in a hospital context*. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 49, 811-818.
- Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi V, Barlem EL et al. (2016) *How have nurses practiced patient advocacy in the hospital context? A foucaultian perspective*. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25, e2560014.
- Vaartio H, Leino-Kilpi H (2005) *Nursing advocacy-a review of the empirical research 1990 - 2003*. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 705-714.
- Vaartio H, Leino-Kilpi H, Salanterä S et al. (2006) *Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced?* *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 282-292.
- Water T, Ford K, Spence D et al. (2016) *Patient advocacy by nurses - past, present and future*. *Contemporary Nurse*, 52, 1-27.
- Zolnierek C (2012) *Beyond Rhetoric: Supporting Patient Advocacy in Nursing Practice*. *Perioperative Nursing Clinics*, 7, 379-387.



CONTRIBUTI

Profili di responsabilità del coordinatore infermieristico nella gestione dei farmaci: disamina delle interpretazioni giurisprudenziali dell'articolo 443 del Codice Penale

di Chiara Frigerio (1), Daniele Mattana (2), Carlotta Marconi (3), Francesca Spandri (3)

(1) RN, MSc, Infermiere, ASST Lecco

(2) RN, Infermiere, ASST Lecco

(3) Avvocato presso il Foro di Lecco

Corrispondenza: fritzchiara@libero.it

Introduzione

La terapia farmacologica ricopre un ruolo di fondamentale importanza nel processo di cura e di assistenza sanitaria. Con l'evolversi della cultura della gestione del rischio clinico, della promozione dell'efficienza clinica e della good governance, si sono anche venuti ad imporre principi imprescindibili per una corretta gestione del processo terapeutico. Tutti gli attori che si vedono coinvolti nella gestione dei medicinali devono conoscerne l'utilizzo, i risultati attesi, le controindicazioni, le reazioni avverse e le interazioni con altri farmaci e/o cibi, nonché le azioni da intraprendere nel momento in cui queste ultime si verificano (Amico-Roxas, Caputi et al., 2005).

La gestione dei medicinali è un vero e proprio processo e la vastità di molecole e presidi che sono impiegati nell'universo sanitario impone una cauta e regolamentata attività (Katzung, 2011).

Se si ritiene piuttosto ovvio che siano coinvolti nel processo di utilizzo dei farmaci i medici, gli infermieri ed i farmacisti, è necessario commemorare il ruolo ricoperto dal coordinatore infermieristico in tale ambito. Ad esso sono affidati i compiti e le responsabilità per quanto riguarda l'approvvigionamento, la conservazione, il controllo delle scadenze, lo smaltimento e la gestione in senso lato dei farmaci.

L'obiettivo prefissato di questo studio è cogliere gli elementi fondamentali che fanno da riferimento e da guida circa la responsabilità penale del coordinatore infermieristico sulla gestione dei farmaci. Ancor più nello specifico, gli autori si prefiggono l'obiettivo di analizzare l'ambito relativo all'articolo 443 del Codice Penale inerente la detenzione di farmaci difettosi, guasti, imperfetti o contenenti corpi estranei.

L'articolo 443 del codice penale

L'articolo 443 del Codice Penale recita testualmente: «Chiunque detiene per il commercio, pone in commercio o somministra medicinali guasti o imperfetti è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa non inferiore a centotré euro». L'articolo 443 c.p. prevede quindi tre distinte fattispecie di reato: la detenzione per il commercio, la messa in commercio e la somministrazione di medicinali guasti o imperfetti.

È utile rimarcare la terminologia specifica per comprendere il passo successivo: la nozione giuridica di farmaco o, come definito dalla legge “medicinale”, è oggi contenuta all'interno del Decreto Legislativo 24 aprile 2006 n. 219 “Attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE”, che ha la natura di un vero e proprio testo unico normativo in materia. In tale testo normativo è definito farmaco “ogni sostanza o associazione di sostanze presentata come avente proprietà curative o profilattiche delle malattie umane” e “ogni sostanza o associazione di sostanze che può essere utilizzata sull'uomo o somministrata all'uomo allo scopo di ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica”.

Né la normativa nazionale né quella europea nominano, invece, i “presidi sanitari o presidi medico-chirurgici”, in proposito dei quali si è chiaramente espressa la giurisprudenza uniforme, affermando che “l'aver posto in commercio e detenuto un presidio medico chirurgico non configura reato di cui all'art. 443 c.p., in quanto la norma si applica esclusivamente ai medicinali, fra i quali non possono ricomprendersi i presidi medico-chirurgici” (Bragliani, 1981).

La definizione di questi ultimi è, invece, contenuta nel Decreto Legislativo 24 Febbraio 1997 n. 46, attuativo della direttiva 93/42/CE, concernente i dispositivi medici. In particolare, tale fonte normativa, all'art. 1, precisa che per dispositivo medico s'intende “qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento, e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia, di diagnosi, controllo, terapia o attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico; d'intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l'azione principale, nel o sul corpo umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico, ma la cui funzione può essere coadiuvata con tali mezzi.” Alla luce delle sopraddette definizioni a confronto, “farmaco” da una parte e “presidio medico” dall'altra, si può affermare con certezza che non rientrano nella nozione di farmaco per esempio i deflussori per fleboclisi, le siringhe, gli aghi, i guanti sterili e tutti gli altri presidi che quotidianamente permeano la pratica clinica infermieristica.

Più complessa delle precedenti è la definizione di farmaco guasto o imperfetto. Per “farmaci guasti”, ai fini della configurabilità del reato di cui all'articolo 443 c.p., devono intendersi quei medicinali che “si sono alterati per qualsiasi causa, come il normale deperimento, la vetustà, la fermentazione”.

Per farmaci “imperfetti”, invece, si intendono sia il medicinale non preparato secondo le prescrizioni scientifiche o nel quale non si siano verificate tutte le condizioni per evitare ogni pericolo nel suo uso o per renderlo idoneo al suo scopo, sia il medicinale che, pur non essendo guasto, sia difettoso per qualsiasi altra causa. L'imperfezione è stata pertanto intesa dal legislatore come una non conformità ai principi della tecnica farmaceutica e comprende ogni vizio non dipendente da contraffazione o adulterazione. Rientrano quindi nella nozione di farmaco imperfetto tutti quelli che, pur genuini, non siano stati dosati nella misura prescritta oppure abbiano una composizione diversa da quella dichiarata nell'involucro e quindi autorizzata (Cass., sentenza 27/10/1982).

Non mancano però opinioni contrarie: si esprime diversamente una parte di dottrina, rappresentata da Fiandaca e Musco, che considera, invece, imperfetto il farmaco scaduto di validità, discostandosi così dalla giurisprudenza corrente che riconduce la scadenza del farmaco alla nozione di farmaco guasto (Benci, 2008).

Proseguendo nella trattazione, affinché si verifichi il reato oggetto della presente disamina, la giurisprudenza è pressoché unanime nel ritenere che non occorra la prova che il medicinale guasto sia concretamente pericoloso per la salute pubblica, in quanto il pericolo è presunto in via assoluta dalla legge (Cass., sentenza 03/04/1986).

Non scarseggiano sul punto orientamenti contrari che negano l'assimilabilità dei farmaci scaduti ai farmaci imperfetti (Fiandaca, Musco, 2011). Tale assimilazione risulterebbe essere finanche pericolosa poiché comporterebbe un *praesumptum de presunto*. Aprile (1991) afferma infatti che per evitare il pericolo di presunzioni inammissibili, è necessario arrivare ad una "verifica di laboratorio dei prodotti scaduti non potendosi escludere la permanenza dell'efficacia medicamentosa negli stessi. Senza questo tipo di accertamento non è possibile escludere né la permanenza dell'efficacia medicamentosa né la presenza di un degrado che possano consentire di qualificare come guasto un medicinale per il solo fatto che sia trascorsa la sua scadenza. "Del resto, è abbastanza noto che un medicinale scaduto non è necessariamente privato della sua efficacia terapeutica, che conserva del tutto o in parte, ma che pur sempre presenta (Pretura di Empoli, 02/11/1989).

La detenzione per la somministrazione

Come anticipato, la lettura dell'articolo 443 c.p. sembra escludere l'ipotesi della "detenzione per la somministrazione", non menzionandolo espressamente nell'elenco. In generale, nel diritto penale vige il divieto di "analogia", che consiste in quel procedimento attraverso cui vengono risolti i casi non espressamente previsti dalla legge, estendendo ad essi la disciplina dettata per casi simili o altrimenti desunta dai principi generali del diritto. Anche se solo implicitamente, tale principio trova fondamento nell'art. 25 della Costituzione, in quanto è destinato ad eliminare qualsiasi rischio di arbitrio da parte sia del potere giudiziario che dello stesso legislatore nell'interpretazione ed applicazione delle norme penali incriminatrici. Ciò premesso, risultano pertanto doverose talune precisazioni sul tema.

Innanzitutto occorre tenere presente che i farmaci nelle strutture sanitarie sono conservati sia nelle strutture complesse di farmacia, sia nelle farmacie di reparto. Nelle prime vi è la responsabilità del farmacista, nelle seconde vi è la responsabilità diretta del coordinatore infermieristico e degli infermieri (Fresa, 2008). Nelle case di cura private la responsabilità è del direttore sanitario. Non si ritiene, invece, che debba sussistere la responsabilità del dirigente con incarico di struttura complessa, ex figura primariale, data la genericità o la carenza di norme al riguardo (Fiandaca, Musco, 2011). Al fine di non incorrere nel reato di "detenzione e somministrazione di medicinali guasti" (art. 443 c.p., di regola contestato nella forma colposa ex art. 452 c.p. "delitti colposi contro la salute pubblica"), il coordinatore infermieristico in primis e gli infermieri da quest'ultimo nominati in secundis, sono tenuti ad effettuare il controllo periodico della scadenza dei farmaci, dell'integrità delle confezioni e del rispetto delle norme previste per la conservazione.

E' inoltre necessario ricordare che, secondo la giurisprudenza di legittimità, la fattispecie di cui all'art. 443 c.p. stabilisce una *praesumptio iuris et de iure* di pericolosità di farmaci guasti: il farmaco guasto è per sua stessa natura pericoloso quindi non occorre alcuna prova in concreto.

A ciò si aggiunga che tra i medicinali inefficaci o comunque imperfetti devono ricomprendersi anche quelli scaduti, in quanto il limite di validità dell'impiego terapeutico è posto in relazione alle modificazioni che intervengono nel medicinale, inficiandone il principio farmacologicamente attivo (Cass. Pen., 15/05/1992 e Cass. Pen., 30/11/1988).

In realtà le decisioni della Suprema Corte sul tema non sono state uniformi. Secondo un primo orientamento, "incombe sulla caposala l'obbligo di controllare la scadenza non solo al momento in cui i medicinali vengono forniti al reparto, bensì periodicamente e di certo al momento in cui vengono somministrati al paziente", precisando che non ci sarebbe alcuna distinzione tra "detenzione per il commercio e detenzione per la somministrazione" (Cass. Pen., 10/06/1997, Cass. Pen. 05/05/1994, Cass. Pen., 09/10/1987).

Secondo un differente orientamento, invece, la figura del coordinatore infermieristico potrebbe rispondere solo del reato di "somministrazione" di farmaci scaduti ma non di "detenzione" poiché siffatta condotta non è espressamente prevista dalla norma in questione che punisce solo la detenzione di medicinali scaduti "per il commercio": diversamente la punibilità discenderebbe da una applicazione analogica dell'art. 443 c.p., vietata, come detto, dai principi di tassatività e legalità che presidiano l'illecito penale. In tal senso si è espressa anche la giurisprudenza di merito: "la detenzione per la somministrazione di farmaci scaduti non è prevista dalla legge come reato, in quanto l'art. 443 c.p. sanziona tre condotte: la detenzione per il commercio, il commercio e la somministrazione di farmaci guasti o imperfetti. Non costituisce tentativo di somministrazione la pura detenzione di medicinali con termine di validità scaduto conservati negli armadi ad uso del personale infermieristico" (Cass. Pen., 19/03/1998, Cass. Pen., 01/12/1995).

Diversamente viene invece affermato da un altro orientamento giurisprudenziale che afferma come potrebbe prospettarsi un'ipotesi di "tentativo" punibile quando la detenzione costituisca ai sensi dell'art. 56 c.p. "atto idoneo diretto in modo non equivoco" (Cass. Pen., 10/02/1995) alla somministrazione e sia accompagnata dalla consapevolezza del guasto o della imperfezione del medicinale. Si pensi per esempio alla presenza di farmaci scaduti non negli armadi ad uso del personale infermieristico bensì già sui carrelli predisposti per la distribuzione delle terapie ai ricoverati.

La Corte di Cassazione, trattando l'argomento, si è divisa fondamentalmente in due filoni diametralmente opposti, così riassumibili: l'orientamento dell'assimilazione della detenzione per la somministrazione con la detenzione per il commercio e l'orientamento della non assimilazione della detenzione per il commercio con la detenzione per la somministrazione.

I due orientamenti

Analizzando il primo filone giurisprudenziale sopra accennato, la Corte di Cassazione, spingendosi oltre l'interpretazione letterale dell'articolo 443 c.p., ha confermato la sentenza del Tribunale di Roma che, in punto di diritto, sanciva l'equivalenza delle ipotesi della detenzione per il commercio con quella della detenzione per la somministrazione. La Suprema Corte ha precisato che la detenzione per il commercio e la detenzione per la somministrazione non costituiscono situazioni differenti: entrambe sono funzionali e dirette all'uso effettivo del farmaco. Fondatamente perciò i giudici di merito hanno ritenuto che, lungi dal costituire una nuova e non prevista ipotesi di reato, "la detenzione per la somministrazione è un aspetto della prima previsione dell'articolo 443 c.p." (Cass., 09/10/1987).

Quest'orientamento è stato poi confermato da una successiva sentenza in cui la Corte ha ribadito che “non ha alcun fondamento la distinzione tra la detenzione per il commercio e la detenzione per la somministrazione prospettata dal ricorrente dato che sia l'una sia l'altra rendono probabile, o quanto meno possibile, l'utilizzazione concreta del medicinale guasto o imperfetto a scopo terapeutico” (Cass., 01/07/1994).

I controlli e gli accorgimenti che il coordinatore infermieristico e gli infermieri devono operare per non incorrere nel reato di cui all'art. 443 c.p. consistono sostanzialmente nel controllo della scadenza del farmaco, nel controllo dell'integrità della confezione e nel rispetto delle norme previste per la conservazione. Una volta scaduti i farmaci, se non possono essere eliminati, per esempio perché stupefacenti, devono essere nettamente separati dagli altri. La giurisprudenza ha infatti ritenuto “insufficiente la sola separazione per scomparti, all'interno dell'armadietto delle specialità stupefacenti, senza alcun'altra specifica indicazione che potesse scongiurare il pericolo di errori” (Cass., 12/10/1998). E ancora “rappresenta la violazione di legge in ordine al preteso obbligo di denunciare all'ASL la presenza di confezioni di sostanze stupefacenti scadute e da distruggere [...] assumendo che detto obbligo non è rinvenibile in alcuna norma della disciplina sulla detenzione e vendita degli stupefacenti da parte delle farmacie”.

Spostare invece i farmaci scaduti in altro armadio, non destinato alla preparazione dei farmaci utili alla somministrazione della terapia e debitamente chiuso a chiave, escluderebbe il reato (Pretura di Busto Arsizio, 30/03/1996).

La giurisprudenza della Suprema Corte aveva sottolineato che a nulla valeva l'assunto che la qualificazione professionale dei detentori (medici ed infermieri) escluderebbe il pericolo per la somministrazione dato che “anche la detenzione per il commercio avviene ad opera di persone (farmacisti) dotate di altrettanta qualificazione professionale” (Cass., 01/07/1994). Anche la giurisprudenza in merito si era uniformata a tale orientamento, precisando che la presenza di farmaci scaduti nell'armadio della terapia “prelude secondo nozioni di comune esperienza, al fine di somministrazione degli stessi e ciò vale ad integrare il reato di cui all'art. 443 c.p.” (Pretura di Ferrara, 10/11/1995).

Non sono mancate interpretazioni diverse, soprattutto nella allora giurisprudenza pretorile (oggi il ruolo del Pretore è stato completamente sostituito da quello del Giudice di Pace, ndr), a proposito di farmaci scaduti trovati all'interno di armadi contenenti la farmacia di reparto. Il Pretore di Ferrara ha considerato tale circostanza “non grave, essendo i farmaci scaduti da pochissimi giorni ed essendo pertanto la loro presenza nell'ambulatorio compatibile anche con una mera dimenticanza o con un disordine nella custodia dei farmaci. La conclusione sarebbe stata diversa se fosse stata accertata la presenza di farmaci scaduti sul carrello dei medicinali pronti per essere somministrati ai degenti durante il giro da parte degli operatori sanitari” (Pretura di Pavia, 23/01/1995).

Per quanto riguarda il secondo orientamento citato, cioè quello della non assimilazione della detenzione per il commercio con la detenzione per la somministrazione si ricordano, ex multis, i seguenti casi giurisprudenziali: due coordinatrici di Genova erano state denunciate per detenzione di farmaci scaduti. Con sentenza del 7 ottobre 1994 il Giudice per le Indagini Preliminari, presso la Pretura Circondariale di Genova, dichiarava di non potersi procedere contro le due caposala in quanto il fatto non costituiva reato.

Il Pubblico Ministero ricorreva quindi in Cassazione denunciando l'erronea applicazione della norma penale sul rilievo che le indagate, entrambe "caposala di reparto ospedaliero, e quindi responsabili della corretta conservazione dei farmaci", dovevano considerarsi colpevoli del delitto loro ascritto in quanto la detenzione per la somministrazione di medicinali scaduti, corrispondeva alla detenzione per il commercio (Benci, 2008). In terzo ed ultimo grado di giudizio la Cassazione ha poi affermato, contrariamente all'orientamento precedente che sosteneva non esserci distinzione tra la detenzione per il commercio e la detenzione per la somministrazione, che tale indirizzo non potesse essere confermato in quanto la norma incriminatrice, punendo chi "detiene per il commercio, pone in commercio o somministra", vincola l'interprete ad un "insuperabile dato ermeneutico di ordine testuale, che nella sua specifica ed univoca portata, segna la determinatezza della fattispecie penale e ne delimita i precisi confini, identificando, ai fini della consumazione del reato, distinte condotte, l'ultima delle quali, a differenza di quanto previsto per il commercio di farmaci imperfetti, riguarda l'effettiva somministrazione e non anche la detenzione ad essa destinata" (Cass., 14/04/1995).

L'assimilazione delle due ipotesi (detenzione per il commercio e detenzione per la somministrazione) deve quindi considerarsi "preclusa dai principi di legalità e tassatività della norma penale" con conseguenti problemi di legittimità costituzionale.

Successivamente, peraltro, altre pronunce di legittimità hanno confermato quest'orientamento, affermando che il reato previsto dall'art. 443 c.p. per quanto concerne la detenzione "può concretare un'ipotesi di tentativo punibile ex art. 56 c.p. quando costituisca atto idoneo diretto in modo non equivoco alla somministrazione e sia accompagnata dalla consapevolezza del guasto o dalla imperfezione del medicinale". Infine la Corte Suprema ha precisato che "è escluso che la sola detenzione per la somministrazione possa dare origine a responsabilità [...] e che detta detenzione, dovuta a colpa, possa essere punita a titolo di tentativo".

Ancora, in particolare, la sentenza 190/1995 contiene un completo capovolgimento dell'interpretazione dell'art. 443 c.p. nella parte che riguarda la detenzione per la somministrazione, cui peraltro si è subito allineata la giurisprudenza di merito. In effetti, non si può dissentire dalla Cassazione nelle motivazioni quando specifica che a fronte di un dato testuale preciso non è consentito andare incontro ad un'interpretazione analogica in quanto questa deve ritenersi "preclusa dai principi di legalità e di tassatività della norma penale" (Benci, 2008).

Se, da una parte, il contrasto di giurisprudenza in una stessa sezione della stessa Corte è un fatto non nuovo, dall'altra, la dottrina aveva però già avuto modo di anticipare quest'orientamento trattato, affermando che "la detenzione per la somministrazione rappresenta infatti un momento prodromico rispetto all'effettiva somministrazione che è la vera condotta incriminata dalla norma". I contorni dell'orientamento giurisprudenziale ora maggioritario risultano però ancora poco definiti quando la stessa giurisprudenza afferma che la detenzione di farmaci può "concretare un'ipotesi di tentativo punibile ex art. 56 c.p. quando costituisca atto idoneo diretto in modo non equivoco alla somministrazione e sia accompagnata dalla consapevolezza del guasto o della imperfezione del medicinale" (Fiandaca, Musco, 2011).

Quindi la detenzione per la somministrazione di farmaci scaduti integrerebbe gli estremi di reato solo quando l'infermiere o il coordinatore detengano per finalità non equivoche dirette alla somministrazione accompagnate dalla consapevolezza del guasto o dell'imperfezione del medicinale. Il personale sanitario sarebbe cioè punito solo quando volesse somministrare un farmaco scaduto, conoscendolo come tale. Affermando ciò la Cassazione si pone in chiaro contrasto con l'unanimità della dottrina che considera il delitto tentato come reato doloso sulla base del presupposto che "il tentare, se inteso nel concetto comune, è incompatibile con la colpa [...] ma anche in base alla regola generale dell'art. 42 comma 2, mancando ogni espressa previsione del tentativo colposo (Mantovani, 1988)".

In particolare, la dottrina precisa che il tentativo nei reati colposi è "ontologicamente inconcepibile [...] per incompatibilità logica". Quest'orientamento ha trovato conferma anche nei dubbi di una pronuncia pretorile che ha avuto modo di affermare che la sentenza in oggetto "adombra una detenzione dovuta a colpa [...] punita a titolo di tentativo [...] di dubbia conciliabilità con la ferma e unanime configurazione del delitto tentato come strutturalmente doloso" (Benci, 2008).

L'orientamento della non assimilabilità della detenzione per il commercio con la detenzione per la somministrazione è stato nuovamente confermato dalla Suprema Corte che in una pronuncia ha dichiarato questo orientamento giurisprudenziale "preferibile". Il caso di specie trattava della responsabilità di un direttore sanitario di una casa di cura che deteneva in un "locale adibito a farmacia o comunque a deposito di farmaci, ma anche in un carrello di somministrazione all'interno della sala di medicazione, in una vetrina di uno studiolo e perfino in una valigetta aperta (unitamente ad altri) nella sala operatoria, numerosissimi medicinali scaduti anche da lungo tempo" (Cass., 27/01/1998).

Analogamente la giurisprudenza di merito, rappresentata con sentenza del 29 novembre 2010, dichiara che "la detenzione per la somministrazione di medicinali guasti o imperfetti (nel caso di farmaci scaduti), non integra la fattispecie di reato prevista all'art. 443 c.p. perché la norma incriminatrice ivi contenuta riguarda soltanto chi detiene per il commercio, pone in commercio o somministra medicinali guasti o imperfetti; ne segue che, in forza del principio di tassatività, non è possibile assimilare alla ipotesi della detenzione per il commercio, espressamente prevista, quella della detenzione per la somministrazione. Pertanto nel caso di fattispecie colposa, in relazione alla quale non è configurabile il tentativo, l'imputato deve essere assolto perché il fatto non sussiste".

Quest'ultimo caso aveva ad oggetto un'ispezione del Nucleo Antisofisticazione e Sanità dei Carabinieri in uno studio medico dentistico di Parma presso il quale erano rinvenuti in alcuni cassetti, in uno scaffale sotto il banco di lavoro del primo ambulatorio e nel frigorifero del secondo ambulatorio, 18 confezioni e flaconi di specialità medicinali scadute di validità mescolate ad altre confezioni non scadute.

L'incertezza che regna sul tema qui trattato e la persistente mancanza di una approfondita analisi da parte della dottrina e della giurisprudenza rende opportuna la presente nota nella speranza di portare un po' di chiarezza su un argomento non ancora esaustivamente analizzato. In ogni caso, difficilmente potrà essere messa la parola fine ai contrasti giurisprudenziali circa l'interpretazione dell'articolo 443 c.p., alla luce, soprattutto, della sopra accennata illogicità del configurarsi del tentativo in un reato colposo. Tali incertezze e dubbi interpretativi si dipanano, invece, quando si tratta di reato non tentato ma compiuto, come meglio esposto nel successivo capitolo.

Il reato compiuto: la somministrazione del farmaco guasto od imperfetto

Diverso dal tentativo è il caso del reato compiuto, che si estrinseca nella somministrazione del farmaco.

La giurisprudenza sul punto non ha avuto incertezze interpretative. In realtà, alla luce del nuovo orientamento giurisprudenziale maggioritario di non assimilabilità della detenzione per il commercio alla detenzione per la somministrazione, inizialmente sorgeva una questione di legittimità costituzionale per violazione del principio di uguaglianza. La questione però veniva sin da subito dichiarata manifestamente infondata “per la parte in cui è penalmente sanzionata la detenzione in farmacia di specialità medicinali negli armadi farmaceutici dei reparti ospedalieri; infatti la detenzione di medicinali scaduti da parte del farmacista non può essere assimilata al medesimo comportamento tenuto dal personale ospedaliero, in quanto nel primo caso, l'eventuale assunzione del farmaco avviene direttamente ad opera del paziente, nel secondo è affidata al personale infermieristico che può esercitare controllo, tanto nel momento del prelievo del medicinale dall'apposito armadio, quanto nel momento della sua effettiva somministrazione” (Cass. Pen., 12/10/1998).

Il Decreto Ministeriale 27 Febbraio 2001 “Disposizioni da applicare in caso di rinvenimento di medicinali con difetti o contenenti corpi estranei” è molto chiaro in merito al comportamento che gli operatori sanitari devono porre in essere nei casi specifici: qualora un operatore sanitario rilevi la presenza di corpi estranei o difetti di un medicinale, o riceva una segnalazione da un privato cittadino deve “innanzitutto salvaguardare l'integrità del confezionamento del prodotto”. Nel caso in cui il prodotto sia stato già aperto, deve “operare una chiusura provvisoria che assicuri la conservazione del prodotto nello stato di fatto in cui è stato rilevato. Successivamente l'operatore sanitario deve darne immediata comunicazione al Ministero della Salute, Dipartimento per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza, ufficio V, al quale deve anche inviare il farmaco in questione accompagnato dalla scheda A allegata al decreto”.

Questo nuovo obbligo risulta a carico di tutti gli operatori sanitari, indipendentemente dal fatto che siano incardinati in strutture pubbliche o private -e quindi anche liberi professionisti-, non soltanto per ciò che riscontrano direttamente, ma anche per segnalazione da parte di privati cittadini.

Conclusioni

Come in numerosi settori della pratica sanitaria, anche in questo ambito il diritto, di concerto con la scienza e la deontologia competenti, stabilisce i confini entro i quali è doveroso ed etico agire.

Il coordinatore infermieristico, intrinsecamente competente di farmacologia, è considerato riferimento per l'equipe ed è investito di un ruolo che ne stabilisce e riconosce la capacità gestionale di intere strutture operative. Dotato di competenze di management, è in grado di provvedere e gestire risorse umane, materiali ed economiche. Nel caso specifico è riconosciuta a questa figura la responsabilità legata alla gestione dei farmaci nel processo di approvvigionamento, conservazione, controllo scadenze e gestione in toto.

L'articolo 443 del Codice Penale recita quanto segue “chiunque detiene per il commercio, pone in commercio o somministra medicinali guasti o imperfetti è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa non inferiore a euro 103”.

E' quindi evidente che il coordinatore infermieristico abbia una precisa responsabilità di tipo penale appartenente alla sua figura, quella relativa alla gestione dei farmaci e dei processi ad essi associati. Emerge anche con chiarezza che il legislatore abbia voluto dare importanza alle indicazioni redatte dalla comunità scientifica, dando un taglio penale ad alcune condizioni pericolose per la salute pubblica riguardo ai farmaci.

Tuttavia, come emerge dalla giurisprudenza riportata esistono, ad oggi, interpretazioni diverse della stessa norma che potrebbero effettivamente confondere e fuorviare il lettore. Scopo del presente scritto è stato anche cercare di comprendere se la detenzione per il commercio di farmaci guasti o imperfetti o la mera detenzione (per esempio in una struttura sanitaria) siano assimilabili alla detenzione per la somministrazione. La risposta risiede nel fatto che, trattandosi di argomenti legati alla deperibilità delle molecole in oggetto o al loro stato di conservazione, il reato sembra avvenire nel momento in cui le caratteristiche ottimali vengano a mancare ed in contemporanea i medicinali si trovino a disposizione del personale sanitario che abitualmente le adopera. E' dunque deducibile la tendenza a non ritenere perfezionato il reato di cui all'articolo 443 c.p., legato tuttavia ad evidenti negligenze nella gestione dei farmaci.

In ogni caso sarebbe opportuno che si uniformassero i discordanti filoni giurisprudenziali interpretativi in questo senso, così da non creare più dubbi in merito alla soluzione dei casi trattati.

Come le raccomandazioni ministeriali più recenti hanno tracciato una linea piuttosto chiara in termini di prevenzione dell'errore e quindi di profilassi di generazione del reato stesso, sarebbe altrettanto auspicabile che il legislatore elaborasse una normativa più specifica riguardante il reato inerente allo stato dei medicinali, aiutando così la magistratura ad interpretare in maniera univoca la norma.

Possiamo in conclusione affermare che il coordinatore infermieristico detenga una responsabilità diretta indubbiamente importante nei riguardi degli infermieri che coordina, delle persone oggetto delle somministrazioni terapeutiche e della salute pubblica. Tra le azioni raccomandate dai documenti ministeriali e dalle più recenti produzioni della comunità scientifica, rammentiamo la necessità di effettuare i controlli e le verifiche programmate della sussistenza delle condizioni ottimali in senso lato dei farmaci.

Infine sarebbe auspicabile, a parere degli scriventi, la promozione di una formazione specifica improntata non solo sulla clinica e sulla farmacologia ma anche sulla normativa vigente e la sua relativa giurisprudenza che ponga i professionisti sanitari nelle condizioni di operare in assoluta sicurezza e consapevolezza del proprio operato.

BIBLIOGRAFIA

- Amico-Roxas M, Caputi A, Del Tacca M, *Compendio di farmacologia generale e speciale*, Edizioni UTET Scienze Mediche, 2005, pag. 2-4.
- Aprile C, *Scadenza di validità dei medicinali e responsabilità del farmacista ex art 443 c.p.: brevi considerazioni in margine a una innovativa sentenza*, Rivista Sanità Pubblica, 1991, fascicolo 6, pag. 961.
- Benci L, *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, Milano, Mc Graw Hill, 2008.
- Bragliani M, *Osservazioni alla sentenza n. 173 del 29/11/80 del pretore di Isola della Scala*, Rassegna di diritto civile, 1981.
- Cassazione Penale, sezione VI, 9 ottobre 1987, in Rassegna Penale, 1988, pag. 766.
- Cassazione Penale, sezione VI, 30 novembre 1988, in Rassegna Penale, 1989, pag. 929.
- Cassazione Penale, sezione VI, 15 maggio 1992, in Giurisprudenza Italiana, 1993, fascicolo II, pag. 188.
- Cassazione Penale, sezione I, 5 maggio 1994, in Massimario Cassazione Penale, 1994, pag. 64.
- Cassazione Penale, sezione I, 10 febbraio 1995, in Rassegna di diritto farmaceutico 1996, pag.59.

- Cassazione Penale, sezione I, 1 dicembre 1995, in Cassazione Penale (archivio), 1997, pag. 705.
- Cassazione Penale, sezione IV, 10 giugno 1997, sentenza n. 1318.
- Cassazione Penale, sezione I, 19 marzo 1998, in Diritto Penale e Processo, 1998, pag. 841.
- Cassazione Penale, sezione I, 12 ottobre 1998, sentenza n. 2129, in Sanità pubblica, 2000, fascicolo 6, pag. 910.
- Corte di Cassazione, sezione I, 27 ottobre 1982, in Cassazione Penale (archivio), volume 518, pag. 1984.
- Corte di Cassazione, sezione I, 3 aprile 1986, in Rivista penale, 1986, pag. 781.
- Corte di Cassazione, sezione IV, 9 ottobre 1987, sentenza n. 1772, in Rivista Penale, 1988, pag. 752.
- Corte di Cassazione, sezione I, 1 luglio 1994, sentenza n. 577, in Rassegna di diritto farmaceutico, fascicolo 6, 1995, pag. 74.
- Corte di Cassazione, sezione I, 14 aprile 1995, sentenza n. 190, massima in Sanità Pubblica, 1997, fascicolo 1.
- Corte di Cassazione, sezione I, 27 gennaio 1998, sentenza n. 1850, in Sanità Pubblica, 2000, fascicolo 6, pag. 910.
- Corte di Cassazione, sezione I, 12 ottobre 1998 e 19 febbraio 1999, massime in Guida al diritto, 1999, volume 15.
- Fiandaca G, Musco E, *Diritto penale. Parte speciale*, Bologna, Zanichelli, 2011.
- Fresa R, *La colpa professionale in ambito sanitario*, Edizioni UTET giuridica, 2008.
- Katzung B G, *Farmacologia generale e clinica*, Edizioni Piccin, 2011.
- Mantovani F, *Diritto penale. Parte generale*, Cedam, 1988.
- Pagliaro A, *Principi di Diritto Penale, Parte Speciale. Delitti contro la Pubblica Amministrazione*, Milano, Giuffrè Editore, 2008, pag. 18-24.
- Pretura di Busto Arsizio, 30 marzo 1996, in Rassegna di diritto farmaceutico, 1996, fascicolo 2, pag. 58.
- Pretura di Empoli, 2 novembre 1989, in Sanità Pubblica, 1991, Il volume, pag. 96.
- Pretura di Ferrara, sezione distaccata di Comacchio, 10 novembre 1995, in Rassegna di diritto farmaceutico, 1995, pag. 837.
- Pretura di Pavia, 23 gennaio 1995, sentenza n. 48, in Rassegna di diritto farmaceutico, 1995, pag. 838, citata anche da Santamato E., Il Termine Probatio tra retorica, storia e diritto, in Talia Dixit, 2012, fascicolo 7, pag. 31-71.
- Romano L, *Previsioni tabellari e 6-monoacetilmorfina: motivazioni in merito alla riconducibilità alla nozione (legale) di sostanza stupefacente*, Rivista italiana di Medicina legale (e del diritto in campo sanitario), 2011, fasc. 4-5, pag. 1195-1213.



CONTRIBUTI

Gestione infermieristica della temperatura target dopo arresto cardiaco: analisi della letteratura

di *Francesco Matrone (1)*, *Francesco Petrosino (2)*

(1) Infermiere presso Casa di Cura "Maria Rosaria" Pompei

(2) Infermiere presso Pronto Soccorso - OBI, Ospedale San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona Salerno

Corrispondenza: francesco.matrone@mailipasvinapoli.org

Introduzione

L'ipotermia terapeutica è quel trattamento che prevede l'abbassamento della temperatura corporea ad un range di 32-34 gradi °C nei pazienti vittime di arresto cardiaco che con la ripresa del circolo spontaneo restano in uno stato di incoscienza (GCS<8); scopo del trattamento è quello di ridurre i danni neurologici che si presentano nella fase di ri-perfusione dopo ROSC. L'importanza di questo trattamento è conosciuta sin dal 1800 anche se soltanto a partire dal 2005 l'American Heart Association (AHA) ha incluso l'ipotermia terapeutica nelle linee guida della rianimazione cardiopolmonare. Infine, nelle linee guida del 2015-2020 l'ERC ha tramutato il termine "ipotermia terapeutica" con "temperatura target", ha sottolineato la sua importanza e descritto le varie fasi in cui si articola. Queste sono sostanzialmente 3: induzione, mantenimento e ritorno alla normotermia.

Induzione:

Prima di iniziare il trattamento, deve essere preventivamente valutata l'idoneità del paziente a ricevere il trattamento.

I criteri di inclusione sono:

- inizio delle manovre rianimatorie entro 15 minuti dal sospetto arresto cardiaco;
- arresto cardiaco ritenuto di origine cardiaca, compresa l'asistolia, l'attività elettrica senza polso, la tachicardia ventricolare senza polso o la fibrillazione ventricolare;
- ripresa del circolo con pressione sistolica PA > 80 mmHg per un tempo > di 5 minuti dal ripristino del ROSC, anche con amine;
- meno di 60 minuti tra sospetto arresto cardiaco e ROSC;
- il raffreddamento può essere iniziato entro 6 ore dal ROSC;
- ventilazione meccanica;
- stato di coma: paziente non in grado di seguire semplici comandi con Glasgow Coma Scale ≤ 8;
- età di 18 anni o più;
- assenza di gravidanza in atto.

Condizioni che escludono l'applicazione di tale trattamento sono:

- arresto cardiaco con ripristino immediato delle normali funzioni cerebrali;
- arresto cardiaco recuperato in pazienti terminali o con prognosi scadente;
- arresto cardiaco in stato di coma preesistente;

- tempo dalla ripresa del circolo spontanea > 6 ore;
- coagulopatia nota o sanguinamento in atto (non indotta da farmaci);
- lesione emorragica cerebrale;
- gravidanza;
- storia di chirurgia maggiore recente (< 72 h);
- $t < 30^{\circ}\text{C}$;
- grave infezione sistemica;
- trauma maggiore e ustioni estese. (Baylor University 2010).

Nella letteratura non vi sono riferimenti specifici sul metodo specifico da usare per ottenere un raffreddamento ottimale; tuttavia, qualsiasi sia il metodo adottato l'elemento fondamentale è il raggiungimento repentino della temperatura di 32°C . L'induzione può essere ottenuta con metodi esterni o interni (Tabella 1).

Affinché un ipotermia iniziata già all'interno delle ambulanze possa continuare senza interruzioni all'arrivo in ospedale, alcuni presidi ospedalieri hanno adottato un nuovo codice di accesso: "codice H". All'arrivo in ospedale in tal modo la vittima riceverà un'assistenza adeguata per il proseguo del trattamento ipotermico.

Mantenimento:

Il mantenimento è la fase dove avviene la gestione della temperatura target: è onere dell'infermiere controllare la temperatura e mantenerla al valore costante di $33\pm 1^{\circ}\text{C}$ per circa 24 ore. Il mantenimento si esplica fondamentalmente con i mezzi usati per l'induzione; si consiglia però in tale fase di evitare la somministrazione di soluzioni fredde per evitare squilibri emodinamici. Il corretto mantenimento presuppone un corretto controllo della temperatura tramite l'ausilio di diverse tecniche. Il monitoraggio può avvenire tramite l'ausilio di devices posti a livello timpanico, vescicale, esofageo ed endovasale; lo scopo principale è il mantenimento della temperatura target qualsiasi sia il metodo di controllo utilizzato. Alcuni autori consigliano l'utilizzo di 2 tecniche contemporaneamente per un maggior controllo. I rilevatori di maggior semplicità d'uso sono posti a livello timpanico. Forniscono un buon valore della reale temperatura cerebrale ma tuttavia risentono molto di possibili ostruzioni a livello timpanico e del raffreddamento del viso: se si raffredda il viso, il misuratore timpanico rileverà un abbassamento della temperatura che sarà però solamente esterno e non realmente significativo di un abbassamento interno (quello voluto). Possibili artefatti sono riscontrabili anche con i misuratori vescicali che possono essere influenzati dal flusso urinario. Un buon compromesso tra la semplicità d'uso e l'affidabilità è costituito dalla sonda esofagea posta al terzo medio ad una profondità di circa 32-34cm. I devices endovasali sono anch'essi molto precisi. Il controllo della temperatura è un elemento fondamentale anche nella fase successiva: il ritorno alla normotermia.

Riscaldamento:

Questa fase dura in media dalle 8 alle 12 ore. Il riscaldamento deve comunque avvenire ad una velocità non superiore ai $0,25-0,5^{\circ}\text{C}/\text{ora}$ fino al raggiungimento della normotermia ($36,5$). Il riscaldamento può avvenire in maniera passiva o tramite l'ausilio di devices esterni o endovascolari. Mantenere la normotermia per almeno 72 ore dopo il ritorno al circolo spontaneo, e se il paziente presenta rialzo termico (superiore ai 37°C) ricorrere agli strumenti di ipotermia e agli antipiretici. "Diversi studi hanno evidenziato un'associazione tra presenza di febbre nel post-arresto cardiaco e prognosi infausta (Bailey ED, 2000)".

Tabella 1 - Le tecniche di raffreddamento

METODO DI RAFFREDDAMENTO	EFFICACIA	VANTAGGI	SVANTAGGI
Di superficie (aria) <ul style="list-style-type: none"> • Esposizione • Ventilatori • Coperte termiche 	Bassa-intermedio	Facilmente utilizzabili, tecniche poco costose	Relativamente inefficaci Rischio di infezioni
Di superficie (liquidi) <ul style="list-style-type: none"> • Spugnature • Ghiaccio • Immersione 	Intermedia – eccellente	Metodiche semplici, economiche, molto efficaci nel caso dell'immersione totale	Rischio di lesioni cutanee ed ustioni da freddo, l'immersione è poco praticabile in ICU.
Coperte termiche con circuito liquido	Intermedia	Riutilizzabili, basso costo rispetto ad altri sistemi.	Time-consuming, a volte si devono porre due coperte o usare altri sistemi, raffreddamento letto
Piastre di idrogel con circuito liquido	Buona	User friendly, efficaci (1,5-2°C/h)	Lieve rischio di lesioni cutanee ed ustioni.
Indumenti avvolgenti con circuito liquido	Buona	Avvolgono completamente il paziente, materiale non adesivo, buon contatto.	Pochi dati clinici, non riutilizzabile.
Spray, alcool	Bassa-intermedia	Metodiche semplici, economiche	Time-consuming
Cateteri intravascolari	Buona	Raffreddamento rapido ($\pm 2^\circ\text{C}/\text{h}$) e stabile.	Costosi e implicano tempo e rischi procedurali
Infusione di liquidi freddi a 4°C	Eccellente	Molto rapido (2.5-3°C/h), può essere usato in aggiunta ad altri metodi	Richiedono volumi di infusione notevoli, non riescono da soli a mantenere la temperatura in range
Circolazione extracorporea	Eccellente	Veloce ($>4^\circ\text{C}/\text{h}$)	Invasiva, non in ICU
Antipiretici	Bassa-intermedia	Basso costo	Poco efficaci nella febbre centrale

Durante tale fase è opportuna una costante valutazione emodinamica del paziente che, proprio in tale fase potrebbe maturare dei significativi cambiamenti minando la prognosi dell'intero processo.

Subito dopo il ritorno alla normotermia è opportuno valutare le condizioni generali del paziente, e in particolar modo soffermarsi sull'aspetto neurologico: "Il processo di recupero cerebrale a seguito di lesione globale post-anossica è completo entro 72 ore dall'arresto nella maggioranza dei pazienti Joglar JA, 1999)". Prima di un corretto esame neurologico occorre eliminare i cosiddetti "fattori confondenti": sedazione e miorsoluzione, ipotermia, ipoglicemia, ipotensione grave, disordini metabolici e respiratori.

Revisione della letteratura

Obiettivo: l'obiettivo di questo studio è stato mettere in risalto con l'ausilio di una revisione sistematica della letteratura, la reale efficacia della temperatura target dopo arresto cardiaco e il ruolo di primordine dell'infermiere in tale trattamento se fornito di protocolli e mezzi validi.

Materiali e metodi: Il metodo utilizzato è quello P.I.C.O. (Tabella 2).

Per reperire il materiale è stata effettuata una ricerca attraverso internet, dalle pagine del centro di Ateneo per le Biblioteche della Federico II. Le parole chiave utilizzate sono state: "Target temperature management" e "cardiac arrest" unite dall'operatore booleano "AND". Le Banche Dati (BD) consultate sono le seguenti:

- BD Generali: PUBMED, CINAHL COMPLETE
- BD di revisioni sistematiche: COCHRANE LIBRARY.

I criteri di selezione sono stati i seguenti: Pertinenza con il tema (sono stati esclusi documenti poco o molto specifici rispetto alle domande di ricerca), revisioni sistematiche, RCT, studi trasversali, studi pubblicati dopo il 2011 e età superiore ai 18 anni (Tabella 3).

Tabella 2 - Il PICO

P	Pazienti colpiti da arresto cardiaco e rimasti incoscienti dopo ROSC
I	Gestione della temperatura target
C	Mantenimento della normotermia
O	Riduzione del danno celebrale e degli effetti della sindrome post-rianimatoria

Tabella 3 - Il numero degli articoli selezionati

BANCA DATI	KEY WORDS	DOC. RILEVATI	DOC. SELEZION.
PubMed	Target temperature management AND cardiac arrest	17	6
Cinahl Complete	Target temperature management AND cardiac arrest	11	9 (di cui 4 già selezionati da PubMed)
Cochrane Library	Target temperature management AND cardiac arrest	2	2

Risultati della revisione

1. La sopravvivenza e i danni neurologici sono ridotti nei pazienti trattati con ipotermia. L'utilizzo di questa procedura, come sostenuto anche dalle recenti linee guida, ha inconfutabili effetti benefici. Al trattamento è associato un lieve aumento di incidenza di polmonite (Arrich J, 2016).
2. L'ipotermia mostra essere un valido mezzo per ridurre i danni neurologici post-arresto. Tuttavia non esistono al momento abbastanza studi che dimostrano i benefici di trattamento iniziato a livello pre-ospedaliero (Arrich J, 2016).
3. Una temperatura target di 33 gradi °C rispetto ai 35 gradi °C esercita effetti emodinamici benefici e potrebbe essere considerato come terapia aggiuntiva inotropica evitando gli effetti collaterali indesiderati delle sostanze vasoattive (Forkmann M, 2015).
4. L'età aumenta sensibilmente la prognosi infausta e la mortalità, tuttavia non esiste correlazione con ipotermia (Winther-Jensen M, 2015).
5. L' NSE (Enolasi neurone-specifica) è un ottimo valore prognostico del danno neurologico. Tuttavia il suo valore non risulta influenzato dal trattamento ipotermico (Stammet P, 2015).
6. Un ritmo inizialmente non defibrillabile è predittivo di una prognosi infausta. La temperatura target ° migliora poco significativamente l'esito (Frydland M, 2015).
7. La bradicardia è un buon marker di esito positivo nel corso del trattamento sia in termini di sopravvivenza che di *outcome* neurologico. Tuttavia si presenta quasi sempre nei giovani (57 ± 14 anni) che non hanno pregresse patologie cardiache (Thomsen JH, 2015).
8. La riduzione dell'infiammazione sistemica appare avere un ruolo decisivo se si vuole ottenere una riduzione della mortalità; gli studi a tal proposito sono ancora scarsi (Bro-Jeppesen, 2015).
9. Grazie ad un confronto con un gruppo di controllo (infarto senza arresto) si è visto che con l'arresto c'è un deterioramento cognitivo lieve che non varia con le due diverse temperature target (Lilja G, 2015).

10. Nei pazienti in shock moderato dopo ROSC non è risultato un significativo miglioramento emodinamico in confronto con un gruppo di pazienti non sottoposti a ipotermia. Solamente il lattato sierico e punteggio SOFA leggermente migliorati (Annborn M, 2014).
11. I fattori ritardanti sono stati: tempo impiegato per un paziente di essere valutato da un medico, tempo per avviare l'ipotermia moderata, il tempo per passare da ipotermia moderata a temperatura target. Inoltre, è stato scoperto che la tecnologia utilizzata per l'induzione dell'ipotermia moderata rallenta notevolmente il processo (Carriere SA, 2014).
12. Gli interventi passivi come progetti educativi e protocolli specifici aumentano il raggiungimento rapido della temperatura target (Morrison J, 2015).
13. Una giuria di esperti che ha analizzato il trattamento, ha evidenziato la sua importanza suggerendo di effettuare sempre valutazioni precise dei cambiamenti indotti dal trattamento per favorire l'avanzamento delle conoscenze su tale argomento (Nunnally E, 2011).

Conclusioni

Il trattamento ipotermico, come ampiamente descritto in letteratura mostra essere uno strumento indispensabile per i casi sopra citati, nel ridurre il danno neurologico. Da tale revisione, emerge altresì che l'infermiere è la persona che più sta a contatto col paziente sottoposto a ipotermia terapeutica, dalle primarie manovre rianimatorie alla conclusione del trattamento, dove l'infermiere risulta fondamentale per il monitoraggio delle funzioni vitali, il riconoscimento e la gestione di possibili complicanze, la valutazione dello stato neurologico e il sostegno bio-psicosociale dell'assistito e dei suoi familiari prendendosi cura in maniera olistica del paziente. Nel corso della stesura di tale revisione sono emerse diverse carenze fondamentali che rendono una chimera l'intero trattamento:

1. l'assenza di protocolli operativi che permettano all'infermiere di agire in maniera autonoma e sicura nel corso dell'intero trattamento per rispondere attivamente alle esigenze del paziente;
2. la carenza di un equipè con conoscenze e formazione adeguate all'espletamento del trattamento e di presidi idonei per l'attuazione dello stesso nelle strutture ospedaliere di tutto il territorio.

BIBLIOGRAFIA

- Annborn M, Bro-Jeppesen J, Et al. 2014, *The association of targeted temperature management at 33 and 36°C with outcome in patients with moderate shock on admission after out-of-hospital cardiac arrest: a post hoc analysis of the Target Temperature*.
- Arrich J, Holzer M, et al. 2016, *Pre-hospital versus in-hospital initiation of cooling for survival and neuroprotection after out-of-hospital cardiac arrest (Review)*.
- Bellomo R, Goldsmith D, et al. 2003, *A prospective before-and-after trial of a medical emergency team*. Med J Aust;179:283-7.
- Bailey ED, Wydro GC, Et al. 2000, *Termination of resuscitation in the prehospital setting for adult patients suffering nontraumatic cardiac arrest*. National Association of EMS Physicians Standards and Clinical Practice Committee. Prehosp Emerg Care: Off J Natl Assoc EMS Phys Natl Assoc State EMS Dir;4:190-5.
- Baylor University, 2010, *Medical Center Mild Hypothermia Inclusion and Exclusion Criteria*.
- Bro-Jeppesen, John MD, Et al. 2015, *Systemic Inflammatory Response and Potential Prognostic Implications After Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Substudy of the Target Temperature Management Trial*.
- Callaway CW, Soar J, Et al. 2015, *Part 4: Advanced Life Support: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations*. Circulation;132(16 Suppl 1):S84-S145.
- Carriere SA, Carriere K, Et al. 2014, *Barriers to achieving a time-to-target temperature goal in post-cardiac arrest patients treated with mild therapeutic hypothermia*.
- Foraida MI, DeVita MA, Et al. 2003, *Improving the utilization of medical crisis teams (Condition C) at an urban tertiary care hospital*. J Crit Care.

- Forkmann M, Kolschmann S, Et al. 2015, *Target temperature management of 33 degrees C exerts beneficial haemodynamic effects after out-of-hospital cardiac arrest.*
- Frydland M, Kjaergaard J, Erlinge D Et al. 2015, *Target temperature management of 33°C and 36°C in patients with out-of-hospital cardiac arrest with initial non-shockable rhythm - a TTM sub-study.*
- Hillman K, Chen J, Cretikos M, et al. 2005, *Introduction of the medical emergency team system: a cluster-randomised controlled trial.* Lancet;365:2091-7.
- Jacobs I, Sunde K, Et al. *International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations.* Circulation 2010;122:S325–37.
- Joglar JA, Kessler DJ, Et al. 1999, *Effects of repeated electrical defibrillations on cardiac troponin I levels.* Am J Cardiol;83, 270-2, A6.
- Kern KB, Zuercher M, Et al. 2008, *Myocardial microcirculatory dysfunction after prolonged ventricular fibrillation and resuscitation.* Crit Care Med; 36: S418-21.
- Lilja G, Nielsen N, Et al. 2015, *Cognitive function in survivors of out-of-hospital cardiac arrest after target temperature management at 33°C versus 36°C.*
- Linee Guida European Resuscitation Council per la Rianimazione 2015.
- Morrison J., Brooks C., Et al. 2015, *Improving Use of Targeted Temperature Management After Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial.*
- Neary WD, Prytherch D, Et al. 2007, *Comparison of different methods of risk stratification in urgent and emergency surgery.* Br J Surg;94:1300–5.
- Nichol G, Callaway CW, et al. 2008, *Resuscitation Outcomes Consortium Investigators. Regional variation in out-of-hospital cardiac arrest incidence and outcome.* JAMA;300(12):1423–31.
- NunnallyE, Jaeschke R, Et al. 2011, *Targeted temperature management in critical care: A report and recommendations from five professional societies.*
- Peberdy MA, Callaway CW, Et al. 2010, *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.*
- Radeschi G., Livigni S., Et al. 2009, *Protocollo ipotermia Regione Piemonte, Torino.*
- Safar P. 1993 *Cerebral resuscitation after cardiac arrest: research initiatives and future directions.*
- Smith GB, Prytherch DR, Et al. 2008, *A review, and performance evaluation, of single-parameter “track and trigger” systems.* Resuscitation;79:11–21.
- Soreide E, Morrison L, Et al. 2005, *The formula for survival in resuscitation.* Lancet;365:2091–7.
- Stammet P., Collignon O.,Et al. 2015, *Neuron-Specific Enolase as a Predictor of Death or Poor Neurological Outcome After Out-of-Hospital Cardiac Arrest and Targeted Temperature Management at 33C and 36C.*
- Thomsen JH, Hassager C, Bro-Jeppesen J, Et al. 2015, *Sinus bradycardia during hypothermia in comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest - a new early marker of favorable outcome?*
- Wenzel V, Lindner KH, Et al. 1999, *Intraosseous vasopressin improves coronary perfusion pressure rapidly during cardiopulmonary resuscitation in pigs.* Crit Care Med;27:1565–9.
- Winther-Jensen M, Pellis T, Et al. 2015, *Mortality and neurological outcome in the elderly after target temperature management for out-of-hospital cardiac arrest.*



ESPERIENZE

Bladder scanner ed ecografo in ausilio al cateterismo vescicale: un'esperienza in urologia

di Carlo Brachelente, Andrea De Simone

Sottufficiali infermieri presso la Uos Urologia del Policlinico Militare di Roma

Corrispondenza: infosanita@urolorg.it

Le misurazioni ottenute con strumenti ad ultrasuoni sul riempimento o lo svuotamento vescicale, integrate con le informazioni sul paziente, consentono di migliorare l'accuratezza diagnostica e di valutare con maggiore consapevolezza i benefici ed i rischi delle varie opzioni di gestione del cateterismo urinario (Ostaskiewicz, 2008).

La misurazione del volume vescicale trova indicazione di uso clinico principalmente per:

- determinare la Ritenzione Urinaria Acuta (RUA); (CNC, 2014);
- verificare il residuo post-minzionale (HACC, 2011);
- verificare lo svuotamento vescicale post-minzionale dopo la rimozione del catetere vescicale; (CNC, 2014).

L'infermiere attraverso l'utilizzo di strumenti ad ultrasuoni per misurare il volume vescicale, raccoglie un dato che supporta il giudizio clinico per valutare la necessità di posizionare il catetere urinario. Inoltre tramite la stima del residuo post-minzionale rileva l'efficacia della minzione anche successivamente alla rimozione del catetere vescicale.

Gli strumenti ad ultrasuoni che consentono di determinare il volume vescicale sono il *bladder scanner* e l'ecografo. Il *bladder scanner* è un dispositivo ad ultrasuoni che misura il volume vescicale rapidamente, in modo non invasivo e senza alcun disagio per il paziente. Con l'ecografo inoltre si rilevano le immagini della vescica, della prostata e del contenuto vescicale riuscendo a stimare il volume vescicale, le dimensioni della prostata, l'impronta prostatica in vescica e valutare qualitativamente il contenuto vescicale.

Le esperienze descritte in letteratura mostrano che per ottenere un impiego appropriato dei dispositivi ad ultrasuoni al fine della sola valutazione del volume vescicale, è appropriato partecipare ad un breve periodo di formazione (CNC, 2014) ed utilizzarli sulla base di protocolli condivisi, ciò al fine di evitare misurazioni del volume vescicale estemporanee o inopportune.

Misurazione del volume vescicale, la nostra esperienza

Nell'Unità operativa semplice di Urologia del Policlinico Militare di Roma abbiamo a disposizione sia il *bladder scanner* che l'ecografo.

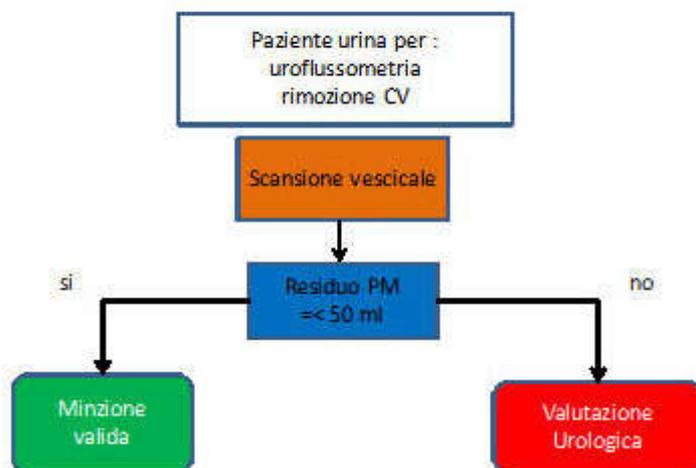
Obiettivo dell'esperienza proposta, è stato di verificare se impiegando tali dispositivi in modo sistematico per la misurazione del volume vescicale, si migliora l'appropriatezza del cateterismo urinario riducendo il numero dei pazienti sottoposti a tale procedura.

A tal fine, come indicato in letteratura, gli infermieri coinvolti nel progetto hanno partecipato ad un evento formativo in "ecografia infermieristica di base" organizzato dalla SIUMB (Società Italiana Ultrasonologia in Medicina e Biologia) nel novembre 2015.

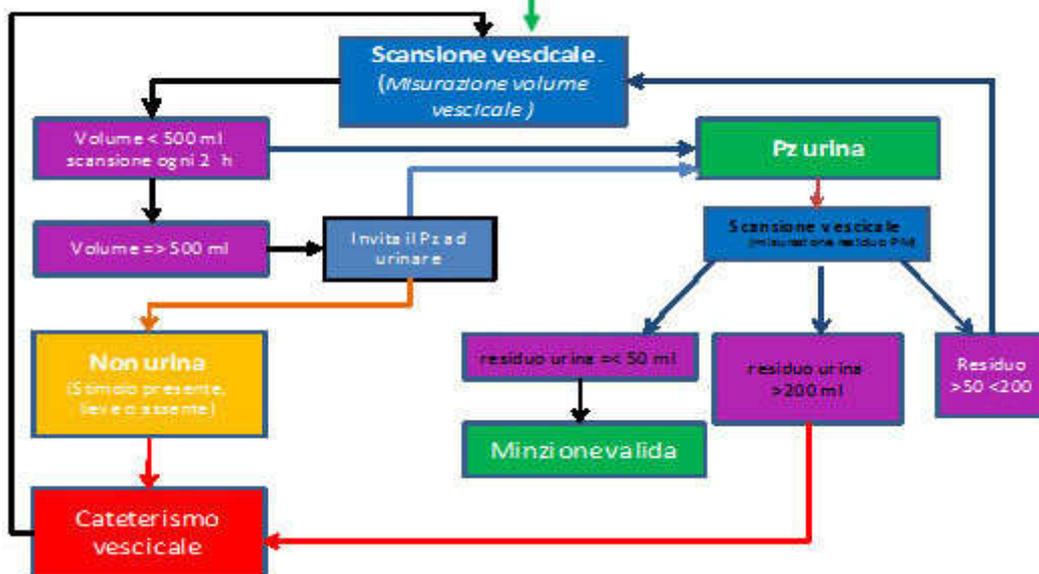
La partecipazione al corso è avvenuta in seguito all'iniziativa personale di quattro infermieri dell'Unità operativa. Il corso, della durata di 8 ore, ha abbracciato tutti gli ambiti dell'impiego dell'ecografia nelle procedure infermieristiche e prevedeva delle sessioni teoriche integrate da esercitazioni pratiche. Successivamente sono stati elaborati dall'equipe infermieristica (ed avallati dalla dirigenza medica), due protocolli per l'impiego di questi strumenti ad ultrasuoni:

1. Protocollo 1, valutazione del residuo post minzionale (box 1 e figura 1);
2. Protocollo 2, gestione della RUA post operatoria (box 2 e figura 2).

Protocollo 1 Valutazione residuo post minzionale



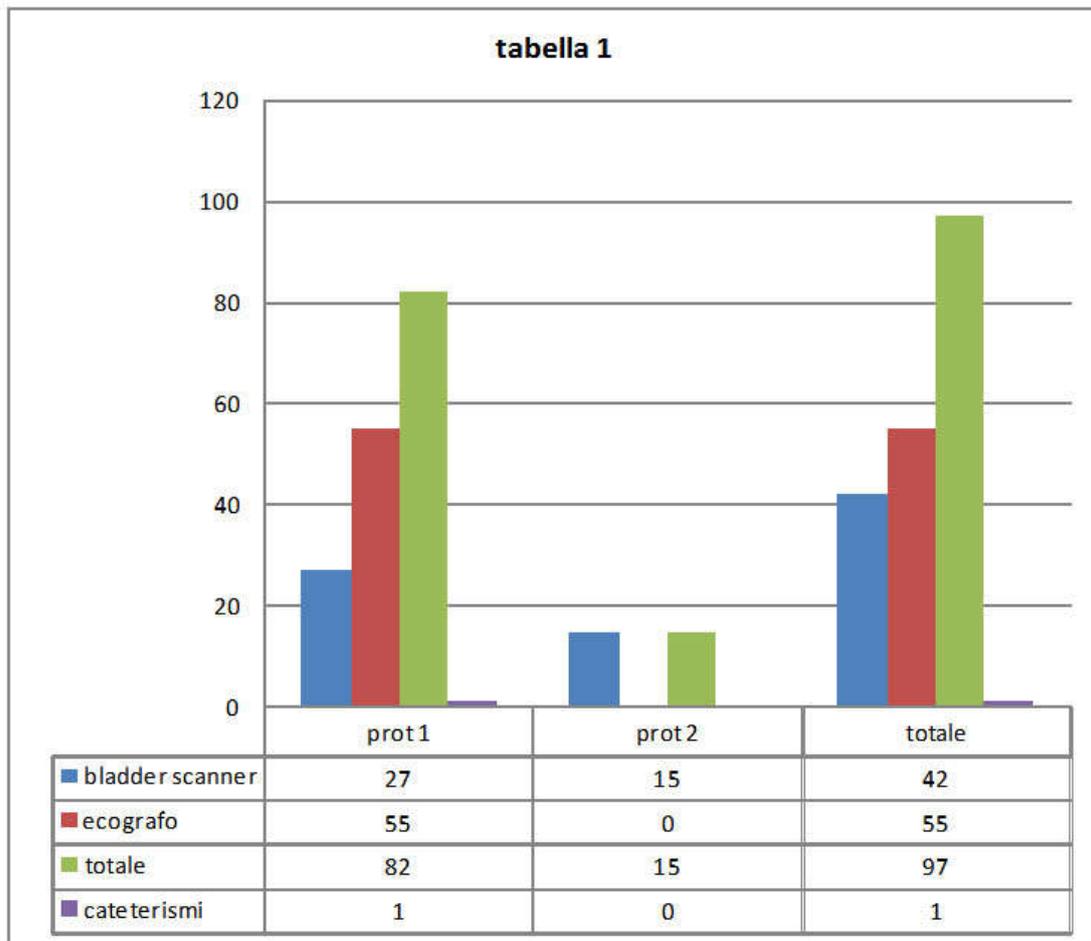
Protocollo 2 gestione RUA Post operatoria Monitoraggio Pz operato



Il primo protocollo prevede l'applicazione sia del *bladder scanner* che dell'ecografo, mentre il protocollo 2, dovendo eseguire la valutazione del volume vescicale al letto del paziente, prevede l'impiego del solo *bladder scanner*.

Risultati

Nel periodo febbraio – maggio 2016 sono state eseguite scansioni vescicali su 97 pazienti, 55 con l'ecografo e 42 con il *bladder scanner* (Tabella 1).

Tabella e grafico 1 - descrizione delle procedure condotte per misurare il volume vescicale

La scelta dei pazienti su cui usare il *bladder scanner* o l'ecografo per la valutazione del residuo post-minzionale (prot 1) è avvenuta casualmente, essi sono stati 82, di cui 8 dopo la rimozione del catetere vescicale mentre gli altri 74 dopo l'uroflussometria.

I pazienti su cui è stato applicato il protocollo per la gestione della RUA post-operatoria (prot 2) sono stati 15 (Tabella 1), di cui 92 maschi e 5 femmine (Tabella 2). L'età media del campione è di 67 anni per i pazienti del prot 1, e di 54 per i pazienti del prot 2 (Tabella 2).

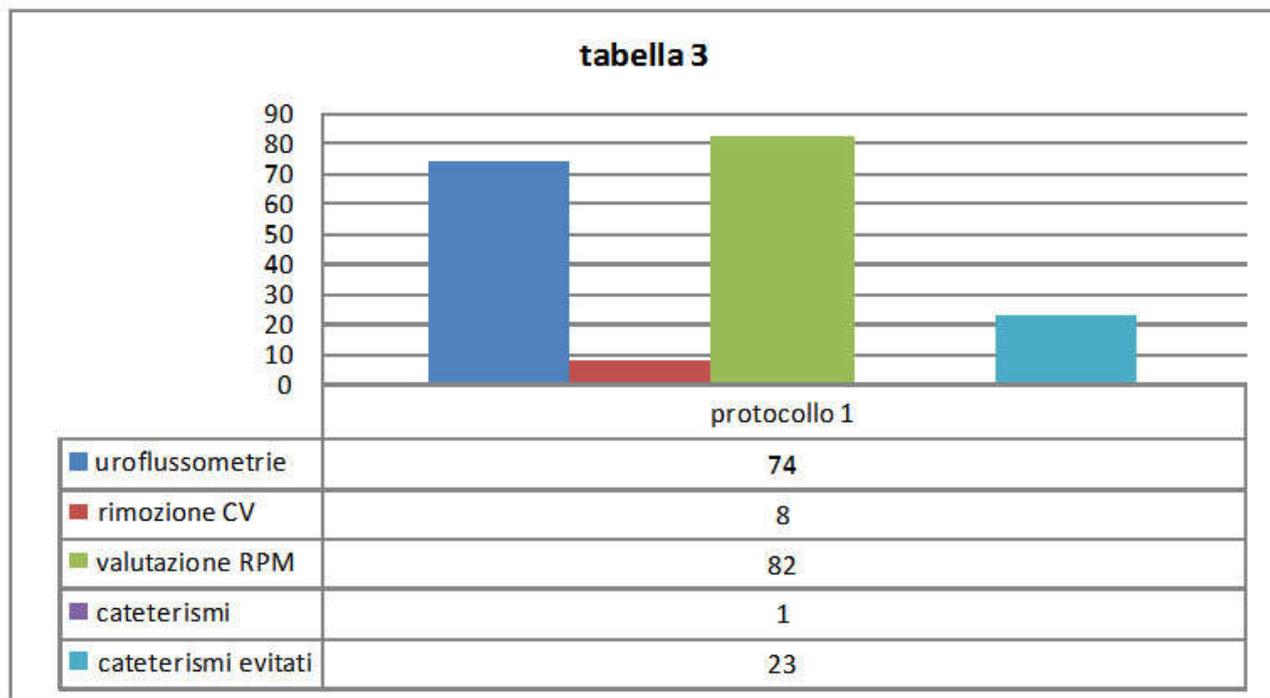
Tabella 2 - descrizione del campione di pazienti sottoposti alla misurazione del volume vescicale

	Maschi	Femmine	Età media	DS	Età min	Età max
Protocollo 1	81	1	67	11.69	34	94
Protocollo 2	11	4	54	4.18	52	59

Tra i pazienti che hanno eseguito l'uroflussometria, 23 avevano l'indicazione di valutare il residuo post-minzionale a scopo diagnostico. Il ristagno vescicale è stato rilevato a tutti attraverso la scansione vescicale con ultrasuoni evitando il cateterismo urinario (Tabella 3). In tutti gli 82 pazienti, il residuo post-minzionale è stato valutato agevolmente sia con il *bladder scanner* che con l'ecografo.

Solo in un caso è stata necessaria la ripetizione del cateterismo dietro indicazione dell'urologo, in quanto dopo la rimozione del catetere vescicale era stato rilevato un residuo post-minzionale di 280 ml.

Tabella e grafico 3 - descrizione delle procedure condotte per misurare il volume vescicale secondo il protocollo n.1



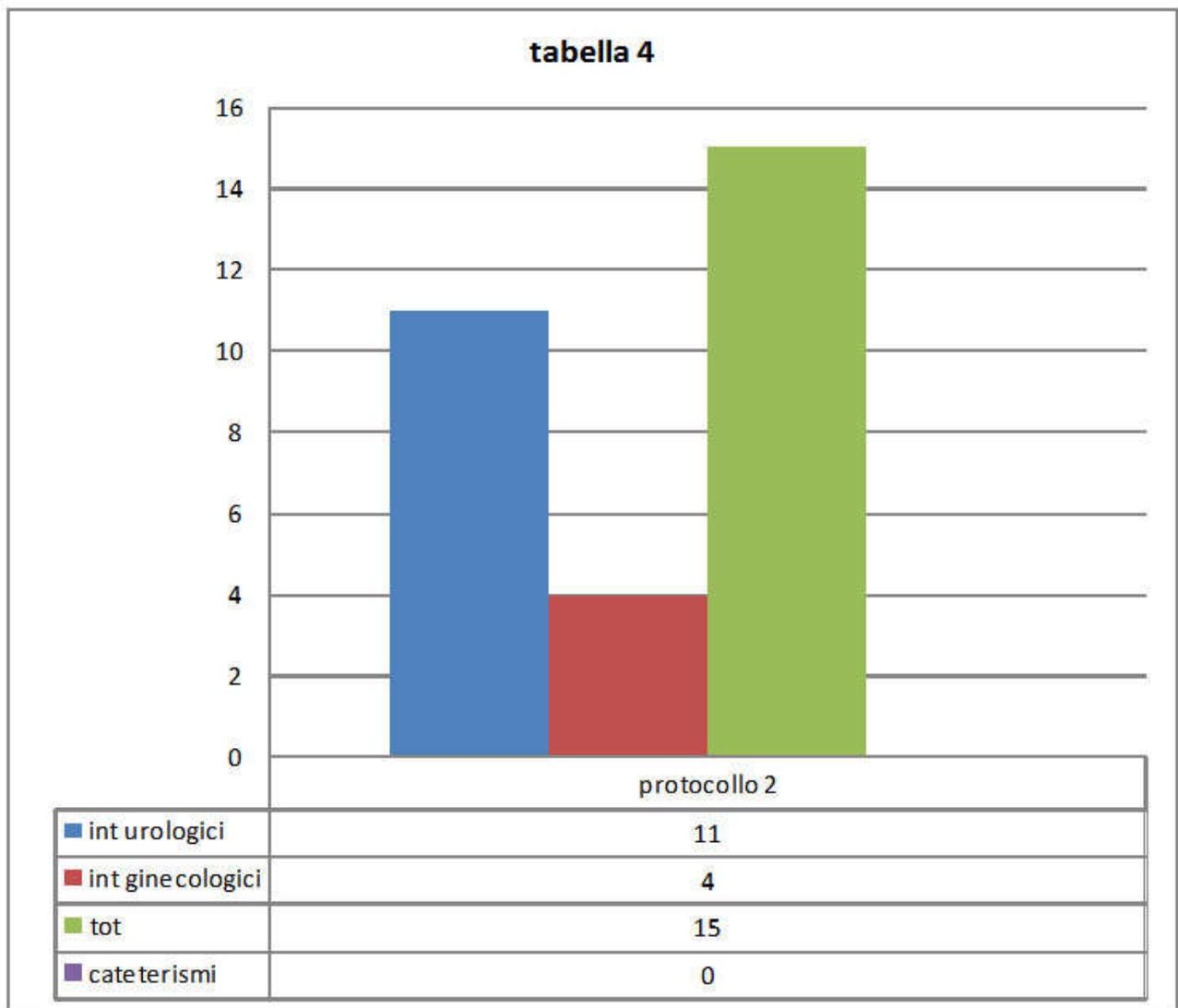
Le scansioni per la gestione della RUA post-operatoria (prot 2) sono state eseguite con il *bladder scanner* in pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia urologica per gli uomini e chirurgia ginecologica endoscopica per le donne (Tabella 4). Tutti gli interventi chirurgici sono stati effettuati con i pazienti sottoposti ad anestesia generale o sedazione profonda. Per l'intervento chirurgico non era contemplato il posizionamento del catetere urinario in sala operatoria. Nessuno di essi è stato cateterizzato (Tabella 4), e mediamente hanno urinato dopo 4 ore circa con un volume di urina medio stimato in 348 ml, con un range compreso tra 268 e 549 ml.

Nella nostra esperienza siamo riusciti a valutare agevolmente il volume vescicale in tutti i pazienti sia con il *bladder scanner* che con l'ecografo, ed è stato necessario ricorrere al cateterismo urinario 1 sola volta (Tabella 1), il che rappresenta circa l'1% dei pazienti.

Misurando il residuo post-minzionale con la scansione ad ultrasuoni abbiamo sicuramente evitato 23 cateterismi (Tabella 3) che rappresentano il 23,7% del totale rispetto ai pazienti studiati ed il 28% dei pazienti inclusi nel prot.1. Eseguendo la misurazione del volume vescicale in tutti i pazienti che hanno eseguito l'uroflussometria di fatto viene completato il percorso diagnostico di questo esame urologico, raccogliendo il dato senza la necessità di ricorrere al successivo cateterismo urinario.

Dall'applicazione del protocollo 2 non è possibile quantificare il numero di cateterismi evitati, anche se abbiamo constatato che monitorare il volume vescicale seguendo l'algoritmo consente agevolmente di migliorare l'assistenza post-operatoria nella prevenzione della RUA.

Tabella e grafico 4 - descrizione delle procedure condotte per misurare il volume vescicale secondo il protocollo n.2



È opportuno considerare alcuni limiti di questa nostra esperienza. Infatti è stato considerato un campione di pazienti di comodo, non omogeneo per distribuzione di età e sesso (94% uomini), inoltre è da sottolineare che la maggior parte delle misurazioni del volume vescicale (n. 74 Tabella 3) è avvenuta su pazienti che erano stati sottoposti all'uroflussometria.

Conclusioni

La nostra esperienza conferma che la misurazione del volume vescicale con strumenti ad ultrasuoni, è efficace per supportare le decisioni riguardo il posizionamento o la rimozione del catetere urinario. Essa inoltre consente di ridurre il numero dei cateterismi, riducendo di fatto anche le complicanze ad essi correlate. Gli algoritmi usati sono semplici da applicare e rappresentano un valido strumento per eseguire in modo sistematico ed efficace la misurazione del volume vescicale.

Il protocollo 2, anche se andrebbe sperimentato in diversi contesti clinici, sembrerebbe fornire un valido supporto per migliorare l'assistenza infermieristica nel post-operatorio, gestire la RUA e ridurre di fatto il cateterismo urinario basato su decisioni empiriche.

Abbiamo constatato che la scansione vescicale con ultrasuoni per la stima del volume vescicale migliora l'accuratezza diagnostica nei pazienti che eseguono l'uroflussometria, l'appropriatezza del cateterismo urinario e la qualità dell'assistenza infermieristica. Quest'ultimo aspetto è stato percepito anche dai pazienti, che hanno accolto con piena soddisfazione l'impiego da parte degli infermieri dei dispositivi ad ultrasuoni a tal fine.

Box n.1

Protocollo 1

PREMESSA: la scansione della vescica con ultrasuoni è indicata come alternativa efficace al cateterismo vescicale per la valutazione del residuo post-minzionale (Choe, 2007). Dopo la rimozione del catetere vescicale è utile verificare che il paziente urini svuotando efficacemente la vescica.

OBIETTIVI:

1. ridurre il numero dei cateterismi per la valutazione del residuo post-minzionale utilizzando la scansione vescicale con ultrasuoni in alternativa al cateterismo vescicale;
2. verificare, dopo la rimozione del catetere vescicale, che il paziente urini svuotando efficacemente la vescica.

INTERVENTO INFERMIERISTICO: misurazione del residuo post-minzionale con ecografo o *bladder scanner* dopo uroflussometria, e-o dopo la rimozione del catetere vescicale. (Figura 1)
Il protocollo n1 viene applicato per:

- *valutazione del residuo post minzionale dopo uroflussimetria* (L'uroflussometria è un esame diagnostico in cui si studia la minzione del paziente, l'esame si completa con la stima del residuo post minzionale);
- *valutazione del residuo post minzionale dopo la rimozione del catetere vescicale* (Eseguita la rimozione del catetere vescicale, si attende che il paziente urini eseguendo possibilmente una uroflussometria, successivamente si stima il residuo post-minzionale).

CAMPIONE: sono stati inclusi tutti i pazienti afferenti all'ambulatorio della Unità Operativa Semplice di Urologia che hanno eseguito l'uroflussometria o rimozione del CV.

Box n.2

Protocollo 2

PREMESSA: La ritenzione acuta urinaria è la complicanza più frequente nelle prime 2-4 ore del post operatorio (Palese, Buchini et al., 2010). Il cateterismo urinario per il sospetto di RUA spesso viene deciso sulla base di valutazioni empiriche, mentre la misurazione del volume vescicale con strumenti ad ultrasuoni consente di determinare la RUA in modo oggettivo.

OBIETTIVI:

1. ridurre il numero di pazienti cateterizzati per il sospetto di RUA postoperatoria;
2. determinare la RUA post operatoria con il *bladder scanner*;
3. accertarsi che il paziente urini nel postoperatorio svuotando efficacemente la vescica;
4. migliorare l'appropriatezza del cateterismo nel post-operatorio.

INTERVENTO INFERMIERISTICO:

1. misurazione del volume vescicale con il *bladder scanner* nel post-operatorio applicando il protocollo 2 (Figura 2);

2. il paziente torna in reparto dopo l'intervento chirurgico, si misura il volume vescicale con il *bladder scanner* e si prosegue con scansioni ad intervalli di 2 ore finché non si rileva un volume di urina = 500 ml. Se tra una scansione e l'altra il paziente urina si valuta il residuo post minzionale;
3. se con la scansione vescicale si rileva un volume di urina =>500 ml si invita il paziente ad urinare;
4. se si rileva un volume di urina =>500 ml, in presenza o assenza di stimolo, ed il paziente non riesce ad urinare, è indicato il cateterismo vescicale. Dopo il cateterismo urinario prosegue il monitoraggio del paziente seguendo l'algoritmo;
5. se il paziente urina, si valuta il residuo post minzionale. Con un residuo <50 ml la minzione è valida, con residuo >200 ml è indicato il cateterismo vescicale; con residuo >50 ml e <200 ml si continua la misurazione del volume vescicale seguendo l'algoritmo.

CAMPIONE: sono stati inclusi tutti i pazienti afferenti alle Unità Operativa semplice di Urologia-Ginecologia sottoposti ad intervento chirurgico per cui non è previsto il posizionamento di catetere vescicale in sala operatoria.

BIBLIOGRAFIA

- Choe JH, Lee JY, Lee KS. (2007). Accuracy and precision of a new portable ultrasound scanner, the BME-150A, in residual urine volume measurement: a comparison with the BladderScan BVI 3000. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 18 (6) 641-644.
- Clinical Nurse specialist in Continence (CNC), Guideline for undertaking a bladder scan for the purpose of identifying residual urine Version 1 May 2014, consultato il 20 agosto 2016 e disponibile all'indirizzo http://www.southernhealth.nhs.uk/_resources/assets/inline/full/0/78557.pdf.
- HACC/Medical Aids, (2011) Adult urinary Obstruction, retention and Bladder Scanning, State of Queensland Health, Queensland second edition, consultato il 20 agosto 2016 e disponibile all'indirizzo https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0031/438736/urinaryobstruct.pdf.
- Ostaszkievicz J, O'Connell B, & Ski C (2008). A guideline for the nursing assessment and management of urinary retention in elderly hospitalised patients. *Australian and New Zealand Continence Journal*, 14(3), 76-83.
- Palese A, Buchini S, Deroma L, et al. (2010). The effectiveness of the ultrasound bladder scanner in reducing urinary tract infections: a meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2970-2979.



ESPERIENZE

Coping e infermieri: come stiamo?

di **Federico Garofalo (1)**, **Roberta Oriani (2)**, **Alfredo Diano (3)**

(1) *Infermiere libero professionista*

(2) *Tutor corso di Laurea in Infermieristica - Aosta*

(3) *Coordinatore corso di Laurea in Infermieristica - Aosta*

Corrispondenza: roriani@ausl.vda.it

La professione infermieristica risulta essere una delle occupazioni più incline al manifestarsi di stress e *burnout* (Loukzadeh e Thompson 2013).

Le abilità tecniche e relazionali sono la base necessaria per garantire una buona assistenza infermieristica ma, per rispondere ai bisogni della persona, risulta importante saper gestire le situazioni stressanti, ovvero possedere quelle che vengono definite strategie di *coping* (Happell e Reid-Searl et al., 2013).

Il concetto di *coping* è la capacità di fronteggiare, gestire e risolvere i problemi, ovvero l'insieme di strategie mentali e comportamentali messe in atto per affrontare una situazione stressogena (Beasley e Thompson et al., 2003).

E' stato dimostrato che l'uso di "*evidence-based coping skills*" ha importanti implicazioni per la soddisfazione e la longevità di carriera dell'infermiere (Welbourne e Eggerth et al., 2007). Una meta-analisi condotta da autori iraniani conclude che l'utilizzo di strategie di *coping* efficaci ha diversi risultati positivi: riduzione del grado di stress, aumento della soddisfazione personale, miglioramento dell'umore (Ghiyasvandian e Gebra 2014).

Conoscere le strategie di *coping* e comprendere come esse possano essere modificate nel tempo è utile anche per chi è impegnato nella gestione delle risorse umane. Lo scopo dell'indagine è quello di descrivere le strategie di *coping* agite dagli infermieri della regione Valle d'Aosta ed esplorare le eventuali differenze in relazione alle variabili anagrafiche e i contesti operativi dei rispondenti.

Indagine e contesto

L'indagine è stata condotta presso l'Azienda USL Valle d'Aosta nel periodo maggio - luglio 2015.

Lo strumento utilizzato è il "Coping orientation to problem experienced - nuova versione italiana" (COPE-NVI) (Sica e Magnia et al., 2008), composto da cinque grandi dimensioni indipendenti (sostegno sociale, evitamento, attitudine positiva, orientamento al problema e orientamento trascendente). Le 60 domande che lo compongono indagano le modalità con cui le persone reagiscono agli eventi stressanti. Per ciascuna delle affermazioni viene chiesto di segnare la frequenza con cui si ricorre a quella determinata "strategia" attraverso una scala Likert a 4 punti. Le variabili demografiche analizzate sono state l'età, il sesso, gli anni di esperienza lavorativa, lo stato civile, il tipo di impiego e i vari contesti operativi.

Risultati

Sono stati distribuiti un totale di 380 questionari, di questi 241 sono stati ritenuti validi (adesione allo studio 63%).

Le caratteristiche del campione sono sintetizzate nella Tabella 1.

Tabella 1 - Caratteristiche anagrafiche e professionali degli infermieri rispondenti all'indagine		
Variabile	n.	%
Sesso		
Femminile	212	88
Maschile	29	12
Età (anni)		
20-30	19	8
31-40	65	27
41-50	109	45
>50	47	20
Esperienza lavorativa (anni)		
<10	38	16
10 - 20	89	37
> 20	114	47
Aree attività lavorativa		
Degenze mediche	135	56
Degenze chirurgiche	37	15
Area territoriale	59	25
Servizi diagnostici	10	4

Punteggio del COPE-NVI

La prima valutazione condotta è basata sulla media del punteggio totale del COPE-NVI. Tale punteggio è inteso come la somma dei punteggi attribuiti dai singoli rispondenti alle 60 domande. Il punteggio complessivo può essere considerato un indice di quanto la persona reagisca allo stress: maggiore è il punteggio, maggiore è il benessere psicologico di fronte a situazioni stressanti.

Il risultato medio è di 139 con una deviazione standard uguale a ± 17 (min: 88; max: 183 punti): il dato è comparabile con quello di uno studio condotto nel 2014 su una popolazione di infermieri di diabetologia e endocrinologia dove emergeva un buon livello di *coping* (Fabbri e Cirio et al., 2014). Il risultato però non può ancora fornire informazioni sulle singole strategie. Dall'analisi del punteggio medio totale nelle diverse aree di attività professionale, emerge una differenza apprezzabile tra ospedale e territorio, mentre tra servizi di diagnosi, degenze mediche e chirurgiche non è evidenziabile tale disparità (Tabella 2).

Tabella 2 - Media e deviazione standard del punteggio totale del COPE-NVI per aree di attività professionale

Aree di attività professionale	Media	DS
Degenze mediche	138	17
Degenze chirurgiche	138	18
Area territoriale	141	17
Servizi diagnostici	139	12

Analisi delle singole dimensioni del COPE-NVI

Attraverso il calcolo della media dei punteggi, raggruppati in base alle singole dimensioni del COPE-NVI, le strategie maggiormente utilizzate nel contesto valdostano sembrano essere quelle relative all'orientamento al problema e all'attitudine positiva (punteggio medio 32 ± 5) nonché al sostegno sociale (punteggio medio 31 ± 7). Emerge altresì una tendenza al minor utilizzo di strategie di evitamento e di orientamento trascendente (Tabella 3).

Tabella 3 - Media e deviazioni standard per le cinque dimensioni del COPE-NVI

Dimensioni	Media	DS
Orientamento al problema	32	5
Attitudine positiva	32	5
Sostegno sociale	31	7
Evitamento	23	5
Orientamento trascendente	21	4

Le variabili che sembrano influenzare maggiormente le strategie di *coping* sono l'età e gli anni di esperienza lavorativa. Rispetto all'età risulta che l'utilizzo dell'orientamento al problema e dell'attitudine positiva aumentano con l'aumentare dell'età. Il sostegno sociale presenta, al contrario, una frequenza di utilizzo maggiore nelle sottopopolazioni più giovani, come l'evitamento. Per l'orientamento trascendente la frequenza si attesta negli individui compresi tra i 30-40 anni e gli over 50 (Tabella 4).

Tabella 4 - Media e deviazioni standard per le cinque dimensioni del COPE-NVI per età dei rispondenti

Dimensione	20-30 anni		31-40 anni		41-50 anni		>50 anni	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Orientamento al problema	31	5	32	4	32	6	33	5
Attitudine positiva	30	6	32	5	32	5	33	6
Sostegno sociale	32	7	32	7	30	7	31	8
Evitamento	25	5	22	5	22	5	23	5
Orientamento trascendente	20	5	22	5	20	5	23	5

La variabile dell'esperienza lavorativa sembra influenzare l'orientamento al problema e l'attitudine positiva: il loro utilizzo aumenta con il progredire degli anni di lavoro. Il sostegno sociale risulta presente nelle prime fasce d'età (Tabella 5).

Discussione

Il risultato del punteggio totale del COPE-NVI sembrerebbe indicare un buon benessere psicologico degli operatori in Valle d'Aosta e, in particolare, l'area territoriale presenta valori maggiori rispetto all'area ospedaliera.

L'analisi delle singole dimensioni del COPE-NVI indica che gli infermieri utilizzano strategie adattive e funzionali per gestire lo stress, in particolare l'approccio orientato al problema, l'attitudine positiva e il sostegno sociale. Il primo è una modalità in cui l'individuo ha la percezione di poter controllare gli eventi, utilizzando le proprie risorse, mettendo in atto strategie cognitive e comportamentali mirate alla risoluzione del problema.

Tabella 5 - Media e deviazioni standard per le cinque dimensioni del COPE-NVI e esperienza lavorativa (anni)

Dimensione	< 10 anni		10-20 anni		>20 anni	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Orientamento al problema	31	5	32	5	33	6
Attitudine positiva	31	6	32	5	32	6
Sostegno sociale	31	7	31	8	30	7
Evitamento	23	5	22	4	23	5
Orientamento trascendente	21	5	21	5	21	4

Tale modalità di *coping* previene da una parte le conseguenze dello stress agendo sulla causa e dall'altra migliora il benessere soggettivo agendo sulla sensazione di autocontrollo.

L'attitudine positiva è quella che può applicarsi anche a situazioni non direttamente controllabili dal soggetto, già avvenute o inevitabili. L'individuo approccia attivamente la situazione stressogena agendo sul proprio autocontrollo o accettando l'accaduto, cosciente dei propri limiti e risorse. La reinterpretazione prevede lo sforzo cognitivo di rielaborazione, sfruttando la critica e il cambiamento di prospettiva per crescere ed imparare. Un'alta frequenza di utilizzo di queste strategie è correlabile con un minor affidamento a strategie di evitamento e con una maggior soddisfazione lavorativa e personale (Welbourne e Eggerth et al., 2007; Ghiyasvandian e Gebra 2014).

Queste strategie adattive e funzionali sembrano essere correlate all'età e all'esperienza: è possibile ipotizzare infatti che una maggior esperienza porti con sé una miglior conoscenza del contesto operativo e una maggior competenza; conseguentemente la sensazione di controllo esperita dal soggetto aumenta e la possibilità di affrontare situazioni sconosciute diminuisce.

Gli individui più giovani hanno invece la possibilità di trovarsi ad affrontare situazioni ancora poco conosciute, con alle spalle un'esperienza limitata: è, quindi, in relazione ai risultati che si può ipotizzare una maggior implicazione di strategie di supporto sociale o di evitamento.

La dimensione del sostegno sociale è da considerarsi risorsa efficace e prevede la ricerca di informazioni, di comprensione e di sfogo emotivo nel gruppo di lavoro.

L'evitamento, invece, è una condizione di *helplessness*, intesa come impotenza verso eventi percepiti come incontrollabili. In queste circostanze si riducono gli sforzi per trattare la situazione critica, si abbandonano i tentativi di risoluzione, inoltre la persona che utilizza tale modalità di fronteggiamento può tendere ad attuare tutte quelle attività che favoriscono un distacco mentale (distrarsi, sognare ad occhi aperti, dormire più a lungo, «immergersi» nella televisione) fino all'utilizzo di alcool, droghe o farmaci per tollerare lo stress.

Negazione, distacco mentale e comportamentale, se utilizzati come reazione a problematiche professionali, potrebbero essere indicatori di basso coinvolgimento lavorativo ed essere correlati con una minor soddisfazione professionale.

L'ultima dimensione è l'orientamento trascendente che comprende il conforto nella religione e il ricorso all'umorismo: gli individui compresi tra i 30-40 anni e gli over 50 utilizzano con più frequenza la spiritualità rispetto all'umorismo come risposta allo stress.

Le capacità di *coping* assumono un valore fondamentale all'interno della professione infermieristica e la loro conoscenza e comprensione possono rappresentare una risorsa in più nel ricercare quel benessere organizzativo, che non deve rappresentare un valore accessorio ma un obiettivo da perseguire e raggiungere. Il carico emozionale della nostra professione è elevato, come anche la competenza richiesta per gestirlo, competenza che non deve essere data per scontata né tanto meno considerata come caratteristica immutabile del singolo individuo. La capacità di gestire i diversi stimoli emotivi, adattandosi e fronteggiandoli, non è solo un'inclinazione naturale ma anche una competenza assimilabile e migliorabile nel tempo ed è elemento importante per la costruzione della relazione d'aiuto, che è parte fondamentale nella professione infermieristica.

Gli Autori dichiarano, relativamente all'articolo presente, l'assenza di conflitto di interessi e di non aver ricevuto finanziamenti.

BIBLIOGRAFIA

- Beasley M, Thompson T, Davidson J (2003) Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual differences*, 34 (1), 77-95.
- Fabbri S, Cirio L., Novo T, Padovan A, Facco S, Cominetti L, Mussa MV, Dimonte V, Ghigo E (2014) Il livello di empatia e le strategie di coping in un gruppo di infermieri: un'indagine osservazionale. *L'infermiere*, 51.4:46-50.
- Ghiyasvandian S, Gebra AA (2014) Coping Work Strategies and Job Satisfaction Among Iranian Nurses, *Iran Red Crescent Med J.*; 16(6).
- Happell B, Reid-Searl K, Dwyer T, Gaskin CJ, Burke KJ (2013) How nurses cope with occupational stress outside their workplaces. *Collegian*, 20 (3), 195-199.
- Loukzadeh Z, Bafrooi NM (2013) Association of coping style and psychological well-being in hospital nurses. *Journal of caring sciences*, 2 (4), 313-9.
- Sica C, Magnia C, Ghisib M, Altoèb GM, Sighinolfia C, Chiria LR, Franceschini S (2008) Coping Orientation to Problems Experienced -Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14. 1: 27-53.
- Welbourne JL, Eggerth D, Hartley TA, Andrew ME, Sanchez F (2007) Coping strategies in the workplace: Relationships with attributional style and job satisfaction. *Journal of Vocational Behavior*, 70: 312–325.

ESPERIENZE

Il Primary Nursing un modello applicato, cronaca di un'esperienza di implementazione in due Strutture Complesse ospedaliere

di Marina Lemmi (1), Daniela Mecugni (2), Emanuela Vezzani (3), Giovanna Amaducci (4)

(1) Direttore delle Professioni Sanitarie Azienda Ospedaliera – IRCCS di Reggio Emilia

(2) Presidente Corso di Laurea in Infermieristica - sede di Reggio Emilia Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Padiglione De Sanctis - Campus Universitario San Lazzaro

(3) Dirigente Infermieristico del Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche Azienda Ospedaliera – IRCCS di Reggio Emilia

(4) Tutor e Docente di Infermieristica Generale al Corso di Laurea in Infermieristica Sede di Reggio Emilia - Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, Azienda Ospedaliera – IRCCS di Reggio Emilia

Corrispondenza: amaducci.giovanna@asmn.re.it

L'augmentata complessità dei problemi assistenziali che connotano gli attuali contesti sanitari, richiede la necessità di sperimentare modelli di organizzazione dell'assistenza in grado di garantire un approccio sistemico alla presa in carico della persona. Questi permettono anche di avere una visione globale ed integrata del percorso di cura dall'accoglienza sino alla dimissione, e che, al tempo stesso, consentano al professionista infermiere di agire a pieno la propria professionalità, di essere riconosciuto e valorizzato (Mattila, Pitkänen et al., 2014).

Il *Primary Nursing* (PN) comprende entrambi gli aspetti, infatti si fonda sull'attribuzione, dall'ingresso alla dimissione, di uno o più pazienti ad un infermiere *Primary*. Il *Primary Nurse* attraverso la metodologia di progettazione dell'assistenza identifica i problemi, che condivide con paziente e/o familiare, definisce obiettivi e relativi indicatori di risultato, sceglie le modalità più adatte per attuare il piano. Inoltre quando non presente si avvale della collaborazione di altri colleghi e del personale di supporto, per l'attuazione degli interventi pianificati, monitora, insieme a paziente e/o familiare, l'evoluzione verso i risultati attesi e condivide eventuali modifiche al piano di cure.

Nel 2014, in occasione di un incontro tra Direzione delle Professioni Sanitarie (DPS) e coordinatori del Presidio Ospedaliero – IRCCS dell'AUSL di Reggio Emilia, è stata lanciata la proposta di sperimentare dei laboratori di pratica professionalizzanti (White, 2010) (Tabella 1), fra questi uno dedicato al PN. La proposta è stata accolta da due Strutture Complesse, rispettivamente Medicina Oncologica e Stroke Unit.

Obiettivo del progetto

Implementare, con un progetto pilota, il PN nelle strutture Complesse di Medicina Oncologica e Stroke Unit, in particolare: creare una cultura condivisa sul PN ed applicare la presa in carico di paziente e/o familiare in coerenza con i principi del PN, attraverso un uso sistematico della progettazione dell'assistenza.

Tabella 1 - Significato di Laboratorio di pratica applicato al progetto di implementazione PN**LABORATORIO DI PRATICA**

Il laboratorio di pratica è da intendersi, nel presente elaborato, nell'accezione di comunità di pratica, cioè:

- un gruppo di persone accomunate dal **desiderio di attuare qualcosa** e che **si attivano per imparare come realizzare ciò al meglio** (Wenger, 1998 in White, 2010);
- un modello di **apprendimento situato che si realizza fra pari** che collaborano per un **interesse comune** definito non dalla soluzione di problemi ma da un **approfondimento di conoscenze e crescita culturale** (Andrew et al., 2008 in White, 2010);
- un processo di **apprendimento sociale** che si realizza quando **persone che hanno un interesse comune e collaborano fra loro stabilmente**, si scambiano idee e strategie per **trovare soluzioni e costruire innovazione** (White, 2010).

Perché esista un laboratorio di pratica devono essere presenti tre requisiti:

1. ambito di interesse comune	—————>	Primary Nursing
2. comunità professionale	—————>	infermieri di Stroke Unit e Medicina Oncologica
3. agire pratico finalizzato a indurre modifiche di comportamento	—————>	modifica della modalità di presa in carico del paziente secondo principi ed elementi del PN

Attuazione del Primary Nursing, il nostro percorso

Il processo di implementazione è stato articolato in fasi successive (Tabella 2):

FASE DI ACCULTURAZIONE iniziata circa un anno e mezzo prima della fattiva sperimentazione del PN, ha previsto: partecipazione a Corsi di formazione in tema di PN, attivazione di un Corso di Alta Formazione Universitaria dal titolo 'Il Caring in oncologia: assistenza infermieristica avanzata' e stage presso Aziende ospedaliere nelle quali il PN è in uso da alcuni anni (Ospedale di Biella e Istituto Europeo Oncologico di Milano).

FASE DI PROGRAMMAZIONE nel corso della quale: è stato costituito il gruppo di progetto, composto dal responsabile di progetto nella persona del Direttore della DPS, un assistente-formatore che è un tutor-docente del Corso di Laurea in Infermieristica – sede di Reggio Emilia, i responsabili infermieristici dei Dipartimenti coinvolti, il responsabile Formazione e Sviluppo, il responsabile Qualità e Rischio Clinico. E' stata programmata la formazione d'aula e sul campo (tempi, metodologie didattiche e contenuti) in Partnership con il Corso di Laurea in Infermieristica – Sede di Reggio Emilia attraverso il coinvolgimento del tutor-docente quale conduttore/consulente per la formazione d'aula e sul campo.

FASE DELLA FORMAZIONE (d'aula e sul campo) finalizzata alla identificazione dei problemi assistenziali prevalenti dei pazienti del proprio contesto e alla condivisione di una modalità univoca per nominare tali problemi. Inoltre la formazione era orientata alla dichiarazione dei risultati attesi e individuazione degli indicatori che permettessero di misurarne gli esiti pertinenti, esplicitazione degli interventi assistenziali possibili e pertinenti, creazione di strumenti informativi sia cartacei che informatici.

La formazione d'aula è stata articolata in 5 moduli di 3 ore ciascuno (con edizioni ripetute) è iniziata il 9/11/2015 ed è terminata il 21/12/2015, ad essa è stata associata una Formazione a distanza, rispettivamente a cura del Centro Studi Professioni sanitarie (CESPI) e dell'Istituto Oncologico Europeo, al fine di uniformare fra tutti i componenti il gruppo professionale, le conoscenze sul PN.

La formazione sul campo, realizzata attraverso Audit mensili col personale infermieristico di ciascuna delle Strutture complesse (n° 9 con la Neuro Stroke e n°7 con la Medicina Oncologica), ha consentito di monitorare periodicamente il clima di gruppo, condividere modificazioni in itinere delle strategie attuative ed accertare come e se l'implementazione del PN stesse effettivamente creando valore aggiunto per infermieri, pazienti e familiari.

FASE DI ATTUAZIONE nel corso della quale è stata realizzata l'applicazione del PN attraverso:

1. assegnazione dei pazienti all'infermiere *Primary*, secondo il metodo dei casi o con attribuzione del coordinatore infermieristico o attraverso auto-assegnazione da parte degli stessi infermieri e con la supervisione del coordinatore;
2. comunicazione diretta da persona a persona attraverso la formalizzazione di almeno tre colloqui. **Iniziale** per la presentazione, al momento dell'attribuzione del caso, dell'infermiere *Primary* a paziente e/o familiare, condivisione dei problemi assistenziali e degli obiettivi e programmazione degli interventi. **In itinere** per monitorare l'andamento verso gli obiettivi condivisi, condividere eventuali modifiche al piano e cominciare a programmare la dimissione. **Finale** per la chiusura della relazione di cura attraverso consegna della lettera di dimissione infermieristica nella quale sono contenute informazioni e suggerimenti per gli aspetti assistenziali necessari a domicilio. Informazioni che saranno comunicate anche ai professionisti che si prenderanno cura del paziente a domicilio o in altro *setting* assistenziale;
3. progettazione dell'assistenza sui problemi specifici e prevalenti dei pazienti del contesto (diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi), attraverso l'applicazione degli strumenti di progettazione creati e condivisi nel corso della formazione d'aula;
4. continuità assistenziale e flusso informativo fra i professionisti, realizzati attraverso 'la messa a disposizione delle informazioni e delle istruzioni operative necessarie per svolgere un'assistenza intelligente al paziente (Manthey, 2008). La finalità è che, anche in assenza dell'infermiere *Primary*, gli interventi programmati siano portati avanti e ne sia registrato l'esito ed il grado di avanzamento verso i risultati attesi. In questo modo l'infermiere *Primary*, ha la possibilità di disporre di informazioni aggiornate circa l'andamento di quanto pianificato. Egli infatti è il solo che può condividere con il paziente eventuali modifiche al progetto assistenziale.

Entro 1-2 mesi dall'avvio del progetto tutti gli infermieri delle due unità operative sono divenuti, contemporaneamente infermiere *Primary* di alcuni pazienti ed associati per tutti gli altri.

Il PN è stato attuato senza alcun incremento di risorse assistenziali, né modifica dei turni di lavoro e neppure attraverso preliminare valutazione e stratificazione delle competenze possedute dai singoli professionisti.

In Medicina Oncologica, la figura del Case Manager è stata integrata nel PN identificandolo come riferimento per l'infermiere *Primary* nella fase di pianificazione della dimissione. Al tempo stesso, tale figura rappresenta l'infermiere *Primary* per pazienti con problematiche sociali e sanitari e particolari, per la gestione delle quali sia ritenuta necessaria una conoscenza consolidata di percorsi assistenziali di complessa integrazione e gestione.

In Tabella 3 sono riportate alcune peculiarità che hanno caratterizzato la fase di attuazione in ciascuna delle due Strutture Complesse, pur nel rispetto dei fondamenti del PN e degli obiettivi del progetto.

FASE DI CONSULENZA IN ITINERE gestita dal tutor del Corso di Laurea attraverso la presenza quotidiana nelle unità operative e continua revisione delle progettazioni assistenziali realizzate. Tale consulenza ha consentito di supportare i colleghi nell'applicazione della progettazione dell'assistenza, sollecitare alla ri-valutazione dei risultati verso gli obiettivi identificati, stimolare ad una diversa modalità di trasmissione delle informazioni orali e di registrazione delle stesse. Essa ha anche avuto la funzione di accogliere suggerimenti per modifiche ai format pre-strutturati per la progettazione. A volte è stata occasione per ragionare insieme sul problema più appropriato per definire il bisogno assistenziale di un paziente, oltre che confrontarsi sulla realizzabilità di un obiettivo rispetto al paziente. Ha consentito, altresì, di raccogliere, in maniera informale, da infermieri e coordinatore il livello di soddisfazione dei pazienti, dei familiari e degli stessi professionisti, la partecipazione e collaborazione al progetto da parte dei medici, altri professionisti ed operatori di supporto, il rispetto delle decisioni assunte, la disponibilità alla presa in carico dei pazienti, l'attuazione delle strategie condivise.

Tabella 2 - Peculiarità che hanno caratterizzato la fase di attuazione nelle due Strutture Complesse

	NEURO STROKE	MEDICINA ONCOLOGICA
Posti letto(numero)	12	20
Infermieri (numero)	7	9+1 Case Manager
Operatori socio sanitari (numero)	7	4
Turnistica in uso	<ul style="list-style-type: none"> • Turno diurno • Turno in quinta, con la seguente sequenza: Mattino-Pomeriggio-Notte-Smonto-Riposo 	<ul style="list-style-type: none"> • Turno diurno • Turno in quinta, con la seguente sequenza: Mattino-Pomeriggio-Notte-Smonto-Riposo
Avvio <i>Primary Nursing</i>	25 Gennaio 2016	14 Marzo 2016
Modalità di avvio	Inizio solo di 1 <i>Primary</i>	Inizio solo 1 <i>Primary</i>
Entrata a regime	Entro 1 mese tutti <i>Primary</i> ed associati	Entro 2 mese tutti <i>Primary</i> ed associati
Strumenti informativi in uso	Cartella infermieristica cartacea, revisionata	Cartella infermieristica informatizzata di recente inserimento
	Strumento cartaceo per la progettazione dell'assistenza	Strumento informatizzato per la progettazione dell'assistenza

Risultati

A circa un anno dall'avvio del progetto di implementazione PN, è possibile ritenere che, nelle due unità operative pilota, tale modalità di erogazione dell'assistenza è stata acquisita.

Tutti i pazienti, entro 24-72 ore dall'ingresso, sono assegnati ad un infermiere *Primary*, il quale definisce in maniera sistematica il progetto di assistenza che, condivide e negozia passo dopo passo, con il paziente e/o familiare.

Infermieri e coordinatori danno rimandi positivi evidenziando nello specifico la soddisfazione derivata dall'essere riconosciuti dal paziente, da una migliorata qualità della relazione e da una maggior soddisfazione professionale. Questi sono aspetti qualificanti la professionalità infermieristica, pre-figurati dalla stessa Manthey, teorica del PN, ospite d'onore al Convegno intera-aziendale che si è svolto a Reggio Emilia il 21 maggio 2016.

Conclusioni

L'implementazione del PN, ha rappresentato l'occasione per dare pratica attuazione ad una modalità di erogazione dell'assistenza efficace ed altamente professionalizzante.

I risultati positivi ottenuti nelle due strutture pilota, hanno rappresentato un banco di prova per la verifica di applicabilità del PN anche in altre strutture della nostra azienda oltre che avviare un cambiamento culturale nella presa in carico della persona assistita.

I risultati del progetto hanno indotto la DPS a identificare il PN quale modello innovativo, organizzativo e professionale, di presa in carico del paziente da adottare in tutte le Strutture Complesse del nuovo fabbricato ospedaliero Centro Oncoematologico Reggio Emilia (CORE), che intende divenire un ospedale Magnete, cioè polo di attrazione per la didattica, la ricerca e l'assistenza.

Tabella 3 - Road Map implementazione Primary Nursing

ROAD MAP IMPLEMENTAZIONE PRIMARY NURSING																		
	2014-2015									2015-2016								
	SETT	OTT	NOV	DIC	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	SETT	OTT	NOV	DIC	GEN	FEB	MAR	APR
Lab pratica	Raccolta adesioni lab di pratica																	
Fase acculturazione						Corsi di formazione												
						Alta Formazione Universitaria												
						Stage												
Fase programmazione											Definizione Gruppo di progetto							
											Programmazione formazione							
											Partnership con Corso di Laurea							
Fase formazione												Formazione d'aula						
												Formazione sul campo (audit)						
Fase attuazione															Neuro Stroke Med Oncologica			
Fase consulenza															Consulenza sul campo			
															Revisione Cartelle infermieristiche			

BIBLIOGRAFIA

- Cavalli YW, Brilli S (2016) *Primary Nursing. Un modello applicato. Esperienza nella Svizzera italiana presso l'Ente Ospedaliero Cantonale*. 1th ed. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Manthey M. *La pratica del Primary Nursing. L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2008.

- Mattila E, Pitkänen A, Alanen S, Leino K, Luojus K, Rantanen A, Aalto P (2014) *The Effects of the Primary Nursing Care Model: A Systematic Review*. J Nurs Care, 3(6):1-12.
- Palese A, Cabarcas GR, Dotti R, Riboli O (2006) *Documentazione scritta (consegna e piani di assistenza)*. Assist Inferm Ric, 25(2):109-14.
- White C (2010) *A socio-cultural approach to learning in the practice setting*. Nurse Educ Today, 30(8):794-7.

ESPERIENZE

Infermiere di Famiglia e Comunità: replicazione della survey svolta nel 2013

di *Diletta Calamassi (1), Claudia Gardella (2), Arianna Mancini (3), Ludovica Tamburini (4)*

(1) Infermiere presso AUSL Toscana Centro

(2) Neolaureata magistrale in Scienze Infermieristiche

(3) Infermiera neolaureata

(4) Infermiere presso AUSL Toscana Nordovest

Corrispondenza: diletta.calamassi@gmail.com

Inquadramento

I fattori che hanno contribuito all'identificazione dell'Infermieristica di Famiglia e di Comunità quale risorsa di rilievo per l'assistenza territoriale, sono legati ai mutamenti politici, economici e sociali responsabili dell'insorgenza di nuovi bisogni socio-sanitari e della necessità di moderne strategie per affrontarli.

L'incremento della prevalenza delle patologie croniche, la crescita del tasso d'invecchiamento e l'aumento dei ricoveri ospedalieri impropri hanno portato necessariamente ad interventi per il controllo della spesa sanitaria, tra i quali lo spostamento del *core* dell'assistenza dall'ospedale alle cure primarie.

Ciò ha determinato alla necessità di identificare figure infermieristiche di riferimento, come appunto l'Infermiere di Famiglia e Comunità – IFeC (WHO1998) ^[1].

Nonostante alcune Università abbiano istituito ormai da anni il percorso di Master per IFeC, in Italia c'è ancora un'enorme disuguaglianza tra le regioni nell'avvio del progetto di implementazione.

Per comprendere le conoscenze e le percezioni sull'IFeC e per offrire spunti di riflessione su competenze, autonomia professionale e responsabilità che questa figura dovrebbe avere, a distanza di tre anni dalla precedente *survey* (Obbia et al., 2015)^[2], si è voluto riproporre l'indagine ad operatori sanitari che svolgono la loro attività in ambito territoriale ed ospedaliero.

Contestualizzazione dell'indagine

Per questa nuova indagine è stato aggiornato lo strumento utilizzato nel 2013, reso accessibile on-line da luglio a settembre 2016. Il link è stato diffuso attraverso i principali social network e per posta elettronica.

Il questionario, articolato in 43 domande, è suddiviso in quattro sezioni, delle quali la prima volta ad indagare le caratteristiche dei partecipanti, la seconda a valutare le conoscenze sull'IFeC, la terza a consentire l'espressione di opinioni e l'ultima finalizzata a verificare la validità di facciata dello strumento.

Obiettivi dell'indagine

Obiettivo dello studio è stato quello di comprendere se, rispetto al precedente, gli operatori sanitari sono oggi più consapevoli del ruolo e delle funzioni dell'IFeC, se sono favorevoli ad ambiti di autonomia prescrittiva e se ritengono questa figura importante nell'evoluzione del modello assistenziale territoriale.

Risultati

Hanno aderito all'indagine 208 soggetti (33 medici di medicina generale, 148 infermieri e 27 altre figure professionali), dei quali il 55% di età inferiore ai 30 anni, il 36% tra i 30 e i 50 anni e il 9% con età superiore a 50 anni.

Il 70% del campione è rappresentato da soggetti di sesso femminile ed il 53% proviene dal centro Italia.

Il 50% dei medici di medicina generale intervistati ha dichiarato di non far parte di nessuna forma associativa ed il 43% di appartenere ad un gruppo.

Oltre il 60% degli infermieri ha conseguito la laurea triennale e l'11% ha acquisito il titolo con la formazione regionale. La maggioranza del campione ha dichiarato di non aver conseguito corsi post-base.

Il 45% ha dichiarato di essersi documentato poco riguardo la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità. Inoltre il 51% del campione analizzato conosce poco le realtà italiane, europee ed extra europee dove tale figura è attiva.

Il 54% ha risposto di non sapere se nel proprio piano sanitario regionale è previsto l'inserimento della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, nonostante il 36% del campione svolga la propria attività sul territorio.

Per oltre l'86% del campione l'IFeC rappresenta un'evoluzione dell'assistenza infermieristica resa necessaria dal mutamento dei bisogni socio-sanitari e dei cambiamenti sociali ed economici ed il 48% indica come utile l'attribuzione ad ogni nucleo familiare di un IFeC, con modalità di scelta/revoca presso gli sportelli SAST/Distrettuali.

Il 90% concorda che a questa figura dovrebbe essere riconosciuta, in modo ufficiale, autonomia professionale per le funzioni di propria competenza, l'80% ritiene che l'IFeC non dovrebbe occuparsi solo di persone malate e l'85% ritiene che dovrebbe identificare le aree di miglioramento e di prevenzione per la comunità locale e mettere in atto strategie di prevenzione e promozione della salute.

Il 52% dei partecipanti concorda sul fatto che l'infermiere di famiglia e di comunità debba essere un dipendente del SSN.

Agli intervistati è stato richiesto di esprimere la loro opinione anche in merito al contesto organizzativo e professionale dell'IFeC che, dovrebbe collocarsi in ordine di preferenza negli ambulatori distrettuali (90%), negli ambulatori situati nei locali della medicina di gruppo (85%) negli ambulatori in sede comunale (70%), in ambulatori indipendenti (64%) ed infine negli ambulatori ospedalieri (55%).

Il 77% dell'intero campione è d'accordo nell'affermare che i politici ed i tecnici che si stanno occupando della riforma delle cure primarie non hanno chiaro il ruolo e le potenzialità dell'IFeC e concordano (95%) sull'utilità di formare l'infermiere di famiglia con uno specifico Master.

Attraverso la stratificazione delle risposte si è rilevato il grado di accordo/disaccordo di medici ed infermieri relativamente all'opportunità di attribuire all'IFeC autonomia prescrittiva riguardo a presidi sanitari (materassi, cuscini, letti articolati, carrozzine e loro accessori, sollevatori, deambulatori e girelli), materiale per medicazioni e presidi per l'incontinenza (Tabella 1).

Tabella 1 - Grado di accordo sull'autonomia professionale da riconoscere all'IFeC in merito alla prescrizione di presidi sanitari, materiale per le medicazioni e presidi per incontinenza

L'IFeC dovrebbe essere autonomo nella prescrizione di presidi sanitari ?	INFERMIERI		MEDICI	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
D'accordo	129	87,16%	5	15,15%
In disaccordo	10	6,76%	24	72,73%
Indifferente	9	6,08%	4	12,12%
TOT	148	100,00%	33	100,00%
L'IFeC dovrebbe essere autonomo nella prescrizione di materiale per medicazioni?	Frequency	Percent	Frequency	Percent
D'accordo	139	93,92%	13	39,40%
In disaccordo	7	4,73%	19	57,57%
Indifferente	2	1,35%	1	3,03%
TOT	148	100,00%	33	100,00%
L'IFeC dovrebbe essere autonomo nella prescrizione di presidi per incontinenza?	Frequency	Percent	Frequency	Percent
D'accordo	137	92,57%	13	39,40%
In disaccordo	6	4,05%	18	54,54%
Indifferente	5	3,38%	2	6,06%
TOT	148	100,00%	33	100,00%

Si è inoltre confrontato il grado di accordo/disaccordo sull'autonomia dell'IFeC per richiedere la consulenza infermieristica specialistica (wound care, enterotomie) di altri professionisti sanitari (Tabella 2).

Allo scopo di comprendere se il grado di accordo/disaccordo di infermieri e medici sull'autonomia prescrittiva dell'IFeC, fosse legato all'età e quindi ad un percorso formativo e di sviluppo diverso, si è provveduto all'analisi di sottopopolazioni suddivise per fasce di età come riportato in Tabella 3.

In relazione alla validità di facciata, la maggioranza degli intervistati si è espressa favorevolmente rispetto a chiarezza, neutralità, completezza del questionario e possibili opzioni di risposta alle domande.

Tabella 2 - Grado di accordo sull'autonomia professionale da riconoscere all'IFeC per richiedere la consulenza infermieristica specialistica e di altri professionisti sanitari

L'IFeC potrebbe richiedere direttamente la consulenza infermieristica specialistica?	INFERMIERI		MEDICI	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
D'accordo	141	95,27%	10	30,30%
In disaccordo	4	2,73%	20	60,60%
Indifferente	3	2,00%	3	9,09%
TOT	148	100,00%	33	100,00%
L'IFeC potrebbe richiedere direttamente la consulenza di altri professionisti sanitari?	Frequency	Percent	Frequency	Percent
D'accordo	133	89,86%	2	6,06%
In disaccordo	8	5,40%	30	90,91%
Indifferente	7	4,73%	1	3,03%
TOT	148	100,00%	33	100,00%

Discussione e conclusioni

Nonostante, rispetto alla precedente, i partecipanti all'indagine 2016 siano risultati più giovani e prevalentemente in possesso di un percorso universitario di base, i dati hanno confermato la non approfondita conoscenza della figura dell'IFeC e delle realtà nelle quali questi professionisti sono già presenti.

Rispetto allo studio precedente, solo la metà dei responder si dice favorevole all'attribuzione ad ogni nucleo familiare di un IFeC di riferimento, così come i risultati della nuova indagine tendono a identificare l'ambito operativo di questa figura presso gli ambulatori distrettuali, prima che in quelli della medicina di gruppo. I risultati concordano, comunque, su come l'IFeC rappresenti l'evoluzione dell'assistenza infermieristica in risposta ai nuovi bisogni socio-sanitari dei cittadini, sul fatto che i politici ed i tecnici che si occupano della riforma delle Cure Primarie non hanno chiaro il ruolo e le potenzialità dell'IFeC e sull'importanza di un percorso formativo post base (Master) per acquisire specifiche competenze nell'ambito dell'infermieristica di famiglia e di comunità.

Relativamente al riconoscimento dell'autonomia prescrittiva, la maggior partecipazione dei medici a questo secondo studio ha permesso un'analisi più dettagliata dei risultati, con il campione che tende a dividersi: se la maggioranza degli infermieri si dice favorevole, i medici sono in disaccordo per quel che concerne la prescrizione sia di presidi che di consulenze. Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, effettuando la suddivisione per fasce di età, emerge che sono proprio gli infermieri e i medici con età > a 50 anni ad essere i più favorevoli rispetto all'autonomia dell'IFeC.

Questi risultati evidenziano come, ancora oggi, esistano barriere culturali che non consentono di riconoscere ed utilizzare una figura infermieristica con competenze avanzate e specifica formazione universitaria e come esistano ancora diffidenze interne alla professione e da parte degli altri attori delle cure primarie. Pertanto, nonostante gli indirizzi politici siano sempre più orientati a spostare l'attenzione sul territorio, appare ancora prematura la possibilità di vedere ufficialmente riconosciuto il ruolo e le funzioni dell'IFeC.

Tabella 3 - Grado di accordo sull'autonomia prescrittiva dell'IFeC per fasce di età, con evidenziazione della maggioranza delle risposte in percentuale

Autonomia prescrittiva presidi sanitari	Frequency	Percent	Frequency	Percent	Frequency	Percent
INFERMIERI	< 30aa		30-50aa		> 50aa	
D'accordo	75	91,47%	42	79,25%	12	92,61%
In disaccordo	5	6,10%	5	9,43%	0	0,00%
Indifferente	2	2,44%	6	11,32%	1	7,69%
Total	82	100,01%	53	100,00%	13	100,30%
MEDICI	< 30aa		30-50aa		> 50aa	
D'accordo	0	0,00%	3	18,75%	7	70,00%
In disaccordo	6	85,71%	12	75,00%	2	20,00%
Indifferente	1	14,29%	1	6,25%	1	10,00%
Total	7	100,00%	16	100,00%	10	100,00%
Autonomia prescrittiva materiale per medicazioni	Frequency	Percent	Frequency	Percent	Frequency	Percent
INFERMIERI	< 30aa		30-50aa		> 50aa	
D'accordo	76	92,68%	50	94,34%	13	100,00%
In disaccordo	5	6,10%	2	3,77%	0	0,00%
Indifferente	1	1,22%	1	1,89%	0	0,00%
Total	82	100,00%	53	100,00%	13	100,00%
MEDICI	< 30aa		30-50aa		> 50aa	
D'accordo	2	28,57%	4	25,00%	7	70,00%
In disaccordo	5	71,43%	12	75,00%	2	20,00%
Indifferente	0	0,00%	0	0,00%	1	10,00%
Total	7	100,00%	16	100,00%	10	100,00%
Autonomia prescrittiva presidi incontinenza	Frequency	Percent	Frequency	Percent	Frequency	Percent
INFERMIERI	< 30aa		30-50aa		> 50aa	
D'accordo	80	97,56%	45	84,90%	12	92,31%
In disaccordo	2	2,44%	4	7,55%	0	0,00%
Indifferente	0	0,00%	4	7,55%	1	7,69%
Total	82	100,00%	53	100,00%	13	100,00%
MEDICI	< 30aa		30-50aa		> 50aa	
D'accordo	2	28,57%	7	43,75%	7	70,00%
In disaccordo	5	71,43%	8	50,00%	2	20,00%
Indifferente	0	0,00%	1	6,25%	1	10,00%
Total	7	100,00%	16	100,00%	10	100,00%

NOTE

[1] Documento OMS "Salute 21, i 21 obiettivi di salute per il XXI secolo", 1998.

[2] Obbia P., Tamburini L., Giovannetti G., Ongaro M., Calamassi D., Infermieristica di famiglia e comunità, una survey tra infermieri e medici di medicina generale, rivista online IPASVI "L'infermiere" 2015; 1 <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-25-articolo-294.htm> (u.a. 07/11/2016).

BIBLIOGRAFIA

- Documento OMS Salute 21, i 21 obiettivi di salute per il XXI secolo, 1998.
- Obbia P, Tamburini, Giovannetti, Ongaro M, Calamassi D, *Infermieristica di famiglia e comunità, una survey tra infermieri e medici di medicina generale*, Rivista online IPASVI "L'infermiere" 2015; 1 <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-25-articolo-294.htm> (u.a. 07/11/2016).
- Montebelli MR, *Cure primarie. Negli Stati Uniti sempre più affidate agli infermieri*, Quotidiano Sanità http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=43040 18/09/2016 (u.a. 07/11/2016).
- The family health nurse: context, conceptual framework and curriculum. Ufficio Regionale OMS per l'Europa, Copenhagen, Gennaio 2000 pag 9-10 <http://www.cespi-centrostudi.it/download/File/Sanimondo/Infermiere%20di%20famiglia%20-%20contesto%20-%20quadro%20concettuale%20e%20curriculum.pdf> (u.a. 15/11/2016).

ESPERIENZE

Lo Human Caring nella realtà sanitaria napoletana: risultati di un'indagine conoscitiva sul personale infermieristico attraverso l'uso della scala di valutazione delle cure (Survey 13, CFS-CPV)

di **Loredana Lapia (1)**, **Giuseppe Signoriello (2)**, **Giuliana Masera (3)**, **Piercarlo Brunetti (4)**, **Vincenzo De Falco (5)**

(1) Infermiera Forense A.O.R.N. Ospedali dei Colli - "D. Cotugno", Napoli

(2) Professore Associato di Statistica Medica Dipartimento di salute mentale e fisica e medicina preventiva Università della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

(3) Prof.a.c. in filosofia dell'Assistenza, Università di Parma

(4) Responsabile Assistenziale Dipartimento Interaziendale Salute Mentale. Docente in Infermieristica clinica del disagio psichico, Corso di laurea in Infermieristica, Università di Torino

(5) Infermiere, Tutor Formazione e Presidente Associazione V.O.L.A. - Volontari Ospedalieri Lotta AIDS. A.O.R.N. Ospedali dei Colli - "D. Cotugno", Napoli

Corrispondenza: lory.lapia@libero.it

Lo Human Caring

Lo Human Caring rappresenta una filosofia dell'assistenza che si fonda sulla centralità della persona e che pur nascendo in ambito infermieristico, si apre a tutte le professioni di aiuto alla persona (Pellegrini 2010). E' fondata su un paradigma etico che si traduce in prassi operativa di natura assistenziale, educativa e manageriale e l'elemento fondamentale sta nella personalizzazione dell'assistenza, attraverso un modello capace di offrire significativi contributi alle professioni di cura.

Tra le maggiori esponenti dello Human Caring a livello internazionale si riconosce Jean Watson. I concetti teorici della teorica statunitense poggiano le proprie basi sulla cultura umanistica e in particolare sulle opere degli psicologi Carl Rogers, Erik Erikson e Abraham Maslow e del filosofo Martin Heidegger, sottolineando la necessità degli infermieri di appropriarsi della cultura umanistica per esercitare la loro attività in modo efficace, etico e professionale. Il principio cardine della sua teoria, è la relazione esistente fra il prendersi cura dei pazienti ed il praticare loro assistenza infermieristica (Watson J. 2013); ma non solo, perché lo Human Caring oltre alla visione olistica dell'ammalato, pone lo sguardo anche al benessere di colui che si prende cura. Watson elabora la sua teoria mettendo in risalto come l'origine dell'essere infermiere, ha perso a poco a poco le sue radici dell'essere, per trasformarle in quelle del fare.

Nel suo costrutto teorico l'autrice elabora i dieci "carative factor", successivamente trasformati nei dieci "processi di caritas", definendoli valori fondamentali per l'essere infermiere. Il termine *carative* (care active = prendersi cura) viene utilizzato da Watson nell'infermieristica, distinguendosi così dal termine *curativo* utilizzato in medicina. Infatti i *fattori curativi* mirano a curare il paziente dalla malattia; mentre i *carative factor* sono tutti quei processi di cura che aiutano a preservare, raggiungere o mantenere lo stato di salute, o morire serenamente (Watson, 2010) – (Tabella 1).

Tabella 1 - I carative factor di Jean Watson
Sistema di valori umanistico-altruistico
Instillare fede e speranza
Coltivare la sensibilità verso se stessi e gli altri
Sviluppare un rapporto di aiuto-fiducia
Promozione ed accettazione della manifestazione di sentimenti positivi e negativi
Uso sistematico del metodo scientifico del problem solving per il processo decisionale
Promuovere l'insegnamento e l'apprendimento interpersonale
Intervenire sull'ambiente in modo che sostenga, protegga e/o corregga dal punto di vista mentale, fisico, sociale e spirituale
Aiutare nel soddisfacimento dei bisogni umani
Tener conto delle forze esistenziali-fenomenologiche

Dai carative factor prendono origine modellandosi i **caritas process** Tabella 2.

Tabella 2 - I caritas process di Jean Watson
Praticare le amorevoli cure (loving-kindness) ed equinamità con se stessi e con gli altri, nell'ambito di un contesto di consapevolezza del caring.
Essere autenticamente presenti, permettendo e supportando il sistema di profondo credo attivando, sostenendo e rafforzando la fede e la speranza di coloro di cui ci prendiamo cura.
Coltivare le proprie pratiche spirituali ed il sé interpersonale, superando il limite del proprio ego
Sviluppare e sostenere, in uno scambio di aiuto e fiducia, una vera e propria relazione di caring.
Essere presente e sostenere l'espressione dei sentimenti positivi e negativi come in una connessione con lo spirito più profondo di se stessi e di coloro di cui ci prendiamo cura.
Impiegare in modo creativo sé stessi e tutte le proprie conoscenze, quali parti integranti del processo di caring, impegnandosi nell'arte della pratica del caring verso la guarigione.
Impegnarsi in vere esperienze di insegnamento/apprendimento che aspirano al raggiungimento dell'interezza, cercando di rimanere nell'ambito della sfera di riferimento dell'altro.
Creare ambienti di guarigione a tutti i livelli, laddove l'interezza, la bellezza, il benessere, la dignità e la pace sono potenziati.
Prestare assistenza, con riverenza e rispettosamente, ai bisogni essenziali con una consapevolezza di caring intenzionale, amministrando "l'essenziale dello human care" che potenzia l'allineamento di mente – corpo – spirito, l'interezza in tutti gli aspetti di cura.
Essere aperti a prestare attenzione alle dimensioni misteriose e sconosciute della vita, sofferenza e morte del singolo; alla cura dell'anima per sé stessi e per coloro di cui ci si prende cura.

Il passaggio dal *to cure (curare)* al *to care (prendersi cura)* è stato per la Watson lento e graduale nel tempo. Lo stesso concetto di *benessere* è stato più volte reinterpretato nel corso degli anni, dapprima inteso come condizione di assenza di malattie, fino a coinvolgere oggi tutti gli aspetti dell'essere, arrivando ad uno stato di soddisfazione interiore generato dal giusto equilibrio di fattori psicofisici.

Quindi il *benessere* è una condizione che coinvolge tutti gli aspetti dell'essere umano ed è dipendente dalla giusta interazione fra corpo, anima, ambiente sociale e culturale.

Per star bene, infatti, dobbiamo conservare un equilibrio armonico fra cinque componenti cruciali del nostro essere: quella fisica, quella emotiva, quella sociale, quella intellettuale e quella spirituale. Basta una carenza in uno solo di questi cinque elementi del pentagono per mettere a repentaglio la nostra serenità.

La salute non è assenza di malattia ma il processo mediante il quale gli individui mantengono il loro senso di coerenza, il senso cioè che la vita è comprensibile, trattabile e significativa (Tresolini, 1994).

La voce degli infermieri sullo Human Caring

Partendo da questi presupposti si è pensato di realizzare uno studio per rilevare le modalità di cura infermieristica negli ospedali del territorio napoletano, mediante la somministrazione della scala di valutazione delle cure (Survey 13 CSF-CPV). Sono state distribuite 459 scale di valutazione e considerate valide ai fini della ricerca 399. Il campione rappresenta la realtà osservata nel periodo che va da dicembre 2015 a febbraio 2016. Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è la *Caring Factor Survey – Care Provider Version (13 CFS – CPV)*, *Scala di valutazione delle cure*, elaborata da John Nelson e supervisionata dal Watson Caring Science Institute e tradotta in lingua italiana da Giuliana Masera. La scala è composta di 10 item con una scala likert a 7 punti da *fortemente disaccordo* a *pienamente d'accordo*; è stata aggiunta una parte dedicata alla raccolta dei dati socio-anagrafici.

Per quanto riguarda la parte sociodemografica il campione è così rappresentato: 213 rispondenti appartengono al sesso femminile e 187 al sesso maschile, (Tabella 3) e la maggior parte degli intervistati con un'età media di 45,6 anni. Nel grafico 1 si evidenziano invece le risposte complessive degli intervistati in relazione ai 10 item presenti nella scala di valutazione delle cure.

Tabella 3 - Campione sociodemografico

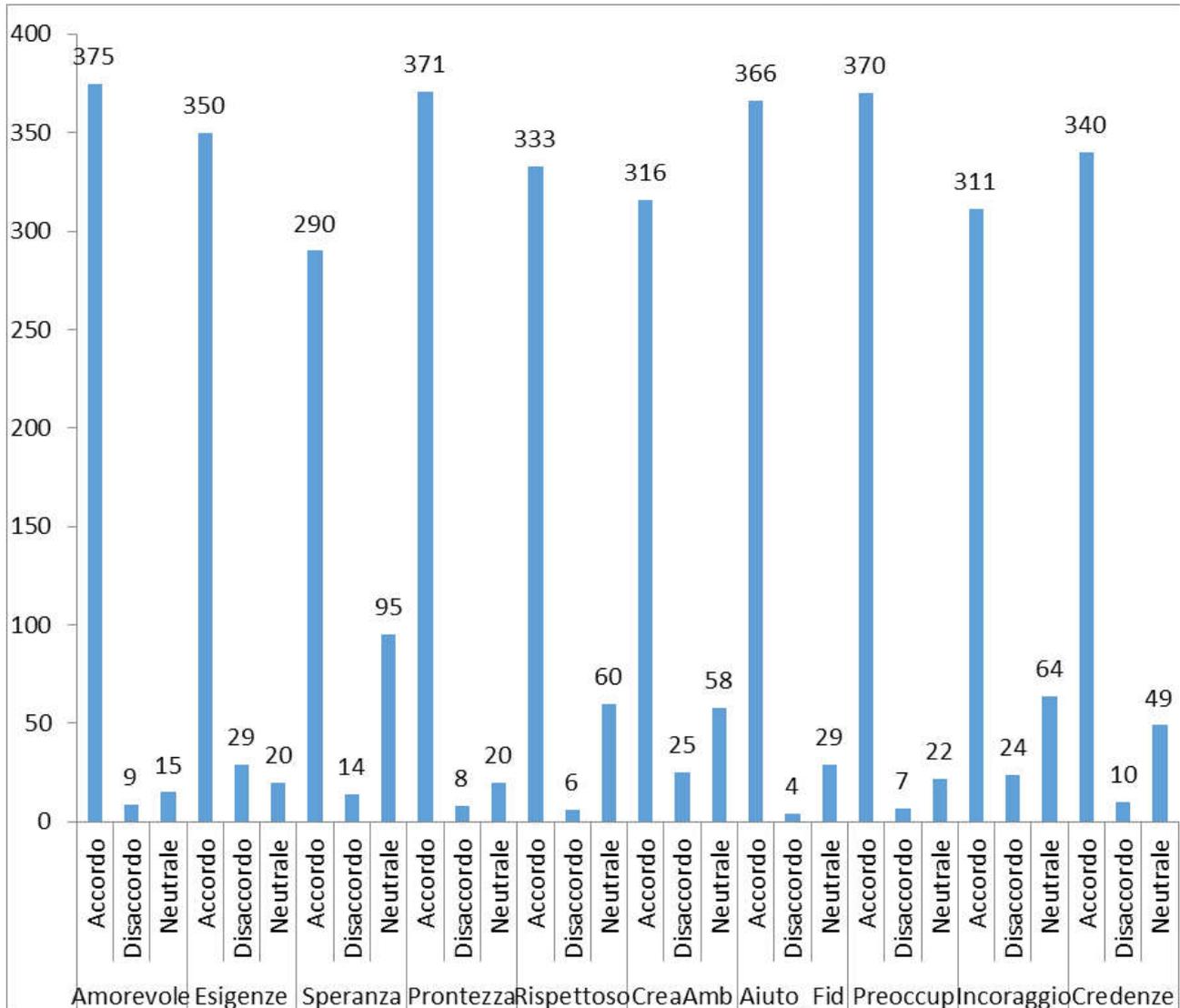
Variabili	N°	%	
<u>Genere</u>	Male	186	47%
	Female	213	53%
<u>U.O. Coinvolte</u>	Area emergenza/urgenza	197	49%
	Area degenza ordinaria	202	51%
<u>Titolo di studio</u>	Diploma	243	61%
	Diploma universitario	39	10%
	Laurea triennale	81	20%
	Laurea magistrale	36	9%

Conclusioni

La scala di valutazione delle cure (*Survey 13, CFS-CPV*) somministrata, focalizza l'attenzione su tutto il processo relazionale che si instaura con il paziente, dall'accettazione fino alla guarigione/morte. I risultati evidenziano come il campione preso in esame dimostri una buona capacità di agire una cura che comprende la fiducia, la rispettosità, l'amorevole gentilezza indipendentemente dal percorso formativo professionale frequentato.

Solo l'item della speranza evidenzia che circa 1/4 del campione dichiara di non sostenere le speranze e le convinzioni dei pazienti (Grafico 1).

Grafico 1 - Totale delle risposte in relazione agli item



La voce **Accordo** raccoglie il totale degli item compresi fra Pienamente d'accordo, parzialmente d'Accordo e d'Accordo; stesso criterio di conteggio per quanto riguarda la voce **Disaccordo**.

L'infermiere è in continuo contatto con la persona ed è interessato a capire non solo quegli aspetti e quei fenomeni generalizzabili, rigorosamente scientifici, ma anche quei fenomeni, sentimenti e aspetti che sono unici e particolari di quella e quella sola persona (Brunetti et al., 2016). Il core della teoria del Modello Human caring sono i dieci carative factor sviluppati dalla filosofia umanistica che è il nucleo centrale del prendersi cura di un altro essere umano e che pone le sue fondamenta su una base scientifica con un importante riconoscimento delle forze esistenziali fenomenologiche.

BIBLIOGRAFIA

- Pellegrini W., *Le radici del futuro. Human Caring: passaggio attraverso il cuore. Il senso della scienza infermieristica*. Torino, Edizioni Medico Scientifiche; 2010.
- Watson J., *Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del caring*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2013.
- Watson J., Turkel M., et al, *Misuring the caritas processes: caring Factor Survey*, International Journal for Human Caring; 2010.

- Tresolini CP. the Pew Fetzter Task Force on Psychosocial Education. Health Professions Education and Relationship-Centered Care: Report of the Pew-Fetzter Task Force on Advancing Psychosocial Education. San Francisco, CA: Pew Health Commission; 1994. pp. 1–76.
- Brunetti P, Pellegrini W, Masera G, Berchiolla P, Dal Molin A, *Il modello assistenziale dello Human caring: risultati di uno studio pre e post intervento con gruppo di controllo*, Professioni infermieristiche, vol.68, n.1 Gennaio-marzo pag.19-28,2016.

SCAFFALE

Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni

Alessandra Beghelli, Anna Maria Ferraresi, Monica Manfredini
Editore: Carocci Faber – nuova ediz. 2015
pagine 192, euro 20,00



Che cos'è l'Educazione terapeutica? In cosa differisce dall'Educazione e quali sono i suoi contorni? Come agisce sui determinanti di salute? Su questi aspetti di inquadramento concettuale si apre con i primi due capitoli il testo proposto dalle tre autrici.

Con l'entrare poi gradualmente sempre più nel dettaglio non solo nella cornice teorica, ma sul metodo e i contesti operativi dell'Educazione terapeutica, questo manuale si rivela in tutto il suo spessore scientifico e di utilità didattica e pratica.

Ma riprendiamo dall'inizio, per educazione alla salute si intende in genere un processo rivolto ad una popolazione sana, individuando interventi rivolti al benessere e a prevenire eventuali malattie. Con l'educazione terapeutica invece, ci si rivolge a persone con problemi di salute e/o in situazione di malattia. L'Educazione terapeutica, affermano le autrici, "è parte integrante della presa in carico e del

trattamento sanitario" (pag. 43).

Tale approccio rappresenta infatti una strategia indispensabile per poter far fronte all'odierno scenario sanitario che è caratterizzato dal progressivo aumento di persone affette da malattie croniche. E' in questo quadro epidemiologico, descritto nel dettaglio nel primo capitolo, che si rilevano le potenzialità dell'educazione in quanto, considera ogni individuo responsabile principale della propria salute, è indirizzata alla prevenzione delle complicanze della patologia, ha come fine ultimo la progressiva autonomia della persona coinvolta e di chi se ne prende cura quotidianamente.

Come giustamente affermato dalla Prof.ssa Sasso nella presentazione del libro, l'azione educativa va a toccare tutte le diverse fasi della relazione di aiuto, dall'informazione, tramite una comunicazione e una metodologia mirata, fino alla capacità di far fronte in modo dinamico alle difficoltà che la malattia porta con sé. Ecco che quindi si parla di coping proattivo, che "individua nelle situazioni stressanti uno stimolo a migliorare in funzione di obiettivi di crescita, sviluppo di capacità e abilità, svolgendo una funzione di controllo e prevenzione sull'ambiente, in modo da ridurre l'impatto negativo degli eventi (pag. 24).

E' interessante la descrizione della distinzione tra "Informazione" ed "Educazione" (cap. 2), e aiuta ad orientarsi sulla complessità del processo educativo, che al contrario dell'Informazione, intesa come semplice passaggio passivo di informazioni, ha nell'interazione con colui che apprende il suo focus.

Proprio per questo l'educazione terapeutica è "pratica complessa" (pag. 27), che prevede l'analisi dei bisogni educativi (diagnosi), la definizione degli obiettivi di apprendimento, l'applicazione della metodologia educativa più adatta ai contenuti da proporre. Il processo educativo, termina infine con una valutazione che permetta di descrivere quanto e come un individuo sia o meno in grado di mettere in atto i comportamenti necessari, gestire il trattamento della patologia che lo riguarda e prevenire nonché riconoscere le eventuali complicanze della stessa. Sottolineano le autrici, che nel processo educativo c'è un punto di partenza che è la conoscenza della "percezione e della gestione della propria salute [...] quali saperi, quali competenze sono presenti nella persone" (pag. 28). In altri termini si potrebbe dire che il processo educativo non può prescindere da ciò che ogni persona coinvolta già "sa, sa fare e sente". Sono inoltre citati in più capitoli del libro i numerosi documenti internazionali, tra cui quelli dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che sottendono (la carta di Ottawa - 1986) o definiscono e descrivono l'educazione terapeutica (Therapeutic Patient Education: Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Disease - 1998), proprio ad avvalorarne l'autorevolezza dell'approccio e la funzione strategica per permettere la tutela della salute in modo sostenibile nel presente e nel prossimo futuro.

Segue poi un'ampia riflessione sulla funzione educativa, come propria e fondante delle professioni sanitarie tutte. D'altro canto si sottolinea che i professionisti che più svolgono questa funzione, sono quelli maggiormente a contatto con l'utenza nella gestione quotidiana del loro problema di salute. Questi sono numericamente più rappresentati dagli infermieri, che agiscono accanto ad altri altrettanto coinvolti su questo tema (per es. fisioterapisti o ostetriche). Eppure viene ricordata l'importanza di una progettazione educativa che veda integrate tra loro le diverse professionalità che sono coinvolte nel processo. Da ciò se ne deduce come necessario lo sviluppo di una cultura sull'Educazione terapeutica nel mondo dei professionisti sanitari. Se alcuni già affrontano questo approccio nei diversi curricula universitari, per altri può rivelarsi veramente utile una formazione continua in service che può divenire occasione per l'aggiornamento e/o l'elaborazione condivisa di percorsi educativi preesistenti o ex novo.

Una preoccupazione che saggiamente fanno emergere le autrici, è la generica scarsità specie a livello nazionale, di prove scientifiche con standard elevati di qualità che dimostrino l'efficacia dell'Educazione terapeutica. Ciò è dovuto ad alcune difficoltà intrinseche della ricerca in quest'ambito, nonché alla possibilità di numerose variabili confondenti che se non ben "tenute sotto controllo" con le opportune metodologie epidemiologiche e statistiche, difficilmente si possono sviluppare disegni di studio che portino a risultati affidabili. Anche quindi per questo motivo, la descrizione meticolosa delle componenti dell'Educazione terapeutica, del flusso del processo, della necessità di pertinenza tra obiettivi, contenuti, metodo educativo e valutazione dell'esito, risulta essere un contributo di alto livello e molto utile per la pratica e per la ricerca in questo ambito.

Molto interessante è anche l'approfondimento sulla Health Literacy (cap. 4) - alfabetizzazione (pag. 45), che ci illustra perché e come sia necessario e possibile utilizzare un linguaggio o una scrittura che sia comprensibile per il target di popolazione a cui l'azione educativa è rivolta.

La seconda sezione del libro è tutta dedicata alla descrizione del metodo educativo, all'analisi delle diverse fasi che lo compongono e come e con quali criteri vanno progettate. Chi è già abituato a gestire questa tipologia di processi rivolti alla formazione degli operatori, ritroverà il linguaggio tipico della programmazione della formazione degli operatori sanitari (tanto è vero che tra i riferimenti bibliografici è citata la Guida Pedagogica del Guilbert) perché in effetti la sostanza del processo è molto simile.

Si parte dall'analisi dei bisogni, si identificano obiettivi e contenuti, metodologia educativa e valutazione.

Risalta una giustificatissima attenzione alla gradualità della proposta educativa, ad una metodologia che ripercorre il tragitto dalla dimostrazione, all'esercitazione, all'esecuzione diretta con supervisione, fino all'autonomia. Il rischio a volte dietro l'angolo è di sovraccaricare pazienti e famiglie con informazioni e abilità da mettere in atto. Per questo è da apprezzare in modo particolare anche il breve approfondimento sulla "Negoziazione", come fase in cui si concorda tra operatore e paziente che cosa sia possibile fare e cosa si possa essere disponibili a fare, qui ed ora.

Gli esempi pratici dei quattro percorsi educativi in determinati contesti (per es. pazienti affetti da diabete, gestione della terapia farmacologica) aiutano il lettore a comprendere come tale processo educativo sia veramente realizzabile sia in forma individuale che ove opportuno con modalità di gruppo.

Questo libro è una vera risorsa, di facile lettura ma di contenuto essenziale per tutte le professioni sanitarie, nei corsi di laurea come nella formazione post base o l'aggiornamento personale, per indirizzare sempre più l'agire di una funzione educativa mirata, sistematica e non più opzionale.

Immacolata Dall'Oglio

Infermiere Pediatrico Coordinatore,
Servizio Sviluppo professionale infermieristico e delle professioni sanitarie,
Formazione e Ricerca, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Roma

SCAFFALE

Trattato di Medicina e Infermieristica - Un approccio di cure integrate vol.3

di Anna Brugnolli e Luisa Saiani
 Sorbona - 2017
 pagine 579, euro 65,00



Titolo	Trattato di Medicina e Infermieristica - Un approccio di cure integrate - vol.3
Autori	Anna Brugnolli e Luisa Saiani
Casa editrice-anno pubblicazione	Sorbona - 2017
n. di pagine e prezzo	pagine 579, euro 65,00
Breve descrizione del volume	<p>Questo è il terzo volume di una serie di testi di base di infermieristica. I primi due (Trattato di cure Infermieristiche Ed. 2013) hanno gettato le basi fondamentali dell'infermieristica. Questo serve a declinarla nel contesto clinico, integrando le cure cliniche e quelle infermieristiche a specifici quadri di problemi di salute.</p> <p>E' molto interessante l'architettura del testo che nel primo capitolo fornisce il quadro di riferimento attraverso il quale affrontare i problemi clinici e relativi percorsi di assistenza e cura. I capitoli successivi illustrano, seguendo lo schema generale inizialmente proposto, i 10 problemi prioritari di salute individuati dagli autori, in ambito internistico. Questi sono quindi affrontati dai punti di vista delle diverse discipline per meglio riconoscere i problemi del paziente.</p>

	<p>Ogni capitolo è organizzato in una parte iniziale che fornisce allo studente le conoscenze della patologia, l'epidemiologia, la sintomatologia, il quadro clinico e la sua possibile progressione nella cronicità. Vengono poi descritti gli interventi infermieristici, dalla valutazione all'assistenza, al monitoraggio nel tempo, compresi gli interventi educativi rivolti alla promozione dell'autocura e l'autonomia del paziente.</p> <p>Questo testo rappresenta un'interessante e valida proposta editoriale, per il modo completo e innovativo di rappresentare l'infermieristica applicata alla clinica. E' un testo che esplicita e traduce in comportamenti alcuni concetti di fondo come: la centralità dei pazienti e delle famiglie, l'integrazione professionale, la medicina e l'infermieristica basata sulle evidenze, l'approccio sistematico alle patologie croniche e un orientamento proattivo del sistema salute.</p>
Destinatari	Studenti di infermieristica e professionisti infermieri, formatori.

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,
Silvestro Giannantonio, 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