

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LXII



ISSN 2038-0712

**NOVEMBRE-DICEMBRE
2018**



FNOPI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Organo ufficiale della Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)

INDICE

● EDITORIALE

Professione infermieristica: l'anno che verrà

di Barbara Mangiacavalli

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Efficacia della simulazione nella formazione di base infermieristica per lo sviluppo del pensiero critico degli studenti

di Sabina Olmi

Storia e radici identitarie professionali: immagine dell'infermiera donna nel periodo fascista dal 1935 al 1938

di Loredana Piervisani, Serenella Stasi, Emanuela Ruffinelli, Ercole Vellone, Gennaro Rocco, Rosaria Alvaro

● CONTRIBUTI

L'infermiere e i suoi reati: la responsabilità infermieristica attraverso l'analisi delle sentenze giuridiche

di Marzia Ferrario, Anna Sponton

Open dialogue: un approccio assistenziale integrato a partire dalla presa in carico della persona in crisi psicotica

di Laura Brancaleone

● ESPERIENZE

Ascoltiamo gli infermieri per ritrovare la fiducia

di Laura Barbotto, Salvatore Bellinceri, Luigi Binelli, Domenico Cali, Rita Levis, Maria Adele Schirru, Giulio Zella

Pianificazioni assistenziali infermieristiche: restituzione e condivisione con la cittadinanza

di Gabriele Taddei, Nicola Draoli, Lorenzo Baragatti

I Social Network e gli Infermieri, quale interazione

di Cosimo Della Pietà, Attilio Gualano, Antonietta Palmieri

Creare famiglia: un fattore determinante per una maggiore resilienza negli infermieri

di Marco Alfredo Arcidiacono, Alfonso Sollami, Arianna Sforza

Il chest pain score salva la vita?

di Benedetta Frascella, Federico Agricola, Daria Bacchereti

● SCAFFALE

La medicina salvata dalla conversazione

di Sandro Spinsanti

EDITORIALE

Professione infermieristica: l'anno che verrà

di **Barbara Mangiacavalli**

Presidente Federazione Nazionale Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI)

Il 2019 non deve essere un anno di stasi, ma di pieno sviluppo della professione che deve raggiungere nuovi traguardi e posizionarsi su nuovi livelli professionali clinici, manageriali e gestionali rispetto a un sistema che sarà costretto a evolvere non fosse altro che per la nuova epidemiologia dei prossimi anni.

L'età media della popolazione è di 80,6 anni per gli uomini e di 84,9 anni per le donne ed è in continuo aumento così come l'indice di mortalità su 1000 abitanti (+5,1%): 8,1 al Nord, 8,2 al Centro, 9,1 al Sud con una decrescita continua della popolazione: nel 2017 -89mila abitanti al Nord, -45mila al Centro, -49mila al Sud. La fascia di età più popolata è quella compresa tra i 40 e i 64 anni (37,1% della popolazione).

In Italia un adulto su tre soffre di almeno due malattie croniche e nella popolazione anziana i pazienti con multipatologie diventano 2 su 3 e sopra i 65 anni il 10% della popolazione ha almeno tre malattie croniche.

A livello mondiale i costi per la cura di questi malati assorbono circa il 70-80% delle risorse sanitarie, numeri che, in conseguenza del miglioramento delle cure e dell'aumento dell'aspettativa di vita, aumenteranno ma che pongono al "sistema salute" molteplici sfide. Il profilo del nuovo malato complesso quindi è quello di un individuo sopra i 65 anni, che assume contemporaneamente più di cinque farmaci, afflitto da disabilità, ma con un'aspettativa media di vita più lunga che in passato.

In questo senso la prima figura a entrare in gioco, ma con un nuovo modo di giocare, è l'infermiere.

Le aziende dovrebbero, come ha anche sottolineato il Rapporto Oasi 2018 del Cergas Bocconi, essere aiutate nell'organizzazione degli organici da un dibattito esplicito su conseguenze, implicazioni e misure da adottare per rispondere alle sfide dell'insieme di scelte che il sistema nel suo complesso ha ritenuto di compiere, in particolare sul contenimento del costo del personale.

E dovrebbero adottare obiettivi e vincoli in termini di quantità e di composizione del personale, anche per aiutarle a resistere alle intense pressioni (la carenza di medici) che minano la possibilità di rispondere alle esigenze di domani (un cambiamento nello skill mix), con uno sforzo di rimozione di tutti i vincoli che non presidiano la qualità di cure e assistenza, ma sono spesso solo una difesa di rendite professionali e la promozione e diffusione di modelli di organizzazione del lavoro che consentano a tutte le categorie di operatori di sfruttare al massimo competenze e abilità.

Le spinte a intervenire sulla gestione delle competenze non vengono solo dall'ambiente esterno come nel caso qualità, efficienza e competitività, ma sono il frutto di trasformazioni strutturali dell'ambiente interno, cioè del cambiamento in alcuni elementi critici. La prima trasformazione è quella dell'aumento delle interdipendenze che caratterizzano i processi di cura e assistenza sia in termini operativi che di saperi e competenze coinvolti (multiprofessionalità e multidisciplinarietà).

L'aumento della complessità necessita di interventi per la gestione delle competenze individuali e di condivisione formale e informale delle conoscenze.

La seconda è l'indebolimento dei confini tra le diverse professioni, Tanto più netti sono i confini tra professioni e specialità, tanto maggiore è il ruolo che possono svolgere per garantire che i livelli di competenze individuali siano coerenti con le attività svolte e le prestazioni erogate.

Modificare lo skill mix non significa sostituire una professione con un'altra nello svolgimento di un'attività, ma l'arricchimento dei "confini" del sapere professionale (cosiddetto upgrading). È un imperativo che tutte le professioni perseguano l'upgrading generali delle competenze di tutti i professionisti senza alzare barriere corporativistiche.

Gli elementi da cui partire sono almeno tre:

1. le professioni sono caratterizzate dalla infungibilità. Ciascuna professione o disciplina tende a considerarsi in un rapporto fisso ed esclusivo con il bisogno cui ritiene di poter dare risposta, in questa prospettiva il dimensionamento degli organici si configurerebbe come la sommatoria, disgiunta, di dimensionamenti parziali;
2. poiché l'offerta condiziona la domanda e la formazione dei professionisti è lunga e costosa, in quasi tutti i paesi esistono forme di programmazione del personale sanitario. Accade spesso che per motivi diversi domanda e offerta di professionisti non realizzino un equilibrio;
3. poiché molte decisioni sono del tipo long fuse big bang - ovvero producono effetti rilevanti nel medio lungo periodo - è importante saper distinguere gli orizzonti temporali effettivamente rilevanti.

Le politiche per consentire e facilitare il cambiamento nello skill mix dovrebbero operare in quattro direzioni.

La prima è la valorizzazione nell'opinione pubblica del ruolo e delle funzioni dei professionisti infermieri altrimenti ogni cambiamento nello skill mix sarebbe vissuto come un mero ragionamento economico.

La seconda è la necessità di definire e rendere cogenti per le aziende standard di miglioramento in alcune variabili chiave tra cui una diversa composizione del personale raggiungibile attraverso lo sviluppo delle competenze dei professionisti infermieri. Le razionalità aziendali spingono invece verso una ripetizione di modelli ereditati dal passato. È necessario poi - ed è la terza direzione - esercitare uno sforzo di rimozione di tutti i vincoli che ostacolano lo skill mix change che non presidiano la qualità delle cure e dell'assistenza, ma rappresentano spesso solo una difesa delle rendite professionali. Infine, si devono promuovere e diffondere modelli di organizzazione del lavoro che consentano a tutti gli operatori di sfruttare competenze e abilità.

Per questo, che rappresenta non un futuro prossimo ma il passaggio dall'oggi al domani, tra i tanti passi che la Federazione ha intenzione di compiere nel 2019 c'è il riconoscimento delle specializzazioni infermieristiche, una necessità dettata dalla costante evoluzione nei settori scientifico, epidemiologico, demografico, tecnologico, formativo/professionale e dallo sviluppo dei processi assistenziali e dei modelli organizzativi in ambito sanitario e sociosanitario.

Consentirebbero un migliore sviluppo di strutture a bassa intensità di cura (ospedali di comunità, reparti a gestione infermieristica, percorsi domiciliari di proattività e presa in carico, ambulatori infermieristici).

In questo senso è necessario inquadrare anche l'infungibilità di queste specializzazioni, che parte dalla necessità di un coordinamento trasversale dell'assistenza per il quale si richiedono nuovi ruoli, già individuati nelle aree specialistiche descritte nella bozza di accordo Stato-Regioni 2013 e nel prot. FNOPI-CSM-CNF.

Per poter condurre questa battaglia è prioritario affrontare la carenza di professionisti.

Lo scenario da ricercare è di una trasformazione strutturale nell'organizzazione del lavoro che deve riuscire a produrre un sistema a maggiore focalizzazione e specializzazione per lasciare spazio ad altre figure, in linea con quanto indicato dagli organismi internazionali.

Una soluzione di breve periodo che consentirebbe una giusta programmazione delle risorse e al tempo stesso l'espletamento delle funzioni richieste sul territorio e sulla continuità assistenziale sarebbe quella di investire sull'autonomia infermieristica, puntando ad agire su competenze già esprimibili e consolidate ma con fatica ancora oggi messe a regime formale.

Gli argomenti da sviluppare, in questo scenario complesso e su cui la Federazione sta lavorando alacremente, sono tanti: dall'ospedale di comunità all'infermiere di famiglia, dalla tutela delle specificità della professione e del nome "infermiere" a quella dell'aumento del corpo docenti MED 45, dal fabbisogno formativo e di un diverso piano di studi per andare verso forme di specializzazioni al riconoscimento della intromoenia per i pubblici dipendenti.

In questo senso fondamentale risulta il recente protocollo FNOPI / Conferenza Regioni che affronterà parte di queste tematiche declinato formalmente anche sui singoli livelli regionali che in questi giorni si stanno attivando.

Ma vale su tutto quello ciò che il nostro Comitato centrale 2018-2021 si è dato come obiettivo dei valori della professione basandosi sulla forza della relazione, dell'ascolto, dell'inclusione, sull'autonomie di pensiero e di cultura, sullo spirito di servizio istituzionale, sullo studio continuo, sulla delega alla comunità professionale con le giuste competenze.

Percorsi che si prefiggono obiettivi di sistema che si raggiungono nel medio-lungo termine e si ottengono con serietà, impegno, senso istituzionale, dignità e rispetto per l'onesta intellettuale. Tutte caratteristiche proprie della nostra professione e degli infermieri e su cui tutti dobbiamo impegnarci, nessuno escluso.

Efficacia della simulazione nella formazione di base infermieristica per lo sviluppo del pensiero critico degli studenti

Sabina Olmi¹

¹Infermiera Corso di Laurea in Infermieristica, Università di Bologna, sezione formativa di Imola

Corrispondenza: sabina.olmi2@unibo.it

RIASSUNTO

Introduzione La simulazione è sempre più diffusa nella formazione infermieristica, perché sembra migliorare la fiducia in se stessi, la capacità di *problem solving* e di pensiero critico degli studenti. Su quest'ultimo punto tuttavia mancano studi di valutazione. L'obiettivo primario dello studio è definire l'efficacia della simulazione, rispetto alla formazione tradizionale, nello sviluppo del pensiero critico degli studenti. Obiettivi secondari sono: la soddisfazione degli studenti, gli effetti in termini di fiducia in se stessi e di apprendimento, il raggiungimento degli obiettivi formativi e lo sviluppo della capacità di pianificazione assistenziale.

Materiali e metodi Lo studio controllato e randomizzato è stato condotto sugli studenti del terzo anno del corso di laurea in infermieristica. Gli studenti del gruppo sperimentale, oltre alla tradizionale formazione, hanno frequentato due laboratori di simulazione su casi clinici.

Risultati Complessivamente 34 studenti hanno partecipato e concluso lo studio, la maggioranza del campione era di sesso femminile (85,3%), con un'età media di 23,2 anni. È stato registrato un miglioramento significativo ($p < 0,005$) della capacità di pensiero critico nel gruppo sperimentale. Gli studenti del gruppo sperimentale si sono dichiarati soddisfatti e hanno espresso fiducia in se stessi nell'apprendimento. Hanno raggiunto gli obiettivi formativi e ottenuto punteggi più elevati nella pianificazione assistenziale.

Conclusioni La simulazione di casi clinici è risultata efficace per lo sviluppo del pensiero critico negli studenti infermieri con dichiarata soddisfazione e aumento della fiducia in se stessi nell'apprendimento.

Parole chiave: simulazione, pensiero critico, studenti infermieri, formazione infermieristica

Efficacy of simulation in nursing education for the development of critical thinking

ABSTRACT

Introduction Simulation is increasingly widespread in nursing education, for the development of self-confidence, problem solving and critical thinking of students. However studies to evaluate the development of critical thinking skills are lacking. The primary aim of the study is to evaluate the effectiveness of clinical case simulation in the development of students' critical thinking compared to traditional education. Secondary objectives are: students' satisfaction, effects in term of self-confidence and learning, achievement of training goals and the development of care planning skills.

Methods Randomized controlled study on students attending the 3rd year of the Degree in Nursing. Experimental group students, in addition to traditional training, attended two simulation laboratories on clinic cases.

Results A total of 34 students attended and completed the study, the majority of the sample was female (85.3%), with media age of 23.2 years. There was a significant improvement ($p < 0.005$) in critical thinking ability in the experimental group. Students who tested simulations said they were satisfied and expressed self-confidence in learning. They have achieved the training goals and received higher scores in care planning.

Conclusions Clinical case simulation has been effective for developing critical thinking in nursing students with stated satisfaction and increased self-confidence from learning.

Key words: simulation, critical thinking, nursing students, nursing education

INTRODUZIONE

Formare infermieri in grado di fornire un'assistenza competente è una sfida sempre più difficile a causa dell'aumento della complessità clinica dei pazienti e degli stessi *setting* di cura. Il passaggio dall'insegnamento teorico di base alla pratica clinica potrebbe essere favorito grazie alla simulazione (Weller, 2004). Gaba (2004) descrive la simulazione "come una strategia e non una tecnologia, in grado di anticipare o amplificare situazioni reali con esperienze guidate in un modo completamente interattivo". Con le situazioni cliniche simulate gli studenti possono acquisire sicurezza nell'esecuzione di tecniche e procedure assistenziali (Frontiero et al, 2012; Dale, 1970).

I corsi che adottano tecniche di simulazione sono considerati la formazione migliore alla quale un discente possa aspirare. Secondo quanto emerge dall'esperienza il processo di apprendimento con la simulazione è davvero efficace in quanto grazie al maggiore coinvolgimento dello studente le conoscenze acquisite permangono più a lungo (Knowles, 1996; Egman et al., 2011, Pacsi, 2007).

La simulazione permette di sviluppare capacità di *problem solving* e di *decision making*. Inoltre attraverso casi/situazioni/condizioni verosimili si aiuta lo studente a familiarizzare con la realtà che si troverà ad affrontare (Lewis, 2012). Sembra che la simulazione migliori il pensiero critico e il ragionamento clinico in situazioni di cura complesse (Goodstone, 2013; Wood, 2012; Sullivan-Mann, 2009) e aiuti gli studenti nello sviluppo di autoefficacia e fiducia nella propria abilità clinica (Laschinger, 2008).

Nonostante la loro popolarità, i sistemi di simulazione soprattutto ad alta fedeltà sono costosi in termini di tempo e risorse. La letteratura disponibile mostra che la simulazione è utile per creare un ambiente di apprendimento funzionale e attivo e che contribuisce all'aumento della conoscenza, delle competenze, della sicurezza e della fiducia (Pacsi, 2007, Goodstone, 2013; Laschinger, 2008) tuttavia, gli studi per valutare i suoi effetti in termini di sviluppo della capacità di pensiero critico negli studenti infermieri sono ancora limitati (Maneval, 2012; Brewer, 2011).

L'obiettivo primario dello studio è valutare l'efficacia della simulazione di casi clinici con l'utilizzo di manichini interattivi (*human patient simulator, HPS*) nello sviluppo della capacità di pensiero critico rispetto alla formazione tradizionale. Gli obiettivi secondari sono: valutare lo sviluppo della capacità di pianificazione assistenziale, la soddisfazione degli studenti, gli effetti in termini di fiducia in se stessi e di apprendimento e il raggiungimento degli obiettivi formativi nel gruppo sperimentale.

MATERIALI E METODI

Lo studio controllato e randomizzato è stato condotto presso la sezione di Imola del corso di laurea in infermieristica dell'Università di Bologna. È stato approvato dal Comitato di bioetica dell'*Alma mater studiorum* – Università di Bologna. Gli studenti iscritti al terzo anno di corso che frequentavano il tirocinio sono stati randomizzati, dopo averne ottenuto il consenso scritto. La randomizzazione è stata realizzata attraverso l'utilizzo di una sequenza di numeri casuali generati dal computer. Gli studenti sono stati elencati in ordine alfabetico e successivamente, attraverso il generatore di numeri casuali della Regione Emilia-Romagna è stato definito l'elenco degli studenti appartenenti al gruppo sperimentale. Il rapporto di allocazione previsto fra gruppo sperimentale e controllo è di 1:1. Sono stati esclusi gli studenti fuori corso.

Intervento

Gruppo sperimentale

Gli studenti hanno partecipato a due sessioni di simulazione, a distanza di un mese l'una dall'altra, ciascuna della durata di 30-40 minuti. Sono stati proposti casi clinici di interesse medico e chirurgico. Durante le sessioni veniva proposta una situazione clinica il più possibile fedele alla realtà e veniva chiesto di svolgere un'attività attraverso l'uso di manichini a grandezza naturale, interattivi, in grado di riprodurre parametri fisiologici, patologici e farmacologici. Per esempio: veniva ricreato l'ambiente di una stanza di degenza con un paziente al primo giorno post intervento chirurgico addominale e veniva chiesto allo studente di effettuare un prelievo ematico. Improvvisamente cambiavano la situazione e le condizioni del paziente simulato. Lo studente doveva pensare e ipotizzare cosa stesse accadendo al "paziente" senza comunicare verbalmente (come accadrebbe nella realtà) quale complicanza si stesse presentando, raccogliere e accertare i dati clinici per confermare l'ipotesi fatta ed eventualmente escluderne altre. Doveva poi comunicare l'accaduto all'infermiera *tutor* e attuare gli interventi infermieristici necessari. Alla fine della sessione di simulazione veniva effettuato il *debriefing* in modalità 3D. Secondo il modello 3D, gli elementi che interagiscono sono l'individuo, la sua esperienza e l'ambiente. Il modello 3D è costituito da 3 parti: *defusing* (defervescenza), *discovering* (scoperta) e *deepening* (approfondimento) precedute da una fase preliminare di "*pre debriefing*" in cui l'istruttore cerca di creare un ambiente "psicologicamente sicuro". Nella fase di *defusing*, l'istruttore sollecita i partecipanti a descrivere l'impatto emotivo dello

scenario al quale hanno partecipato, scopo di questa fase è la riduzione dell'ansia e dello *stress* derivanti dall'impatto con la simulazione.

Gli obiettivi della fase di *discovering* sono costituiti dall'osservazione riflessiva della prestazione e dall'individualizzazione dei modelli mentali sottostanti, in altri termini è la ricerca del "perché" i partecipanti si sono comportati in un certo modo o hanno fatto particolari scelte.

Nel *deeping* l'istruttore cerca di facilitare la connessione degli elementi emersi nelle fasi precedenti e di fornire suggerimenti per l'applicazione di quanto è emerso nella pratica (Zigmont, 2011; Dieckman, 2009).

Lo studente effettuava la simulazione singolarmente con la sola presenza del *tutor* in veste di istruttore.

Gruppo di controllo

Il gruppo di controllo era costituito dagli studenti frequentanti il normale tirocinio curricolare.

Esiti

Come esito primario è stato preso in esame la capacità di pensiero critico, definito come il motore cognitivo che guida i processi di sviluppo della conoscenza. È un processo intenzionale, mediante il quale si elaborano e si valutano idee e si formulano giudizi (Wilkinson, 2013; Facione, 1994).

Come esiti secondari sono stati presi in esame:

- il grado di soddisfazione, di autoefficacia e di fiducia in se stessi in termini di sviluppo della comprensione delle competenze necessarie per gestire situazioni complesse che si verificano all'interno dell'assistenza sanitaria aumentando la fiducia nelle proprie capacità cliniche (Lewis, 2012);
- il raggiungimento degli obiettivi formativi, intesi come gli obiettivi di apprendimento predefiniti in base agli scenari costruiti;
- il livello di capacità di pianificazione assistenziale, definita come l'approccio mentale e operativo che l'infermiere utilizza durante il proprio lavoro. È un approccio sistematico usato per identificare, prevenire e trattare i bisogni di assistenza delle persone (Wilkinson, 2013).

Raccolta dati

La capacità di pensiero critico è stata misurata con il *free critical thinking test*. Il test tratto dal sito *Assessment day* è stato sottoposto a un processo di traduzione *forward-backward* e adattamento transculturale. Il test è stato caricato su una piattaforma informatica ed effettuato da tutti gli studenti (gruppo sperimentale e gruppo di controllo) 15 giorni prima e 15 giorni dopo le sessioni di simulazione. Questo *test* valuta la capacità di fare inferenze, ipo-

tesi e di ragionare logicamente. Il *test* comprende le seguenti 5 sezioni:

1. inferenze;
2. assunzioni;
3. deduzioni;
4. interpretazione delle informazioni;
5. argomenti.

Ci sono complessivamente 85 domande e si deve rispondere correttamente entro 40 minuti (Ennis, 1993; Facione, 1998; Franklin, 2014).

Al termine della prova il sistema produce un *profile report* riportando una valutazione complessiva che classifica la capacità di pensiero critico in: basso (0-35), medio (36-70) e alto (71-100).

La valutazione della soddisfazione degli studenti all'introduzione di questa pratica innovativa si è effettuata attraverso la *student satisfaction and self-confidence in learning* sottoposta a un processo di traduzione *forward-backward* e adattamento transculturale. Si tratta di uno strumento a 13 punti progettato per misurare la soddisfazione degli studenti con l'attività di simulazione (5 punti) e la fiducia in se stessi nell'apprendimento (8 punti) utilizzando una scala Likert a 5 punti. Le alternative di risposta erano (Franklin 2014):

1. fortemente in disaccordo;
2. in disaccordo;
3. indeciso;
4. d'accordo;
5. fortemente d'accordo.

Anche questa scheda è stata caricata su una piattaforma informatica e compilata dai soli studenti appartenenti al gruppo sperimentale, al termine di ogni sessione di simulazione nel solo periodo post intervento.

Per valutare il raggiungimento degli obiettivi formativi da parte degli studenti che facevano esercitazioni di simulazione, è stata elaborata una scheda di abilità per ogni caso clinico declinando gli obiettivi formativi secondo i descrittori di Dublino: conoscenza e capacità di comprensione, conoscenza e capacità di comprensione applicate, autonomia di giudizio, abilità comunicative (Bologna Working Group, 2005).

Ogni punto della scheda di *performance* è stato valutato su una scala da zero a due (0=non eseguito, 1=eseguito parzialmente, 2=eseguito completamente). A ogni prova corrisponde un livello minimo accettabile di *performance* prefissato per dichiarare il superamento della prova con l'attribuzione di un punteggio numerico.

Per la valutazione della capacità di pianificazione assistenziale degli studenti si è considerato il giudizio della prova di pianificazione assistenziale su un

caso clinico all'esame di tirocinio espresso in una scala da 6 (sufficiente) a 10 (ottimo) e il voto finale dell'esame conseguito in trentesimi.

Analisi statistiche

E' stata effettuata un'analisi descrittiva delle caratteristiche di base dei due gruppi (*baseline*). Successivamente, i dati sono stati esaminati attraverso un'analisi descrittiva di media e deviazione standard per le variabili continue, calcolo delle frequenze per le variabili dicotomiche, mediana e *range* per le variabili discrete. Per il confronto delle frequenze è stato eseguito il test Chi Quadrato o, nel caso di un fattore al di sotto delle 5 unità, il test esatto di Fisher. Per il confronto fra medie dei dati distribuiti normalmente si è utilizzato il test della *t* di Student. Si sono considerati significativi i risultati con $p < 0,05$.

RISULTATI

Durante il mese di aprile 2016 sono stati randomizzati 34 studenti nei 2 gruppi ciascuno composto da 17 ragazzi. La maggioranza era di genere femminile (85,3%), con un'età media di 23,2 anni. Le caratteristiche dei partecipanti sono riportate nella Tabella 1.

I risultati dei pre test e post test del *free critical thinking test*, sono riportati in Tabella 2. Il punteggio iniziale relativo alla capacità di pensiero critico era di livello medio per tutti gli studenti, con un punteggio più alto nel gruppo di controllo (5,70 vs 5,24; vedi Tabella 2).

Entrambi i gruppi hanno presentato un miglioramento della capacità di pensiero critico, mantenendosi a un livello medio. Si è rilevato un punteggio più alto nel gruppo sperimentale (5,96 vs 5,84) presentando un miglioramento statisticamente significativo ($P=0,002$; vedi Tabella 3).

Rispetto alla valutazione dell'efficacia della simulazione sulla capacità di pianificazione assistenziale negli studenti, l'analisi comparativa di ciascun gruppo ha dimostrato punteggi più elevati nel gruppo sperimentale, l'analisi attraverso il *t test* per gruppi indipendenti non ha dimostrato dati statisticamente significativi (vedi Tabella 4)

Rispetto alla soddisfazione e alla fiducia in loro stessi, attraverso la *student satisfaction and self confidence in learning*, gli studenti del gruppo sperimentale hanno riportato un punteggio medio di 4,7 nella soddisfazione per questa metodologia e un punteggio medio di 4,5 nella fiducia in se stessi nell'apprendimento.

Il raggiungimento degli obiettivi formativi è stato valutato secondo i descrittori di Dublino. Dall'analisi delle schede di *performance*, gli studenti del gruppo sperimentale hanno ottenuto un punteggio medio di 1,2 nella conoscenza e capacità di comprensione applicata, 1,6 in autonomia di giudizio e 1,6 in abilità comunicative (Tabella 5).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati dello studio sembrano suggerire l'efficacia della simulazione nello sviluppo della capacità

Tabella 1. Caratteristiche del campione

Variabile	Totale	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	P
N partecipanti	34	17	17	
Età media (DS)	23,21 (1,91)	22,59 (1,00)	23,82 (2,40)	0,06*
Maschi, N (%)	5 (14,71)	3 (17,64)	2 (11,66)	
Femmine, N (%)	29 (85,29)	14 (82,36)	15 (88,24)	1**

* t-test non appaiato, ** Test esatto di Fischer tabella 2x2

Tabella 2. Risultati dell'analisi di confronto pre e post "critical thinking test" nei due gruppi

Variabile	Sperimentale	Controllo	P
Pre test			
Media (DS)	5,24 (0,61)	5,70 (0,83)	
IC 95%	4,93-5,55	5,27-6,13	0,07*
Post test			
Media (DS)	5,96 (0,63)	5,84 (0,66)	
IC 95%	5,64-6,28	5,50-6,18	0,59*

* t-test non appaiato

Tabella 3. Risultati di comparazione pre e post "critical thinking test" per singolo gruppo

Variabile	Pre test	Post test	P
Sperimentale			
Media (DS)	5,24 (0,61)	5,96 (0,63)	
IC 95%	4,93-5,55	5,64-6,28	0,002*
Controllo			
Media (DS)	5,70 (0,83)	5,84 (0,66)	
IC 95%	5,27-6,13	5,50-6,18	0,32*

* t-test appaiato

Tabella 4. Risultati della pianificazione assistenziale

Variabile	Sperimentale	Controllo	P
Pianificazione assistenziale (da 6 a 10)			
Media (DS)	8,76 (0,83)	8,35 (1,17)	0,25*
IC 95%	8,33-9,19	7,75-8,95	
Valutazione esame (espressa in 30esimi)			
Media (DS)	28,71 (1,36)	28,23 (2,31)	0,47*
IC 95%	28,01-29,41	27,05-29,43	

* t-test non appaiato

Tabella 5. Risultati degli obiettivi formativi declinati per descrittore di Dublino

Descrittore	Media (variabile 0-2)
Conoscenza e capacità di comprensione applicata	1,2
Autonomia di giudizio	1,6
Abilità comunicative	1,6

di pensiero critico degli studenti infermieri (Goodstone, 2013; Wood, 2012; Sullivan-Mann, 2009). Il miglioramento, avvenuto nel gruppo sperimentale consiglia l'utilizzo di tale metodologia in aggiunta alle tradizionali tecniche formative (Laschinger, 2008). I dati osservati in termini di soddisfazione degli studenti e di fiducia in loro stessi dimostrano che tale metodologia innovativa ha un riscontro positivo. Gli studenti comprendono perfettamente che grazie alla simulazione hanno l'opportunità di applicare in un ambiente protetto i principi e concetti teorici con la possibilità di "rischiare" senza sentirsi giudicati (Pacsi 2007, Lewis 2012).

Il *debriefing* si è dimostrato fondamentale per aiutare lo studente a riflettere sull'esperienza simulata e trarre le conclusioni utili alla formazione professionale (Fanning, 2007).

Come dimostrato dai risultati, rispetto al raggiungimento degli obiettivi formativi dei 4 scenari elaborati, gli studenti hanno raggiunto valutazioni mediamente positive, il mancato raggiungimento del punteggio massimo potrebbe essere ricondotto a una difficoltà espressa dallo studente di sentirsi totalmente in una situazione reale (NCSBN, 2009). Nonostante tutti gli sforzi dell'istruttore di ricreare un ambiente il più realistico possibile, gli studenti faticano a sentirsi pienamente in un contesto reale e rimane in loro la sensazione di trovarsi in un momento di formazione con la tendenza a volersi relazionare con l'istruttore/docente che è fisicamente presente durante la sessione di simulazione. Altro

elemento che potrebbe aver influenzato negativamente i risultati lo si può ricondurre al fatto che gli studenti erano neofiti rispetto alla simulazione come metodologia didattica e, nonostante fossero stati istruiti, erano comunque inesperti nel rapportarsi con il manichino quindi a volte hanno mostrato difficoltà tecniche che li portava a "uscire dallo scenario" a discapito della realistica della scena. Un ulteriore elemento che probabilmente ha influenzato gli esiti di *performance* potrebbe anche ritrovarsi nella sede del tirocinio frequentata dallo studente nel momento in cui veniva richiamato in sede per svolgere la sessione di simulazione.

I risultati circa l'efficacia della simulazione nella capacità di pianificazione assistenziale, nonostante il gruppo sperimentale abbia riportato punteggi più elevati, non si sono dimostrati statisticamente significativi a vantaggio della simulazione.

I limiti di questo studio includono *in primis* l'uso di un campione di convenienza e la bassa numerosità campionaria che potrebbe aver inciso nel non essere riusciti a evidenziare differenze statisticamente significative tra i due gruppi. Sebbene i partecipanti fossero stati randomizzati, lo studio condotto in aperto, essendo la stessa persona a svolgere la funzione di istruttore e di ricercatore, potrebbe aver influenzato i risultati. Altra limitazione sta nell'utilizzo di strumenti non ancora validati che sono stati tradotti e adattati allo scopo della ricerca. Questo limite fa sì che non vi sia la possibilità di effettuare dei confronti completamente affidabili.

In questo studio, la simulazione di casi clinici attraverso l'uso di HPS, in aggiunta alla tradizionale formazione, sembrerebbe efficace nello sviluppo del pensiero critico degli studenti in infermieristica. La simulazione inserita come metodologia didattica nel piano di studio permetterebbe agli studenti di sviluppare capacità di *problem solving*, di *decision making*, e di ragionamento clinico in situazioni di cura complesse e aiuterebbe gli studenti nello sviluppo di autoefficacia e fiducia nella propria abilità clinica. Sono stati dimostrati alti livelli di soddisfazione

per questa nuova metodologia e un miglioramento della fiducia in se stessi dall'apprendimento. Sono stati raggiunti gli obiettivi formativi prefissati con un buon livello di *performance* ed è stata riportata una valutazione più elevata nella pianificazione assistenziale di casi clinici. Occorrono studi ulteriori su un campione di studenti più ampio e che prevedano l'utilizzo di strumenti di raccolta validati nel contesto italiano per confermare i risultati di questo studio.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Il progetto di ricerca si è autofinanziato.

BIBLIOGRAFIA

- Bologna Working Group (2005) *A Framework for qualifications of the european higher education area*. Bologna Working Group Report on Qualifications Frameworks (Copenhagen, Danish Ministry of Science, Technology and Innovation).
- Brewer EP (2011) *Successful techniques for using human patient simulation in nursing education*. *Journal of Nursing Scholarship*, 43, 311-17.
- Dale E (1970) *Edgar Dale: the future tense*. *Theory Into Practice*, 140-142.
- Dieckmann P, Molin Friis S, Lippert A, et al. (2009) *The art and science of debriefing in simulation: Ideal and practice*. *Medical teacher*, 31, 287-94.
- Egman S, Giammona S, Marchese F, et al. (2011) *I motivi per scegliere la simulazione come strumento di apprendimento in sanità*. *Nurse Educators*.
- Ennis RH (1993) *Critical thinking assessment Theory into practice*, 32.3, 179-186.
- Facione NC, Facione PA, Sanchez CA (1994) *Critical thinking disposition as a measure of competent clinical judgment: the development of the California critical thinking disposition inventory*. *Journal of Nursing Education*, 33.8.
- Facione P A (1998). *Critical thinking: what it is and why it counts*. Retrieved June, 9, 2004.
- Fanning RM, Gaba DM (2007) *The role of debriefing in simulation-based learning*. *Simulation in healthcare*, 2.2, 115-125.
- Franklin AE, Burns P, and Lee CE (2014) *Psychometric testing on the NLN Student Satisfaction and self-confidence in learning, simulation Design Scale, and educational practices questionnaire using a sample of pre-licensure novice nurses*. *Nurse Education Today*, 34.10, 1298-1304.
- Frontiero L, Glynn P (2012) *Evaluation of senior nursing students' performance with high fidelity simulation*. *Online Journal of Nursing Informatics*, 16(3).
- Gaba, DM (2004) *The future vision of simulation in health care*. *Quality and safety in health care*, 13(suppl 1), i2-i10.
- Goodstone L, Goodstone MS, Cino K, et al. (2013) *Effect of simulation on the development of critical thinking in associate degree nursing students*. *Nursing Education Perspectives*, 34, 159-62.
- Knowles M (1996) *Quando l'adulto impara*. Milano: FrancoAngeli.
- Laschinger S, Medves J, Pulling C, et al. (2008) *Effectiveness of simulation on health profession students' knowledge, skills, confidence and satisfaction*. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 6(3), 278-302.
- Lewis R, Strachan A, Smith MM (2012) *Is high fidelity simulation the most effective method for the development of non-technical skills in nursing? A review of the current evidence*. *The open nursing journal*, 16(1).
- Maneval R, Fowler KA, Kays JA, et al. (2012) *The effect of high-fidelity patient simulation on the critical thinking and clinical decision-making skills of new graduate nurses*. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 43, 125-34.
- National Council of State Boards of Nursing, and National Council of State Boards of Nursing (2009) *Report of findings from the effect of high-fidelity simulation on Nursing students' knowledge and performance: a pilot study*. NCSBN Research Brief 40.
- Pacsi AL (2007) *Human simulators in nursing education*. *The Journal of the New York State Nurses' Association*, 39(2).
- Paul SA (2014) *Assessment of critical thinking: a Delphi study*. *Nurse Education Today*, 34.11, 1357-1360.
- Sullivan-Mann J, Perron CA, Fellner AN (2009) *The effects of simulation on nursing students' critical thinking scores: a quantitative study*. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 9.2, 111-116.
- Weller, JM (2004) *Simulation in undergraduate medical education: bridging the gap between theory and practice*. *Medical education*, 38(1), 32-38.
- Wilkinson JM (2013) *Processo infermieristico e pensiero critico*. Edito CEA, 3^a ed. Milano.
- Wood RY, Toronto CE (2012) *Measuring critical thinking dispositions of novice nursing students using human patient simulators*. *Journal of Nursing Education*, 51:349-52.
- Zigmont JJ, Kappus LJ, Sudikoff SN (2011) *The 3D model of debriefing: defusing, discovering, and deepening*. *Seminars in perinatology*. Vol. 35. No. 2. WB Saunders, 52-58.

Storia e radici identitarie professionali: immagine dell'infermiera donna nel periodo fascista dal 1935 al 1938

Loredana Piervisani,¹ Serenella Stasi,² Emanuela Ruffinelli,³ Ercole Vellone,⁴ Gennaro Rocco,⁵ Rosaria Alvaro,⁶

¹Dottoranda di ricerca, Università Tor Vergata di Roma, ²Dottore di ricerca in Metodologia delle scienze sociali, ³Coordinatore infermiere, presidente Ordine delle professioni infermieristiche di Terni, ⁴PhD, FESC, ricercatore di scienze infermieristiche, Università Tor Vergata di Roma, ⁵PhD, FAAN, presidente corsi di laurea in infermieristica Università Cattolica Nostra Signora del Buon Consiglio (Tirana), assegnista di ricerca Università Tor Vergata di Roma, ⁶Professore ordinario di scienze infermieristiche, Università Tor Vergata di Roma

Corrispondenza: loredanapiervisani@alice.it

RIASSUNTO

Introduzione A oggi non si registrano studi di ricerca per la definizione dell'immagine delle infermiere diplomate nel periodo fascista. Con questo studio si effettua una prima indagine sistematica attraverso una fonte primaria, per comprendere il processo di definizione della figura infermieristica.

Materiali e metodi La ricerca ha esaminato, con analisi automatica dei dati testuali tramite il *software Iramuteq*, gli articoli, dal 1935 al 1938, dell'unica rivista di categoria infermieristica del tempo: "*L'infermiera italiana*".

Risultati Dai 162 articoli selezionati emerge una figura infermieristica colta, con qualità intellettuali e dalle connaturate doti femminili. Una nuova immagine, una prima forma di strutturazione e reclutamento del gruppo professionale caratterizzata da dinamiche di riconoscimento interno ed esterno alla professione. Una figura infermieristica costituita da esigenze mediche, centrata soprattutto su ineccepibili qualità morali e meno su quelle tecniche. L'analisi multidimensionale e multidisciplinare ha indagato le dinamiche di un percorso professionale che ha coinvolto livelli istituzionali, sociali e individuali.

Conclusioni L'analisi conferma la storiografia professionale italiana, aggiungendo una prima definizione di figura infermieristica e di strutturazione professionale. Questa ricerca fornisce un rigoroso contributo alla storia della professione, nonché alla costruzione di un modello concettuale che potrebbe costituire la chiave di lettura verso le sfide professionali intellettuali future.

Parole chiave: infermiere diplomate, immagine, genere, figura infermieristica

The history and roots of professional identity: the image of the female nurse in the fascist period from 1935 to 1938

ABSTRACT

Introduction To date there are no research studies for the definition of the image of Registered Nurses during the fascist period. With this study, a systematic survey is carried out through a primary source, to understand the process of defining the nursing figure.

Materials and methods The research examined articles, from 1935 to 1938, of the only nursing category magazine of the time: "*L'Infermiera italiana*", with automatic analysis of the textual data using Iramuteq software.

Results From the 162 selected articles emerges a nursing figure educated, with intellectual qualities and innate feminine qualities. A new image emerges, the first form of the structuring and recruitment of the professional group as characterized by dynamics of recognition inside and outside the profession. A nursing figure consisting of medical needs, centered above all on unexceptionable moral qualities but less so on the technical skills. The multidimensional and multidisciplinary analysis investigated the dynamics of a professional path that involved institutional, social, and individual levels.

Conclusions The analysis confirms the Italian professional historiography, adding a first definition of nursing characteristics and professional structuring, a rigorous contribution to the history of the profession, as well as the construction of a conceptual model that could be the key to understand future professional intellectual challenges.

Key words: registered nurses, nursing characteristics, gender, nursing figure

INTRODUZIONE

La storia dell'assistenza infermieristica è uno strumento fondamentale per recuperare l'origine e lo sviluppo dell'identità professionale (Sironi, 2012), restituendo alla professione la sua evoluzione storico-culturale e individuando le radici su cui si fonda la moderna assistenza (Manzoni, 2016).

Manzoni (2016) afferma che comprendere attraverso le fonti come e perché siamo passati dall'esperienza personale dei riformatori e di Florence Nightingale e dalle direttrici di scuola convitto per infermiere a una disciplina scientifica significa capire l'uomo con le sue necessità di assistenza infermieristica.

Il presente lavoro concentra la propria attenzione sull'immagine delle infermiere diplomate o professionali, così qualificate dal Regio Decreto Legge del 15 agosto 1925, n. 1832 (ricomprendendo in esse da qui in poi le caposala, le direttrici infermiere e le assistenti sanitarie visitatrici) durante il fascismo, in particolare dal 1935 al 1938, anni caratterizzati da ricche trasformazioni e marcate contraddizioni, durante i quali le donne vivevano in una condizione di piena subordinazione (De Grazia, 2007).

Fonti secondarie ritraggono il ventennio fascista, come un periodo storico la cui organizzazione sociale era basata sulla separazione tra ruolo femminile e maschile, da cui derivò l'inammissibilità da parte delle donne ad accedere a occupazioni ritenute "naturalmente maschili". "Il fascismo propose un modello femminile, quello di moglie e di madre prolifica, funzionale alla creazione dello Stato totalitario, che doveva però fare i conti con la presenza delle donne in tutti i settori lavorativi. Il regime agì con la propaganda, l'educazione, l'organizzazione di associazioni strettamente legate ai lavori femminili, e con provvedimenti legislativi al fine di fare accettare alle donne una riduzione dello spazio lavorativo a quei settori di cura considerati adatti alla natura delle donne" (Ropa et al., 2010).

Ropa et al. (2010) affermano quanto sostenuto da Giovanni Gentile, che "la donna idealmente è madre prima di essere tale naturalmente. Madre per i figli, per i fratelli, per gli infermi [...]".

Sembra delinearci un parallelismo tra ruoli rigidi e predeterminati per la donna e gli schemi di una figura infermieristica concepita e normata in base al genere.

Dalla storiografia emerge inoltre come il fascismo abbia enfatizzato l'immagine dell'infermiera signorina veicolata in origine dall'opera di Florence Nightingale (De Paola, 2015). In particolare, "[...] la naturale predisposizione della donna a essere infermiera diventò un fattore determinante nell'impostazione data alle scuole di preparazione professionale

nate sul suo esempio [...]" (Fiumi, 1993). Secondo la convinzione che "la donna sarebbe infermiera per vocazione naturale" (Ciccione, 2009), il governo fascista confermò quanto previsto dal RD del 15 agosto 1925 e quindi la preclusione agli uomini dell'accesso alle scuole convitto che rimasero per signorine infermiere.

Si tratta di un orientamento che era stato seguito anche in precedenza dalla commissione ministeriale sulla riforma infermieristica del 1918 (Sironi, 2012). Al contrario, il regolamento per il personale salariato degli ospedali e dei manicomi del 1921 prevedeva anche per i maschi la possibilità di accedere ai corsi istituiti dalle amministrazioni ospedaliere (Dimonte, 2007).

La successiva impostazione ideologica fascista si sarebbe mossa ancora in controtendenza, con la sparizione della figura maschile nell'assistenza (Manzoni, 2001) e la costruzione di un'immagine infermieristica intrinsecamente legata a valori e prerogative femminili (Fiumi, 1993).

La sostituzione di personale maschile con quello femminile, la cui maestranza era meno costosa, fu una delle misure che il fascismo adottò nei primi anni dalla sua instaurazione per contenere la grave crisi economica ospedaliera che ebbe origine negli anni di belligeranza, in seguito alla pressante richiesta di cure dei feriti della grande guerra. Tra gli interventi di taglio di spesa finanziaria si ricordano ospedali sfollati, nosocomi e comuni obbligati a revisionare e restringere i criteri di ospedalizzazione per contrarre le uscite, licenziamenti di personale in esubero (Preti, 1984). Ad acuire questa difficile situazione in termini di economia sanitaria fu l'avvento di un nuovo quadro di assistenza ospedaliera che assunse carattere di dinamismo, in seguito a "[...] importanti progressi in campo medico e farmaceutico. Particolarmente notevoli risultano poi i progressi nel campo della chirurgia, progressi che aprono all'attività ospedaliera nuovi, più ampi orizzonti, contribuiscono a darle un prestigio per l'innanzi quasi sconosciuto" (Preti, 1984). Sulla scia di questo nuovo orizzonte costituito da innovative cure mediche, parallelamente si avvertì l'esigenza di una riforma assistenziale italiana, che mosse i suoi primi passi con l'istituzione nel 1918 di una commissione, la stessa precedentemente enunciata, che ritraeva conclusioni non troppo distanti da quelle emerse da un'indagine condotta da Anna Celli nel 1908. Si "[...] mettevano in evidenza i vari risultati conseguiti dalla Riforma in Gran Bretagna e si auspicava l'applicazione anche nel contesto italiano dei principi della Riforma, specie in merito alla formazione del personale infermieristico [...]" (Bac-

carini, 2015). L'esigenza di una nuova figura infermieristica si concretizzò almeno a livello normativo con il RDL n. 1832 del 1925 e con il regolamento di attuazione RD n. 2330 del 1929, prevedendo del personale tecnicamente e moralmente preparato rispetto al passato (Fiumi, 1993).

In realtà il binomio donna e assistenza rimase un progetto difficile da realizzare per il regime, la lenta formazione delle infermiere diplomate nelle scuole convitto, così come quella delle assistenti sanitarie visitatrici (d'ora in poi ASV), riservate al solo genere femminile, non permetterà la graduale sostituzione del personale maschile, la cui presenza sarà destinata ad assolvere al compito di assistenza diretta dei malati.

Fu per opera dei Fasci femminili (una struttura che raggruppava tutte le organizzazioni femminili del tempo), che nel 1929 vide al suo interno la nascita dell'Associazione infermiere diplomate e assistenti sanitarie, che nacque il germe da cui derivò il sindacato di categoria. Nel 1931 l'Associazione passò dai Fasci femminili alla Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti, rappresentando un primo riconoscimento ufficiale della professione. Infine, nell'anno 1933, le infermiere diplomate ottennero il riconoscimento giuridico di sindacato e con il Decreto del 23 giugno 1934, la Commissaria nazionale fu una delle due donne chiamate a far parte della Corporazione sanitaria e una delle sole cinque che rappresentarono l'elemento femminile al Consiglio delle corporazioni (la direzione de *L'infermiera italiana*, 1935).

Sebbene la storiografia offra spunti di lettura sull'immagine dell'infermiera donna nel periodo fascista, a oggi non esistono studi di ricerca infermieristica volti, come indicato in Polit et al., (2014) a raccogliere con sistematicità dati attraverso una loro valutazione critica.

Obiettivo

Descrivere l'immagine dell'infermiera diplomata, quale donna, nel periodo dal 1935 al 1938, anni in cui venne pubblicata la rivista *L'infermiera italiana*.

MATERIALI E METODI

Per raggiungere l'obiettivo della ricerca è stata utilizzata una fonte primaria, l'unica rivista di categoria dell'epoca, *L'infermiera italiana*, organo ufficiale del Sindacato nazionale fascista delle infermiere diplomate, edita dal 1935 al 1943. Beccaluva et al. (1986) precisano la sua precedente esistenza quale organo di stampa presso l'Associazione nazionale italiana tra infermiere (ANITI), che nel 1933 in seguito agli eventi politici di irregimentazione fascista

fu trasformata in Sindacato fascista delle infermiere diplomate e assistenti sanitarie. La rivista, per gli anni oggetto di analisi, 1935-1938, è stata reperita integralmente presso la biblioteca nazionale centrale di Firenze.

Gli articoli selezionati, assemblati in un unico *file-corpus*, ai fini della ricerca hanno delineato lo scenario storico prebellico attraversato dalla nazione. Come ricorda Gentile (2012) questo periodo fu caratterizzato dal consolidamento organizzativo dei diversi apparati burocratici su cui permeava l'ideologia fascista e dal forte attivismo nella politica sociale attraverso provvedimenti di rilancio del ruolo dei sindacati. Nel nostro caso fu dato forte slancio al Sindacato nazionale fascista delle infermiere diplomate all'avvio delle scuole convitto. La fase di accelerazione totalitaria ha culmine con le leggi antisemite del novembre 1938.

La metodologia utilizzata nella presente ricerca è l'analisi qualitativa dei dati testuali con l'obiettivo di estrarre informazioni significative dalla rivista *L'infermiera italiana*, relativamente al *focus* di ricerca già precedentemente dichiarato. Si è pertanto avviata in prima istanza “[...] una particolare strategia di analisi denominata analisi automatica dei dati testuali attraverso il *software open source Iramuteq* [...] le cui letture avvengono con modalità automatiche e consentono anche grazie alle analisi multidimensionali di arrivare a estrarre i mondi lessicali sottostanti [...]” il *corpus* (Fraire et al., 2016).

L'analisi automatica dei dati testuali (AADT) si avvale della statistica testuale, le cui analisi basate sulle forme grafiche (consistenti in associazione informatica tra numerazione e ciascuna parola diversa) hanno la prerogativa di non essere vincolate alla lingua. Bolasco (2005a) asserisce che siamo di fronte a un approccio formale che favorisce i segni (significanti) per giungere al senso (in quanto insieme di significati) come rappresentazione del contenuto e che “il senso (significato/accezione) di una parola è determinato dalle altre che la circondano (asse sintagmatico), ma anche dalla selezione delle altre parole che possono rimpiazzarla nella stessa frase (asse paradigmatico); ossia dall'insieme delle parole che possono essere sostituite fra loro nel sintagma, senza modificare la struttura dell'enunciato, poiché ‘funzionano’ in maniera equivalente”. Per brevità di esposizione si illustrano in maniera piuttosto sintetica le 7 fasi statistiche informatiche impiegate nell'AADT di cui si riporta la mappa concettuale (Figura 1). Per un maggior approfondimento si rinvia a quanto ampiamente illustrato da Fraire (1994, 2016).

In prima istanza si è rintracciata e reperita la rivista

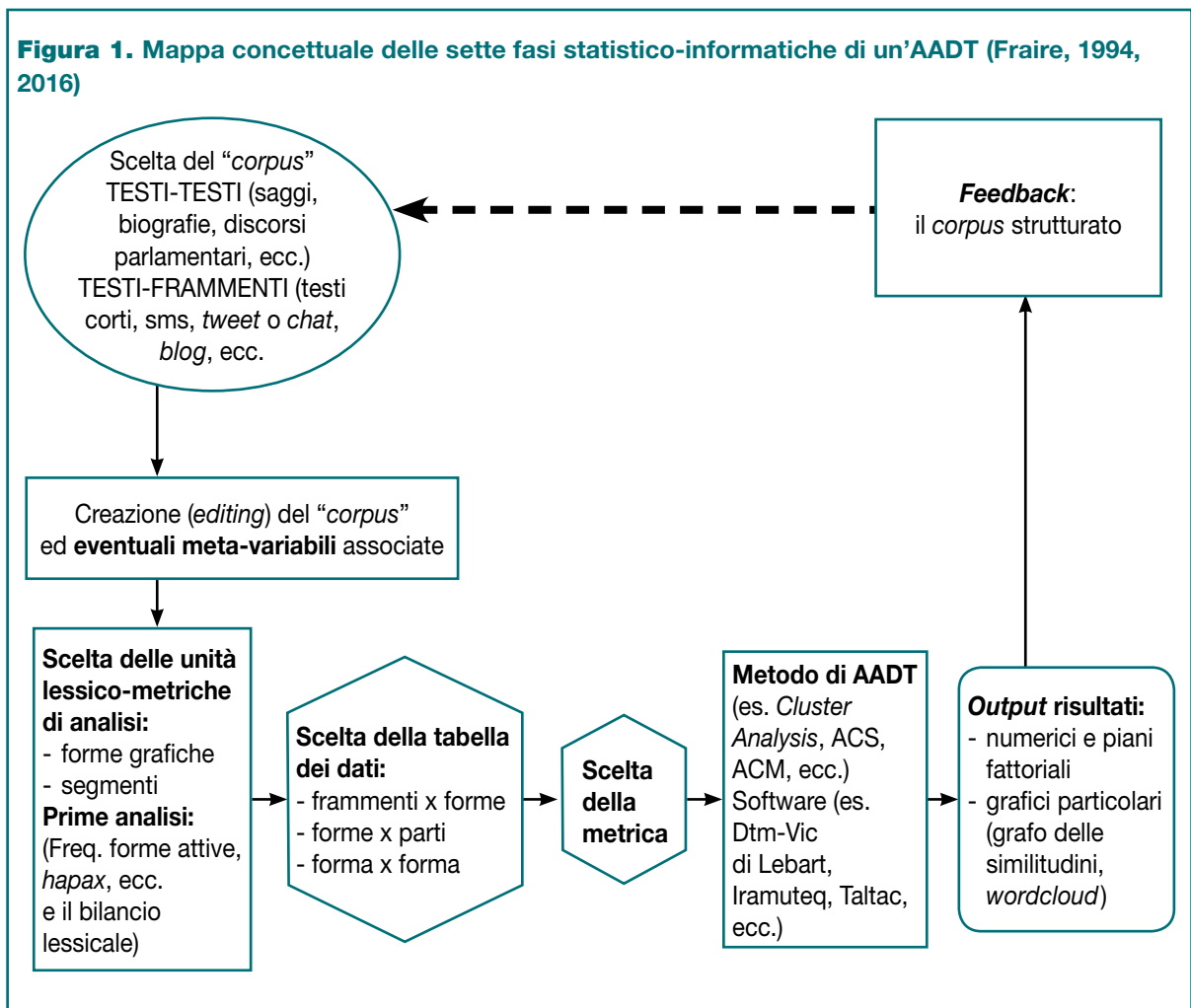
L'infermiera italiana per le annate dal 1935-1938, con pubblicazione pressoché mensile contenenti articoli di vario genere inerenti la professione. Procedendo ordinatamente e rapidamente in applicazione alla mappa concettuale (Figura 1) la prima fase ha comportato una scrematura di tutti gli articoli presenti nella rivista. Sono stati considerati pertinenti quelli inerenti le infermiere diplomate, ma anche quelli riguardanti le ASV e le caposala-direttrici (comunque infermiere diplomate, ma con un anno di studio aggiuntivo e differenziato come previsto dal RD 15 agosto 1925). Le une specializzate in ambito sociale (assistenti sanitarie visitatrici), le altre abilitate a funzioni direttive. Per tale motivo e per brevità di esposizione, con il termine "infermiere diplomate" si intenderà da qui in poi ricomprendere anche le ASV e le infermiere abilitate a funzioni direttive quindi le caposala e le direttrici. Inoltre sono stati inclusi nella ricerca tutti gli articoli che ritraevano più in generale la figura femminile del contesto storico-sociale del tempo, e quindi relativi al

connubio tra immagine femminile propagandata dal regime con quella dell'infermiera diplomata. Sono stati infine considerati pertinenti tutti gli articoli relativi ai seguenti *setting*: ospedaliero, territoriale, di assistenza psichiatrica, nell'organizzazione sanitaria militare.

Al contrario, sono stati esclusi quelli che avevano come oggetto di analisi altre professioni, quali il medico, le ostetriche, le assistenti sociali, le infermiere volontarie e della Croce rossa italiana (CRI).

Con riferimento alla seconda fase di analisi automatica dei dati testuali, è stata effettuata la creazione (*editing*) del file di testo, il *corpus* e il file di meta-variabili codificate a priori, quali: anno, autore, rubrica (quest'ultima quando presente), tutte collocate nelle stringhe di analisi prodotte per ciascun articolo analizzato (Tabella 1). In questa fase è stata effettuata una pulizia (*nettoyage*) del *corpus* seguendo le regole del *software* utilizzato, *Iramuteq*, scegliendo i separatori "forti" per riconoscere e separare le frasi. Nella terza fase sono state effettuate codifiche a

Figura 1. Mappa concettuale delle sette fasi statistico-informatiche di un'AADT (Fraire, 1994, 2016)



posteriori, scegliendo per il conteggio lessicometrico segmenti (frasi) che, come suggerisce Bolasco (2013), sono composti da un minimo di tre parole a un massimo di dieci.

E' seguita la disambiguazione tramite lemmatizzazione (per il riconoscimento delle categorie grammaticali quali: aggettivi, verbali, articoli eccetera). Si è inoltre operato un bilancio lessicale, che include tabelle di frequenza di forme attive, supplementari, *hapax* (forme grafiche che si ripetono una sola volta). Il bilancio lessicale è stato inserito nella sezione "Risultati" dell'articolo.

Passando alla quarta fase si è scelta la tabella dei dati lessicali detta testi di contingenza. Per la scelta della metrica si è selezionata quella del χ^2 (quinta fase). Nella scelta del metodo di AADT è stata applicata la tecnica multidimensionale della *cluster analysis* e quella dell'analisi delle corrispondenze (sesta fase). Con la prima si intende "[...] un'analisi statistica multidimensionale attraverso cui si individuano le unità di contesto più simili e le parole

caratterizzanti i mondi lessicali dei singoli *cluster*, classificando i temi che emergono dal *corpus* analizzato" (Fraire et al., 2016). Per l'analisi delle corrispondenze si è fatto riferimento alla tecnica di analisi dei dati per variabili categoriali, il cui procedimento di tipo fattoriale individua dimensioni sottese ai dati che sintetizzano le relazioni tra le variabili originarie costituite dalle parole o dalle categorie di parole presenti nel *corpus* in esame.

La settima fase ha offerto una restituzione di *output* numerici e grafici dei risultati, ci si è avvalsi dei dendrogrammi per la *cluster analysis* e dei piani fattoriali per l'ACM (Analisi delle corrispondenze multiple). Inoltre mediante il *software Iramuteq* è stato prodotto uno specifico grafico per il *corpus* lessicale, nella fattispecie la nuvola lessicale (*wordcloud*). Attraverso quest'ultima si è potuto apprezzare visibilmente la frequenza delle forme grafiche e quindi si è ottenuta una restituzione e rappresentazione immediata dei concetti oggetto di studio.

Per raggiungere l'obiettivo della ricerca è stato in-

Tabella 1. Nomenclatura delle stringhe di analisi concernenti l'editing del file di testo - 2^a fase statistico-informatica di un'AADT (Fraire, 2016)

Autore	Rubriche
Dimensione individuale	
Ainf=allieva infermiera Asv=assistente sanitaria visitatrice Comminti=commissaria interprovinciale infermiere DirI=direttrici infermiere Icnsid=infermiera commissaria nazionale Sindacato infermiere diplomate Inf=infermiera Uic=Unione infermiere cattoliche	paginf=paginetta rosa dell'infermiera
Dimensione istituzionale	
Col=colonnello Dcri=direttore croce rossa italiana Dff=delegata fasci femminili Dgsp=direttore generale sanità pubblica Dir=direzione (sindacato) Duis=direttore ufficio igiene e sanità Mc=ministro delle corporazioni Mi=ministro degli interni Pcpa =presidente della confederazione dei professionisti ed Artisti Med=medico Si=segretaria sindacato interprovinciale Red=redazione	paruff=parte ufficiale
Dimensione sociale	
Oi=origine ignota Paz=pazienti Sol=soldato	

dispensabile spingersi verso una integrazione dei saperi disciplinari. Ci si è quindi avvalsi di quanto è a disposizione nelle scienze sociali, poiché “allargando lo sguardo ad altri programmi esplicativi e ai diversi metodi di cui esse fanno uso provvedono a fornire diversi tipi di spiegazione che non si escludono reciprocamente, ma conducono a forme di integrazione che possono contribuire a mettere in luce ciò che non sappiamo” (Giuliano e La Rocca, 2008). L’analisi qualitativa ha infatti condensato due diversi modelli di riferimento.

Il primo di tipo storico suggerito da Chabod (2012) e il secondo sociologico definito “Approccio integrativo” di Risman (2004) centrato sul genere inteso come struttura sociale.

Il metodo di ricerca storico indicato da Chabod, è stato utilizzato per l’accertamento dell’autenticità formale della fonte documentaria attraverso il suo esame estrinseco e intrinseco. Mediante il primo si è proceduto a un esame della rivista *L’infermiere italiana* indagando e accertando che la sua forma esteriore, i suoi caratteri (scrittura, stile, formule letterarie eccetera), abbiano coinciso con quelli propri del periodo storico oggetto di ricerca. Fatto ciò, si è proseguito all’esame intrinseco della fonte primaria, che ha previsto “un attento esame del contenuto del documento, allo scopo di determinare se non sia in contraddizione con fatti già sicuramente noti, con documenti coevi o precedenti di cui è appurata l’autenticità” (Manzoni, 2016). Stabilita l’autenticità della fonte, alla fase interpretativa prevista nel metodo Chabod, si è sostituita l’analisi dei dati testuali (ADT). Il fenomeno è stato letto tentando di “[...] mettere in relazione i fatti con il periodo storico a cui si riferiscono” (Manzoni, 2016).

Prima di procedere con l’illustrazione dell’“Approccio integrativo” di Risman, è bene chiarire il significato sociologico del termine “immagine” ovvero “quell’insieme di proprietà e attributi conferiti agli individui, frutto di una complessa interazione tra il piano individuale e quello sociale”. Si tratta di una “concezione generale della natura umana, dei motivi che orientano e determinano l’azione sociale e la condotta privata, del tipo e grado di rigidità o plasticità della persona, a fronte dei rapporti sociali e della cultura” (Gallino, 1988).

E’ necessario fare inoltre alcune precisazioni riguardo i concetti legati a quello di immagine, le cui sfumature nelle scienze sociali potrebbero generare confusione di significato, poiché nel linguaggio comune vengono utilizzati in maniera indistinta e talvolta impropria. Quando si parla di immagine, proiettata nella forma sociale lavorativa, si fa riferimento a un concetto che insieme ad altri definisce

l’identità professionale. Quest’ultima è intesa come “[...] quella parte dell’immagine di sé derivante dall’appartenenza a un determinato contesto lavorativo, essa si concretizza nel fatto di frequentare quasi regolarmente un certo luogo di lavoro, di sviluppare una rete di relazioni tra colleghi, di impersonare un determinato ruolo, di svolgere specifiche mansioni e, in una prospettiva più in generale, di ricoprire una determinata posizione all’interno del sistema socio-economico e del mercato del lavoro” (Tonarelli et al., 2011).

E’ evidente come l’identità professionale contenga anche il concetto di ruolo, che pur non essendo analizzato nel presente articolo, merita per completezza una breve definizione. Esso è inteso come “l’insieme delle norme che convergono su un individuo che occupa una determinata posizione, in una più o meno strutturata rete di relazioni sociali. Le norme provengono da coloro che occupano posizioni collegate a quelle del soggetto in questione” (Gallino, 1988).

Giunti all’approccio concettuale elaborato da Risman (2004) centrato sulla questione di genere, è importante sottolineare quanto esso sia stato funzionale alla ricerca poiché il genere è considerato in campo sociologico parte del processo di costruzione dell’immagine, quindi esportabile alla questione delle infermiere diplomate, la cui attività era aperta alle sole donne.

La sociologa, Judith, nel 1994 ha sostenuto che “il sesso è un istituto che è incorporato in tutti i processi sociali della vita quotidiana e in tutte le organizzazioni sociali” (Risman, 2004). Il riprodursi di dinamiche sociali risiede nelle componenti culturali della struttura sociale che implica aspettative e definisce stereotipi. Per questi ultimi si intende “l’immagine o l’atteggiamento che si mantiene nei confronti di individui o di interi gruppi basandosi non già sull’osservazione e sull’esperienza ma su idee preconcepite. Spesso gli stereotipi sono analizzati come aspetti del simbolismo dei rapporti sociali e di gruppo in quanto riflettono e perpetuano le divisioni sociali [...]” (Seymour-Smith, 1992).

Secondo Risman, il genere va considerato come una struttura sociale che opera simultaneamente su tre livelli che lei definisce dimensioni. Tali dimensioni, tutte fortemente interconnesse tra loro e di egual importanza, sono state oggetto di indagine e hanno riguardato: il livello individuale, nello sviluppo della costruzione del sé legato al genere, il livello sociale ovvero il sistema delle interazioni sociali, delle aspettative culturali, delle norme di comportamento e quello istituzionale, concernenti le leggi, la distribuzione delle risorse e delle pratiche organizzative. Attraverso il livello istituzionale si è analizzato come

il regime e l'ideologia politica fascista abbia creato condizioni sociali nell'organizzazione del lavoro, vincoli legali e leggi di categoria professionale, che hanno influenzato tutti gli addetti ai lavori in sanità, comprese le stesse infermiere, sull'immagine professionale prevista dalle istituzioni, riconosciuta e reputata più "idonea", dalla quale hanno originato interazioni e aspettative socio-culturali.

Procedendo nell'analisi delle diverse dimensioni, si è tentato di comprendere se e in che misura le infermiere diplomate, le assistenti sanitarie visitatrici, le caposala e le direttrici, spinte dalla volontà di cambiare la propria immagine fortemente collegata al genere femminile, abbiano portato nelle relazioni sociali una diversa costruzione del sé creando nuove aspettative culturali. Ne è derivata come conseguenza, la possibilità di individuare la pressione esercitata dalle infermiere sugli apparati legislativi, organizzativi, amministrativi, burocratici, affinché fosse istituzionalizzata la nuova forma di immagine professionale legata al genere.

Infine si è giunti ad analizzare come le norme e le aspettative socio-culturali abbiano influenzato sia il singolo individuo/infermiera nella costruzione dell'immagine in relazione al genere, sia le istituzioni nel produrre un'organizzazione del lavoro. La caratteristica più importante di questo schema concettuale è il suo dinamismo. Si noti come nessuna dimensione determini univocamente l'altra.

Per l'analisi delle corrispondenze (AC), gli articoli, tenuto conto degli autori e delle rubriche (queste ultime di numero esiguo), sono stati associati in categorie secondo il *framework* adottato, che riproduce le tre dimensioni individuate da Risman: infermiera, ASV, caposala, direttrici, per l'aspetto individuale, i rappresentanti delle istituzioni per quello istituzionale e gli altri come componente sociale, per esempio pazienti, rappresentanti religiosi, soldati (Tabella 1).

RISULTATI

Il *corpus* utilizzato è costituito da 162 articoli e attraverso il bilancio lessicale (Tabella 2) è stato possibile valutare le prime caratteristiche.

Ricordiamo che il *corpus* secondo Bolasco (2013) può essere o costituito da "testi frammenti" quali messaggi brevi, post di *social network*, blog, sms, *focus* interviste eccetera o costituito da testi interi: discorsi parlamentari, saggi, libri eccetera. In questo caso ci troviamo di fronte a un *corpus* che Bolasco definisce "testo-testo", costituito da 112.611 occorrenze quindi sufficientemente stabile per poter effettuare statistiche multidimensionali quantitative (il minimo è 10.000 occorrenze per questa tipologia di *corpora*). Da una prima analisi grafica lessicale del *corpus* (detta *wordcloud*) riportata nel Figura 2 si possono apprezzare visivamente le frequenze percentuali delle occorrenze. La maggiore grandezza delle parole rappresenta il maggior uso nel testo di quelle che abbiamo definito parole chiave rendendo una sintesi semantica delle discussioni, o in altri termini "l'anima del testo".

Si noti come dalla nuvola dopo l'occorrenza infermiere, che comunque mantiene il massimo della frequenza percentuale nelle diverse annate, vi siano le occorrenze: scuola, malato, allievo, sanitario, ospedale, assistenza, diplomare, convitto e sindacato, termini che sembrano indicare una maggiore attenzione verso la strutturazione della categoria professionale.

Seguono termini quali vita, lavoro, donna, professione, signorina, famiglia, giovane e sociale che sembrano richiamare le qualità e condizioni necessarie per lo svolgimento della professione.

Da un'analisi delle concordanze nel *file-corpus* emerge come al termine infermiera si leghino sia discorsi relativi alle competenze che a differenza della precedente figura generica sono sempre di dipendenza dal medico ma anche di collaborazione, sia discorsi di concetto sull'insegnamento e sull'importanza della selezione basata sulla verifica di qualità fisiche, psichiche e morali.

Al termine scuola vengono legati argomenti relativi alla selezione delle studentesse e all'importanza della creazione dei convitti. Interessanti le concordanze di medico, donna e morale. All'occorrenza medico si associano discorsi sulle competenze

Tabella 2. - Bilancio lessicale *corpus* 1935-1938

Corpus 1935-1938	
Numero testo	162
Numero occorrenze	112.611
Numero di forme	9.014
Numero di hapax	4.174 (3,71% occorrenze 46,31% forme)
Media occorrenze nel testo	695,13 (N. testo/N. occorrenze)

Figura 2. Wordcloud percentuali frequenze delle occorrenze 1935-1938



dell'infermiera che mettono però in luce sia l'importanza di questa figura sia la dipendenza dal personale medico con il quale l'infermiera collabora in condizioni di subordinazione, in tal senso non è ammissibile criticare o discutere quanto detto o fatto dal medico o pensare di poter consigliare un giovane medico. Al termine medico connotato sempre al maschile troviamo spesso affiancato il termine "devozione", "devota" come qualità di una brava infermiera. Importante la condotta morale dell'infermiera che nei confronti del medico e del personale maschile in generale, in servizio e nei convitti deve essere moralmente irreprensibile.

Con l'occorrenza donna troviamo collegati discorsi inerenti la retorica fascista sul ruolo di madre, di cura e di supporto della società, qualità che devono essere presenti nelle donne infermiere che hanno scelto di essere operative in una professione che deve essere per le sue peculiarità femminile. La donna in questa visione ha maggiore tenerezza e propensione a occuparsi degli altri in virtù del suo istinto materno. Questo fa sì che solo donne di elevata qualità morale o le suore possano diventare infermiere. La donna viene descritta come paziente, operosa, modesta e silenziosa. Già in questa prima fase la fede religiosa (oltre che quella politica) è considerata condizione necessaria per lo svolgimento del compito assistenziale. Al termine morale in ultimo si associano discorsi legati al conforto morale del paziente o discorsi relativi alla morale dell'infermiera che doveva essere ispirata a valori cattolici quali la modestia, la carità, l'ubbidienza, il silenzio, l'operosità e una vita morigerata. Costante è la retorica relativa alle qualità morali e di abnegazione da supportare anche attraverso sa-

crifici personali (stipendi bassi). Come contenuto nella Rivista "*L'infermiera italiana*" (1936), all'interno della Rubrica "Parte ufficiale" sezione "Ufficio di collocamento" vi è bandito un concorso per un posto di direttrice della scuola convitto professionale per infermiere di Ferrara, per il quale si offriva uno stipendio annuo di 6.500 lire lorde e in aggiunta vitto, alloggio, riscaldamento, indumenti di servizio, lavatura e stiratura della biancheria. Il "Sommario di statistiche storiche dell'Italia - 1861 al 1965", documenta nello stesso periodo un compenso annuale di 7.226 lire per un usciere e di 5.924 lire annue per un inserviente, entrambi stipendi riferiti a dipendenti statali di sesso maschile, residenti nella capitale, coniugati con due figli a carico e con carriera civile ausiliaria. Dalla comparazione dei dati si evidenzia una ridotta remunerazione delle infermiere diplomate, nella fattispecie anche con funzioni direttive, che pur appartenenti a una professione intellettuale, di concetto e non più ausiliaria, sembrano risentire negativamente dell'esclusiva componente femminile di categoria. Il genere e i pregiudizi legati a esso, sembrano manifestarsi con tutta la loro forza, restituendo alla professione un'immagine minore e subalterna. Per ragioni di brevità, non è stato riportato il grafico dell'analisi delle concordanze, che rimane a disposizione, ma solo un sunto dello studio. L'analisi statistica finora applicata assegna una certa rilevanza all'analisi delle percentuali di frequenza, ma questa prima fase rimane abbastanza grossolana. La frequenza infatti non dovrebbe essere considerata come una condizione necessaria e sufficiente per dare, come ricorda Bolasco (2013), valore alle diverse parole del *corpus*, poiché anche un *hapax* può avere un ruolo fondamentale per spiegare e comprendere un testo. E' anche per questo che è stata effettuata una prima analisi delle concordanze di alcune parole considerate importanti ai fini dell'indagine e che avevano anche un'alta frequenza percentuale nei testi, per proseguire poi ad altre analisi delle concordanze volte a confermare e approfondire alcuni risultati della ricerca esplorativa. Si è deciso quindi di effettuare un'analisi confermativa attraverso l'analisi delle corrispondenze (AC di Benzécri). L'analisi della matrice "L" "consiste nel paragonare le parole e misurarne le relazioni di similitudine per gruppi o coppie di profili" (Bolasco, 2013) attraverso la misura di associazione del χ^2 .

Analisi multidimensionale 1935-1938

Nel grafico (Figura 3) l'AC è stata effettuata proiettando nello spazio fattoriale le occorrenze secondo le rubriche della rivista presenti nelle annate 1935-1938. Dalla valutazione dei pesi fattoriali possiamo

notare come il primo fattore (68,45%) parli di “istituzionalizzazione della figura dell’infermiera-donna”. Il secondo fattore (31,55%) rappresenti la “visione sociale dell’infermiera”. Si noti come la nuvola delle occorrenze sia separata in tre blocchi indipendenti tra loro, ciascuno incarna uno dei livelli/dimensioni postulati da Risman. Quello istituzionale di colore blu denominato “Organizzazione professionale”, quello individuale-professionale, di colore verde, denominato “Aspetto materno-assistenziale” e infine il livello sociale di colore rosso denominato “Infermiera/professionista”. In particolare si evidenzia rispetto al fattore 1, come le occorrenze blu (concorso, certificato, ministeriale, confederazione e corso) vadano ad avvicinarsi sempre più positivamente a quelle verdi (moglie, amico, bambino, lavoro, corsia, malato) fino quasi a convergere sulla stessa linea fattoriale. Ciò sembra tracciare il lungo percorso necessario per l’istituzionalizzazione della figura dell’infermiera. Un processo che per la sua realizzazione ha richiesto preliminarmente la realizzazione di strutture e organi entro cui collocare la categoria professionale e la definizione dei requisiti di accesso alla professione. Si parla quindi di un percorso che ha seguito due binari, un primo di esaltazione delle qualità materne, elemento che appare imprescindibile per l’esercizio della professione (presente nella rubrica “*La paginetta rosa delle infermiere*”, scritta a opera dell’Infermiera Fambri, Commissaria nazionale del sindacato

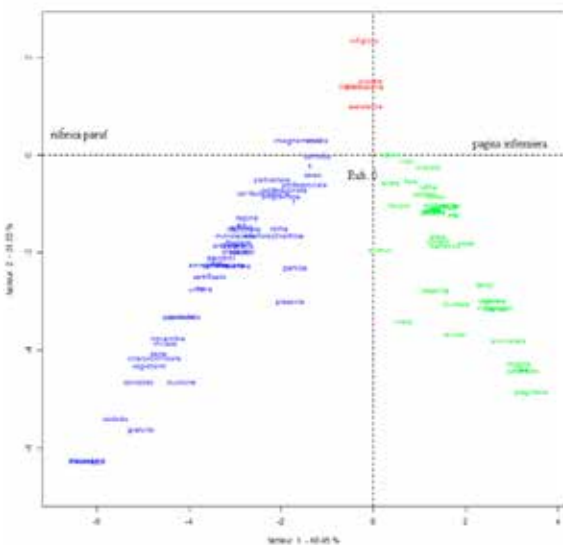
fascista, si noti l’occorrenza verde Rosanna); l’altro binario di natura istituzionale spinge invece su una rigida e capillare costruzione di strutture e di percorsi formativi interni alla professione testimoniata dalla “*Rubrica Paruff*”, che incarna l’attività della Confederazione fascista degli artisti e dei professionisti. Le occorrenze “convitto” presso cui ruotava la vita della giovane allieva infermiera nel quale si formava (si veda infatti l’occorrenza “insegnamento” sul versante positivo) ed “essere” con riferimento alle inclinazioni personali del genere femminile posizionate in corrispondenza del fattore 1, restituiscono l’essenza dell’immagine dell’infermiera fascista. Dal lato positivo del fattore 1 emerge un aspetto molto rilevante, le occorrenze di colore rosso, quali: assistenza, Italia, professione, eccetera, che si posizionano perfettamente sul fattore 2 sembrano invece informarci di una visione sociale della figura dell’infermiera che rimanda a caratteri religiosi, ma anche al concetto di professione (si noti l’occorrenza “professione” e si veda la posizione della “Rubrica 0” che raccoglie un numero elevato di articoli scritti da pazienti e soldati).

Si è successivamente proceduto con l’AC proiettando nello spazio fattoriale le occorrenze presenti per le singole annate dal 1935 al 1938 (Figura 4). Il fattore 1 (39,99%) rappresenta i “Doveri/imperativi professionali dell’infermiera e dell’allieva infermiera” e il fattore 2 (31,67%) le “Prerogative istituzionali di accesso alla professione/formazione”. Procedendo in maniera ordinata, l’anno 1935 mostra rispetto al fattore 1 occorrenze di colore rosso denominate “Ideali/aspirazioni di assistenza” che si collocano per lo più nel quadrante negativo a eccezione delle parole santo e pietà. Da ciò emerge che il regime fascista tra i doveri professionali sembra esaltare gli ideali di sacralità e di pietà della figura dell’infermiera e dell’allieva infermiera, avendo un’attenzione più marginale verso la funzione vera e propria di assistenza da destinare alle cronicità del popolo italiano del tempo (si vedano i termini cronico, popolo e italiano). Il 1936 prende le distanze dalle altre nuvole di occorrenze, facendo presumere un forte richiamo all’esercizio della professione.

Le occorrenze dell’anno 1936 sono: aspirare, conquistare, certificato, concorso, denominate “Esercizio della professione” (di colore verde), collocate nel lato positivo delle due linee fattoriali, da ciò emerge l’attività del Regime che definisce le modalità di reclutamento verso una professione che annuncia il suo rinnovamento. Ritorna inoltre l’elemento religioso attraverso l’occorrenza *monsignor*.

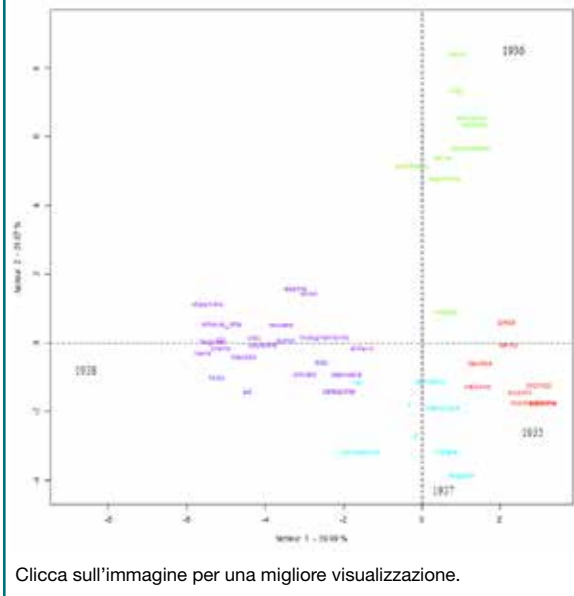
L’anno 1937 si compone di occorrenze (di colore blu) nominate “Riconoscimento professionale” e

Figura 3. Analisi delle corrispondenze (AC) delle rubriche presenti nel periodo 1935-1938 per l’individuazione dei fattori caratterizzanti le rubriche



Clicca sull’immagine per una migliore visualizzazione.

Figura 4. Analisi delle Corrispondenze (AC) per le singole annate del periodo 1935-1938



vede la presenza della parola impiegatizio, con certo riferimento all'attribuzione alle infermiere diplomate della qualifica di impiegata concessa dal Ministero delle corporazioni. Un riconoscimento che trova riscontro nel bisogno di distinzione formale e sostanziale dagli infermieri generici (di ambo i sessi) che disimpegnano prestazioni manuali, con esercizio delle "arti ausiliarie", inquadrati nel Ministero delle industrie. Le infermiere professionali rispondono da ora in poi al Ministero dell'interno. L'anno 1938 è costituito da una nuvola di occorrenze di colore viola nominata "Organizzazione professionale e formativa". Di seguito le occorrenze che si raccolgono intorno alla linea fattoriale 1 sul settore positivo quali: capacità, insegnamento, turno, reparto, che sembrano sottolineare gli imperativi professionali di un'infermiera diplomata nell'ambito della sua corretta attività. Dal lato negativo vi è l'occorrenza *test*, un metodo francese di selezione delle infermiere tanto biasimata dal regime, a cui si recrimina la difficoltà di valutazione delle qualità morali dell'aspirante infermiera.

Un ulteriore passo per approfondire l'analisi dopo aver collocato sulle mappe fattoriali le occorrenze secondo le annate e le rubriche presenti nel primo periodo di analisi (1935-1938), è stato quello di procedere in maniera automatica (non supervisionata-esplorativa) a un *cluster analysis* al fine di ottenere dei gruppi con la massima similarità interna accomunati da un lessico specifico e caratteristico delle diverse tipologie individuate. In questo caso

abbiamo individuato 5 *cluster* riportati per sintesi in forma grafica (Figura 5).

Il primo *cluster* è caratterizzato dal 27,8% di occorrenze differenti ed è stato nominato "Formazione". Raccoglie tutta una serie di occorrenze/discorsi del regime relativi alla strutturazione di un percorso formativo ordinato e incardinato entro disposizioni di legge.

Il secondo *cluster* "Dimensione femminile/familiare" (20,8%), raccoglie l'esaltazione del regime di tutte le inclinazioni e doti esclusivamente femminili, che giustificano l'esercizio dell'attività lavorativa di natura assistenziale, l'unica concessa strumentalmente alle donne. Il terzo *cluster* (12,7%) offre uno spaccato sulla "Realtà professionale", vi è una elencazione di attività che il regime e l'infermiera collocano come proprie e per le quali essa viene debitamente formata all'interno delle scuole convitto.

Il quarto *cluster* (26%) "Propaganda/retorica fascista" idealizza la nuova figura d'infermiera, che per le sue naturali inclinazioni di donna, per la sua moralità, dignità, e in nome della grandezza nazionale offre un'opera di carità in seno alla società. La vita professionale si sovrappone alla sfera privata. La patria affida alle infermiere un compito nobile, una missione di assistenza. Si tratta di una politica lusinghiera di aspirazioni economiche e sociali della classe infermieristica dalla quale cerca consenso. Il quinto *cluster* (12,8%) "Struttura corporativa" fa un esplicito richiamo alla macchina burocratica della Corporazione fascista degli artisti e dei professionisti dentro cui vive il Sindacato delle infermiere. Emergono i personaggi di spicco di questa complessa organizzazione quale l'On. Pavolini, presidente della Confederazione, Rosanna Fambri, infermiera Commissaria nazionale del sindacato delle infermiere.

Si è poi deciso di procedere con una ACP proiettando sul piano fattoriale i quattro mondi lessicali emersi attraverso la *cluster* esplorativa (Figura 6).

La prima importante osservazione è inerente il *cluster* 5 denominato "Struttura corporativa" che si stacca dagli altri, mostrando il consolidamento della struttura organizzativa professionale, rappresentata dal Sindacato nazionale fascista delle infermiere diplomate e delle ASV e dagli organi e funzioni che ruotano intorno a esso. Altro aspetto rilevante è la sovrapposizione sul piano fattoriale di *cluster* che si fondono due a due, nello specifico 1 e 4 rispettivamente "Formazione" e "Propaganda/retorica fascista", e i *cluster* 2 e 3 nominati "Dimensione familiare/femminile" e "Realtà professionale". Nei primi due emerge un regime che pur postulando l'esercizio della professione come un atto dovuto

Figura 5. Cluster analysis - Dendrogramma lessicale

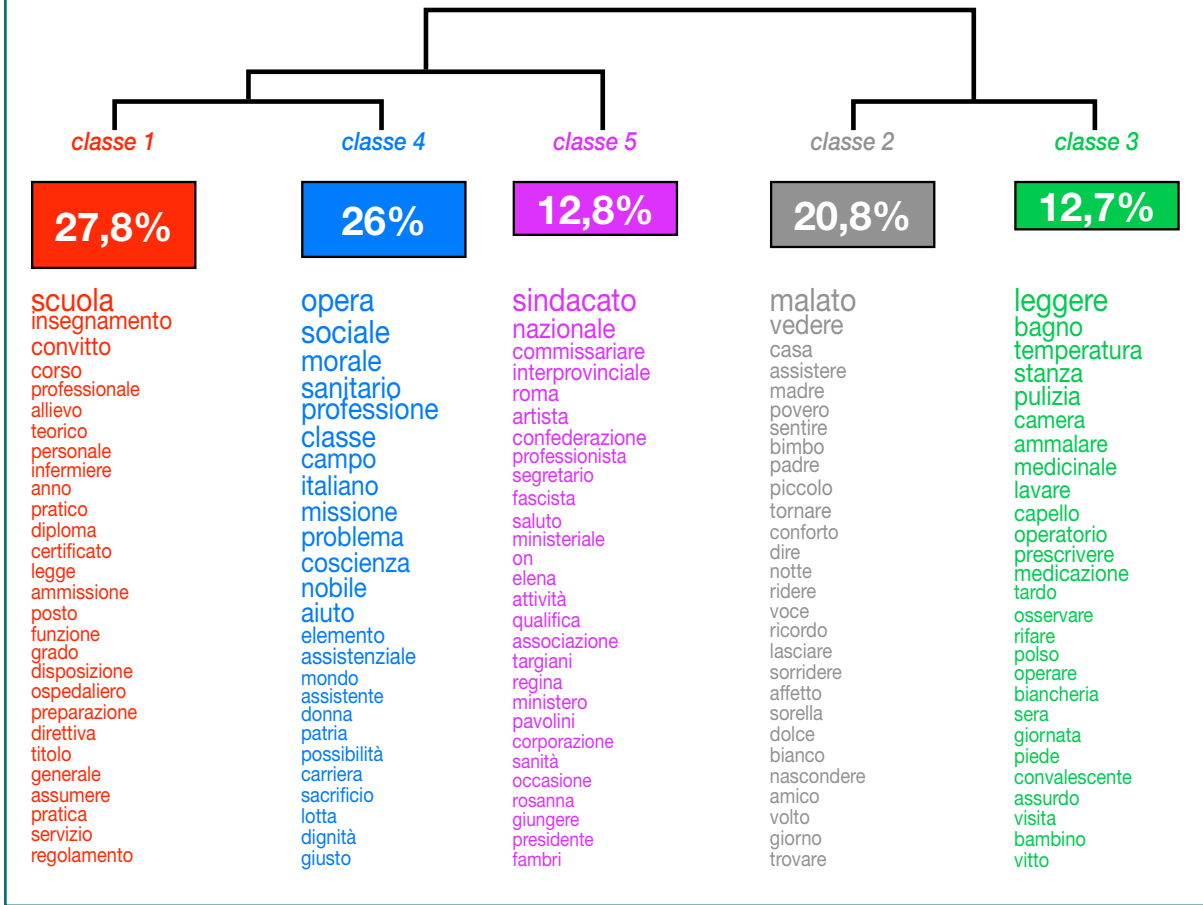
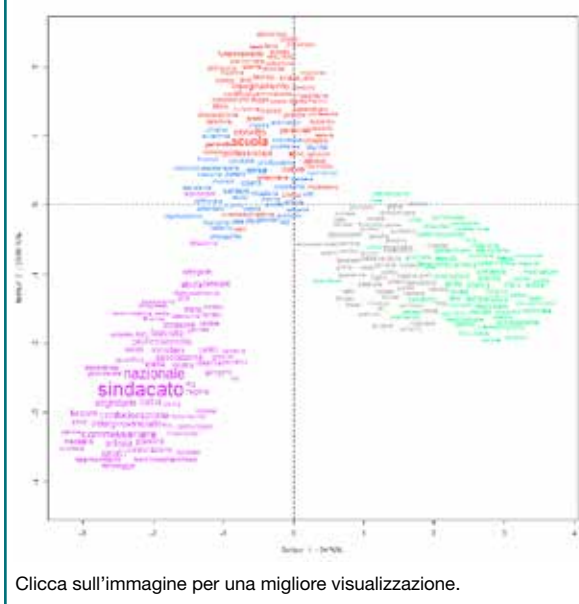


Figura 6. Analisi in componenti principali (ACP) dei cluster lessicali per l'individuazione di una relazione tra i cluster



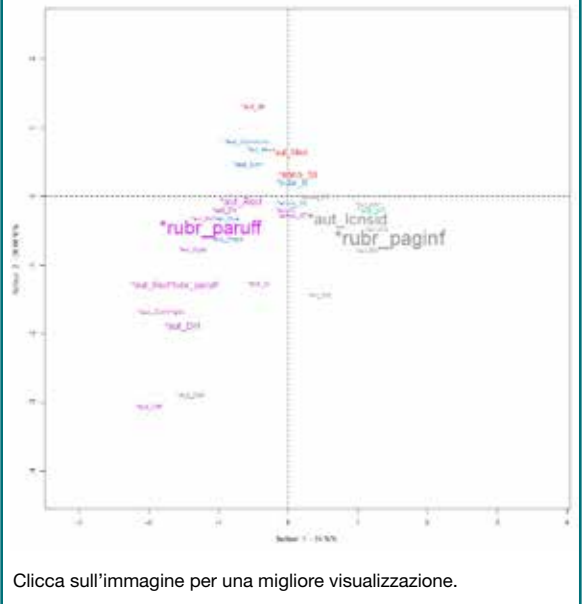
dalla donna nei confronti della patria, sembra focalizzarsi sulla definizione di un programma formativo che sia all'altezza dell'ambizioso progetto di riforma assistenziale. Prova ne è il DM del 30 settembre 1938 (Parte Ufficiale de *L'infermiera italiana*, 1938) concernente i nuovi programmi di insegnamento e di esame delle scuole convitto, che sembrano essere necessari a una migliore assistenza infermieristica e a una nuova immagine dell'infermiera. Tra gli altri due cluster, 2 e 3, si evince una stretta interdipendenza, da un lato rappresentata da una realtà professionale scandita da una serie di competenze dell'infermiera diplomata, ma nella quale permea la dimensione femminile che dalle mura domestiche appare prolungarsi all'interno degli ospedali o nelle sedi dove l'ASV svolge l'attività territoriale. Sul primo fattore che potrebbe essere denominato "Ideali di genere/ideale professionale" (e spiega il 34% della variabilità totale), nel lato negativo troviamo, la "Realtà professionale", così come il cluster della "Dimensione familiare/femminile". Ideali che necessitavano di chiarezza e che esigevano un intervento normativo, avvenuto poi con il RD

del 2 maggio 1940 n. 1310 di determinazione delle mansioni delle infermiere professionali di genere femminile e degli infermieri generici, di ambo i sessi (legislazione infermieristica de *L'infermiera italiana*, 1940). La formazione invece si dispone in positivo rappresentando l'elemento di slancio verso una figura professionale di donna colta, pur tingendosi di propaganda (si vedano alcune delle occorrenze blu, *cluster* 4). Per quanto riguarda il fattore 2 "Dottrina/principi della nuova figura di infermiera" sul lato negativo emerge un insegnamento (*cluster* 1 "Formazione") in cui si mescola la retorica e il misticismo (si veda l'occorrenza "spirito" di color blu). Sul versante positivo troviamo la realtà professionale, ovvero tutte le attività dell'infermiera diplomata, alla quale si affiancano occorrenze inerenti la "Dimensione familiare/femminile" che l'infermiera sembra accordare.

L'analisi si conclude proiettando nello spazio fattoriale rubriche, annate, autori degli articoli che vanno a inserirsi nei diversi *cluster* in precedenza analizzati, per avere così una lettura completa ed esaustiva dell'immagine dell'infermiera-donna (Figura 7).

Iniziando con l'interpretazione dei dati il *cluster* 4 "Propaganda/retorica fascista" si inserisce nel 1935 sovrapponendosi al fattore 2 "Dottrina/principi su cui si fonda la figura dell'infermiera", un'intensa attività di persuasione alla professione e di esaltazione dei principi morali attraverso cui si fondava e strutturava la nuova figura dell'infermiera-donna. Sul lato negativo del fattore 2 si collocano le ASV, le commissarie interprovinciali delle infermiere, il direttore generale della croce rossa italiana, Oscar Davanti, che ne rappresentano in senso negativo gli autori. Così come il direttore dell'ufficio igiene e sanità (aut_Duis) e il presidente della Confederazione dei Professionisti e degli Artisti (aut_Pcpa), che vanno a mescolarsi nel *cluster* 5 "Struttura corporativa" rappresentando l'anima della propaganda. Continuando con l'analisi nel *cluster* 2 "Dimensione femminile/familiare" il 1936 si pone in corrispondenza del fattore 1 (34%) "Ideali di genere/ideali professionali". Un anno questo in cui appare forte l'accento sulla dimensione materno-professionale. Si colloca negativamente la Rubrica "*La Pagine rosa dell'allieva infermiera*" (rubr_pagininf), scritta per opera di Rossana Fambri, infermiera Commissaria nazionale del sindacato delle infermiere diplomate (aut_Icnsid) e indirizzata alle allieve infermiere. Si precisa che Fambri era una delle due donne che con Decreto del 23 giugno 1934 fu chiamata a far parte della Corporazione sanitaria e una delle sole cinque che rappresentarono l'elemento femminile al Consiglio delle corporazioni. Presumibilmente si riconosce in lei una figura che

Figura 7. Analisi in componenti principali (ACP) con proiezione fattoriale delle annate, rubriche, autori, anni 1935-1938



veicola ideali di genere che sono espressione di una volontà politica centrale, dalla quale ha ottenuto la nomina. Ideali che rappresentano la donna come sorella e madre affettuosa, elementi che per le infermiere non sono esaustivi e inclusivi in una realtà professionale (si veda la collocazione dell'autore infermiera del *cluster* 3).

Nel *cluster* 3 "Realtà professionale" risultano collocarsi le infermiere diplomate (aut_Inf), il cui esercizio professionale sembra essere incardinato in precise mansioni.

Il *cluster* 5 nominato "Struttura corporativa" sembra costituire quel complesso burocratico entro cui nasce e si sviluppa il Sindacato nazionale fascista infermiere diplomate. Un'entità che attraverso la sua capillare organizzazione, costituita dai Sindacati interprovinciali e mediante atti normativi, contribuiranno alla strutturazione della categoria, nonché all'immagine dell'infermiera diplomata, comunque non scevra da ideali professionali e di genere, e da una dottrina che risponde ai nuovi criteri di assistenza del tempo. All'interno di questo *cluster* vi è l'anno 1937 e tra le rubriche la Parte ufficiale (rubr_paruff) riservata alla trasmissione di tutte le attività sindacali nonché circolari ministeriali, e la sezione "Ufficio di collocamento" per il reclutamento di infermiere diplomate, ASV, direttrici e caposala. Tra gli autori si annovera la direzione del sindacato (aut_Dir), il direttore di sanità pubblica (aut_Dgsp), il Ministro delle corporazioni (aut_Mc) eccetera.

Nel *cluster* 1 “Formazione” si noti come l’anno 1938 si sovrapponga al fattore “Dottrina/principi su cui si fonda la figura professionale” unitamente all’autore medico (aut_med). E’ come se i principi costituenti la figura dell’infermiera nascano da esigenze mediche e non da quelle infermieristiche. Questo è un dato molto significativo dal quale emerge la figura della nuova infermiera plasmata e influenzata dalla classe medica.

DISCUSSIONE

La ricerca ha mostrato l’importanza di un approccio multidimensionale e multidisciplinare attraverso il quale si è potuto giungere alla descrizione e comprensione di un concetto molto complesso e articolato come quello di immagine professionale, al quale va ad aggiungersi una questione di genere, legata all’esclusività della donna alla professione. L’integrazione metodologica delle scienze infermieristiche a quelle sociologiche e storiche, nonché l’applicazione di un *framework* basato sul genere, mostra soprattutto attraverso l’ACP (analisi delle componenti principali) la dinamicità di un percorso professionale che ha coinvolto con grande forza e con carattere di interdipendenza livelli istituzionali, sociali e individuali nel contesto italiano del 1935-1938.

Tra i mondi lessicali soggiacenti ai *corpora* è emerso il parallelismo tra creazione di una nuova immagine d’infermiera e la strutturazione della categoria professionale. Il progresso tecnico-scientifico-sanitario dal primo dopoguerra sollevò l’esigenza di una diversa assistenza infermieristica, che fosse in grado di dare una risposta ai nuovi bisogni di cura. Si delinea quindi una nuova immagine di infermiera, ora colta, socialmente più elevata e con una formazione specifica di almeno due anni nelle scuole convitto. A questo diverso quadro sanitario si affiancò la spinta di un femminismo pratico che attraverso l’attività filantropica e assistenziale “[...] si proponeva come esempio per orientare l’attività riformatrice dello Stato e si specializzava sempre più, tanto da far intravedere le prime forme di professionalizzazione del lavoro sociale che sarebbero maturate dagli anni venti in poi” (Bartoloni, 2012). Un’occupazione rivendicata dai gruppi femministi, in segno di un riconoscimento dei diritti della donna, che il regime strumentalmente accolse per liberare posti di lavoro nelle fabbriche da destinare agli uomini e soprattutto perché così le visitatrici fasciste potevano portare la propaganda nelle case di milioni di famiglie durante la distribuzione di latte in polvere per i neonati (Willson, 2011).

L’analisi sistematica dei quattro anni del ventennio fascista mostra i suoi primi passi verso un percor-

so che Dubar (1994) definisce di strutturazione di un gruppo professionale, il cui processo prevede anzitutto e improrogabilmente un riconoscimento interno alla categoria al livello della propria specificità professionale. Segue poi la possibilità di essere riconosciuti dall’esterno, ovvero dagli altri gruppi sociali per la determinazione di un ambito d’azione e di competenze in specifiche aree. Infine l’abilità alla difesa del gruppo (con riferimento ad azioni che intendono, a ragion veduta o meno, contrastare l’ingerenza di categorie professionali o di amministrazioni di mercato in un campo considerato proprio) e la determinazione di valori partecipati rappresenta una pratica identitaria. Dinamiche che sembrano per la prima volta affacciarsi alla professione a partire dal 1925, quando si delinea la figura professionale attraverso la nascita di un percorso formativo nelle scuole convitto che al suo termine rilasciava un diploma e abilitava alla professione; nascono strutture organizzative entro cui la categoria veniva collocata, si definiscono i requisiti minimi di reclutamento alla professione; vengono emanati i programmi di studio che delincono la figura di infermiera professionale e ASV. Tutti elementi per una prima differenziazione e specificità del gruppo professionale, che negli anni prende sempre più le distanze dalle infermiere generiche. Si ricorda il provvedimento emanato dal Ministero delle corporazioni che in data 22 giugno 1937, oltre ad accordare alle infermiere professionali la qualifica impiegatizia, nel distinguere le diplomate dalle infermiere generiche recitava testuali parole: “[...] ai sensi dell’art. 99 del TU delle leggi sanitarie, tra le professioni sanitarie ausiliarie è compresa quella di infermiera diplomata; [...] le infermiere diplomate, per il loro grado di cultura e preparazione tecnica, non possono essere equiparate agli infermieri generici, muniti di semplice attestato di abilitazione ai sensi delle disposizioni transitorie della legge 23 giugno 1937 n. 1264; le infermiere diplomate, sia pure in rapporto di dipendenza, esplicano mansioni di collaborazione e di concetto, mentre gli infermieri generici disimpegnano prestazioni manuali, proprio degli artigiani ausiliari dei professionisti; appare equo attribuire alle infermiere diplomate la qualifica impiegatizia” (Parte Ufficiale de “*L’infermiera italiana*”, 1937).

Concludendo si ritiene importante sottolineare che per alcuni articoli (reputati rilevanti ai fini della ricerca) si è reso impossibile inserire nella stringa di analisi l’autore, perché non presente in calce al testo. Dalla disamina dei *corpora* si è potuto comunque dedurre, seppur con qualche esitazione, la loro collocazione nella dimensione sociale del *framework* di Risman. Nel dubbio di un’errata assegnazione, si è

comunque favorita l'inclusione dei testi in questione, evitando di perdere dati significativi. Si tiene a precisare che gli articoli in questione sono in numero esiguo, si parla di 6 articoli su 156, ovvero il 3,9% sul totale dei *corpora*.

CONCLUSIONI

Dalla ricerca emerge un dato molto importante che va oltre l'incompleta attuazione della riforma assistenziale e la ridondante esaltazione del Regime di doti femminili e di elevate qualità morali e meno delle competenze tecniche. Siamo di fronte alla nascita di una prima forma di strutturazione di categoria professionale a cui parallelamente si affiancò un'immagine di infermiera-donna che il regime istituzionalizzò attraverso norme legislative. Una nuova identità catalizzata da dinamiche interne di autorappresentazione e da quelle esterne attraverso aspettative sociali e culturali, nate sulla spinta di un progresso medico-scientifico che esigeva una nuova forma di assistenza.

I risultati ottenuti nella presente ricerca, di descrizione dell'immagine dell'infermiera-donna nel periodo fascista, 1935-1938, rappresentano uno studio sistematico primario che conferma quanto in parte presente nella letteratura secondaria, ma per la prima volta attraverso l'applicazione di un metodo scientifico rigoroso e della lettura di un complesso e articolato fenomeno sociale applicato alla realtà professionale delle scienze infermieristiche. Si aggiunge quindi un sapere scientifico alla storia della professione.

A completamento di tale studio, si ritiene opportuno indagare l'immagine delle infermiere diplomate nelle restanti annate del periodo fascista, dal 1939 al 1943, periodo in cui la rivista "*L'infermiera italiana*" continua la sua pubblicazione, per poi cessare nel luglio 1943 in coincidenza della crisi del Regime fascista e con lo sbarco degli alleati in Sicilia.

Inoltre la costruzione e applicazione di un modello teorico definito "approccio integrato" di Barbara J. Risman, legato al genere, permette di giungere a nuove conoscenze almeno fino all'ingresso degli uomini nella professione nell'anno 1972 e comunque fino ai nostri giorni. Capone (2017) indagando sull'immagine sociale e professionale dell'infermiere dal punto di vista dei cittadini, seppur in presenza di una limitata dimensione campionaria, rileva che l'associazione stereotipata tra infermiere-donna valga ancora per il 30% del campione a cui è stato somministrato un questionario. Egli evidenzia inoltre che gli aspetti relazionali della figura d'infermiere prevalgono sulle conoscenze tecniche, gli infermieri infatti vengono descritti con connotazione positiva

per il 45,6% per le loro capacità relazionali (gentile, cortese, educato) e per il 35% a quelle tecnico professionali (competente, esperto, capace). La percezione pubblica dichiara la figura d'infermiere affidabile e onesta, ma al contempo non le vengono riconosciute a pieno le sue competenze, le conoscenze necessarie, e le sfide intellettuali. Risultati che non sembrano ancora sganciarsi completamente da una rappresentazione sociale d'infermiere che a partire dal fascismo acquisì connotazione di professionalità per le qualità morali e meno per le competenze intellettuali legate alle conoscenze scientifiche e alla tecnica. Ciò richiede una riflessione interna alla professione e un conseguente agire, nella misura in cui, come ampiamente discusso la percezione pubblica dell'immagine dell'infermiere condiziona il modo in cui gli infermieri percepiscono la propria immagine. Non si sottovaluti ciò che Dignani (2014) afferma "un'immagine sociale basata su stereotipi a connotazione negativa non solo riduce l'attrazione che la professione infermieristica ha nei confronti dei nuovi aspiranti, ma determina negli infermieri stessi frustrazione, stress e insoddisfazione lavorativa, e aumenta l'intenzione di abbandono nei diversi contesti lavorativi. L'autopercezione di un'immagine negativa da parte degli infermieri risulta associata alla riduzione delle *performance* lavorative con dirette ricadute sulla qualità dell'assistenza erogata. La promozione di un'immagine positiva risulta, pertanto, di fondamentale importanza per la professione infermieristica e per gli esiti assistenziali".

Per valutare il contributo che la presente ricerca può offrire alla professione occorre analizzare due aspetti: la reciprocità tra dimensione sociale, istituzionale e individuale nella costruzione di immagine professionale e i suoi riflessi sul piano assistenziale. Secondo Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini Professione Infermieristica (FNOPI) sono prioritarie le sinergie con le associazioni dei cittadini, è necessario interfacciarsi con le politiche nazionali, locali, sviluppare sinergie con le rappresentanze sindacali e ordini professionali, essere parte dei tavoli di confronto con le Università. Questo per una visibilità ad ampio raggio dell'immagine dell'infermiere, che renda sempre più consapevole le politiche sanitarie, la società civile dell'infungibilità di una figura che concorre attivamente al soddisfacimento dei bisogni di cura della persona.

Inoltre è utile fare proiezioni per definire l'immagine professionale che si profilerà in un futuro prossimo. Ciò congiuntamente all'analisi di una serie di variabili (sociali, economiche, culturali, di progresso

tecnico-scientifico-sanitario, di genere, delle nuove modalità di suddivisione del lavoro, ecc...) per stimare i bisogni di assistenza e orientare con anticipo la formazione, il fabbisogno e tracciare parallelamente all'identità della figura dell'infermiere i nuovi elementi di strutturazione di categoria professionale.

BIBLIOGRAFIA

Fonti primarie

- La Direzione de "L'Infermiera Italiana" (1935) Presentazione. *L'Infermiera Italiana. Organo ufficiale del Sindacato infermiere diplomate aderente alla confederazione professionisti e artisti*. Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze, XIII.Re.167,1, 1, 3-5.
- Legislazione Infermieristica de "L'Infermiera Italiana" (1940) R.D. 2 maggio 1940 n. 1310 Determinazione delle mansioni delle Infermiere professionali e degli Infermieri Generici. *L'Infermiera Italiana. Organo ufficiale del sindacato infermiere diplomate aderente alla confederazione professionisti e artisti*. Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze, XIII.Re.167, I, 11, 5-6.
- Parte Ufficiale de "L'Infermiera Italiana" (1937) Una grande conquista delle infermiere diplomate e assistenti sanitarie *L'Infermiera Italiana. Organo ufficiale del sindacato infermiere diplomate aderente alla confederazione professionisti e artisti*. Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze, XIII.Re.167, 3, 7-9, R 1937-XV, 90.
- Parte Ufficiale de "L'Infermiera Italiana" (1938) Decreto Ministeriale 30 settembre 1938 concernente i programmi d'insegnamento di esame per le scuole convitto delle infermiere e delle assistenti sanitarie. *L'Infermiera Italiana. Organo Ufficiale del Sindacato Infermiere Diplomate aderente alla confederazione professionisti e artisti*. Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze, XIII. Re.167, 4, 6, 1938-XVII, 9.
- Parte Ufficiale – Ufficio di Collocamento de "L'Infermiera Italiana" (1936) scuola convitto professionale per infermiere - Ferrara. Corso al posto di direttrice della scuola convitto. *L'Infermiera Italiana. Organo ufficiale del sindacato infermiere diplomate aderente alla confederazione professionisti e artisti*. Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze, XIII.Re.167, 2, 5-6, 1936-XIV, 31-32.
- Fonti secondarie**
- Baccarini B (2015) *Le infermiere nella Grande Guerra*. In: Rocco G, Cipolla C, Stievano A, a cura di La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale. Milano: FrancoAngeli, 230-257.
- Bartoloni S (2012) *Il fascismo e le donne nella "Rassegna femminile italiana" 1925-1930*. Roma: Biblink Editori.
- Beccaluva MS, Canavese MC (1986) *Profilo storico della Consociazione Nazionale Infermiere/i*. Professioni Infermieristiche, 39(4), 323-333.
- Bolasco S (2005a) *Statistica testuale e text mining: alcuni paradigmi applicativi*. Quaderni di Statistica, 7, Liguori Editore, 17-53.
- Bolasco S (2013) *L'analisi automatica dei testi. Fare ricerca con il text mining*. Roma: Carocci.
- Capone S, Sambati V, Montanari E, et al., (2017) *L'infermiere tra immagine sociale e professionale: esperienze dirette, stereotipi e ruolo dei media*. *L'Infermiere*, 61(4), e62-e67.
- Chabod F (2012) *Lezioni di metodo storico*. 18th ed. Bari: Editori Laterza.
- Ciccione G (2009) *Storia ed evoluzione dell'assistenza e della ricerca infermieristica*. Roma: Aracne Editrice.
- De Grazia V (2007) *Le donne nel regime fascista*. 3° ed. Venezia: Marsilio.
- De Paola T (2015) *La fascistizzazione della professione infermieristica*. In: Rocco G, Cipolla C, Stievano A, a cura di. *La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale*. Milano: FrancoAngeli, 258-295.
- Dignani L, Montanari P, Dante A, et al., (2014) *L'immagine dell'infermiere in Italia dall'analisi dell'archivio storico di un quotidiano nazionale, Professioni infermieristiche*, 67(1), 49-54. Consultato 30 agosto 2017.
- Dimonte V (2007) *Da servente ad infermiere. Una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*. 2nd ed. Torino: Cespi.
- Dubar C (1994) *De la sociologie des professions à la sociologie des groupes professionnels et Des formes identitaires*. In: Lucas Y, Dubar C, a cura di Genèse & dynamique des groupes professionnels. Paris: Press Universitaires de Lille, 249-260.
- Facioni C, Spagnuolo S, Stasi S (2016) *Movimenti sociali e conflitti territoriali: nuovi strumenti di analisi*. Roma: Aracne Collana Globalital.
- Fiumi A (1993) *Infermieri e ospedale. Storia della professione infermieristica tra '800 e '900*. Verona: Editore Nettuno.
- Fraire M (1994) *Metodi di Analisi Multidimensionale dei Dati: aspetti statistici e applicazioni informatiche*. Roma: Ed. CISU.
- Fraire M, Spagnuolo S, Stasi S, (2016) *L'utilizzo dei big social data per la ricerca sociale: Il caso della cittadinanza attiva in difesa del territorio*. In: Agnoli MS, Parra Saiani P, a cura di *Sulle tracce dei Big Data. Questioni di metodo e percorsi di ricerca*. Sociologia e ricerca sociale, 109(1), 174-187.
- Gallino L (1988) *Dizionario di sociologia*, 2nd ristampa riveduta. Torino: UTET.
- Gentile E (2012) *Il fascismo in tre capitoli*. 6th ed. Roma-Bari: Editori Laterza
- Giuliano L, La Rocca G (2008) *L'analisi Automatica e Semi Automatica dei dati testuali*. Milano: Led Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto (Internet). Con-

- sultato il 06 gennaio 2017, disponibile all'indirizzo: www.ledonline.it/ledonline/giuliano/giuliano-analisi-automatica-dati-testuali.pdf
- Manzoni E (2001) *Storia dell'assistenza infermieristica*. In: Cantarelli M, Frati L, a cura di *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Milano: Masson, 92-153.
- Manzoni E (2016) *Le radici e le foglie. Una visione storico-epistemologica della disciplina infermieristica*. 2° ed. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Polit DF, Beck CT (2014) *Fondamenti di Ricerca Infermieristica*. Milano: McGraw-HillEducation.
- Preti D (1984) *La questione ospedaliera nell'Italia fascista (1922-1940): un aspetto della "modernizzazione corporativa"*. In: Della Peruta F, a cura di. *Storia d'Italia. Annali, Malattia e medicina*, vol. 7. Torino: Einaudi Editore, 335-387.
- Regio Decreto Legge 15 agosto 1925, n. 1832. *Facoltà della istituzione di scuole convitto professionali per infermiere, e di scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici*. Consultato il 19 maggio 2017, disponibile all'indirizzo: <https://www.tsmvarese.it/LEGGI/LEGGI/HTM/1832.htm>
- Regio Decreto Legge 21 novembre 1929 n° 2330. *Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n° 1832, riguardante le scuole convitto professionali per infermiere, e di scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici*. Consultato il 22 maggio 2017, disponibile all'indirizzo: http://augusto.agid.gov.it/gazzette/index/download/id/1930026_P1
- Risman BJ (2004) *Gender as a social structure. Theory wrestling with Activism*. Gender & society (Internet). Consultato il 9 gennaio 2017, 18(4), disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1177/0891243204265349>
- Ropa R, Venturoli C (2010). *Donne e lavoro: un'identità difficile. Lavoratrici in Emilia Romagna (1860-1960)*. Bologna: Editrice Compositori.
- Seymour-Smith C (1992) *Dizionario di Antropologia*. Traduzione di Alba Rosa Leone e Danila Visca. Firenze: Sansoni.
- Sironi C (2012) *L'infermiere in Italia: storia di una professione*. Roma: Carocci Faber.
- Istituto Centrale di Statistica (1968) *Sommario di Statistiche Storiche dell'Italia 1861-1965*. Istituto Poligrafico I.E.M., 129.
- Tonarelli A, Mancini T (2011) *Diventare psicologi tra teoria, motivazione e pratica. Percorsi formativi e processi di costruzione dell'identità professionale in studenti di psicologia* (Tesi di dottorato). Parma, Università degli Studi di Parma Dipartimento di Psicologia. Consultato il 28 giugno 2017, disponibile all'indirizzo: <http://hdl.handle.net/1889/1690>
- Willson P (2011) *Italiane. Biografia del Novecento*. Roma-Bari: Editori Laterza.



CONTRIBUTI

L'infermiere e i suoi reati: la responsabilità infermieristica attraverso l'analisi delle sentenze giuridiche

di **Marzia Ferrario (1)**, **Anna Sponton (2)**

(1) Infermiera Unità Operativa Cardiologia Interventistica - IRCCS Centro Cardiologico Monzino, Milano

(2) Assistente SITRA - IRCCS Centro Cardiologico Monzino, Milano

Corrispondenza: marzia.ferrario@live.it

Introduzione

Tutto ciò che fino ad oggi l'infermiere ha acquisito e conquistato in termini di autonomia, competenza e responsabilità è frutto di un'evoluzione normativa e formativa, che ha continuamente ridefinito il ruolo dell'infermiere per adeguarlo ai cambiamenti del contesto sociale, culturale, scientifico, etico e politico/economico.

Nel processo di assistenza, l'infermiere è l'attore che identifica i bisogni del paziente, pianifica, interviene e prende tutte le decisioni necessarie a garantire le migliori prestazioni assistenziali. La responsabilità professionale viene valutata sulla base di come l'infermiere persegue questo suo ruolo: se il suo comportamento è conforme alle norme giuridiche, ai regolamenti interni, al contesto organizzativo; se utilizza in modo adeguato le competenze e le abilità acquisite, ma soprattutto se è adeguato il suo agire professionale, ossia quel comportamento che deriva, consapevolmente o meno, da un sistema di principi etici.

Inoltre l'infermiere è portatore, insieme agli altri professionisti sanitari, di due principi che vengono fortemente presi in considerazione nella valutazione della responsabilità professionale: il principio di garanzia e il principio di affidamento. La posizione di garanzia nei confronti dei pazienti rappresenta l'obbligo giuridico di preservare e tutelare la salute contro qualsiasi pericolo per tutto il tempo in cui questi sono affidati alla loro cura e assistenza. Secondo invece il principio di affidamento, ogni professionista è responsabile della corretta esecuzione delle attività che gli sono affidate e può confidare sull'adempimento da parte degli altri dei doveri che gli spettano, senza avere l'obbligo di impedire che questi realizzino comportamenti pericolosi o condotte inadeguate.

A fronte di tali premesse giuridico-deontologiche, si è cercato di esplorare a tuttotondo le responsabilità che coinvolgono il professionista infermiere.

Obiettivo

L'obiettivo è creare un quadro dei principali reati che hanno coinvolto gli infermieri, in Italia, nell'ultimo decennio, attraverso la lettura delle pronunce degli organi giudicanti, mostrando come i concetti di responsabilità ed autonomia siano principi sempre più efficaci e come sia fondamentale un agire corretto e consapevole basato su solide conoscenze teoriche e pratiche.

Metodi e strumenti

È stata condotta un'analisi critica delle sentenze ed ordinanze degli organi giudicanti tramite la consultazione delle banche dati giuridiche "De Jure" ed "Altalex" e dell'archivio ufficiale della Corte di Cassazione: "SentenzeWeb".

La ricerca è stata condotta tra ottobre 2016 e gennaio 2017, prendendo in esame le sentenze pronunciate tra il 2005 e il 2016.

Le decisioni della Corte di Cassazione sono state accuratamente vagliate per estrapolare le informazioni necessarie a creare un quadro generale dei principali reati che hanno coinvolto gli infermieri, delle caratteristiche dell'operatore sanitario e dei luoghi in cui i reati sono stati commessi.

Risultati

La ricerca effettuata ha prodotto 1051 risultati, di cui 993 sentenze e 58 ordinanze.

La scelta di includerle o meno nell'analisi è stata realizzata grazie alla lettura del cosiddetto "Motivo in fatto", requisito formale delle pronunce giuridiche, che contiene una sommaria esposizione dell'evento e dei soggetti coinvolti nel processo.

Questa ha portato all'esclusione di 931 documenti, risultati non pertinenti allo scopo della revisione in quanto in alcune pronunce, l'infermiere, non ricopre il ruolo di imputato, ma di persona informata sui fatti; in altre, invece, viene tratto a giudizio per reati commessi non nell'esercizio della sua funzione o non verso i pazienti.

Sono quindi state prese in considerazione le restanti 120 decisioni civili e penali, di cui 114 sentenze e 6 ordinanze, attraverso le quali è stato possibile dare visione dell'evoluzione e dell'aumento dell'autonomia e della responsabilità dell'infermiere, nonché esaminare le caratteristiche dei reati, degli elementi temporali e spaziali dell'evento e dei soggetti coinvolti.

Da ogni sentenza/ordinanza è stato tratto il numero identificativo, l'anno della pronuncia limitato all'arco temporale dal 2005 al 2016 e il tipo di decisione che può essere di condanna, assoluzione o estinzione. È stato rilevato il tipo di reato e ricercata la condotta, colposa o dolosa, che l'ha causato.

In ambito penale il reato più frequente è quello di omicidio colposo (30%), seguito dal peculato (15,5%), dalla violenza sessuale (13,6%) e dalle lesioni personali colpose (10,9%) (Figura 1).

Anche in ambito civile il reato che vede maggiormente coinvolto l'infermiere è quello di omicidio colposo con il 58%. Il restante 42% delle osservazioni è suddiviso in parti uguali tra omicidio volontario, esercizio abusivo di professione, rifiuto/omissione di atti d'ufficio, somministrazione di farmaci guasti e pregiudizio per l'incolumità della persona e della sicurezza.

Il 52,3% dei delitti penali è stato compiuto con colpa, di cui il 49,2% esclusivamente di tipo generica, quindi con negligenza, imprudenza e/o imperizia e il restante 3,1% aggiunge a queste la non osservanza di linee guida, protocolli o procedure (colpa specifica). Il dolo riveste il 47,7% delle osservazioni (Figura 2).

Figura 1 - Tipi di reati penali delle pronunce emanate tra il 2005 e il 2016

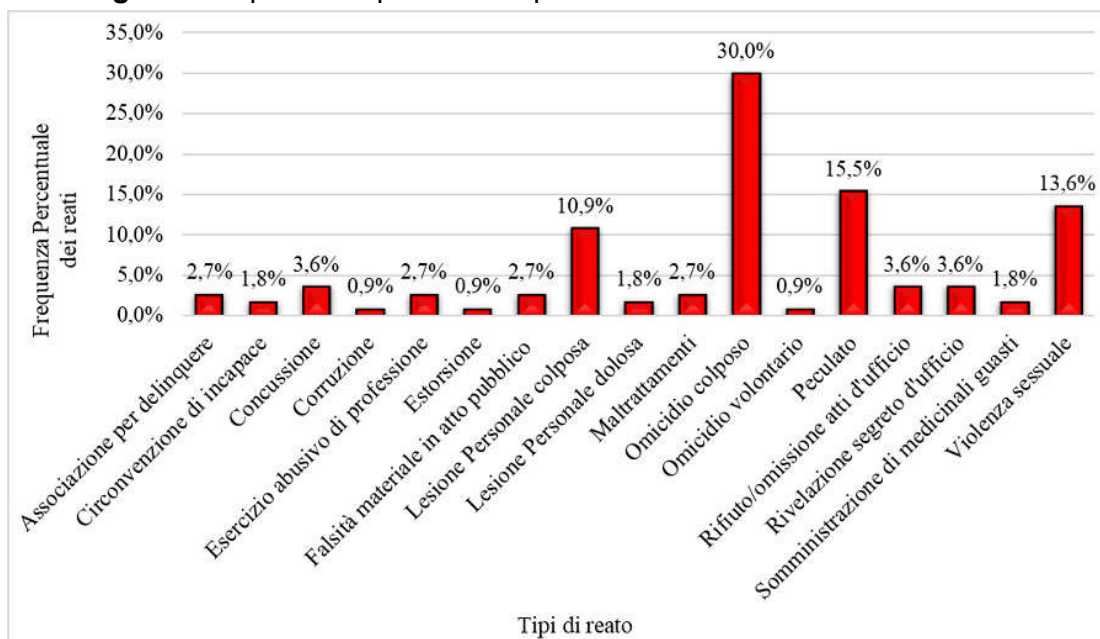
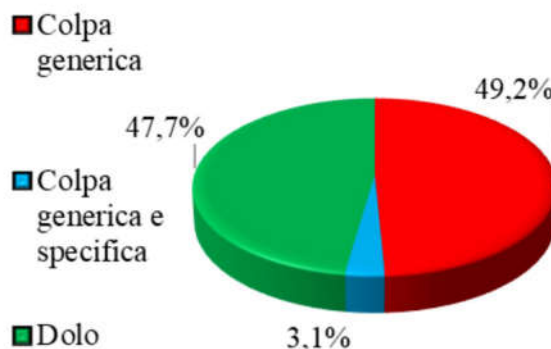


Figura 2 - Distribuzione degli elementi soggettivi del reato penale

Elementi soggettivi del Reato



In ambito penale in relazione alla colpa il 64,2% dei reati è stato commesso con negligenza, il 29,5% con imprudenza e il 6,3% con imperizia.

Questi dati racchiudono anche i casi in cui il singolo reato è stato commesso con condotte diverse contemporaneamente.

In materia civile dalle rilevazioni effettuate, l'elemento soggettivo del reato che prevale è quello della colpa che si è manifestato nel 67% dei casi, mentre il dolo è emerso nel 33% delle osservazioni. In tutte le sentenze la condotta colposa è stata di tipo "generica" e ha prevalso la negligenza del professionista sanitario.

Sono stati inoltre analizzati gli elementi temporali e spaziali del reato che racchiudono l'anno dell'evento, la collocazione geografica regionale e provinciale, il tipo di struttura sanitaria, il reparto e il turno di lavoro.

Il 68% dei reati penali sono stati commessi in Ospedale; il restante 32% è ripartito tra Clinica privata (9%), RSA (4%), Comunità protetta ad alta assistenza, Servizio sanitario, Urgenza/Emergenza-118 e Casa di riposo (3%), ASL/ASP, Centri di Riabilitazione, Casa circondariale e Domicilio (2%) e in un solo caso in Caserma e all'INAIL.

Anche dall'analisi delle sentenze civili emerge un netto coinvolgimento delle strutture ospedaliere (82%) a discapito delle altre strutture sanitarie.

In ambito ospedaliero i reparti maggiormente coinvolti sono la psichiatria per l'Area di Salute Mentale dove frequente è il reato di Violenza Sessuale; il reparto di Medicina per quanto riguarda l'Area Medica; la Sala Operatoria e il Pronto Soccorso per l'Area Critica, la Chirurgia e l'Ortopedia per l'Area Chirurgica e infine la Pediatria per l'Area Materno-Infantile. In ambito civile prevale il Pronto Soccorso.

Figura 3 - Distribuzione dei reati penali nelle aree sanitarie

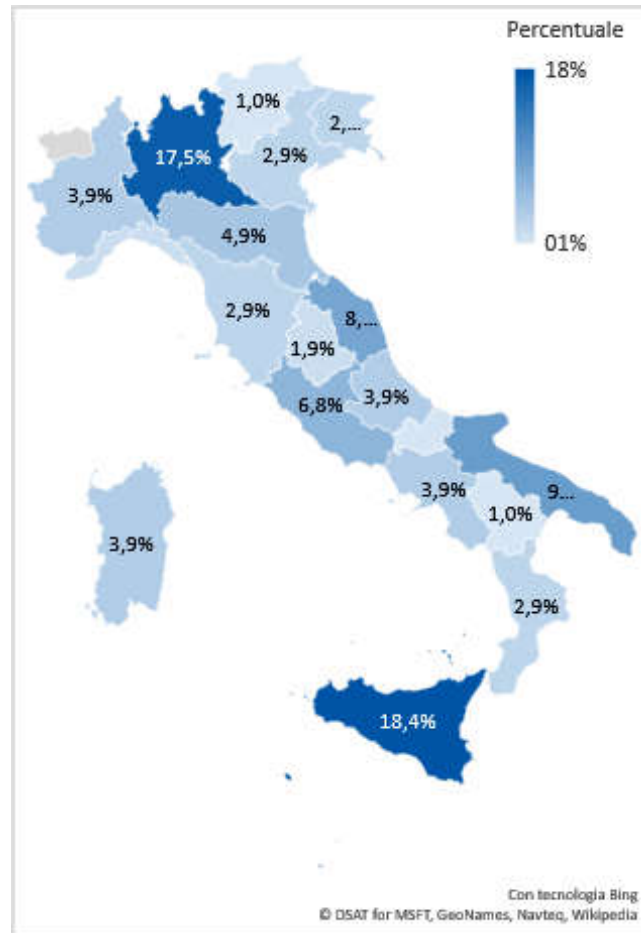
Area Sanitarie	Percentuale
Area Medica	27.7
Area Critica	26.2
Area Salute Mentale	13.8
Area Chirurgica	12.3
Area Materno Infantile	10.8
Area Riabilitativa	4.6
Area dei servizi diagnostici	3.1
Area dei servizi ambulatoriali	1.5

Nel presente lavoro è stata anche analizzata la frequenza dei reati in relazione ai turni lavorativi che generalmente si distribuiscono su tre periodi: mattina, pomeriggio e notte. A questi si affianca spesso il cosiddetto turno di giornata ricoperto soprattutto dal Coordinatore Infermieristico e da alcuni infermieri preposti anche ad attività organizzative (Figura 4).

Figura 4 - Distribuzione dei reati per turni lavorativi

Turni lavorativi	Percentuale
Mattino	1.3
Pomeriggio	16.3
Notte	40.0
Giornata	4.0
Reiterato su tre turni	38.7

Le regioni in cui sono risultati più frequenti i reati penali, in base alle sentenze ed ordinanze rilevate, sono la Sicilia e la Lombardia; dato che andrebbe confrontato con la popolazione di ogni regione. Nel cartogramma sono specificate le frequenze percentuali per ogni singola regione dei reati commessi dall'infermiere. In Valle d'Aosta non è stato riscontrato nessun caso.

Figura 5 - Distribuzione per regione dei reati

Tra le sentenze civili la Regione prevalsa è l'Emilia-Romagna, seguita da Lazio e Piemonte.

In merito alle caratteristiche dei soggetti coinvolti i dati selezionati sono stati il titolo professionale dell'infermiere, il sesso e l'età al momento del giudizio.

Dalle sentenze ed ordinanze esaminate sono state rilevate le caratteristiche dei professionisti infermieri coinvolti nei processi penali.

Il coordinatore infermieristico è stato il soggetto del processo penale nel 4% delle osservazioni, mentre il restante 96% è ricoperto dall'infermiere.

Contrariamente alle aspettative, essendo la professione infermieristica prettamente femminile, la distribuzione delle frequenze rispetto al genere si differenzia di poco tra i due sessi, facendo addirittura prevalere quello maschile, con il 51%, rispetto a quello femminile, con il 49%. Questo dato va ricondotto all'alta frequenza dei reati dolosi rilevati, tra cui quello di violenza sessuale.

Analizzando solo i reati commessi con colpa, le attese di prevalenza del sesso femminile vengono confermate, anche se la differenza nella distribuzione resta ridotta. Le donne hanno commesso il 60% dei reati colposi, mentre il genere maschile il 40%.

Le età invece sono state raggruppate in quattro classi ed è stato rilevato che per le classi estreme, dai 30 ai 39 anni e oltre i 60 anni, la frequenza è minore e rispettivamente del 10,1% e 14%; segue con il 17,8% la classe dai 50 ai 59 anni, mentre la distribuzione maggiore, con il 21,7%, si evidenzia dai 40 ai 49 anni. Alcune banche dati giuridiche non mostrano per scelta diverse informazioni della sentenza e per questo è stata inserita la voce "Non rilevato" che rappresenta il 21,7%; Sono invece sempre "Oscurate" le generalità dell'imputato che commette particolari tipi di reato, come la violenza sessuale.

Conclusioni

Con il rafforzamento della formazione, delle competenze e con la consapevolezza acquisita dalla professione, i concetti di responsabilità e autonomia sono divenuti più effettivi. Questo è visibile anche nelle pronunce degli organi giudicanti che hanno visto l'infermiere coinvolto in diversi reati proprio per il ruolo da professionista che ricopre.

Dalla casistica è emerso come il ruolo dell'infermiere non si sia consolidato in modo lineare e chiaro subito dopo l'emanazione della normativa sull'esercizio professionale e l'abolizione del mansionario. In una molteplicità di sentenze i giudici ritenevano ancora gli infermieri dei meri esecutori delle disposizioni mediche, dei soggetti privi di pensiero critico e autonomia.

Questo rifletteva l'orientamento della società e talvolta del personale sanitario non infermieristico delle strutture stesse.

La giurisprudenza ha invertito la sua interpretazione e ribaltato molti giudizi di assoluzione, adendo nelle motivazioni alle competenze e responsabilità che anche l'infermiere ha in ambito clinico-assistenziale. Si legge come sia portatore di analisi critica e autonomia professionale e valutativa, di come sia un soggetto formato e competente e non più subordinato alla figura medica. L'infermiere è a tutti gli effetti parte dell'équipe sanitaria e completamente coinvolto nella tutela del paziente. Come gli altri professionisti, ricopre una posizione di garanzia, un obbligo costituzionalmente riconosciuto di protezione del paziente da eventi dannosi e pericolosi e di salvaguardia della salute per tutto il turno di lavoro.

La ricerca effettuata ha poi permesso di rilevare diverse criticità nei riguardi della condotta dell'infermiere. I comportamenti principali che portano al centro di un processo riguardano omissioni nella rilevazione di segni e sintomi, mancanze dell'allerta del medico di guardia, errori nella somministrazione e gestione della terapia, nonché gli si attribuisce spesso una "culpa in vigilando".

L'omicidio colposo e le lesioni personali colpose rappresentano i reati in cui l'infermiere è ormai più coinvolto e questo è dovuto in particolare ad una negligenza e ad una sottovalutazione non solo dei pazienti e delle situazioni clinico-assistenziali, ma anche del proprio ruolo e della posizione ricoperta.

Circa il 48% dei reati penali analizzati sono stati compiuti con dolo, quindi con la volontà di ledere e creare un danno ad un paziente.

Violenza sessuale, maltrattamenti, circonvenzione di incapace, concussione... sono tutti delitti purtroppo presenti nelle strutture sanitarie. Questi sono compiuti da soggetti la cui qualifica professionale è quella di "infermiere", ma che sono in antitesi con i concetti deontologici che connotano la professione, con la promozione del bene per il paziente e con il prendersi cura degli altri.

Un agire consapevole è essenziale e necessario in ogni attività clinico-assistenziale che l'infermiere svolge; da quelle più "semplici" come l'apposizione di una mezza spondina o la rilevazione della pressione arteriosa a quelle più "complesse" come la gestione e la somministrazione della terapia.

Ogni singola attività svolta correttamente e con piena cognizione accresce l'autonomia del professionista e della professione, la considerazione dei pazienti e l'accettazione totale nel lavoro d'equipe. Per questo nulla deve essere dato per scontato, a partire dalla formazione che non si conclude con il percorso di laurea, anzi prosegue per tutto l'arco della vita professionale attraverso l'aggiornamento continuo.

Da ultimo non va dimenticato che la conquista dell'autonomia professionale e della responsabilità "positiva" porta con sé doveri giuridici e che quindi per un agire non consapevole l'infermiere risponde davanti alla legge.

BIBLIOGRAFIA

- Benci L. (2012). Aspetti giuridici della professione infermieristica (6ed). McGraw-Hill Education, Milano.
- Genovese U, Chiapusso B, Del Sordo S, Magon G, Steffano A, Vercesi L. (2014). La responsabilità professionale dell'infermiere e la sua tutela assicurativa. Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna.
- Lattarulo P. (2011). Bioetica e deontologia professionale. McGraw-Hill, Milano.
- Sentenze penali e civili disponibili all'indirizzo <https://www.iusexplorer.it/>. Ultimo accesso: 21/02/2017.
- Sentenze penali e civili disponibili all'indirizzo <http://www.altalex.com/>. Ultimo accesso: 21/02/2017.
- Sentenze penali e civili disponibili all'indirizzo <http://www.italgiure.giustizia.it/sncass/>. Ultimo accesso: 21/02/2017.



CONTRIBUTI

Open dialogue: un approccio assistenziale integrato a partire dalla presa in carico della persona in crisi psicotica

di **Laura Brancaleone**

Infermiera - Gallarate (Varese)

Corrispondenza: branca_91@hotmail.it

Dietro a una crisi psicotica, caratterizzata da un'importante compromissione della realtà, può esservi un disturbo mentale. I disturbi mentali riguardano circa 450 milioni di persone nel mondo e rappresentano il 20% del totale delle malattie presenti nel continente europeo (Epicentro, 2007).

In Italia sono 777.035 gli utenti afferenti ai servizi di salute mentale (Di Cesare et al., 2017); si tratta di persone soggette a isolamento sociale, bassa qualità della vita e alta mortalità. Le malattie mentali sono, inoltre, all'origine di elevati costi sociali ed economici. È intuitivo, quindi, che i disturbi mentali rappresentino un importante problema di sanità pubblica.

La schizofrenia, grave ed invalidante, interessa 24 milioni di persone nel mondo, di cui 245.000 in Italia (EpiCentro, 2017). Ha un tasso di incidenza pari a 6,10 casi ogni 10.000 abitanti e rappresenta, a livello nazionale, il 25% dei casi che esitano in ricovero (Ministero della Salute, 2016). Interessa la fascia giovanile, tra i 18 e i 28 anni, con un esordio che può essere precoce o preceduto da sintomi negativi facilmente confondibili con una crisi adolescenziale, in quanto il giovane si chiude in sé stesso, interrompe le relazioni, perde il lavoro o lascia la scuola (EpiCentro, 2017). Ma è importante cercare di fare una distinzione in questo senso perché l'identificazione precoce della fase pre-psicotica incide profondamente sul decorso della patologia.

La persistenza di una scarsa risposta alla somministrazione di farmaci e di sintomi psicotici nell'adolescente fa spostare l'attenzione su metodi complementari, tra i più noti la psicoterapia, la terapia cognitivo-comportamentale o la terapia familiare (Mento, Rizzo, 2015), fondati sul dialogo e la relazione orientata ai bisogni specifici dell'utente in modo da costruire, fin da subito, la relazione terapeutica e prevenire la cronicizzazione della malattia (NICE, 2015).

Proprio su questo indirizzo si sviluppa *Open Dialogue* (OD), metodo che vede la sua origine in Finlandia, nei primi anni Ottanta, e la successiva estensione in altre realtà; l'unico ad associare alla malattia mentale una percentuale di guarigione considerevole, pari all'81% dopo 24 mesi, con l'utilizzo minimo o, addirittura, nullo di antipsicotici.

Analisi della letteratura

Per analizzare OD e il ruolo infermieristico all'interno del team multi-disciplinare che lo utilizza, soffermandosi sulle responsabilità e la formazione prevista, sono state consultate diverse banche dati: EMBASE, ScienceDirect, MEDLINE, TRIPDATABASE, Cochrane library, riviste scientifiche e le più recenti linee guida, facendo riferimento al *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE).

Le parole chiave utilizzate sono state 'mental disease', 'acute psychosis', 'open dialogue', 'open dialogue approach', usate in combinazione con gli operatori booleani AND e OR. Sono stati selezionati articoli in lingua italiana, inglese e spagnola, pubblicati negli ultimi 10 anni; solo due, recuperati successivamente, sono antecedenti in quanto collegati con gli studi reperiti. Nello specifico sono stati considerati gli studi che affrontavano le tematiche relative alle caratteristiche di OD, ai vantaggi/svantaggi nell'utilizzo del metodo nella crisi psicotica e ai risultati della sua applicazione in ambiti europei ed extraeuropei, con riferimento, anche, alla sperimentazione italiana di recente conclusasi.

L'articolo apparso su *Science*, "*Talking back to madness*", ha permesso, in primo luogo, di individuare ciò che distingue il metodo finlandese da altri; accanto alla psicoterapia psicodinamica che vede un miglioramento dei sintomi dopo 24 mesi o della cognitivo-comportamentale che vede, invece, una riduzione dei sintomi dopo 18 mesi, viene citato OD come l'unico metodo, tra i dieci presi in esame, a vantare una percentuale di guarigione pari all'81% dopo 24 mesi, con l'utilizzo minimo di antipsicotici e con una forte attenzione posta sul nucleo famiglia e sul supporto comunitario (Balter, 2014).

Si evidenzia anche l'abbattimento del tasso di cronicizzazione raggiungendo effetti positivi sulla stigmatizzazione. Il coinvolgimento sociale insieme alla rapida remissione sintomatica, legata all'avviamento di un tempestivo processo di significazione piuttosto che di annullamento della sintomatologia psicotica, è possibile porti a differenti concezioni di malattia. La psicosi, collocandosi nella collettività, viene fronteggiata e gestita in maniera sinergica, ponendo le migliori garanzie per superare la malattia (Bessone, Tarantino, 2015).

In Finlandia, già dagli anni '80, si avviava il Progetto Nazionale Finlandese per la Schizofrenia che ha permesso la riduzione del numero di ricoveri psichiatrici da 20.000 a 6.000 l'anno, in seguito alla ricollocazione dei pazienti a domicilio e nelle comunità riabilitative. Parallelamente si assiste a una riduzione dell'incidenza della schizofrenia, da 33 a 2 nuovi pazienti l'anno ogni 100.000 abitanti, nei primi anni del 2000. Elementi chiave del successo sono: l'aiuto immediato, la riflessione cooperativa sulla migliore e personalizzata strategia di coping e la costituzione di squadre mobili di intervento sulla crisi (Kłapciński, Rymaszewska, 2015).

OD viene anche confrontato con il metodo tradizionale utilizzato per il trattamento delle psicosi, ovvero l'adozione immediata di farmaci e il ricovero ospedaliero entro 24 ore. Con questo trattamento tale popolazione presentava, rispetto al gruppo del progetto *Open Dialogue Approach in Acute Psychosis* (ODAP), maggiori giorni di ospedalizzazione e un uso più elevato dei farmaci. A due anni dall'inizio del trattamento, almeno una ricaduta si era verificata nel 71% dei pazienti trattati con metodo tradizionale, ma solo nel 24% del gruppo ODAP. Inoltre, nei pazienti del gruppo di confronto solo 6 persone su 14 (30%) erano tornate ai propri studi o attività lavorative, contro 19 persone su 23 (83%) del gruppo ODAP, che presentavano, tra l'altro, minori o assenti sintomi psicotici residui.

Tali differenze potrebbero essere connesse alla diversità di trattamento; nell'approccio tradizionale è presente il rischio di discontinuità nel percorso di cura, dovuta al cambio di terapeuti alla dimissione ospedaliera, a cui si aggiunge una parziale partecipazione della famiglia che generalmente viene maggiormente coinvolta nella fase di ospedalizzazione. Ciò non accade nel gruppo ODAP, dove il team resta invariato durante l'intero percorso di cura con coinvolgimento attivo, sin dal principio e per tutta la durata del trattamento, della famiglia, ma anche della rete sociale. Questo eviterebbe, insieme alla ridotta o assente ospedalizzazione, il ritiro della persona dalla società (Seikkula, 2014).

L'utilizzo di farmaci nei pazienti psicotici necessita, invece, di ulteriori chiarimenti. Non è ancora precisato, infatti, se debbano essere o meno utilizzati, perché negli studi i pazienti miglioravano sia nel caso di utilizzo che non. Invece ciò che è certo è che posporre o evitare l'uso di neurolettici nel 64% dei casi non ha aumentato il rischio di ricadute o drop-out e che, alle volte, la loro somministrazione ha influito negativamente sulla qualità di vita. Inoltre, la somministrazione del farmaco fin dagli inizi può comportare una minor espressione dei sintomi, quindi una sostanziale difficoltà di individuazione della problematica con una impostazione più lenta del trattamento (Seikkula et al., 2014; Seikkula et al., 2001).

Dei pazienti ODAP, al follow-up di 5 anni, solo il 17% usava neurolettici e, nel complesso, durante l'intero periodo di 5 anni il 29% li aveva utilizzati solo a un certo punto del trattamento (Seikkula et al., 2006).

L'82% non presentava sintomi psicotici residui, l'86% lavorava, studiava o era alla ricerca di un lavoro e solo il 14% percepiva una pensione di invalidità; il 19% aveva avuto una ricaduta. La stabilità dei risultati ottenuti dall'OD è confermata dal fatto che, complessivamente, oltre il 70% dei pazienti non aveva avuto neanche una ricaduta nel periodo considerato di oltre 10 anni. Offrire aiuto immediato, punto focale di OD, ha permesso la riduzione dell'intervallo di tempo tra l'insorgenza dei sintomi e l'inizio di un percorso di cura, da una media di 12-13 mesi a 4,2 mesi fino a 3 settimane nei primi anni 2000. Questo è un dato significativo e che fa ben comprendere come la diagnosi di schizofrenia, in Lapponia, stia scomparendo se si considera che, per porre diagnosi, secondo gli attuali manuali di riferimento (DSM-5), è necessario che i sintomi perdurino per almeno 6 mesi (Bessone e Tarantino, 2015).

I risultati finora descritti hanno attirato l'interesse di altre realtà.

L'Australia, per esempio, ha investito numerose risorse per l'adozione del metodo e per formare specialisti in grado di comporre le squadre di intervento nelle crisi (Lakeman, 2014).

La Gran Bretagna, invece, sta coordinando da qualche anno il primo programma di formazione OD fuori dalla Finlandia che ha visto coinvolte squadre provenienti da quattro *National Health Service* (NHS), ma anche di differenti nazionalità. L'ultimo programma svoltosi, tra il 2016 e il 2017, ha dato vita al progetto *Parachute* a New York. Quest'ultimo, con il fine di ridurre i tassi di ospedalizzazione, si basa sul *Needs Adapted Treatment Model* (NATM), modello alla base di OD; per la prima volta questo progetto viene sperimentato in una realtà più vasta, rappresentata da un ambiente urbano esteso e popolato (Lindy et al., 2014).

L'interesse verso il nuovo approccio è in aumento negli Stati Uniti: a dimostrarlo è uno studio di fattibilità del 2016, valutante la fattibilità di attuare un programma ambulatoriale basato sui principi OD. I risultati hanno suggerito che il modello può essere implementato con successo nel Paese essendo in grado di ottenere risultati clinici, alta soddisfazione e di garantire un processo decisionale condiviso (Gordon et al., 2016).

In Germania l'ente sanitario ha introdotto OD già a partire dal 2007. Nel 2014 il Paese vantava 15 differenti aree coperte dall'intervento delle squadre mobili, esperte nell'approccio alla crisi e nel trattamento a domicilio, seguendo il modello finlandese. Vengono riportati risultati positivi soprattutto in termini di costi di gestione (diminuiti del 50% in un anno) grazie alla riduzione del numero di pazienti cronici. Inoltre, anche i ricoveri ospedalieri si sono ridotti del 25%, privilegiando l'intervento a domicilio (Schütze, 2015).

A fine anno 2017, invece, l'Italia ha portato a termine il progetto di sperimentazione finanziato dal Ministero della Salute, della durata di 24 mesi, con l'obiettivo generale di valutare la trasferibilità, operativa e organizzativa di OD per il trattamento di pazienti in fase di esordio e acuzie (Bessone e Tarantino, 2015). Si potranno quindi a breve conoscere i risultati raggiunti dagli 8 Dipartimenti di Salute Mentale coinvolti: Torino (2 DSM, i due esistenti), Savona, Trieste, Modena, Roma (2 su 5) e Catania (Pocobello e Salamina, 2015).

Fornire aiuto immediato alla manifestazione psicotica si collega a un ulteriore principio di OD: quello di responsabilità. Chiunque venga contattato per primo, dai familiari o dalla persona in crisi psicotica, si assume la responsabilità di organizzare il team multidisciplinare, considerato il migliore in risposta alle situazioni generalmente multi-problematiche che si presentano, garantendo la molteplicità delle competenze e metodi terapeutici differenti. L'approccio sinergico del team, con le discussioni riflessive all'interno del gruppo di lavoro per tutto il tempo necessario al trattamento, favoriscono la creazione di un clima di fiducia e l'ascolto tra i professionisti, fatto che incoraggia, a sua volta, l'ascolto tra i membri della famiglia (Seikkula e Alakare, 2007).

L'infermiere, nel gruppo multidisciplinare, non ha un ruolo specifico; questo probabilmente sta a significare che ogni professionista ha uguale importanza nel processo di trattamento, ed è necessario per fornire una risposta adeguata. Inoltre, alla pari di qualsiasi altro professionista, può diventare terapeuta tramite la partecipazione ad un training triennale in terapia familiare dialogica (Seikkula, 2016; Seikkula, 2007).

Conclusioni

I risultati riportati dal metodo confermano la possibilità di una svolta importante nella psichiatria.

Modificare l'approccio nella cura della grave crisi psicotica va nella direzione del cambiamento culturale e sociale; questo richiederà una forte motivazione dei professionisti verso la formazione continua, specifica e strutturata, come unica possibilità per tradurre in realtà i principi di OD. Quella del cambiamento è una sfida importante, proiettata al miglioramento della qualità di vita dei pazienti, alla riduzione del numero di ospedalizzazioni e ricadute, alla riduzione della cronicizzazione, fino a una possibile guarigione e a un percorso di destigmatizzazione della malattia mentale.

BIBLIOGRAFIA

- Balter M. (2014). Talking Back to Madness. *Science*, 343(6176):1190-1193.
- Barone R. (2016). Verso una psichiatria più umanitaria: sviluppo del trattamento adattato al bisogno delle psicosi schizofreniche [online]. Disponibile da: <http://www.raffaelebarone.com/verso-una-psichiatria-piuumanitaria-sviluppo-del-trattamento-adattato-al-bisogno-delle-psicosischizofreniche/> (u.c. 09/2017).
- Barone R., Morretta A., Gulino E. (2017). Open Dialogue. Un intervento innovativo con la famiglia e la rete sociale nel Dipartimento di Salute Mentale di Caltagirone Palagonia. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* [online], 14 aprile. Disponibile da: <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/volume-14/opensdialogue-intervento-innovativo-famiglia-rete-sociale-salute-mentalecaltagirone-palagonia> (u.c. 10/2017).
- Bergström T., Alakare B., Aaltonen J., Mäki P., Köngäs-Saviaro P., Taskila J. J., Seikkula J. (2017). The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Psychosis*, 9(4):310-321.
- Bessone M., Tarantino C. (2015). Forme di democrazia in psichiatria: l'Open Dialogue finlandese. *State of mind: il giornale delle scienze psicologiche* [online]. Disponibile da: <http://www.stateofmind.it/2015/06/psichiatria-open-dialogue/> (u.c. 06/2017).
- EpiCentro (2017). Salute mentale, informazione generali e schizofrenia [online]. Disponibile da: <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/mentale.asp>. (u.c. 04/2017).
- Gordon C., Gidugu V., Rogers E. S., DeRonck J., Ziedonis D. (2016). Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis Into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study. *Psychiatric Services*, 67(11):1166– 1168.
- Kłapciński M., Rymaszewska J. (2015). Open Dialogue Approach – about the phenomenon of Scandinavian Psychiatry. *Psychiatria Polska*, 49(6):1179-1190.
- Lakeman R. (2014). The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review. *Psychotherapy in Australia*, 20(3): 2633.
- Lindy D. C., Sadler P., Pessin N. (2014). Parachute NYC: An innovative approach to serving people with psychosis in New York City. In: 142nd Conference APHA, Annual Meeting and Exposition New York, novembre 2014.
- Martin F. (2017). A model to empower patients and their families in mental health care. *Nursing Times* [online], 113(2):58.
- Mento C., Rizzo A. (2015). Attualità in tema di trattamento psicoterapico delle psicosi. *State of mind: il giornale delle scienze psicologiche* [online]. Disponibile da: <http://www.stateofmind.it/2015/06/origini-psicosicongresso/> (u.c. 04/2017).
- Di Cesare M., Di Fiandra T., Di Minco L., La Sala L., Magliocchetti N., Romanelli M., Santori E. (2017), Rapporto Salute Mentale: analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) anno 2016, disponibile da: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2731 (u.c. 10/2017).
- National Institute for Health and Care Excellence (2015). New quality standard on psychosis and schizophrenia. National Institute for Health and Care Excellence [online]. Disponibile da: <https://www.nice.org.uk/news/article/new-quality-standard-on-psychosisand-schizophrenia> (u.c. 04/2017).
- Olson M., Seikkula J., Ziedonis D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.
- Olson M. (2015). An Auto-Ethnographic Study of “Open Dialogue”: The Illumination of Snow. *Family Process*, 54(4):716-729.
- Open Dialogue UK. “Training, Family Work, Seminars & Conferences.” Disponibile da: <http://opendialogueapproach.co.uk/> (u.c. 04/2017).
- Pocobello R., Salamina G. (2015). Il Dialogo Aperto: dalla Lapponia Occidentale all'Italia [online]. Disponibile da: http://www.academia.edu/19773075/Il_Dialogo_Aperto_dalla_Lapponia_Occidentale_all'Italia. (u.c. 06/2017).
- Razzaque R., Wood L. (2015). Open Dialogue and its Relevance to the NHS: Opinions of NHS Staff and Service Users. *Community Mental Health Journal*, 51: 931-938.
- Schütze W. (2015). Open Dialogue as a contribution to a healthy society: possibilities and limitations. Elsevier, 24: 86-90.
- Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J. (2001). Open Dialogue in psychosis (II): a comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4): 267-284.
- Seikkula J., Aaltonen J., Alakare B., Haarakangas K., Keranen J., Lehtinen K. (2006). Five-year experience of first-episode non-affective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2): 214-228.
- Seikkula J., Alakare B. (2007) Open Dialogues. In: Stastny P., Lehmann P., eds. *Alternative beyond psychiatry*. Germania: Peter Lehmann Publishing, 178-192.

- Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J. (2011). The comprehensive open dialogue approach (II). Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3: 192-204.
- Seikkula J. (2014). *Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Seikkula J. (2016). Dialoghi aperti nel presente e nel futuro: nuovi sviluppi [online]. Disponibile da: <http://open-dialogue.net/dialoghi-aperti-nelpresente-e-nel-futuro-nuovi-sviluppi/?lang=it>. (u.c. 09/2017).
- Sykes J. (2015). New York 'Parachute' programme for people with acute mental distress lands in the UK. *The Guardian* [online]. Disponibile da: <https://www.theguardian.com/society/2015/oct/20/parachute-therapypsychosis-new-york-uk>. (u.c. 10/2017).
- World Health Organization (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Trieste: Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Formazione, Dipartimento di Salute Mentale, A.A.S. n.1 Triestina.
- World Health Organization (2015). *Mental Health Atlas 2014*. Francia: WHO Press.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. CG 178. Disponibile da: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>. (u.c. 10/2017).



ESPERIENZE

Ascoltiamo gli infermieri per ritrovare la fiducia

di *Laura Barbotto (1), Salvatore Bellinceri (2), Luigi Binelli (3), Domenico Cali (4), Rita Levis (5), Maria Adele Schirru (6), Giulio Zella (7)*

- (1) *Presidente OPI Cuneo*
- (2) *già Presidente IPASVI Alessandria*
- (3) *già Presidente IPASVI Novara e VCO*
- (4) *Presidente OPI Asti*
- (5) *Presidente OPI Biella*
- (6) *già Presidente IPASVI Torino*
- (7) *Presidente OPI Vercelli*

La professione infermieristica ha visto negli ultimi decenni una sempre maggiore richiesta di specializzazione. W. Tousijn, sociologo contemporaneo, scrive: “la figura dell’infermiere professionale nasce soltanto con l’affermarsi della medicina scientifica, e in particolare con la trasformazione dell’ospedale in istituzione specializzata nella funzione di cura degli ammalati. Essa è frutto della nuova divisione del lavoro sanitario che si instaura nell’ospedale, e come tale si trova fin dalla nascita in posizione di subordinazione strutturale alla figura del medico” (Tousijn, 1987, pag. 19).

Le sollecitazioni in questa affermazione sono due: la trasformazione che ha investito la professione e il ruolo di subordinazione dell’infermiere all’interno dell’organizzazione sanitaria. Queste dinamiche storico-sociali possono essere tra le cause dell’attuale crisi di fiducia che gli infermieri sperimentano su più fronti.

È a partire dalle difficoltà quotidiane dei professionisti che emerge la necessità di comprendere i cambiamenti in atto. Attraverso l’espressione diretta da parte dei protagonisti è possibile risalire agli schemi di relazione all’interno dei quali si costruiscono gli spazi di azione. Un obiettivo ambizioso, ma nondimeno stimolante. L’ascolto ha dunque rappresentato un aspetto imprescindibile per poter avviare un confronto sul tema della fiducia.

Nello studio qui presentato si sono indagate le percezioni degli infermieri, con l’obiettivo di identificare delle linee di intervento per invertire la tendenza e ritrovare la fiducia.

Il nostro percorso

L’indagine risponde all’esigenza di dar voce agli infermieri del territorio piemontese per trarre indicazioni sulla loro percezione dell’attuale situazione della professione. La collaborazione con i componenti del Coordinamento Regionale dell’allora Collegi Ipasvi del Piemonte (oggi Ordini delle Professioni Infermieristiche) è stata fondamentale per la stesura del progetto.

Si è cercato in particolare di indagare le motivazioni del clima interno alla professione, interpellando gli infermieri sui seguenti temi:

- la sfiducia è dovuta ai fatti di cronaca che hanno contribuito ad un’immagine negativa dell’infermiere?
- il contesto organizzativo è un fattore che può agevolare o sfavorire la percezione di fiducia degli infermieri?
- un ambiente lavorativo ad alto rischio produce una percezione di immagine più negativa?

L'indagine ha preso avvio con un questionario auto-somministrato con modalità online, compilabile sia da computer che da smartphone; in una seconda fase i dati raccolti sono stati dibattuti attraverso un *focus group* con i rappresentanti dei sette Collegi.

Il questionario è stato costruito per indagare tre ambiti specifici:

- l'immagine pubblica della professione
- il ruolo dell'infermiere
- la professione dell'infermiere nella quotidianità.

In tutto sono stati formulati 18 item, con differenti modalità di risposta: multipla, a scala Likert, aperta. La versione definitiva del questionario è il risultato di un costante confronto con i componenti del Coordinamento Regionale che hanno validato ogni item proposto.

Prima della messa online è stato effettuato un pre-test con un campione ragionato di professionisti, comprendendo infermieri operanti in vari contesti, in modo da raccogliere elementi utili a valutare completezza, chiarezza e gestibilità del questionario.

La pubblicizzazione è stata curata direttamente dai singoli Collegi che hanno variamente scelto il canale comunicativo: dalla pubblicazione sul sito internet all'invio tramite e-mail, alla segnalazione durante momenti di formazione.

Per rispettare la distribuzione della popolazione, per genere ed età, è stata effettuata una ponderazione dei dati raccolti, in modo che i risultati fossero rispondenti al peso delle quote.

I dati ottenuti sono stati la base per la gestione di un *focus group* con i componenti del Coordinamento Regionale piemontese (7 persone). La discussione è stata condotta da un moderatore e da un osservatore.

Risultati

Le risposte raccolte mettono in luce la difficoltà degli infermieri nel vedere riconosciute le proprie competenze. Il riconoscimento del ruolo e le conseguenze che questo produce in termini di benessere organizzativo, e non solo, sono i principali portati dell'indagine.

L'immagine

E' stato preso in esame il tema dell'immagine pubblica, nella quale si intrecciano il potere dei media e la funzione dello stereotipo nella classificazione di un ruolo professionale, con la sua carica di resistenza al cambiamento.

Un primo stereotipo, facile da riconoscere, è quello di genere, ma uno stereotipo nel quale si ritrova una più marcata resilienza è quello del ruolo che vede l'infermiere come socievole, attento, poco autonomo (Sollami, Caricati, Mancini, 2015).

I dati mettono in luce una professione che sta vivendo un forte cambiamento, come testimoniato dagli interventi durante il *focus group*, e che si scopre vulnerabile rispetto all'uso distorto della comunicazione pubblica.

Il 40% degli intervistati ha dichiarato che l'immagine fornita dai media ha causato ripercussioni negative sul lavoro degli infermieri, andando a ledere la fiducia per il proprio operato da parte degli assistiti e creando un clima di sospetto.

I dati mostrano come l'aspetto operativo maggiormente colpito dalla diffidenza di assistiti e familiari sia la somministrazione dei farmaci, mentre la capacità di relazione non viene messa in discussione.

L'importanza dell'opinione pubblica torna ad essere confermata nelle risposte sull'utilità delle campagne stampa sul ruolo dell'infermiere. L'82% dei rispondenti ritiene "abbastanza" e "molto utili" (rispettivamente 36% e 46%) le azioni informative sulla professione.

Il ruolo

Nell'indagare il contesto organizzativo si è inteso raccogliere la percezione degli infermieri rispetto alla relazione con le altre figure professionali di ambito sanitario. L'ambiente di lavoro, costituito da molteplici professionalità, rappresenta un significativo ambito di analisi per la comprensione del ruolo coperto dall'infermiere.

I dati raccolti hanno consentito di disegnare tre sottogruppi: la rete ristretta (composta da operatori socio-sanitari e medici, nonché dalla figura del coordinatore), i tecnici (gruppo composto da fisioterapisti/logopedisti e TSRM) e la rete allargata (composta da assistenti sociali, psicologi e dirigenti). Questa elaborazione ha consentito una più significativa disamina dell'opinione degli infermieri. Il gruppo dei professionisti della rete ristretta è quello che va tenuto maggiormente in conto per comprendere quale sia la posizione dell'infermiere all'interno del contesto organizzativo.

La rete ristretta

Gli infermieri riconoscono alla figura del coordinatore un ruolo fondamentale, quella a cui attribuiscono una valutazione più alta rispetto alle altre in termini di soddisfazione della relazione. Due infermieri ogni tre valutano superiore a 7/10 la collaborazione con il proprio coordinatore. Di poco inferiore il giudizio riferito agli operatori socio-sanitari, con i quali la convivenza appare positiva. Per quanto riguarda la relazione con i medici la valutazione è ancora di sufficienza piena, sebbene la percentuale di soddisfatti superi di poco il 50% degli intervistati.

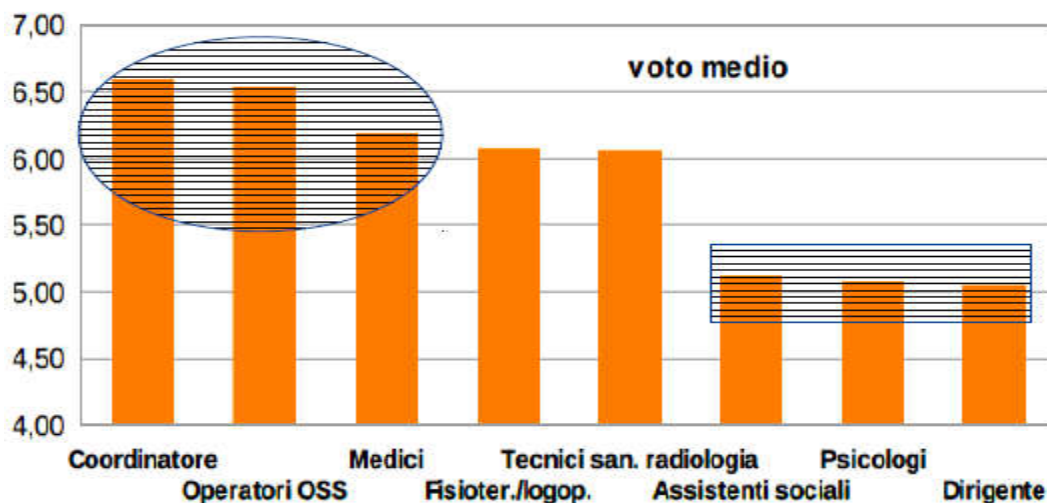
I tecnici

Il gruppo di professionisti composto da fisioterapisti/logopedisti e TSRM mette in evidenza da parte degli infermieri un atteggiamento più distaccato, che si registra con valutazioni contenute. Il voto medio riconosciuto si aggira intorno al 6/10 e le valutazioni di piena soddisfazione della relazione (voti sopra il 7/10) non raggiungono il 50% degli intervistati.

La rete allargata

Il terzo gruppo è costituito da quei ruoli che l'infermiere giudica distanti dal proprio lavoro quotidiano: si tratta di assistente sociale, psicologo e dirigente. In questo caso la valutazione media si attesta intorno a 5/10, mostrando una relazione insoddisfacente o poco significativa.

Figura 1 - Soddisfazione della relazione con altre figure/ruoli

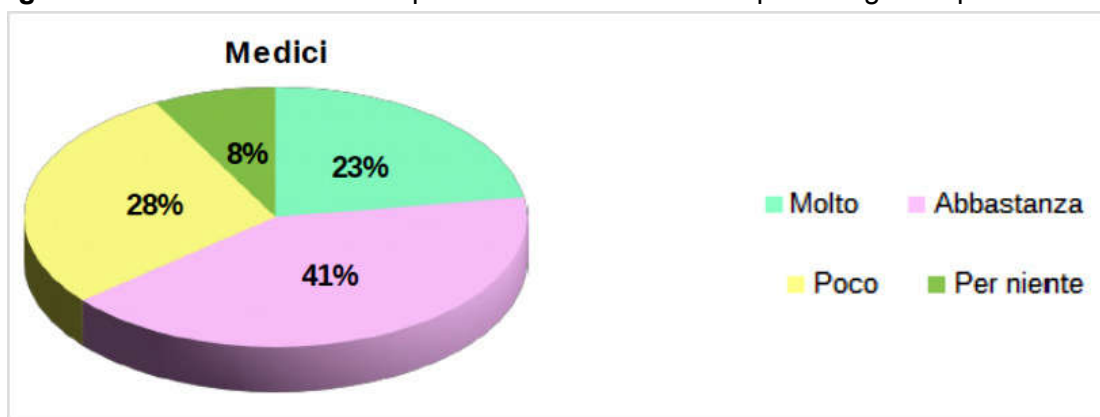


Il contesto organizzativo è stato ulteriormente indagato, per approfondire il benessere dell'infermiere in termini di riconoscimento delle proprie competenze.

Il gruppo che viene riconosciuto come l'effettivo team di lavoro, composto da operatori socio-sanitari e medici, registra i livelli più alti di conoscenza delle competenze degli infermieri: più stretto è il contatto di lavoro, maggiori sono dunque le possibilità di veder riconosciuto il proprio ruolo.

Anche in questo gruppo, che è quello relativamente più coeso, si evidenzia però un'area di incertezza, in particolare per quanto riguarda i medici. Aggregando le risposte di chi ritiene che i medici siano poco o per niente consapevoli delle competenze dell'infermiere, si raggiunge il 36%.

Figura 2 - Percezione della competenze dell'infermiere da parte degli altri professionisti



La suddivisione delle risposte per titolo di studio dell'intervistato mostra alcune lievi differenze: nel caso degli infermieri laureati, appare esserci una maggiore conoscenza da parte dei medici, ma contemporaneamente anche una maggiore insoddisfazione. Per fare luce su questo aspetto dell'indagine, la relazione con i medici ha rappresentato una sollecitazione molto dibattuta all'interno del *focus group*, confermando di rappresentare un nodo di particolare interesse nell'ascolto delle necessità degli infermieri.

Un maggiore riconoscimento viene riscontrato da parte degli operatori socio-sanitari: quasi un infermiere su tre (31%) ritiene che questi conoscano molto bene il loro ruolo.

Rispetto agli esiti descritti per il primo gruppo, per quanto riguarda i professionisti tecnici si nota un aumento dell'area di non identificazione delle competenze dell'infermiere. Le risposte pienamente soddisfacenti, corrispondenti alla voce "molto", non raggiungono il 20%. Discriminando per titolo di studio, si nota ancora come per i laureati si radicalizzino le risposte: si riscontra una situazione lievemente migliore per quanto riguarda le risposte più positive, ma al contempo un'area di delusione più marcata, corrispondente alla voce "per niente", sia per i TSRM e i TSLB che per i fisioterapisti e logopedisti.

Il terzo gruppo, quello definito "rete allargata", si conferma nel complesso dell'indagine come quello più distante dall'attività specifica dell'infermiere. Si nota infatti la percezione di una minore conoscenza da parte degli psicologi, per i quali le risposte "per niente" rappresentano il 18%. Tale sensazione di incomprendimento del ruolo degli infermieri risulta ancora più accentuata tra gli intervistati con una laurea.

Come già emerso, il ruolo dell'infermiere è sottoposto ad una duplice tensione: quella dei media e quella del riconoscimento delle competenze, sia da parte dei colleghi delle professioni socio sanitarie, sia da parte degli utenti.

In una successiva parte dell'indagine l'attenzione è posta sull'ambito organizzativo, con l'intento di apprezzare se vi siano delle connessioni tra il contesto lavorativo nel quale l'infermiere si trova inserito e la percezione di quanto il proprio ruolo sia riconosciuto dai colleghi con altre specializzazioni in ambito sanitario. L'analisi dei dati suggerisce una conferma di questa ipotesi, mostrando che una significativa parte di medici non sia ritenuta consapevole delle competenze dell'infermiere. Un risultato che sollecita ancora una volta la necessità di una maggiore attenzione alla ridefinizione del ruolo, soprattutto tenendo conto che si tratta dell'esito di anni di trasformazione della professione.

I commenti raccolti durante il focus group fanno emergere una difficile convivenza tra professionisti, fatta di conflittualità, sovrapposizione di ruoli e tentativi di declassamento e svalutazione. Una situazione di "non conoscenza", ritenuta più formale che sostanziale, che è però in grado di pregiudicare la relazione con gli assistiti.

La quotidianità

Si è inteso qui verificare quali siano i rischi concreti collegati al contesto organizzativo, ben sapendo che la definizione dei ruoli, delle competenze e delle identità professionali in ambito sanitario non è data una volta per tutte, ma dipende da diverse variabili che rendono i confini inter-professionali mobili e relativi a un *qui e ora*, geografico e temporale (Tousijn, Dimonte, 2016).

Appare evidente come il lavoro dell'infermiere, rientrando nella categoria delle professioni di aiuto, presenti delle caratteristiche peculiari che includono situazioni di stress e disagio. In particolare, si sono indagati quegli eventi che, nei 12 mesi precedenti l'intervista, hanno rappresentato dei momenti critici per la vita professionale del singolo intervistato.

Quello che emerge è che viene considerata 'normale' la presenza di un numero di sostituzioni fino a 5 nell'arco di un anno. Soffermandoci su quella che potremmo considerare un'area di rischio dal punto di vista dell'organizzazione, considerando di particolare stress la presenza di oltre 10 sostituzioni di colleghi nei 12 mesi, vediamo che tale situazione è stata dichiarata in oltre 1 caso su 10, pari all'11% degli intervistati.

Un secondo aspetto è rappresentato dagli incidenti o mancati incidenti – *near miss* – avvenuti durante lo svolgimento del lavoro. Se nel caso dei veri e propri incidenti si trova una quota preponderante di coloro che rispondono di non averne mai avuti (negli ultimi 12 mesi), nel caso dei *near miss* questa quota si riduce drasticamente. La frequenza degli incidenti mancati delinea lo scenario di una quotidianità che convive con il rischio dell'errore.

Conclusioni

L'obiettivo dell'indagine era quello di individuare le cause che generano il clima di sfiducia che pare gli infermieri stiano vivendo.

L'analisi dei dati raccolti, sia di carattere quantitativo che qualitativo, ha da un lato confermato la fragilità ipotizzata e dall'altro portato a delineare una via di intervento.

La professione infermieristica è reduce da anni di cambiamenti, sia sotto il profilo formativo che operativo. Il cambiamento ha prodotto tra le sue conseguenze anche una più complessa gestione delle relazioni professionali all'interno del contesto organizzativo. Un posizionamento difficile vissuto sia in prima persona dal corpo infermieristico, sia in relazione ad altri professionisti del comparto sanitario.

È in questo *disordine* della dimensione organizzativa che si costruisce lo spazio dell'insicurezza, che può insinuarsi la fragilità della consapevolezza delle proprie competenze. È in queste relazioni non definite che aumenta la percezione di un'immagine sotto scacco, una potenziale confusione di ruoli che autorizza l'assistito a dubitare.

Il livello sul quale lavorare, per fornire un contributo che possa incidere sulla percezione di fiducia, è dunque quello organizzativo. La relazione con i colleghi di ambito sanitario è fondamentale per la costruzione dell'identità sociale della professione.

Da qui bisogna ripartire per ritrovare la fiducia.

Il resto lo sanno fare, da sempre, gli infermieri stessi, ovvero porsi con empatia e rispetto nei confronti di assistiti e familiari.

BIBLIOGRAFIA

- Bugnoli, S., La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze. Maggioli, Rimini, 2014.
- Corbetta P., Metodologia e tecniche della ricerca sociale, Il Mulino, Bologna, 1999.
- Hoeve, Y. T., Jansen, G., & Roodbol, P., The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper, Journal of Advanced Nursing, 70(2), 295-309, 2014.
- MUNROS - The impact of new health professionals on the efficiency and effectiveness of the health service. European Commission, 2016 (<https://www.abdn.ac.uk/munros>).
- Sollami A, Caricati L, Mancini T. Ambivalent stereotypes of nurses and physicians: impact on students' attitude toward interprofessional education. Acta Biomed; 13;86 Suppl 1:19-28, 2015.
- Tousijn, W., Le libere professioni in Italia, Il Mulino, Bologna, 1987.
- Tousijn, W., Dimonte, V., I confini mobili delle professioni sanitarie, Assistenza Infermieristica e Ricerca, 35(3), 163-167, 2016.

ESPERIENZE

Pianificazioni assistenziali infermieristiche: restituzione e condivisione con la cittadinanza

di *Gabriele Taddei (1), Nicola Draoli (2), Lorenzo Baragatti (3)*

(1) *Direttore U.O. Assistenza Infermieristica Territoriale zona-distretto Colline Metallifere (GR)*

(2) *Infermiere Coordinatore UF Cure Primarie zona-distretto Colline Metallifere (GR)*

(3) *Direttore Dipartimento Infermieristico e Ostetrico Azienda USL Toscana Sud-Est*

Corrispondenza: nicola.draoli@uslsudest.toscana.it

Istituzione dell'infermiere referente nella zona distretto Colline Metallifere

Dall'anno 2012 il Territorio della zona-distretto Colline Metallifere (provincia di Grosseto) è stato funzionalmente suddiviso in due aree geografiche di riferimento (ad oggi coincidenti con le 2 AFT - Area Funzionale Territoriale): l'area "costiera" che comprende i comuni di Follonica, Scarlino e Gavorrano e l'area "collinare" che comprende i comuni di Massa Marittima, Monterotondo Marittimo e Montieri.

Per ogni area fu identificato un "nucleo infermieristico" definito come "l'insieme degli infermieri assegnati ai presidi territoriali presenti di una specifica area geografica", con l'intento di creare un sistema di interscambiabilità e integrazione delle risorse infermieristiche in un territorio comprendente più comuni limitrofi.

Tale sistema ha consentito all'occorrenza manovre compensative di urgenza e, comunque, un uso flessibile del personale infermieristico rispettando i vincoli contrattuali sulla mobilità del personale. Per ognuno dei "Nuclei infermieristici" fu anche identificato un "infermiere esperto" inquadrato in categoria D super, quale supervisore clinico dei percorsi assistenziali in linea con le programmazioni strategiche professionali dell'Azienda.

Dall'anno 2014, a fronte di dinamiche crescenti di domanda di prestazioni infermieristiche legate alla cronicità in ambito domiciliare, fu introdotto e applicato un modello organizzativo che, ispirandosi al Case Management, individuava l'infermiere quale "referente" per circa 4000 abitanti individuati dalle liste di 2-3 dei medici di Medicina Generale operanti nello stesso territorio comunale. In tale modello l'infermiere, ad oggi, assicura la continuità della presenza e della presa in carico dei problemi (acuti o cronici) di salute e benessere per le persone fragili e per le loro famiglie/caregiver, favorendo una risposta proattiva, personalizzata e protesa al superamento di un modello prescrittivo-prestazionale.

Contestualmente, ed in linea con le direttive aziendali e dipartimentali, è stato introdotto l'utilizzo delle tassonomie Nanda, Nic, Noc (NNN) nella Pianificazione Assistenziale Infermieristica (PAI), con lo scopo di documentare il processo infermieristico e misurare i risultati sensibili agli interventi infermieristici in ambito domiciliare.

Realizzazione e implementazione delle pianificazioni assistenziali con tassonomia Nanda Nic Noc.

Parallelamente all'attivazione di percorsi formativi aziendali e di gruppi di lavoro interzonali, la direzione infermieristica di zona ha sostenuto la condivisione, elaborazione, illustrazione e introduzione operativa dei PAI con tassonomia NNN, utilizzando il sistema delle rassegne di Morbidity And Mortality (M&M) proprie del sistema Gestione Rischio Clinico. Tale scelta ha promosso una discussione tra pari, inducendo il gruppo professionale ad approfondire le varie problematiche e dinamiche clinico-assistenziali al riparo dalle potenziali influenze insite nelle tipiche riunioni condotte da superiori, con il risultato, non scontato, di aver favorito il coinvolgimento attivo e adesione al progetto professionale.

Inoltre, nell'intento di fornire agli infermieri referenti un sostegno operativo nella stesura ed elaborazione delle pianificazioni, una delle due Infermiere Esperte DS, essendo anche in possesso del master in infermieristica di famiglia, è stata individuata come consulente esperto per il supporto metodologico nell'attuazione del processo di nursing con utilizzo del modello tassonomico NNN. Una volta che il gruppo ha cominciato ad utilizzare con pertinenza e consapevolezza il modello, il raccordo con la collega esperta ha permesso di poter elaborare pianificazioni diversificate da quelle già prodotte garantendo una risposta realmente adeguata ai bisogni infermieristici rilevati con appropriatezza metodologica e risposte personalizzate.

L'utilizzo di una terminologia infermieristica standardizzata permette di definire l'assistenza infermieristica (Clark & Lang, 1992), declinare i bisogni di salute della persona, i risultati di salute attesi e gli interventi infermieristici necessari al fine di garantire sicurezza della persona, qualità assistenziale e soddisfazione per le cure ricevute (Lau et al., 2012; Urquart et al., 2009; Fernando et al., 2009; Thoroddsen & Ehnfors, 2007; Müller-Staub et al., 2006; Thiuru et al., 2003; Daly 2002).

Gli obiettivi e le motivazioni della creazione di un panel sulle pianificazioni

Nell'esperienza maturata nell'assistenza primaria della zona-distretto delle Colline Metallifere - dell'Azienda USL Toscana Sud-Est - il modello adottato ha permesso all'infermiere di sviluppare una maggiore consapevolezza delle proprie potenzialità e del proprio ruolo. D'altro canto ha fatto emergere anche la necessità di implementare il feedback, la visibilità e la condivisione delle pianificazioni assistenziali nei rapporti con gli altri professionisti e gli assistiti, aspetti finora carenti a favore di una eccessiva autoreferenzialità.

A tale scopo, ispirandosi ai principi del Visual Management, è stato deciso di produrre ed esporre annualmente in ogni presidio territoriale (Follonica, Gavorrano, Montieri, Monterotondo Marittimo, Massa Marittima) - a partire dai risultati del 2016 - dei panel riassuntivi di quanto prodotto stampati in cartonato a colori in formato mm 707 x altezza mm 1000, corrispondenti alla classificazione ISO 206 misura B1.

Il Panel riporta i seguenti dati: 98 utenti unici con un piano di assistenza personalizzato che ha al suo interno almeno una diagnosi Nanda; almeno un nucleo di interventi infermieristici codificati (NIC); almeno un nucleo di esiti infermieristici certificati (NOC) in coerenza con il processo di Nursing. In totale le diagnosi infermieristiche individuate sono state 106, i gruppi di Interventi infermieristici 158 e i gruppi di esiti infermieristici 157. La media totale di valutazione degli esiti classificati con scala Likert a cinque punti ha visto una valutazione in ingresso pari a 2,47 ed una valutazione in uscita a 3,94 (Figura 1).

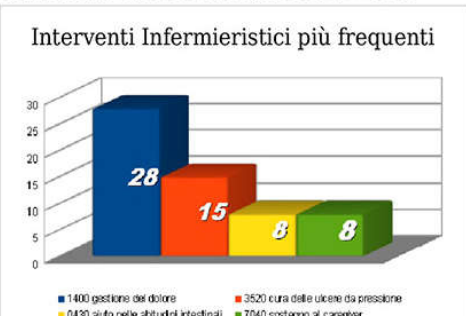
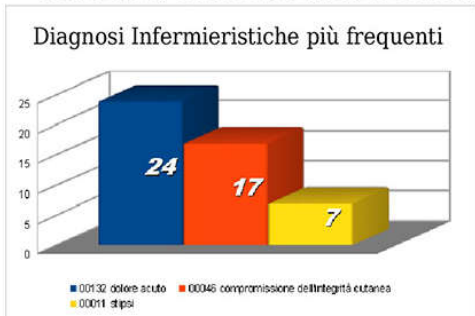
Figura 1 - Panel Pianificazioni assistenziali 2016 zona-distretto Colline Metallifere



SST Azienda USL Toscana sud est
Servizio Sanitario della Toscana

Dipartimento Professioni Infermieristiche e Ostetriche
Direttore: Dott. Lorenzo Baragatti
U.O. Assistenza Infermieristica Territoriale – Colline Metallifere
Direttore: Dott. Gabriele Taddei
U.F. Cure Primarie – Colline Metallifere
Infermiere Coordinatore: Dott. Nicola Draoli

EVIDENZA CURE INFERMIERISTICHE EROGATE A DOMICILIO NEL 2016*

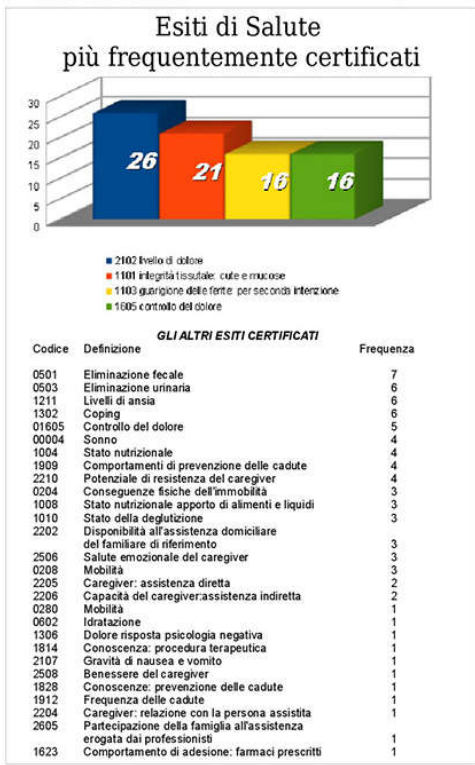


LE ALTRE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE INDIVIDUATE

Codice	Definizione	Frequenza
00016	Compromissione urinaria	6
00044	Integrità tissutale compromessa	6
00069	Coping inefficace	6
00146	Ansia	6
00061	Tensione nel ruolo di caregiver	4
00085	Mobilità compromessa	4
00095	Insomnia	4
00103	Deglutizione compromessa	4
00133	Dolore cronico	4
00002	Nutrizione inferiore al fabbisogno	3
00028	Rischio di volume di liquidi insufficiente	2
00040	Rischio di sindrome da immobilizzazione	2
00074	Coping compromesso della famiglia	2
00090	Gestione della salute inefficace della famiglia	2
00047	Rischio di integrità cutanea compromessa	1
00162	Disponibilità a migliorare la gestione della salute	1
00155	Rischio di cadute	1

GLI ALTRI INTERVENTI UTILIZZATI

Codice	Definizione	Frequenza
0200	Promozione dell'attività fisica	7
0224	Esercizio fisico terapeutico: mobilità articolare	4
0450	Gestione della stipsi/fecaloma	6
0590	Gestione eliminazione urinaria	2
0740	Assistenza alla persona allettata	1
1056	Nutrizione per sonda	2
1100	Gestione della nutrizione	2
1200	Nutrizione parenterale totale	2
1850	Miglioramento del sonno	4
1864	Trattamento della deglutizione	2
2210	Somministrazione di analgesici	1
2300	Somministrazione di farmaci	1
2380	Gestione dei farmaci	2
2400	Assistenza all'analgesia controllata dal paziente	2
3400	Prevenzione delle ulcere da pressione	1
3660	Cura della ferita	7
4054	Gestione del dispositivo accesso venoso centrale	1
4200	Terapia endovenosa	2
5230	Miglioramento del coping	5
5246	Counseling nutrizionale	6
5270	Sostegno emozionale	4
5520	Facilitazione nell'apprendimento	1
5580	Calenterismo vescicale	5
5616	Insegnamento farmaci prescritti	2
5618	Insegnamento: procedure/trattamenti	1
5820	Riduzione dell'ansia	6
5900	Distrazione	1
6490	Prevenzione delle cadute	5
7110	Promozione del coinvolgimento della famiglia	2
0221	Esercizio fisico terapeutico: deambulazione	3
0840	Posizionamento	3
0221	Esercizio fisico terapeutico: deambulazione	3
1120	Terapia nutrizionale	1
7140	Sostegno della famiglia	1
4120	Gestione dei liquidi	1



- ### Gli Infermieri
- FOLLONICA**
Roberto Bartolozzi
Cinzia Capelli
Paola Deri
Consuelo Lo Martire
Sabrina Pastorelli
Anna Renzi
Rosangela Sitzia
 - GAVORRANO**
Stefania Fraccasini
Lauretta Giorgi
 - MASSA MARITTIMA**
Roberta Busoni
Donatella Falzolgher
Rosa Sorvillo
 - MONTEROTONDO MARITTIMO**
Michela Berti
Anna Bertini
 - MONTIERI**
Gentile Aroldi
 - SCARLINO**
Argia Bellumori
 - ONLUS LA FARFALLA**
Leda Costa

- 98** Persone Assistite con un Progetto Assistenziale Infermieristico
- 106** Diagnosi Infermieristiche Individuate
- 158** Tipologie di Interventi Infermieristici Attuati
- 157** Tipologie di Esiti Assistenziali Certificati

Un miglioramento di salute medio su scala Likert validata da 2,47 punti a **3,94** punti (min 1 - max 5)

INFERMIERE REFERENTE, PROCESSO DI NURSING, MISURAZIONE ESITI ASSISTENZIALI

* Con Tassonomia Validata NANDA, NIC, NOC individuata attraverso raccolta dati secondo modello Gordon, Copyright Casa Editrice Ambrosiana 2015/17

I dati sono tuttavia incompleti e, quindi, quantitativamente in difetto, poiché molti casi sono seguiti per periodi superiori al tempo di rilevazione e analisi statistica finale (solo i casi chiusi vengono analizzati ed inseriti nella statistica). Visivamente sono state rese particolarmente evidenti le diagnosi infermieristiche più individuate in termine di frequenza assoluta (Dolore Acuto, Compromissione Integrità Cutanea, Stipsi); i NIC più attuati in termine di frequenza assoluta (Gestione del Dolore, Cura delle Ulcere da Pressione, Aiuto nelle abitudini Intestinali, Sostegno al Caregiver); i NOC più certificati in termini di frequenza assoluta (Livello di Dolore, Integrità Tissutale Cute e Mucose, Guarigione delle Ferite per Seconda Intenzione; Controllo del Dolore).

Il numero di persone con un piano di assistenza assegnato non corrisponde al numero totale delle persone seguite a domicilio ma in prevalenza quasi assoluta solo a quei pazienti con un'Assistenza Domiciliare Integrata che prevedono un impegno infermieristico rilevante.

Il linguaggio è scientifico, ma tarato per essere compreso il più possibile dall'utenza. Lo scopo è chiaramente quello di rendere visibili la conoscenza e l'esperienza clinica di tutti gli infermieri coinvolti, i comportamenti e i risultati di salute sensibili agli interventi infermieristici.

Il Know How rappresentato graficamente coinvolge tutti gli operatori infermieristici così da creare senso di appartenenza e di squadra, nonché di gratificazione nel veder riconosciuto il proprio operato. Ma non solo: l'analisi delle diagnosi, degli interventi e dei risultati, che viene costruita ed esposta nei processi organizzativi zonali, permette di capire dove interveniamo prevalentemente, oltreché analizzare le motivazioni che rendono inesplorati alcuni bisogni, cercando di capire se essi siano inesistenti, non espressi o non rilevati. Infatti "Nell'utilizzo dei PAI si evidenzia ancora l'orientamento a individuare diagnosi infermieristiche per alterazioni delle funzioni fisiche, piuttosto che alterazioni della percezione di sé, del ruolo, delle relazioni e dei valori della persona assistita, denunciando un'influenza ancora forte della patologia rispetto ai bisogni di salute della persona assistita. L'utilizzo continuo dei PAI standard potrebbe portare ad agire sulla base del documento, anziché dal ragionamento diagnostico; quindi il percorso di costruzione partecipata nel team deve essere continuo e coinvolgente." (Baragatti et al., 2016).

Questi limiti potrebbero essere superati anche rendendo continuamente visibile e fruibile - come nel caso del Panel in questione - il report annuale, piuttosto che affrontare l'analisi dei dati nei soli contesti intra aziendali.

Altro obiettivo è creare nei cittadini assistiti conoscenza e interesse affinché la richiesta al proprio infermiere referente di un piano assistenziale possa divenire "prassi", e quindi sentita dal cittadino come un diritto da esigere e dall'infermiere come un dovere da adempiere. In questo modo si favorisce una condivisione sinergica con l'operatore secondo quella che possiamo definire "una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato ed integrato" (Carl Rogers, 2013).

Conclusioni

L'esperienza illustrata, mostra come sia possibile in fase iniziale oggi ma immaginabile per il futuro, un sistema nel quale sia direttamente il cittadino assistito e il caregiver a chiedere al proprio infermiere di avere un piano assistenziale personalizzato, esattamente come, nella cultura sanitaria moderna occidentale, chiedono al medico di avere una diagnosi ed una terapia farmacologica.

BIBLIOGRAFIA

- G. M. Bulechek, H. K. Butcher, J. M. Dochterman, C. M. Wagner (2013) CLASSIFICAZIONE NIC DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI Ed. CEA.
- S. Moorhead, M. Johnson, M. L. Maas, E. Swanson (2013) CLASSIFICAZIONE NOC DEI RISULTATI INFERMIERISTICI, Ed. C.E.A.
- L. A. Rigon, C. Santin, (2016) LE TASSONOMIE NNN E LA DOCUMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN ITALIA, Atti dei Convegni Nazionali 2014, 2015, 2016 Ed. CEA.
- T. H. Herdman, S. Kamitsuru, (2017) NANDA INTERNATIONAL, DIAGNOSI INFERMIERISTICHE, Definizioni e Classificazione 2015 – 2017 Ed. NANDA International, C.E.A.
- M. Gulanick, J. L. Myers, (2016) PIANI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA, Diagnosi infermieristiche, risultati di salute e interventi infermieristici, Ed. C.E.A. 2.
- P. Cesarini, I. Malinverno, S. Montani, B. Moscatelli, E. Nannini, S. Pastorelli, A. Bertini, C. Corsini, Ciuffoletti, N. Draoli, G. Franci, L. Micheli, S. Vannuchi, S. Bellucci, G. Taddei, V. Novi, D. Capitani, L. Baragatti, (2016) Percorsi infermieristici nelle cure primarie nella Usl di Grosseto: modelli e risultati; L'infermiere anno LX - n. 2 marzo/aprile.

ESPERIENZE

I Social Network e gli Infermieri, quale interazione

di **Cosimo Della Pietà (1)**, **Attilio Gualano (2)**, **Antonietta Palmieri (3)**

(1) *Dottore magistrale in scienze infermieristiche, Infermiere ADI – DSS N 6, ASL Taranto*

(2) *Dottore magistrale in scienze infermieristiche, Infermiere di sala gessi, UO Ortopedia e traumatologia, P.O. SS Annunziata, ASL Taranto*

(3) *Dottore magistrale in psicologia del lavoro e del benessere nelle organizzazioni*

Corrispondenza: dellapietaco@yahoo.it

Il mondo del lavoro è un mondo dinamico, pieno di continui cambiamenti. Tra i tanti fattori che hanno portato a ciò, uno dei più recenti è la nuova tecnologia, con particolare riferimento ai Social Network. Nati negli anni '90, si sono sempre più evoluti e diffusi in tutto il mondo tanto da diventare nuovo strumento di comunicazione e confronto anche nel mondo delle professioni sanitarie e più nello specifico, in quello infermieristico.

Questo elaborato nasce dalla curiosità di capire come i Social Network si siano diffusi tra gli infermieri e si pone l'obiettivo di conoscere cosa pensano questi professionisti di questo strumento, soprattutto in termini di vantaggi e svantaggi.

Per capire quali possono essere i limiti dell'uso dei Social Network nei contesti dell'assistenza sanitaria, bisogna capire l'importanza che i concetti di privacy e riservatezza hanno in questo ambito (National Council of State Boards of Nursing, 2011). Le informazioni che gli infermieri hanno sui pazienti nel corso del trattamento devono essere salvaguardate. Queste possono essere condivise solamente con il consenso informato del paziente, quando è richiesto dalla legge o quando non condividere determinate informazioni potrebbe causare un danno significativo.

Il rapporto tra infermieri e pazienti è basato sulla fiducia: il paziente, per condividere le sue informazioni, si deve sentire sicuro che esse e la sua dignità siano protette.

I modi in cui un infermiere può violare la riservatezza o la privacy del paziente possono essere diversi e anche involontari. Tra questi si segnalano in particolare:

- la pubblicazione di post sul proprio profilo social;
- la pubblicazione di commenti in cui il paziente è descritto con informazioni che permettono la sua identificazione;
- la pubblicazione di commenti che si rivolgono al paziente in maniera inappropriata;
- la condivisione di foto o di video dei pazienti.

Possiamo quindi comprendere l'esistenza di diversi rischi collegati ad un uso improprio dei social network.

La Federazione Nazionale Collegi Infermieri (IPASVI), (oggi FNOPI) elenca i seguenti rischi (<http://www.fnopi.it/attualita/gli-infermieri-sui-social-media-usarli-correttamente-e-un-opportunita-id1109.htm>):

- violazione della privacy di pazienti e colleghi;
- inappropriata condivisione e diffusione d'informazioni sensibili;
- violazione dei confini professionali;
- violazione della riservatezza d'informazioni sanitarie;
- compromissione dell'immagine professionale dell'infermiere, dell'organizzazione a cui appartiene e del sistema sanitario.

Un altro rischio emerso, considerato tra i maggiori nell'uso dei Social media nella pratica dell'infermiere, è la potenzialità che questi strumenti hanno di distrarre e interrompere l'attività (National Council of State Boards of Nursing, 2011). La distrazione e l'interruzione dell'attività possono portare a errori, come quelli di dare esiti sbagliati o di somministrare farmaci non corretti. Un'infermiere che viene distratto durante la somministrazione di un farmaco da un messaggio dei social media, può inavvertitamente fare un errore che può causare gravi danni o addirittura la morte del paziente. La distrazione può portare anche a non prestare attenzione a informazioni importanti o a non porre le domande necessarie per la continuità delle cure.

La distrazione può essere causata dalla vibrazione o dal suono del dispositivo che notifica l'arrivo di un messaggio; si tratta di eventi che possono determinare una distrazione mentale dovuta alla curiosità di leggere il messaggio.

Tutti questi rischi possono compromettere il rapporto tra infermiere e paziente e tra questo e l'intero sistema sanitario.

Proprio per questo, diverse associazioni professionali infermieristiche si sono occupate di questa nuova tematica, soprattutto per i risvolti in ambito di responsabilità.

Al momento non ci sono standard universalmente accettati sull'uso dei social media in ambito clinico. Una soluzione è quella di adottare delle politiche organizzative che limitano l'uso dei propri smartphone; un'altra prevede la limitazione dell'accesso ai mezzi di comunicazione social dalla rete dei computer della struttura. Anche questa soluzione però non è delle migliori in quanto gli infermieri possono utilizzare i propri mezzi di comunicazione, come lo smartphone, oppure utilizzare l'accesso internet rivolto ai pazienti e ai familiari. La soluzione più adottata non consiste quindi nella restrizione a titolo definitivo dei social media sul luogo di lavoro ma nell'educazione del personale ad un uso appropriato di questi strumenti.

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN, 2006) sostiene che l'infermiere ha quattro responsabilità: promuovere la salute, prevenire la malattia, ristabilire la salute e alleviare la sofferenza. Il rispetto dei diritti dell'uomo, compresi i diritti culturali, il diritto alla vita e alla scelta, alla dignità e a essere trattati con rispetto, fanno parte dell'assistenza infermieristica. L'infermiere deve:

- creare le condizioni affinché siano rispettati i diritti umani, i valori, le consuetudini e la fede religiosa della persona, della famiglia e della comunità;
- mantenere la riservatezza delle informazioni personali;
- esprimere una condotta personale che onori la professione e rafforzi la fiducia della comunità sul personale infermieristico;
- assicurarsi che l'uso della tecnologia e del processo scientifico siano compatibili con la sicurezza, la dignità e i diritti delle persone.

Secondo l'ICN, nonostante i social network siano un valido strumento per diffondere a un vasto pubblico informazioni relative all'assistenza infermieristica e nonostante abbiano contribuito ad aumentare le opportunità di condividere le informazioni all'interno della comunità professionale, promuovendo il cambiamento e la cooperazione internazionale, non sono sempre garanzia di affidabilità e accuratezza delle informazioni.

L'Associazione Americana degli infermieri (ANA, 2011) sostiene che i Social Network rappresentano una grande opportunità per la rapida diffusione di informazioni ma non sono privi di rischi. Gli infermieri e gli studenti in infermieristica devono comprendere la natura, i benefici e soprattutto le conseguenze dell'uso di queste piattaforme. L'ANA ha elencato una serie di principi per l'utilizzo dei Social Network:

- non pubblicare informazioni personali relative ai pazienti;
- rispettare il rapporto professionale infermiere-paziente;
- tenere presente che i pazienti, i colleghi e le istituzioni possono vedere i contenuti pubblicati;
- utilizzare le impostazioni relative alla privacy;
- riportare eventuali abusi alla comunità;
- partecipare allo sviluppo di politiche istituzionali.

In America, inoltre, è stata istituita la legge federale "*Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA, 2009) destinata a proteggere la privacy del paziente, stabilendo come le informazioni personali dei pazienti possono essere utilizzate, da chi e in quali circostanze. Per informazioni personali intendiamo tutte quelle informazioni riguardanti il passato, la salute fisica o mentale presente o futura, o comunque tutte quelle informazioni che permetterebbero di identificare un individuo.

Anche il "Royal College of Nursing Australia" (RCNA, 2011) ha sviluppato una linea guida in cui sostiene che i Social Network rappresentano un innovativo strumento di comunicazione se utilizzato in modo corretto, positivo e professionale, consentendo agli infermieri di mantenere una posizione di rilievo e di promuovere la salute della comunità. Secondo l'RCNA il problema non è se la professione infermieristica può o meno utilizzare i social network che sono ormai divenuti parte integrante del mondo in cui viviamo e lavoriamo, il problema è come utilizzare questi strumenti per rafforzare questa professione. Questa linea guida fornisce alcune indicazioni pratiche per un corretto uso di queste piattaforme:

- mantenere la riservatezza delle informazioni;
- evitare la diffamazione di pazienti e colleghi;
- rispettare i limiti etici e deontologici;
- pensare a come vogliamo presentarci agli altri;
- mantenere la privacy.

Un problema da rilevare è che spesso non ci si rende conto che pubblicare dei contenuti sui Social Network corrisponde a parlarne in pubblico, senza però poter controllare i destinatari dell'informazione.

La nostra ricerca

Come in tutte le professioni, anche in quella infermieristica, il confronto tra colleghi è di fondamentale importanza per il suo svolgimento. I modi e gli strumenti per farlo sono diversi e sicuramente tra i più recenti ci sono i social network.

La ricerca effettuata parte quindi dalla volontà di comprendere il legame che intercorre tra il mondo dei social network e quello degli infermieri.

Gli obiettivi

L'obiettivo fondamentale del nostro lavoro è stato capire se questi nuovi strumenti si sono inseriti nel mondo infermieristico e se vengono effettivamente utilizzati dagli infermieri per la loro professione. Un altro obiettivo è stato conoscere quali sono i social maggiormente utilizzati dai professionisti con particolare riguardo a quelli più diffusi ad oggi (Facebook, Instagram, Twitter e LinkedIn) e con quale frequenza. Si è voluto anche comprendere quanto reputino attendibili le informazioni che trovano sui social network e quali sono per loro gli svantaggi e i vantaggi di questi strumenti. Infine si è voluto capire se l'uso dei social ha apportato dei cambiamenti qualitativi nella pratica della loro professione.

Il metodo

Per poter iniziare questo lavoro di ricerca è stato fondamentale trovare un piccolo campione della popolazione degli infermieri. Dopo aver identificato un campione di comodo e avere intervistato i soggetti partecipanti, si è chiesto loro di poterci fornire altri contatti appartenenti alla loro rete sociale, rientranti nella popolazione di riferimento. Questo processo è avvenuto di volta in volta con ogni partecipante; si è proceduto quindi con un campionamento a valanga. Le interviste sono state condotte tramite email e, una volta arrivati ad un campione numericamente adeguato, si è passati all'analisi dei dati raccolti.

Successivamente, partendo dai risultati ottenuti, si è deciso di fare due interviste telefoniche in cui si sono voluti approfondire alcuni aspetti emersi precedentemente in modo da avere complessivamente dei risultati più certi e completi.

I partecipanti

Dei 42 professionisti che hanno aderito alla ricerca, 14 sono uomini e 28 sono donne e che il soggetto più giovane ha 23 anni mentre quello più anziano ne ha 58 con un'età media del campione di circa 39 anni. Dal punto di vista degli anni di esperienza lavorativa, il campione presenta un arco che va da un solo soggetto senza esperienza ad una serie di altri soggetti che hanno ben 36 anni di esperienza, con una media complessiva di circa 15 anni. Infine, per quanto riguarda il titolo di studio, 13 partecipanti hanno il diploma di infermiere professionale, 27 partecipanti hanno la laurea triennale in infermieristica e 2 hanno la laurea magistrale. Inoltre 3 partecipanti hanno conseguito anche un master di I livello.

Tutti i partecipanti sono stati informati preventivamente di ciò che avrebbe comportato il loro coinvolgimento nella ricerca, prima dai colleghi da cui sono stati contattati e poi attraverso l'email a loro inviata, contenente l'intervista. Attraverso l'email sono stati informati anche sul rispetto della privacy e sulla garanzia di anonimato.

I partecipanti alle interviste telefoniche sono stati due soggetti presi dal campione precedentemente ottenuto sulla base del loro ruolo attuale. Infatti il primo intervistato è un funzionario amministrativo della direzione sanitaria di un ospedale pugliese mentre il secondo è un consigliere del direttivo dell'OPI e professore universitario.

Lo strumento

Il primo strumento utilizzato è stato quello dell'*intervista strutturata* svolta per email, caratterizzata da un alto grado di strutturazione. Si definisce tale in quanto le aree da indagare sono state scelte a priori sulla base di quelli che erano gli obiettivi della ricerca.

Questo strumento, costruito ad hoc, presenta una prima parte di carattere socio-anagrafica (descritta nel paragrafo "I partecipanti") ed una seconda costituita da sei domande a risposta multipla e da due domande aperte costituenti la parte centrale della ricerca.

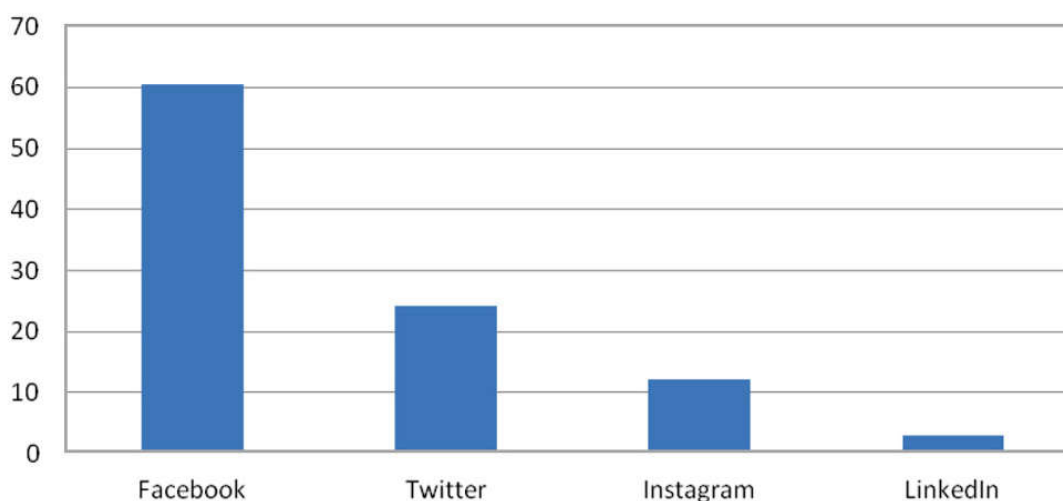
Il secondo strumento utilizzato è stato quello dell'*intervista semi-strutturata* svolta telefonicamente. Sono state individuate quattro domande, formulate ad hoc sulla base di quelli che erano i risultati precedentemente ottenuti che volevamo approfondire. L'ordine delle stesse non è stato rigido ma si è seguito il flusso della discussione, adattandole in base alla situazione e all'andamento dell'intervista stessa.

I risultati

La prima domanda, alla quale il nostro campione è stato sottoposto, voleva indagare se i soggetti utilizzano i social network per la loro professione. Dall'analisi dei dati è emerso che 25 soggetti, ovvero il 59,5%, ne fanno uso mentre i restanti 17 soggetti (40,5%) no.

A coloro che avevano risposto positivamente alla domanda precedente è stato poi chiesto di specificare quale social network utilizzano tra quelli elencati (Facebook, Twitter, Instagram e LinkedIn). La risposta possibile poteva essere anche più di una. È emerso che 20 soggetti (60,6%) usano Facebook, 8 soggetti (24,2%) usano Twitter, 4 soggetti (12,1%) usano Instagram e solo un soggetto (3%) dichiara di utilizzare LinkedIn (Figura 1).

Figura 1 - Percentuale d'uso dei Social Network

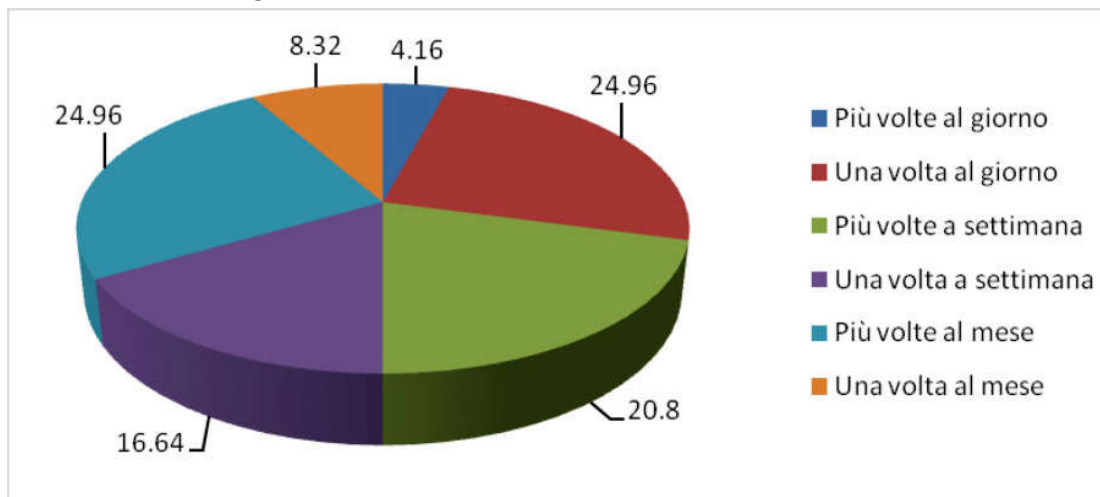


Successivamente è stato chiesto se questi social network vengono utilizzati per confrontarsi con i colleghi su qualche tecnica o caso. È emerso che 24 soggetti ovvero, il 57,1% li utilizza con questo scopo a differenza del restante 42,9% cioè 18 soggetti che dichiarano il contrario.

Ai 24 soggetti che utilizzano i social per confrontarsi con i colleghi è stato inoltre chiesto di specificare con quale frequenza avvengono questi confronti.

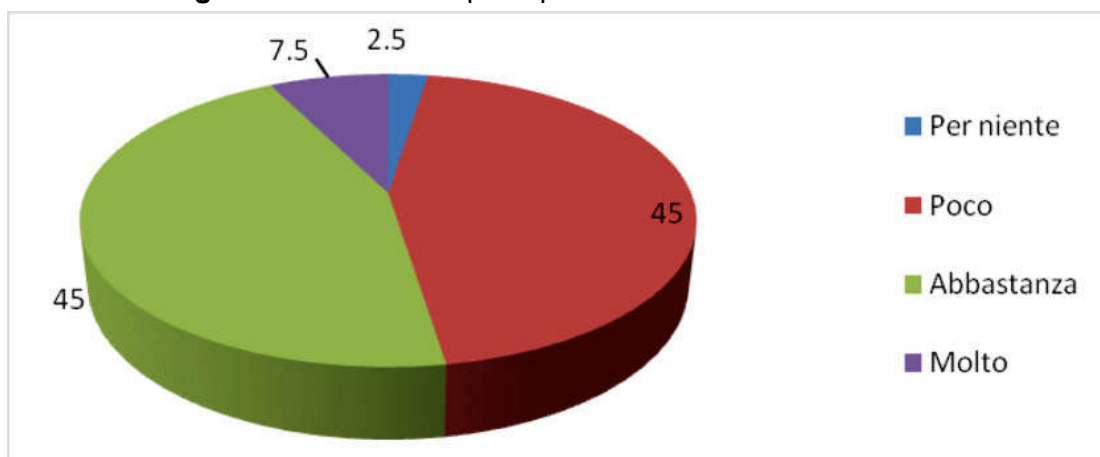
Un solo soggetto (4,16%) ha dichiarato di utilizzarlo più volte al giorno, 6 soggetti (24,96%) una volta al giorno, 5 soggetti (20,8%) più volte a settimana, 4 soggetti (16,64%) una volta a settimana, 6 soggetti (24,96%) più volte al mese ed infine 2 (8,32%) una volta al mese (Figura 2).

Figura 2 - Frequenza uso dei Social per il confronto



Con la domanda posta successivamente si è voluto indagare quanto i soggetti ritengano attendibili le informazioni riguardanti la loro professione trovate sui social. Dei 40 soggetti che hanno dato una risposta a questa domanda, un solo soggetto (2,5%) ha dichiarato di ritenerle *per niente* attendibili, 18 soggetti (45%) le ritengono *poco* attendibili, altri 18 le reputano *abbastanza* attendibili, 3 (7,5%) hanno dichiarato di ritenerle *molto* attendibili e nessuno ha dichiarato di ritenerle attendibili *moltissimo* (Figura 3).

Figura 3 - Attendibilità percepita delle informazioni sui social



Un altro aspetto che si è voluto indagare è stato il cambiamento qualitativo che questi strumenti hanno apportato. In prima battuta, si è chiesto se i social network avessero effettivamente apportato dei cambiamenti qualitativi nel lavoro. Dall'analisi dei dati è emerso che 32 soggetti (76,2%) non hanno rilevato nessun cambiamento mentre i restanti 10 (23,8%) lo hanno rilevato.

Per approfondire questo aspetto, si è chiesto ai 10 soggetti che hanno dichiarato di aver rilevato dei cambiamenti, quali fossero nello specifico.

Di questi, tre soggetti non si sono espressi a riguardo mentre quattro dei restanti sette sostengono che la differenza più rilevante riguarda il confronto con i colleghi, come si evince dalle risposte sotto riportate:

(Intervista n°3, donna): "La possibilità di confrontarsi sempre con i colleghi per poter offrire la miglior assistenza al paziente essendo il suo benessere la cosa più importante".

(Intervista n°4, donna): "La facilità di confrontarsi".

(Intervista n°6, uomo): "Contribuiscono al confronto tra operatori".

(Intervista n°22, donna): "Mi permette di confrontarmi per aumentare le conoscenze".

I tre soggetti rimanenti hanno invece sottolineato come aspetto di cambiamento, la velocità della comunicazione.

(Intervista n°6, uomo): "Potenziano enormemente la comunicazione e la trasmissione di notizie utili tra gli operatori stessi".

(Intervista n°17, uomo): "Le notizie viaggiano più velocemente anche se vanno filtrate e non prese per buone da subito".

(Intervista n°36, donna): "Le informazioni sono immediate".

Gli ultimi due aspetti indagati hanno riguardato i vantaggi e gli svantaggi che l'uso di questi strumenti comporta per la loro professione.

Per quanto riguarda i vantaggi, dalla lettura dei dati emerge un accordo tra tutti i soggetti del nostro campione. Infatti, tranne due soggetti, tutti gli altri sostengono che i vantaggi dell'uso dei social network sono la velocità della comunicazione e la possibilità di confrontarsi con i colleghi.

(Intervista n°13, uomo): "Il vantaggio è l'immediatezza della comunicazione con i colleghi su convegni, riunioni, incontri, congressi, comunicazioni di servizio".

(Intervista n°24, uomo): "C'è la possibilità di scambio di opinioni, di parlare di difficoltà riscontrate sul campo e come risolverle".

(Intervista n°27, donna): "E' uno strumento per potersi confrontare in maniera costruttiva con realtà diverse dai contesti in cui lavoriamo".

(Intervista n°10, donna): "Favoriscono il confronto in merito alla prevenzione, ai test di screening, ai vaccini; tra colleghi permettono il confrontarsi su eventuali dubbi in merito a procedure e/o norme legali".

(Intervista n°6, uomo): "Nella condivisione professionale che porta ad arricchimento e crescita, sempre contemplando l'uso razionale e nel pieno rispetto della deontologia. Questo dipende tuttavia dall'atteggiamento assunto dai professionisti nei confronti dei social e da come li si utilizza".

(Intervista n°4, donna): "Potersi confrontare su determinati argomenti, avere dei consigli su trattamenti particolari, scoprire rare patologie e come affrontarle, avere un'apertura mentale maggiore su situazioni approcciate in altri contesti".

(Intervista n°3, donna): “Sicuramente la possibilità di tenersi sempre aggiornati e al passo con gli aggiornamenti e i cambi dei protocolli. Inoltre tenersi aggiornati sui bandi dei concorsi che vengono pubblicati sulla gazzetta ufficiale”.

(Intervista n°20, uomo): “Velocità e immediatezza di trasmissione dei dati, possibilità dell'uso di supporti (video, filmati, immagini) che facilitano la trasmissione dell'informazione, benchmarking di saperi anche con realtà diverse e distanti dalle nostre nazionali”.

I due soggetti che non hanno mostrato completo accordo con il resto del campione mettono invece in discussione l'utilità effettiva di questi strumenti anche se, come nel caso dell'intervistato n°10, si trovano ugualmente vantaggi e svantaggi.

(Intervista n°5, uomo): “Non trovo che l'utilizzo dei social network possa apportare vantaggi allo svolgimento della mia professione, poiché spesso le informazioni lette da un occhio più esperto si rivelano frammentarie, di poca utilità e a volte inesatte. Certamente esistono fonti online che forniscono materiale molto più valido di quello che può offrire un social”.

(Intervista n°10, donna): “Per quanto riguarda la professione infermieristica è difficile poter utilizzare i social per trattare temi della nostra professione poiché quasi sempre ci sono delle tematiche particolari di cui raramente si riesce a parlare sui social che spesso trattano di argomenti frivoli”.

Anche per quanto riguarda gli svantaggi è emerso un certo accordo in tutto il campione. La maggior parte dei soggetti infatti sostiene che lo svantaggio principale è la scarsa attendibilità e scientificità delle informazioni che circolano.

(Intervista n°10, donna): “Passaggio di informazioni errate in merito a procedure, patologie, terapia; creare allarmismi sulle patologie e ciò che possono comportare in caso di errata informazione da parte di fonti non sempre attendibili; ambiente critico e spesso poco informato sui temi trattati”.

(Intervista n°2, uomo): “La mancata selettività degli scriventi con conseguente diffusione di disinformazione. L'assenza di un collegamento diretto con la letteratura scientifica”.

(Intervista n°3, donna): “Bisogna stare attenti all'attendibilità delle fonti; essendo infatti un mondo molto competitivo si può incorrere in notizie non veritiere e procedure non corrette”.

(Intervista n°6, uomo): “Sono accessibili a chiunque ed in quanto tali possono consentire la divulgazione di informazioni poco trasparenti e non oggettive da parte di utenti disinformati ed esterni alla figura professionale cui appartengo”.

(Intervista n°9, donna): “Deriva dal fatto che le tecniche che si raccontano sui social non sono mai standardizzate, quasi mai seguono le evidenze scientifiche e le linee guida e spesso derivano da usanze e modalità utilizzate nel reparto di appartenenza”.

(Intervista n°17, uomo): “Si possono utilizzare i social network per indirizzare scelte ed opinioni esattamente come per la stampa e la TV”.

Due soggetti invece sostengono che lo svantaggio che l'uso di questi strumenti può apportare è il distacco dalla realtà.

(Intervista n°4, donna): “A volte si crea dipendenza dai social e si perde il contatto umano”.

(Intervista n°22, donna): "A volte si può rischiare di passare troppo tempo sui social e perdere la condizione del reale".

Infine, un solo soggetto ha dichiarato che l'uso dei social non comporta nessuno svantaggio.

Nella seconda parte della ricerca, effettuata attraverso due interviste telefoniche, si sono voluti approfondire alcuni aspetti emersi dall'analisi dei dati della prima parte del lavoro.

Un dato emerso è stato la facilità con cui, attraverso questi strumenti, ci si può confrontare con i colleghi. Si è quindi chiesto di riportare qualche situazione, vissuta in prima persona o raccontata da terzi, in cui il confronto con i colleghi tramite i social è stato utile. Entrambi i soggetti non hanno riportato situazioni particolari: un soggetto ha sottolineato come questa sia una pratica più sviluppata nei giovani piuttosto che nei soggetti più anziani.

(Intervistato n°2): "Gli infermieri più giovani si confrontano spesso con questi mezzi, soprattutto con Facebook, come ad esempio chi si è laureato negli ultimi 5 anni".

Un altro aspetto che è emerso e che si è deciso di approfondire è la scarsa fiducia che i soggetti hanno sulle informazioni che ottengono. Così si è deciso di chiedere perché, secondo loro, c'è questa sfiducia e da cosa è data. Entrambi i soggetti intervistati sostengono che nel web e quindi anche nei social network, circolano molte notizie false e non scientifiche per cui tendenzialmente vengono prese con le pinze.

(Intervistato n°2): "C'è poca scientificità, la fonte non è scientifica. Sono ottimi strumenti per lo scambio di informazioni di servizio ma sulle informazioni prettamente tecniche lasciano un po' a desiderare".

(Intervistati n°1): "Molte volte ci sono state bufale anche su notizie che possono avere un risvolto sanitario. Ad esempio: un uomo che è stato riesumato e ha cominciato a vivere. Bisogna, quindi, andare con i piedi di piombo perché da una parte l'informazione è tanta ed è quantitativamente corposa ma dall'altra parte è venuta meno la qualità perché non tutte le informazioni hanno un fondamento".

Questo soggetto tiene anche ad evidenziare come, oltre ad informazioni poco attendibili, ci siano anche informazioni delle quali ci si può fidare soprattutto riguardanti i concorsi pubblici.

(Intervistato n°1): "Vieni a sapere che, a Bologna, ad esempio, c'è un concorso in tempo reale cosa che prima avveniva tramite brochure che arrivavano in reparto. Attraverso i social entri in un mondo che ti dice tutto".

Tra i vantaggi emersi nell'analisi dei dati, sicuramente rilevante è la possibilità che si ha di avere varie informazioni in tempo reale. Si è quindi chiesto quali fossero le informazioni maggiormente ricercate.

Su questo aspetto si è evidenziato un disaccordo in quanto l'intervistato n°1 sostiene che questi strumenti non vengano utilizzati per cercare informazioni specifiche ma che a questi scopi vengano preferiti altri strumenti ritenuti più adatti.

(Intervistato n°1): "Secondo me non c'è una ricerca specifica. Questo è il mio pensiero e quello che vedo dai miei colleghi".

Ad esempio le informazioni sulle tecniche sono solo una parte, non ci si dedica molto. Una cosa che vedo su un gruppo Facebook dell'Asl è che vengono pubblicate informazioni su nuove tecniche.

Queste sono informazioni che vengono inserite nel circuito per informare e lette perché trovate, però, secondo me, l'uso è variegato, soggettivo. Ci sono alcuni che li usano per cercare solo determinate cose ma di base si spazia molto”.

L'intervistato n°2 invece indica diverse informazioni con le quali si può venire a contatto tramite i social network.

(Intervistato n°2): “Soprattutto informazioni di servizio che le varie aziende propongono, esempi di situazioni successe, ad esempio violenza sui pazienti, sulla contenzione sia fisica che chimica su cui ci si confronta, e linee guida su pratiche professionali”.

Infine, l'ultimo aspetto su cui si è voluto indagare è quello della privacy. Si è chiesto infatti se nella loro struttura, ci fossero delle norme precise che regolassero l'uso dei social. Anche su questo aspetto, i due si sono espressi in maniera diversa; infatti il primo intervistato dice di sì mentre il secondo afferma che non ce ne sono. Entrambi però sottolineano come ci siano delle norme nazionali legate alla deontologia e al rispetto della privacy che vanno oltre le norme aziendali. In particolare, l'intervistato n°1 si sofferma molto su questo aspetto.

(Intervistato n°1): “Secondo la deontologia, dovresti quasi difendere la tua azienda perché è come se stessi parlando di te stesso in quanto tu singolo rappresenti l'azienda a cui appartieni e lo dovresti fare a maggior ragione in un circuito così grande come può essere un social network”.

Inoltre entrambi hanno parlato di casi verificatosi nelle loro aziende in cui colleghi hanno pubblicato foto con pazienti o espresso su Facebook critiche riguardanti l'azienda per cui lavorano, violando la privacy e le norme deontologiche.

(Intervistato n°1): “Tempo fa si è verificato un episodio in cui un dipendente fece delle critiche pesanti sulla gestione dell'ospedale tramite Facebook ed è stato subito denunciato perché per legge non puoi screditare un ente pubblico soprattutto se ne sei dipendente”.

Un aspetto che si è deciso di non indagare in questa ricerca è stato l'uso che questi professionisti fanno di WhatsApp. È stata una scelta dettata dal fatto che non si può considerare questo strumento un social network a tutti gli effetti. Nonostante ciò, attraverso le interviste, questo aspetto è emerso in maniera forte e spontanea ed è per questo che non può non essere preso in considerazione. L'intervistato n°1 sostiene che è uno strumento utilizzato soprattutto per passarsi informazioni tra colleghi dello stesso reparto.

(Intervistato n°1): “Attraverso questo strumento si creano dei gruppi di lavoro. Nel mio reparto ad esempio, come in tutti, c'è il libro delle consegne, che l'infermiere a fine turno passa ai colleghi del turno successivo facendo un resoconto della situazione.

Questo strumento è fondamentale ma il fatto che ci siano questi gruppi di lavoro su WhatsApp permette di aggiornarsi sui pazienti in tempo reale sempre ovviamente rispettando la privacy.

Prima, se c'era un problema, la caposala riuniva gli infermieri e si discuteva dei vari problemi invece adesso con questo strumento c'è più facilità di comunicazione anche per i più introversi, che dietro ad un monitor o telefonino si sentono più liberi di esprimersi".

L'intervistato n°2 sostiene che questo strumento è molto utilizzato non solo tra colleghi dello stesso reparto ma anche con il direttore e con colleghi esterni.

(Intervistato n°2): "Io sono uno specialista in vulnologia e ricevo molte foto di ferite perché vogliono sapere come devono essere trattate, sia dall'ospedale che da colleghi esterni. Ci scambiamo anche le radiografie con il direttore ad esempio per sapere cosa fare, per chiedere consigli".

Conclusioni

Nonostante il campione raccolto non sia molto grande, possiamo comunque fare delle considerazioni suggestive in quanto, il nostro campione è abbastanza rappresentativo della popolazione di riferimento per due motivi: perché è eterogeneo sotto tutti gli aspetti socio-anagrafici indagati (sesso, età, titolo di studi e anni di esperienza) e perché le risposte emerse sono state per lo più omogenee.

Gli aspetti che abbiamo deciso di indagare attraverso questa ricerca sono aspetti che in letteratura erano già emersi ma, attraverso questa, si è voluto andare a vedere se la situazione fosse in parte cambiata visto il continuo sviluppo e la sempre maggiore diffusione di questi "nuovi" strumenti.

In realtà, quello che emerso dalla nostra ricerca non fa altro che confermare la situazione da cui siamo partiti. Il social network maggiormente utilizzato rimane senza dubbio Facebook seguito da Twitter; sono strumenti che favoriscono la condivisione di informazioni di vario tipo aumentando quindi anche l'integrazione e la possibilità di confronto; le informazioni che circolano attraverso questi strumenti non sono ritenute molto attendibili in quanto alla base spesso non c'è scientificità. Quest'ultima informazione ci fa capire come, nonostante la forte diffusione di questi strumenti nella nostra quotidianità, ci sia molta diffidenza sulla reale utilità che questi possono avere nel mondo infermieristico.

Un aspetto importante per la letteratura è quello della privacy. Essendo un aspetto molto critico, si è deciso di approfondirlo nella nostra ricerca. Il fatto che due soggetti su due riportassero situazioni in cui, nelle loro strutture, si è fatto un uso scorretto dei social violando la privacy e la deontologia professionale, ci fa capire come ancora non ci sia la totale consapevolezza di quelli che possono essere i danni che ne possono derivare.

Per la letteratura, i social dovrebbero, tra i vantaggi, fornire al professionista dell'assistenza la possibilità di rappresentare la sua professione e di tutelarla. Dalla nostra ricerca invece è emerso che questo strumento può, se utilizzato in maniera sbagliata, portare anche all'esatto contrario, a mettere cioè in cattiva luce non solo la figura dell'infermiere ma anche della struttura di appartenenza, costituendo così un grosso problema d'immagine, con relative conseguenze.

Possiamo quindi concludere dicendo che i vantaggi e gli svantaggi non dipendono dallo strumento in sé ma dall'uso che se ne fa.

Se utilizzato in maniera corretta può apportare vantaggi e cambiamenti qualitativi nel lavoro, se invece utilizzato violando la privacy e la deontologia, può divenire uno strumento "distruttivo".

L'educazione all'uso di questi potenti strumenti, implementata con percorsi formativi ad hoc, potrebbe essere un punto di partenza per limitare gli aspetti negativi e aumentare quelli positivi.

BIBLIOGRAFIA

- ANA (2011). Principles for Social Networking and the Nurse: Guidance for RN.
- Argentero, P., Cortese, C.G., e Piccardo, C. (2012). Psicologia delle risorse umane. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Barnes, N.D., e Barnes, F.R. (2009). Equipping your organization for the social networking game. *Information Management*, 43 (6), 28-33.
- Baumeister, R.F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., e Vohs, K.E. (2001). Bad is stronger than good. *Review of general Psychology*, 5, 323-370.
- Beach, C., e Thielst (2011). Social Media: Ubiquitous Community and Patient Engagement. *Frontiers of Health Services Management*, 28 (2), 3-14.
- Beckjord, E.B., Chou, Hesse, B. W., Hunt, Y. M., Moser, R.B., e Sylvia, W. (2009). Social Media Use in the United States: Implications for Health Communication. *Journal of Medical Internet Research*, 4.
- Becton, J.B., Bernerth, J.B., Field, H.S., e Walker, H.J (2011). Diversity cues on recruitment websites: investigating the effects on job seekers information processing. *Journal of Applied Psychology*, 97 (1), 214-224.
- Boyd, D.M., Ellison, N.B. (2007). Social Network Sites: Definition, History and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), articolo 1
- Brown, D.J., e Cober, R.T. (2006). 2006 Direct Employers Association recruiting trends survey. Washington: Booz, Allen & Hamilton.
- Brown, J.N., e Swain, A. (2009). *The Professional Recruiter's Handbook: Delivering Excellence in Recruitment Practice.* , Londra: Kogan Page.
- Brown, V.R., e Vaughn, E.D. (2011). The Writing on the (Facebook) Wall: The Use of Social Networking Sites in Hiring Decisions. *Journal of Business and Psychology*, 26 (2), 219-225.
- CDC (2012). CDC's Guide to Writing for Social Media.
- Cober, R.T., Brown, D.J., Levy, P.E. (2004), From content and function: an evaluative methodology for corporate employment websites. *Human Resource Management*, 43, 201-218.
- Cortese, C., Cipolletti, D. (2015). Fare reclutamento ai tempi del web: dall'e-recruitment al social recruitment. *Personale e lavoro*.
- Cortese, C., e Pellerei, F. (2013). Reclutamento e selezione del personale ai tempi del web 2.0: l'utilizzo dei social network. *Sviluppo e organizzazione*.
- Cortese, C.G., e Del Carlo, A. (2008). La selezione del personale. Dalla ricerca all'inserimento in azienda: come scegliere il candidato migliore. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- D'Amore, M., e Valdani, E. (2015). *Italiani 2.0. Come gli italiani utilizzano i social network per comunicare, lavorare e vivere.* Milano: Egea.
- Danah, M., e Ellison, N.B. (2007). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication* 13, 1, 210-230.
- De Felice, L. (2011). Marketing conversazionale: dialogare con i clienti attraverso i social media e il Real-time web di Twitter, Friendfeed, Facebook, Foursquare. Milano: Il Sole 24 Ore S.p.a.
- Dutta, S., Fraser, M. (2010). *Throwing sheep in the boardroom: How online social networking will transform your life, work and world.* John Wiley & Sons.
- Epstein, D. (2008). Have I been Googled? Character and fitness in the age of Google, Facebook, and YouTube. *The Georgetown Journal of Legal Ethics*, 21 (3), 715-727.
- Evans, D. (2008). *Social Media Marketing: An Hour a Day*, Indianapolis, Wiley Publishing.
- Fallery, B., e Girard, A. (2009). E-recruitment: new practices, new issues. An exploratory study. *The third International Workshop on Human Resource Information System*, 39-48.
- Fathi, S. (2008). From generating awareness to managing reputations: Why your company needs to Twitter, *Public Relations Tactics*, 15 (10), 2008, 16.
- Fondeur, Y. (2006). Internet, recrutement et recherche d'emploi: une introduction. *La Revue de l'IRES*, 3, 3-10.
- Gabrielli, G., e Profili, S. (2012). *Organizzazione e gestione delle Risorse Umane.* Torino: ISEDI.
- Goldberg, C.B. (2005). Relational demography and similarity attraction in interview assessments and subsequent offer decisions, *Group & Organization Management*, 30 (6), 597-624.
- Hermkens, I. P., Kietzmann, J. H., McCarthy, e Silvestre, B. S. (2011). Social media? Get serious! Understanding the functional building blocks of social media, *Business Horizons*, 54 (3), 241-251.
- ICN (2006). *Il codice Deontologico dell'Infermiere del Consiglio Internazionale degli Infermieri.*
- Invernizzi, E. (2000). *La comunicazione organizzativa: teorie, modelli e metodi.* Milano: Giuffrè.

- Iodice, D. (2014). Social network, controlli a distanza e sanzioni disciplinari.
- IPASVI di Torino (2016). L'uso dei social network da parte degli infermieri: i risultati di una ricerca.
- Kaplan, A.M., Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. *Business Horizons*, 53(1), 59-68.
- Kidder, D.L., e Smith, W.P. (2010). You've been tagged! (Then again, maybe not): Employers and Facebook. *Business Horizons*, 53 (5), 491-499.
- Lovari, A. (2014). La comunicazione sanitaria ai tempi dei social network.
- Maurer, S.D., Liu, Y. (2007). Developing effective e-recruiting websites: Insights for managers from marketers. *Business Horizons*, 50, 305-314.
- McGregor, D. (1960). *The human side of enterprise*. New York: Mc Graw-Hill.
- National Council of State Boards of Nursing (2011). White Paper: A Nurse's Guide to the Use of Social Media. *The Journal of Practical Nursing*, 61 (3), 3-9.
- Noella, L. (2009). Ten tips to Raise Your Business Visibility Through Social Network. *Financial Executive*, 25 (9), 17.
- Parry, E., Tyson, S. (2011). Desired goals and actual outcomes of e-HRM. *Human Resource Management Journal*, 21 (3), pp. 335-354.
- Prunesti, A. (2010). *Nuvole di byte*. Edizioni della Sera, p. 40.
- RCNA (2011). *Social Media Guidelines For Nurses*.
- Santoro, E. (2009). Web 2.0 e social media in medicina. Come social network, wiki e blog trasformano la comunicazione, l'assistenza e la formazione in sanità. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Saravanakumar, M. & SuganthaLakshmi, T. (2012). Social Media Marketing. *Life Science Journal*, 9 (4), 4444-4451.
- Schein, E. H. (2000). *Culture d'impresa*. Cortina Raffaello.
- Shirky, C. (2003). People on page: YASNS... Corante's Many-to-Many.
- Stelzner, M.A. (2016). 2016 Social Media Marketing Industry Report. How Marketers Are Using Social Media to Grow Their Businesses.
- Stone, B. (2006). Web of risks: Students adore social-networking sites like Facebook, but indiscreet postings can mean really big trouble, *Newsweek*, 148 (7), 76.
- Vanzetta M., Vellone E., Dal Molin A., Martellotti E., Alvaro R., (2013). Raccomandazioni sul corretto utilizzo dei social media da parte degli infermieri. *L'infermiere*, n 5, 79-88.
- Watzlawick, P. (1977). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio.
- White, E (2007). Theory and practice: Employers are new face on web recruiting. *The Wall Street Journal*.
- Zeidner, R. (2007). How deep can you probe?. *HRMagazine*, 52 (10), 57-60.

SITOGRAFIA

- Bardus, M. (2011). The Web 2.0 and Social Media Technologies for Pervasive Health Communication: Are they Effective?. Reperibile online https://www.researchgate.net/publication/233726029_The_Web_20_and_Social_Media_Technologies_for_Pervasive_Health_Communication_Are_they_Effective Ultimo accesso 19/05/2017.
- Bryant, N. (2009). Selling' Queensland with a dream job. Sydney: BBC News. Reperibile on line <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/8027369.stm> Ultimo accesso 19/05/2017.
- Chang, W., e Madera, J.M. (2011). Using Social Network Sites to Investigate Employees in the Hospitality Industry. Reperibile on line http://scholarworks.umass.edu/refereed/ICHRIE_2011/Wednesday/20. Ultimo accesso 19/05/2017.
- Corrado, M. (2014). LinkedIn. Storia di Internet. Reperibile online <https://storiadiinternet.wordpress.com/linkedin/>. Ultimo accesso 19/05/2017.
- Corrado, M. (2014). Twitter. Storia di Internet. Reperibile online <https://storiadiinternet.wordpress.com/twitter/>. Ultimo accesso 19/05/2017.
- Crupi, M. (2015). La Storia dei primi 5 anni di Instagram. Marco Crupi Blog Fotografico. Reperibile online <https://marcocrupifoto.blogspot.it/2015/10/la-storia-di-instagram-distanza-di-5.html>. Ultimo accesso 19/05/2017.
- Di Fraia, G. (2016). La SocialMediaAbility delle Aziende Italiane – 2016, Education. Reperibile online <https://www.slideshare.net/mastersocialmedia/la-socialmediability-delle-aziende-italiane-2016>. Ultimo accesso 19/05/2017.
- Drum, K.. (2010). Using Social Media to attract & engage passive candidates,. Reperibile on line <http://www.ere.net/webinars/using-social-media-to-attract-engage-passivecandidates/>. Ultimo 19/05/2017.
- ESCP Exchange. Users of the world, unite! The challenges and opportunities of social media. Business. Reperibile on line <https://www.slideshare.net/escpexchange/kaplan-haenlein-users-of-the-world-unite-the-challenges-and-opportunities-of-social-media>. Ultimo accesso 19/05/2017.

- Dell'Olio, V. (2016). Dati Instagram in Italia nel 2016. Reperibile online <https://vincenzodellolio.com/2016/07/07/infografica-dati-instagram-in-italia-nel-2016/>. Ultimo accesso 19/05/2017.
- Dutta, Fraser, Matthew, e Sumitra (2010). Throwing sheep in the boardroom: how online social networking will transform your life, work and world. John Wiley & Sons edizione. Reperibile online https://www.researchgate.net/publication/240312123_Throwing_sheep_in_the_boardroom_how_online_social_networking_will_transform_your_life_work_and_world_-_Matthew_Fraser_and_Soumitra_Dutta. Ultimo accesso 19/05/2017.
- IPASVI, Gli infermieri sui social media: usarli correttamente è un'opportunità. Reperibile on line <http://www.ipasvi.it/attualita/gli-infermieri-sui-social-media-usarli-correttamente---un-opportunita-id1109.htm>. Ultimo accesso 19/05/2017.
- Guaraccia, E. (2014). Social media in azienda: meglio regolamentare che bloccare. Reperibile online <http://www.ettoreguaraccia.com/archives/3305>. Ultimo accesso 19/05/2017.
- HIPAA (2009). Reperibile online <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/administrative/privacyrule/adminsimpregtext.pdf> Ultimo accesso 19/05/2017.
- Lenoci (2012). Storia di Facebook. Cultura. Reperibile online <http://cultura.biografieonline.it/facebook-storia/>. Ultimo accesso 19/05/2017.
- Pros and Cons of Banning Social Media Use at Work. HR Daily Advisor, 2016. Reperibile online <http://hrdailyadvisor.blr.com/2016/05/25/pros-and-cons-of-banning-social-media-use-at-work/>. Ultimo accesso 19/05/2017.
- Russo, F.(2016). LinkedIn in Italia: 9 milioni gli iscritti totali e 140 mila le aziende. InTime | Blog, Social Media, Web Marketing. Reperibile online <https://www.franzrusso.it/social-media-2/linkedin-italia-9-milioni-iscritti-totali-140-mila-aziende/>. Ultimo accesso 19/05/2017.
- We Are Social Singapore, Digital in 2017 Global Overview. Reperibile online <https://www.slideshare.net/wearesocialsg/digital-in-2017-global-overview>.
- Wolf, F. (2011). Social media as a strategic business and recruitment tool, Master Thesis, University of Groningen. Reperibile on line <http://www.slashdocs.com/wkmsk/1-social-media-as-a-strategic-business-and-recruitment-tool-2011-lr.html>. Ultimo accesso 19/05/2017.

ESPERIENZE

Creare famiglia: un fattore determinante per una maggiore resilienza negli infermieri

di *Marco Alfredo Arcidiacono (1), Alfonso Sollami (2), Arianna Sforza (3)*

(1) *Professore a contratto Università degli Studi di Parma*

(2) *Tutor Didattico Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Parma*

(3) *Infermiera presso Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS (Parma)*

Corrispondenza: marcidiacono@ao.pr.it

Il termine resilienza deriva dal latino *resilio*, che significa saltare, rimbalzare. Il vocabolo è stato coniato in fisica dei materiali e indica la capacità, propria di alcuni metalli di conservare la propria struttura o di riacquistare la forma originaria dopo essere stati sottoposti a schiacciamento o deformazione (De Filippo, 2009).

Nella letteratura psicologica e sociologica il termine indica un insieme di processi che facilitano un adattamento efficace e promuovono lo sviluppo della persona anche in contesti di vita altamente stressanti (De Filippo, 2009).

Lo stress lavorativo rientra nella categoria della resilienza strutturale, dovuto alla disarmonia fra se stessi e il proprio lavoro, a conflitti fra il ruolo svolto al lavoro e al di fuori di esso e da un grado insufficiente di controllo sul proprio lavoro e sulla propria vita (Magrin, 2008).

In ambito sanitario il problema dello stress occupazionale è particolarmente evidente, in parte per le caratteristiche insite nelle professioni di aiuto a contatto con la sofferenza e la malattia, in parte a causa di ritmi e organizzazione del lavoro (Calcari, Moro et al., 2011).

In letteratura, sono descritti specifici fattori fonte di stress per il personale infermieristico quali la mancanza di chiarezza rispetto al ruolo, la difficoltà nella programmazione dei turni e del gruppo di lavoro, lo scarso coinvolgimento nei processi decisionali, basso status sociale e scarso supporto (Calcari, Moro et al., 2011).

Altri fattori che contribuiscono ad aumentare lo stress degli infermieri includono: la varietà del posto di lavoro, l'inesperienza dello staff e la miscela di persone esperte e non esperte, i conflitti con i colleghi, la fatica di lavorare con troppi pazienti, la mancanza di tempo da dedicare ai pazienti che ne hanno bisogno, il contatto con pazienti e parenti anch'essi sotto stress (McCann, Beddoe et al., 2013).

La resilienza è identificata come essenziale per gli infermieri nel loro lavoro quotidiano, costruire la resilienza permette di aiutare gli infermieri ad affrontare le avversità sul posto di lavoro associate con le difficoltà interpersonali, problemi di risorse e altri problemi lavorativi (Jackson, Firtko et al., 2007).

Questo lavoro si propone di indagare la resilienza negli Infermieri e successivamente verificare se esistono misure di associazione tra le variabili socio demografiche e la resilienza attraverso un'indagine effettuata sul personale delle Unità Operative di Medicina, Chirurgia e Terapia Intensiva dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Strumenti e metodi

Lo studio è stato condotto attraverso l'auto-somministrazione cartacea del questionario, in un arco temporale compreso tra Giugno e Luglio 2017.

Per misurare la resilienza negli infermieri è stata utilizzata la versione italiana della scala della resilienza di Wagnild e Young (1993).

Secondo Wagnild (2009), un punteggio maggiore di 145 indica alta resilienza, tra 125 e 145 indica resilienza media, e minore di 120 indica bassa resilienza.

Nella versione italiana della scala è stato eliminato un item (voce 11, "Raramente mi chiedo qual è il punto di tutto") pertanto ci sono 24 elementi: i valori maggiori a 141 sono stati considerati come indicazione di alta resilienza, valori da 116 a 140 è considerata resilienza media, e valori inferiori a 116 indica bassa resilienza (Girtler, De Carli et al., 2010).

Come affermato da Ahern e colleghi per misurare la resilienza negli adulti la scala con maggiore affidabilità è quella sperimentata e validata da Wagnild e Young. (Ahern, Kiehn et al., 2006).

Agli item del questionario sono stati aggiunti alcuni item per indagare:

- la tipologia di reparto (Medicina, Chirurgia o Terapia Intensiva)
- l'età
- il sesso
- la condizione abitativa (vive da solo, con i genitori o con il coniuge)
- il numero dei figli
- il titolo professionale (Diploma, Laurea Triennale, Laurea Magistrale, Master di I o II livello)
- gli anni di servizio
- gli anni di servizio in quell'UO
- la tipologia di turnistica (Turnista o Diurnista).

Campione

Il campione è composto da 120 infermieri di tre reparti di Terapia Intensiva, due reparti di Medicina e tre reparti di Chirurgia, presso l'Azienda Ospedaliera di Parma, attraverso la auto-somministrazione di un questionario agli infermieri.

I reparti delle varie aree sono state estratti in maniera casuale.

Sono stati distribuiti 164 questionari e ritirati 120, con un tasso di risposta pari al 73%.

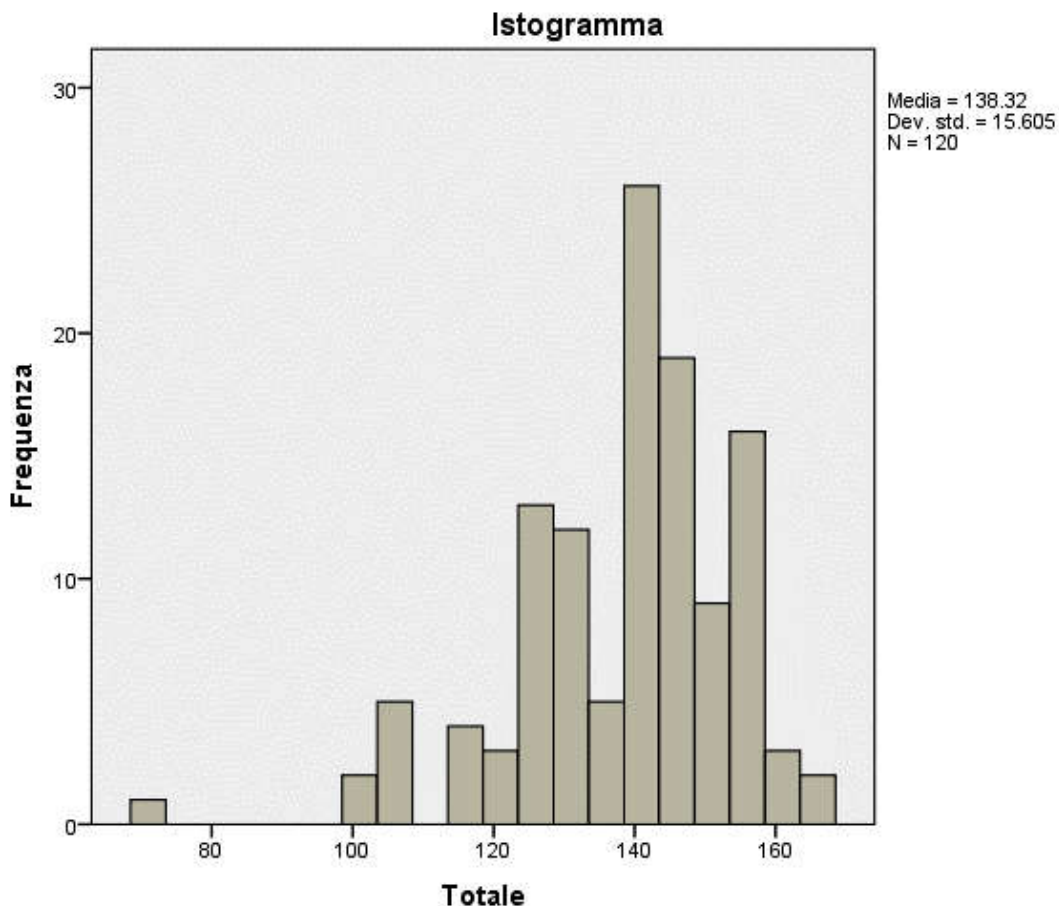
Le caratteristiche sociodemografiche del campione sono elencate nella seguente tabella:

Tabella 1 - Caratteristiche sociodemografiche del campione												
Sesso	Maschi 48 (40%)			Femmine 72 (60%)								
	Medicina 15	Chirurgia 21	Terapia intensiva 12	Medicina 25	Chirurgia 19	Terapia intensiva 28						
Titolo professionale	Diploma 36 (30%)			Laurea triennale 58 (48%)			Laurea magistrale 9 (8%)			Master 17 (14%)		
	Medicina 14	Chirurgia 10	Terapia intensiva 12	Medicina 12	Chirurgia 28	Terapia intensiva 18	Medicina 4	Chirurgia 1	Terapia intensiva 4	Medicina 10	Chirurgia 1	Terapia intensiva 6
Vive con	Da solo 53 (44%)			Con genitori 3 (3%)			Con coniuge 64 (53%)					
	Medicina 16	Chirurgia 23	Terapia intensiva 14	Medicina 3	Chirurgia 0	Terapia intensiva 0	Medicina 21	Chirurgia 17	Terapia intensiva 26			
Numero di figli	Senza figli 71 (59%)			Con figli 49 (41%)								
	Medicina 24	Chirurgia 25	Terapia intensiva 22	Medicina 16	Chirurgia 15	Terapia intensiva 18						

Risultati

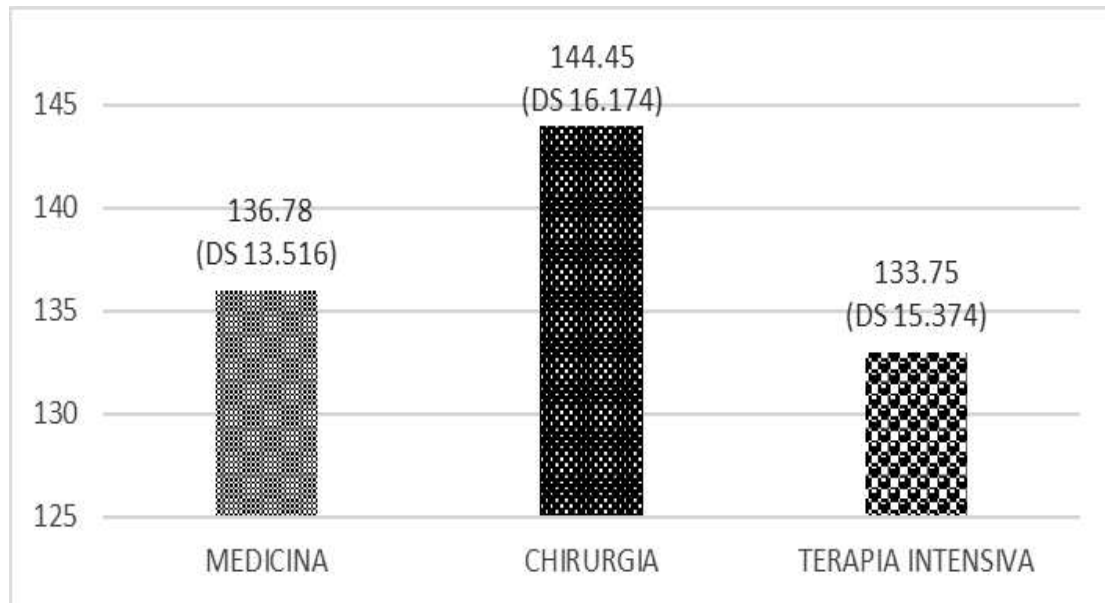
Analizzando la Resilienza negli infermieri, le misure effettuate, mostrano una media di resilienza pari a 138.33 (DS 15.605) con un range da 71 a 168 (Figura 1).

Figura 1 - Distribuzione delle medie della resilienza sull'intero campione



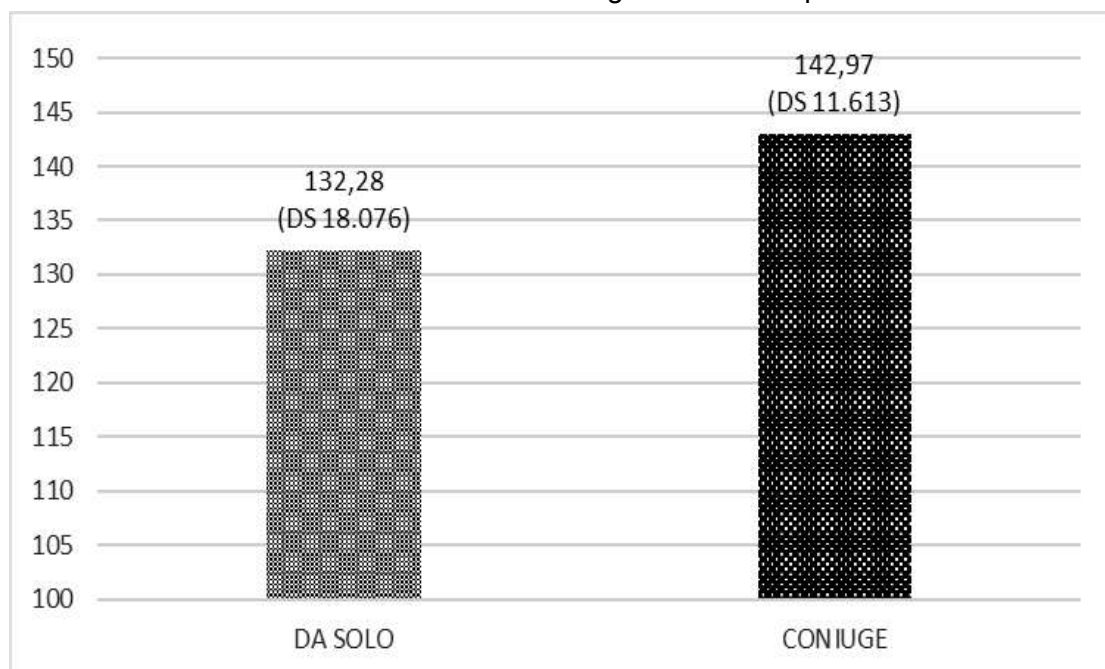
Analizzando la resilienza rispetto alla tipologia di reparto, il Test non parametrico di Kruskal-Vallis a campioni indipendenti mostra una significatività nelle differenze delle medie misurate tra i vari reparti ($p < .000$). Gli infermieri delle UO di Chirurgia hanno mostrato un maggior livello di resilienza ($m=144.45$ (DS16.17)) rispetto ai valori misurati per gli infermieri in medicina ($m=136.78$ (DS13.51)) e in terapia intensiva ($m=133.75$ (DS15.37)) (Figura 2).

Figura 2 - Distribuzione delle medie e DS tra le Unità Operative



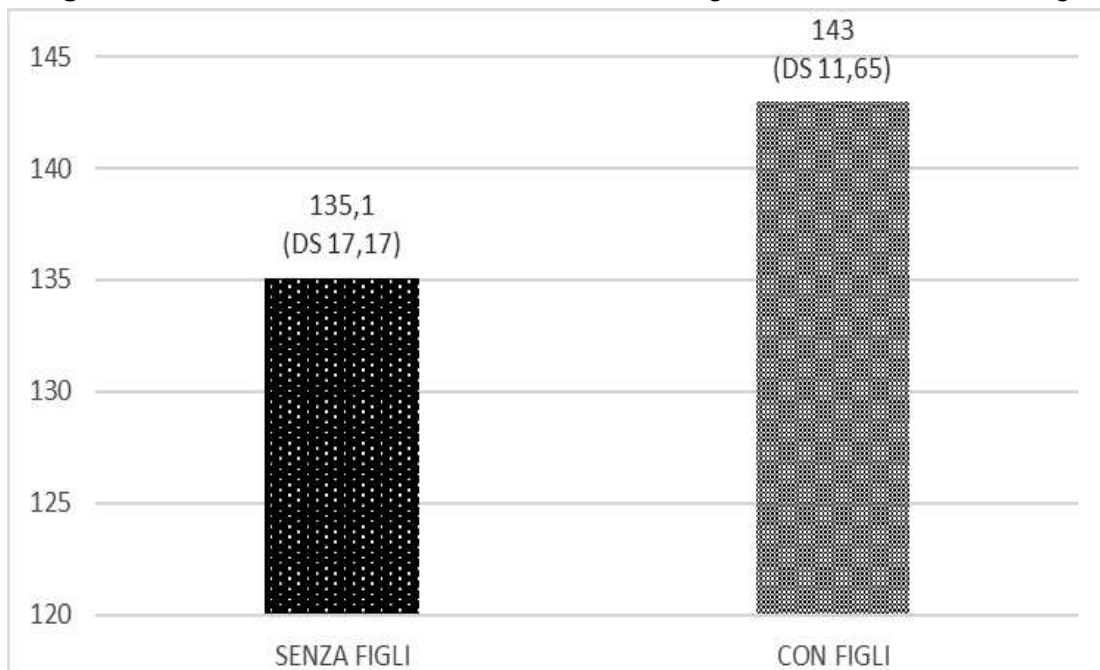
Analizzando la resilienza rispetto alla condizione abitativa degli infermieri partecipanti allo studio, il test non parametrico di Mann-Whitney evidenzia che la media misurata negli infermieri che vivono con il coniuge è maggiore ($m=142.97$ (DS 11.61)) e risulta statisticamente significativa la differenza della misura con gli infermieri che vivono da soli ($m=132.28$ (DS 18.076)) ($p < .05$) (Figura 3).

Figura 3 - Distribuzione delle medie di resilienza degli infermieri rispetto alla condizione abitativa



Analizzando la resilienza rispetto al numero di figli degli infermieri rispondenti, il test non parametrico di Mann-Whitney mostra che la media misurata negli infermieri con figli è maggiore (m=143 (DS 11.65)) e risulta statisticamente significativa la differenza della misura con gli infermieri senza figli (m=135.10 (DS 17.17)) (p<.05) (Figura 4).

Figura 4 - Distribuzione delle medie di resilienza degli infermieri con e senza figli



La resilienza è stata studiata anche rispetto al sesso e al titolo professionale ma non sono state trovate differenze statisticamente significative tra le diverse variabili.

Una variabile studiata ma non analizzata è stata la tipologia di turnistica in quanto nel nostro campione c'è stata una netta risposta di infermieri che lavorano su tre turni rispetto a coloro che lavorano come diurnisti (N=3), essendo un campione ridotto e insignificante al fine dell'analisi non è stato possibile confrontarlo.

Nel nostro studio le variabili continue considerate sono: l'età (ETA), l'anzianità di servizio (AS), anzianità di servizio nell'unità operativa (ASUO) e valore di resilienza misurato (Resilienza). La tabella sottostante mostra come non vi è nessuna correlazione tra le variabili considerate (Tabella 2).

Tabella 2 - Correlazioni tra la resilienza e le variabili continue				
		ETA	AS	ASUO
Resilienza	Correlazione di Pearson	,139	,072	-,008
	Sign. (a due code)	,129	,435	,930
	N	120	120	120

Discussione

Come noto, una buona resilienza personale è fondamentale per gli infermieri per far fronte alle numerose difficoltà che si possono presentare nel loro lavoro quotidiano.

Gli infermieri con un alto livello di resilienza mostrano doti come l'intelligenza, fiducia in sé stessi, intraprendenza e flessibilità che li può aiutare ad affrontare lo stress sul posto di lavoro (Brennan, 2017).

Gli infermieri con un basso livello di resilienza non riescono a far fronte in maniera positiva allo stress e alle difficoltà che si presentano sul posto di lavoro; sono più vulnerabili e propensi ad abbandonare il luogo di lavoro.

Dallo studio è emerso che vi è una differenza statisticamente significativa tra le medie della resilienza degli infermieri che lavorano in Medicina, Chirurgia e Terapia Intensiva; il minor livello di resilienza è stato riscontrato tra gli infermieri dell'area critica.

Una probabile motivazione a tale risultato potrebbe essere riferita al fatto che la Terapia Intensiva è un reparto stressante, con elevata mortalità e morbilità del paziente, scontri quotidiani con dilemmi etici, e un'atmosfera di tensione, come già descritto in letteratura (es. Mealer, et al., 2014).

Sono risultati inoltre più resilienti i professionisti che vivono con il coniuge e che hanno figli. Questo dato è in linea con la letteratura in quanto l'ambiente familiare, le relative problematiche a cui occorre far fronte quotidianamente ed il supporto emotivo del coniuge possono essere considerati fattori positivi nello sviluppo della resilienza.

Come già dimostrato in letteratura (es: Gillespie, Chaboyer, & Wallis, 2009), anche nel nostro studio, l'età, il sesso, l'anzianità di servizio ed il titolo professionale non sono risultati determinanti rispetto al livello di resilienza.

I risultati di questo studio ci hanno permesso di identificare la macro area su cui intervenire per aumentare la resilienza.

L'identificazione dei fattori di rischio e protettivi della resilienza, può aiutare nella formulazione di strategie che abbiano come obiettivo la promozione di comportamenti resilienti e contribuire quindi al benessere degli infermieri.

I risultati di questo studio devono essere interpretati con cautela, a causa dei limiti metodologici che lo caratterizzano come il campione di scarsa numerosità e la presa in considerazione di solo alcune Unità Operative per macro-area.

Per tale motivo, per superare i limiti sopra citati, sarebbe opportuno innanzitutto aumentare il campione, estendere lo studio a tutte le Unità Operative e arricchire l'analisi con altre variabili quali quantitative.

BIBLIOGRAFIA

- Ahern, N., Kiehn, E., Sole, M. L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.
- Brennan, E. J. (2017). Towards resilience and wellbeing in nurses. *British Journal of Nursing*, 26(1), 43-47.
- Calcari, S., Moro, V., Panella, M., & Palin, A. L. (2011). Introduction to a resilience model of analysis and its application in the operating room. *SCENARIO*, 28(1), 27-33.
- De Filippo, A. (2009). Stress e resilienza. Vincere sul lavoro. Francavilla al Mare: Edizioni Psiconline.
- Girtler, N., De Carli, F., Accardo, J., Cutolo, M., Dessi, B., Famà, F., Brugnolo, A. (2010). Resilience scale in adults and elderly healthy subjects psychometric properties of the italian version of resilience scale in adults and elderly health subjects. *BioMed Central*, 1-8.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1-9.

- Magrin, M. E. (2008). Dalla resistenza alla resilienza: promuovere il benessere nei luoghi di lavoro. *Giornale Italiano di Medicina del lavoro ed Ergonomia*, 30(1), A11-A19.
- McCann, C., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., & Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), p. 60-81.

ESPERIENZE

Il chest pain score salva la vita?

di **Benedetta Frascella (1)**, **Federico Agricola (2)**, **Daria Bacchereti (3)**

(1) Infermiera - Pisa

(2) Infermiere, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana - Pisa

(3) Infermiera, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana - Pisa

Corrispondenza: benedettafrascella@hotmail.it

Il sovraffollamento nei Pronto Soccorso italiani è in costante aumento: circa 20 milioni e mezzo di cittadini ogni anno si recano nei Pronto Soccorso italiani (AGENAS, 2017), con successivo aumento del rischio di una possibile risposta inappropriata (Nunez et al., 2006).

Nel corso dell'anno 2016, il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana ha registrato un totale di 89.132 accessi. Di questi 4.273 casi, ovvero il 4,79% degli accessi totali, presentavano una sintomatologia dolorosa a livello toracico. Tale categoria è tra le più numerose, poiché la definizione stessa di "Dolore toracico" comprende in realtà una vasta gamma di situazioni cliniche. Più precisamente si tratta di "qualsiasi dolore localizzato anteriormente nella regione compresa fra la base del naso e l'ombelico e posteriormente tra la nuca e la 12^a vertebra dorsale, insorto nelle 24 ore precedenti l'osservazione in Pronto Soccorso, regredito o in atto, non riferibile a trauma pregresso o ad altra causa non cardiovascolare immediatamente identificabile" (Ottani et al., 2009). I pazienti con Dolore toracico sono stati trattati secondo il percorso previsto dalla Procedura Aziendale *DEA: Percorso del paziente con dolore toracico non traumatico in Pronto Soccorso*, istituita nel 2010.

Tra gennaio e luglio 2017 sono stati registrati in totale 54.135 accessi, di cui il 4,37% riguardavano soggetti con Dolore toracico. L'entità di tale casistica ha reso evidente la necessità di ricercare un metodo per valutare velocemente e con accuratezza il reale rischio di patologia ischemica nei pazienti che presentano Dolore toracico: è stato dunque necessario definire le procedure più idonee all'identificazione delle situazioni associate ad elevata morbilità e mortalità (Ministero della Salute, 2013) per poter stratificare velocemente i pazienti a rischio che necessitano di ospedalizzazione urgente e di un appropriato livello di cure.

Tra i vari strumenti presenti in letteratura il *Chest Pain Score* (CPS) (Geleijnse et al., 2000) risulta essere lo strumento più affidabile nell'identificazione del rischio di eventi cardiaci maggiori, tanto che il *Position Paper* di ANMCO-SIMEU (2009) lo indica per definire tipicità/atipicità dei sintomi.

Le caratteristiche del dolore che vengono valutate permettono di definirlo *tipico* con probabilità di malattia coronarica intermedia-alta, o *atipico*, con bassa probabilità che sia di origine coronarica. Il CPS valuta la localizzazione, le caratteristiche, l'irradiazione e i sintomi associati: ognuno di questi fattori viene valutato tramite un punteggio di -1, +1, +2, +3.

Essendo questi fattori tipicamente correlati ad una Sindrome Coronarica Acuta, un valore CPS maggiore o uguale a 4, in associazione a fattori di rischio quali anamnesi di CAD, diabete mellito, età superiore a 70 anni, presenza di patologie vascolari extracraniche e sesso maschile implica una probabilità alta di un reale evento cardiaco in atto.

Questo studio ha come obiettivo la valutazione del CPS in termini di sensibilità e specificità nel riconoscimento al triage del Dolore toracico di origine cardiaca presso la UO Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana.

Il nostro percorso

Il CPS è stato utilizzato per valutare i pazienti che presentano Dolore Toracico nel periodo 1 Maggio - 25 Luglio 2017. Lo strumento era già in uso presso l'Unità Operativa, ma compilato unicamente dal personale medico, non ancora inserito all'interno della valutazione infermieristica in triage.

Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti presentatisi, con età maggiore o uguale a 18 anni, con manifestazione di Dolore Toracico ed acquisizione del consenso.

Durante il periodo di svolgimento dello studio è stata attivata la Flow chart prevista dalla procedura per Dolore toracico per 700 pazienti: di questi 623 utenti (89%) sono entrati nello studio, mentre i restanti non soddisfacevano i criteri di inclusione.

La rilevazione dei dati è stata svolta tramite l'acquisizione del codice di chiamata dei pazienti per garantirne l'anonimato, il numero di cartella per verificare in seguito le diagnosi di esito ed il codice colore di priorità di accesso alla visita, tradizionalmente assegnato al triage. Successivamente alla valutazione del triage è stata accertata immediatamente la sintomatologia dolorosa con il CPS, tramite colloquio, prendendo in considerazione alcune caratteristiche specifiche, quali la localizzazione, il carattere qualitativo, l'irradiazione e la presenza di eventuali sintomi associati. E' stato attribuito a ciascuna di queste caratteristiche un punteggio: a valori più alti (al massimo pari a 3) corrisponde una maggiore tipicità del dolore. I diversi punteggi sono poi addizionati tra loro e la somma, a seconda che sia maggiore/uguale o minore a 4, è indicativa rispettivamente di una tipicità o atipicità del Dolore toracico riferito dal paziente in esame. Integrando il punteggio con la presenza o meno di fattori di rischio cardiovascolare, si è potuto stratificare il gruppo dei pazienti con probabilità alta, intermedia o bassa.

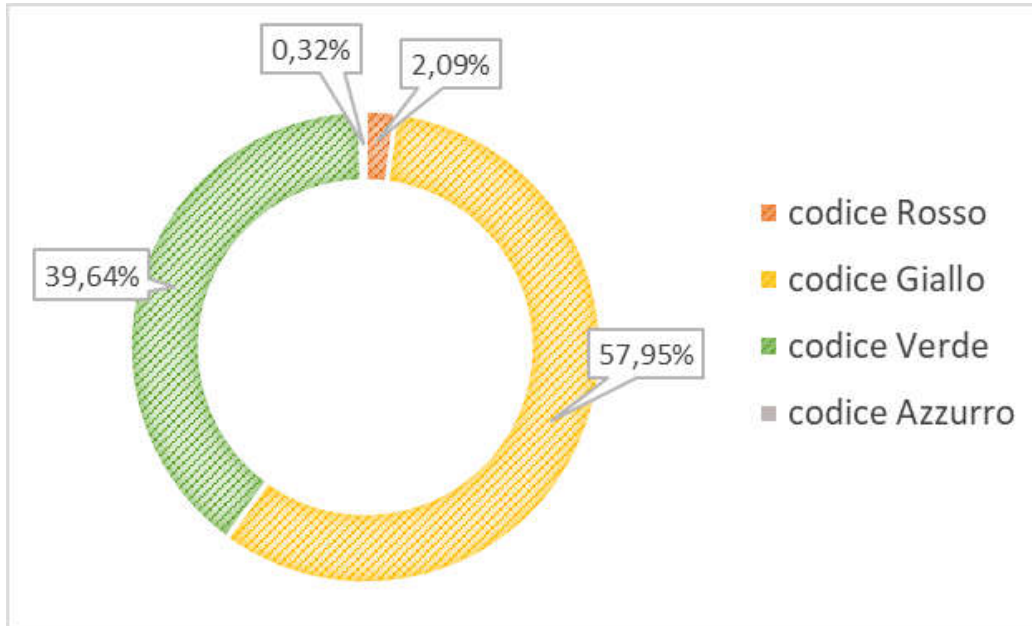
Al termine della presa in carico dei pazienti all'interno del Pronto Soccorso si sono verificate le diagnosi di esito, paragonandole all'indice ricavato dallo score.

E' stato necessario l'accesso al programma *First Aid*, programma di gestione informatizzata delle attività di Pronto Soccorso per la rilevazione della lista dei pazienti in attesa ed in visita e successivamente per la rilevazione dell'esito.

Risultati

Sono stati registrati 13 casi in cui è stato necessario l'uso del codice Rosso (2,09%), 361 in cui è stato attribuito il codice Giallo (57,95%), 247 casi di assegnazione del codice Verde (39,64%) e 2 casi di attribuzione del codice Azzurro (0,32%). (Figura 1).

Figura 1 - Codici di ingresso



Ogni caso è stato valutato dopo l'assegnazione del codice colore con il CPS, valutando la probabilità di rischio (alta, intermedia, bassa) per l'identificazione del dolore toracico di origine ischemica. Nella Tabella 1 sono riportati i codici colore e la probabilità di rischio data dallo score, in relazione al numero di casi ed alla percentuale.

Tabella 1 - Codice colore correlato alla probabilità

CODICE COLORE	PROBABILITÀ	N°	%
ROSSO	Alta	10	77%
	Intermedia	0	0%
	Bassa	3	23%
	<i>Totale</i>	13	100%
GIALLO	Alta	120	33%
	Intermedia	81	22%
	Bassa	160	44%
	<i>Totale</i>	361	100%
VERDE	Alta	11	4%
	Intermedia	11	4%
	Bassa	225	91%
	<i>Totale</i>	247	100%
AZZURRO	Alta	0	0%
	Intermedia	0	0%
	Bassa	2	100%
	<i>Totale</i>	2	100%

Al termine della presa in carico del paziente e dopo un periodo di osservazione questi presentano esiti differenti: 365 casi di Dimissione con rientro a domicilio (62,8%), 24 casi di Dimissione volontaria (3,8%), 144 casi di Ricovero (23,1%), 24 casi di pazienti che hanno rifiutato il ricovero (3,8%), 29 casi di allontanamento prima della visita medica (4,6%) e 11 casi di trasferimento ad altro istituto (1,8%). Al fine dello studio è stato utile verificare anche le diagnosi di esito. Queste risultano essere molteplici per la vasta area anatomica interessata. La percentuale maggiore è rappresentata da 304 casi con diagnosi "Dolore toracico" (48,8%) poiché non è sempre possibile definire chiaramente la causa della sintomatologia dolorosa, soprattutto quando la visita medica è effettuata in regime di urgenza.

Discussione

Da un'analisi dettagliata dei dati, valutando la relazione tra l'assegnazione del codice colore, la probabilità data dal CPS e l'esito finale del paziente, emerge che la Flow Chart in uso è adeguata nell'assegnazione del codice Giallo. In 59 casi (9,47%) la probabilità risulta alta e l'esito del paziente è, infatti, il ricovero nelle seguenti unità operative: Cardiologia, Geriatria, Medicina di urgenza e Pronto Soccorso, Medicina. Si possono successivamente notare 111 casi valutati con codice colore Giallo, che presentano una probabilità bassa ed infatti l'esito finale è stata la dimissione con rientro a domicilio. Questi casi sono possibili casi di overvaluation, che quindi alimentano il sovraffollamento dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso. Pur prendendo in considerazione questi casi, la Flow Chart risulta adeguata nel suo utilizzo.

Per quanto riguarda i casi di assegnazione del codice colore Verde, invece, la Flow Chart risulta a tratti inadeguata. Si possono notare 22 casi (3,53%) di assegnazione di uno score di probabilità alto o intermedio, di questi in 7 casi (1,12%) è stato necessario ricorrere al ricovero del paziente.

Cinque dei casi in cui è stato riscontrato un tale discostamento hanno, infatti, come diagnosi di esito le seguenti:

- Dolore toracico associato a rialzo enzimi di miocardio necrosi, 1 caso
- Sindrome coronarica acuta, 2 casi
- Infarto miocardico acuto, 1 caso
- Infarto NSTEMI, 1 caso.

Al termine della valutazione in Triage, ipotizzandola associata all'uso del CPS, questi casi sarebbero stati valutati con codice colore di priorità Giallo e non Verde, aumentandone la priorità di accesso alla visita e limitandone i tempi di attesa. Invece l'assegnazione del codice colore avvenuta ha ritardato l'accesso alla visita, con esiti potenzialmente letali.

Durante lo studio è stata valutata anche l'adeguatezza dell'assegnazione del codice colore di priorità in triage, che risulta effettuato correttamente in tutti i casi; ciò che necessita di una modifica attualmente è proprio l'algoritmo decisionale.

L'aggiunta del CPS risulta fondamentale nella valutazione del Dolore toracico perché se fosse stato presente in Flow chart, i 5 casi sopracitati sarebbero stati evitati.

Conclusioni

Come è stato ampiamente definito da studi nazionali ed internazionali, il CPS risulta essere immediato nell'utilizzo, chiaro e semplice per prevenire l'errore.

La standardizzazione delle domande permette di ottenere dati meno soggettivi rispetto alle caratteristiche dell'episodio di Dolore toracico, pur aggiungendo altri importanti aspetti da esplorare, come la durata del dolore e la localizzazione a livello dell'emitorace destro, non ancora contemplati all'interno del CPS.

Al termine dello studio, possiamo affermare con certezza che l'aggiunta di tale score all'interno del processo decisionale di triage risulta utile nel salvaguardare l'utente e l'infermiere.

BIBLIOGRAFIA

- www.pne2017.agenas.it.

- Nuñez S., Hexdall A., Aguirre-Jaime A. (2006), Unscheduled returns to the emergency department: an outcome of medical errors? *Qual Saf Health Care*;15:102-8.

- Ministero della Salute (2013), Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso, disponibile da:

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=984 (u.c. novembre 2018).

- Ottani F, Binetti N, Casagrande I, et al. (2009), Percorso di valutazione del dolore toracico. *Giornale italiano di cardiologia*; 10: 46-63.

- Geleijnse ML, Elhendy A, Kasprzak JD, Rambaldi R, van Domburg RT, Cornel JH, Klootwijk AP, Fioretti PM, Roelandt JR, Simoons ML (2000). Safety and prognostic value of early dobutamine-atropine stress echocardiography in patients with spontaneous chest pain and a non-diagnostic electrocardiogram. *Eur Heart J*;21:397-406.

- Filippo O., Nicola B., Casagrande I. et al. (2009), Chest pain evaluation project, *Giornale italiano di cardiologia*; 10(1): 46-63.

SCAFFALE

La medicina salvata dalla conversazione

di **Sandro Spinsanti**

*Editore: Il pensiero Scientifico Editore, 2018
pagine 184, euro 12,00*



Conversazione è sicuramente la parola chiave di questa nuova opera di Sandro Spinsanti, non solo il titolo. Un termine ormai poco utilizzato, che rimanda a salotti e vecchie modalità di socializzazione, ma che Spinsanti invece riscopre in un suo significato che sembra, oggi, dimenticato.

Chi conversa dialoga, scambia, confronta, costruisce, elabora, riconsidera. La conversazione richiede apertura all'altro, rispetto delle diversità, disponibilità a misurarsi con prospettive diverse, così come l'accettazione di flussi emotivi che passano dall'uno all'altro, assieme alle parole. Ne deriva che la conversazione può avere davvero un potere rivoluzionario, non quello urlato e imposto, piuttosto quello del confronto argomentato.

Il modo in cui l'Autore conversa sulla medicina e su quanto la salverà è ancora una volta venato da un elegante tratto ironico, ormai tipico di Spinsanti, che in parte provoca il lettore e lo spinge a riflettere anche sull'ovvio, in parte lo accompagna a riconsiderare, approfondire, apprezzare la propria e altrui riflessione.

E se si deve conversare sulla medicina, facciamolo anche col ricorso ai grandi di ogni tempo: questa è la scelta dell'Autore, che affronta i temi più importanti ed attuali anche col ricorso ad alcune conversazioni d'autore. Scorrono quindi sotto i nostri occhi e attraversano le nostre emozioni scorci di opere importanti per tutti noi, come quelle di Cechov, Euripide, McEwan, accanto a stralci di testimonianze professionali, diari di percorsi di malattia, testimonianze di chi ha attraversato questi cammini.

I temi trattati nel volume sono quelli cari alla discussione degli ultimi decenni, snodi cruciali della storia contemporanea della medicina: l'evoluzione verso il rispetto delle volontà e delle scelte della persona assistita, mettendo a confronto il ruolo del diritto e della bioetica; la centralità dell'informazione, arricchita dalla conversazione tra curante e curato; il contributo dell'evidenza scientifica e della narrazione, l'una accanto all'altra per costruire il meglio per ogni paziente; la storia della propria malattia inserita e contestualizzata nel proprio progetto di vita, con l'aiuto e il supporto dei sanitari.

In un percorso di questo genere, volto a riconsiderare quanto è da ancora da migliorare e a enfatizzare i risultati raggiunti, nessun bilancio può essere più completo di quello che Spinsanti stesso formula: “Il modello della conversazione in medicina richiede cambiamenti profondi tanto nella cultura dei professionisti della salute, quanto in quella dei cittadini che ad esse fanno ricorso. Per gli uni e per gli altri è una competenza nuova, frutto di un apprendimento: un percorso (ri)educativo da intraprendere insieme. La nuova civiltà della conversazione in medicina è un luogo in cui si incontreranno coloro che accettano di co-educarsi. Per dare un volto nuovo alla Cura”.

Laura D'Addio

COLOPHON

REVISORI ESTERNI 2018

Giada Belletti (Torino)
Giampiera Bulfone (Udine)
Erica Busca (Novara)
Marco Clari (Torino)
Angelo Dante (L'Aquila)
Carlo Della Pelle (Chieti)
Dino Stefano Di Massimo (Biella)
Jacopo Fiorini (Roma)
Chiara Gallione (Novara)
Ignazia Lo Burgio (Palermo)
Duilio Manara (Milano)
Anna Marchetti (Roma)
Nicola Pagnucci (Pisa)
Carmela Rinaldi (Novara)
Niccolò Simonelli (Milano)
Valentina Simonetti (Chieti)
Angela Tolotti (Bellinzona, Canton Ticino - Svizzera)
Simone Tonella (Biella)

COLOPHON

Direttore responsabile

Barbara Mangiacavalli

Comitato editoriale

Cosimo Cicia, Giancarlo Cicolini, Nicola Draoli, Barbara Mangiacavalli,
Beatrice Mazzoleni, Auslia Pulimeno, 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.fnopi.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.fnopi.it, nella sezione "Formazione e Ricerca".

I lavori vanno inviati a: federazione@cert.fnopi.it