

IJN

GIORNALE ITALIANO DI INFERMIERISTICA

ISSN 2420-8248



OPI

ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
MILANO - LODI - MONZA E BRIANZA



Organo ufficiale di stampa
ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
MI-LO-MB

ITALIAN
JOURNAL
OF NURSING

N. 35/2021



Organo ufficiale di stampa ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE MI-LO-MB

Direttore Editoriale ad interim: Rosario Caruso

Direttore Responsabile ad interim: Elisa Crotti

Comitato di Redazione ad interim: Pasquale D'Aloia; Cinzia Garofalo; Valentina Capasso; Ettore Mosconi; Ciro Balzano; Barbara Maria Cantoni; Pasquale Giovanni Caporale; Raffaele D'Ambrosio; Vincenzo De Martino; Marco Enrico Grazioli; Francesco Pittella; Silvia Re; Stefano Ronca; Chiara Venturini

Editore: Ordine Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano-Lodi-Monza e Brianza - Corso di Porta Nuova, 52 - 20121 Milano - tel. 0259900154 - fax 0255189977 - www.opimilomb.it - info@opimilomb.it - Reg. Trib. Mi n.150 del 29.03.1993

Coordinamento grafico: OFFICINA RÉCLAME srl

Stampa: Sincronia di Sainaghi Sandro, Via Cesare Balbo, 28 - 20025 LEGNANO (MI)

Finito di stampare: GIUGNO

Note Redazionali: La rivista "Italian Journal of Nursing" (IJN) è l'organo di stampa dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano-Lodi-Monza e Brianza. IJN pubblica i contributi che incontrano l'interesse del Comitato di Redazione. I contributi sono classificabili in: Editoriali (generalmente su invito del direttore editoriale), contributi di attualità, speciali (come ad esempio la sezione "Storia della Professione"), pubblicazioni e recensioni. Tutti i contributi spontanei devono pervenire alla Segreteria dell'OPI (info@opimilomb.it) ed avere per oggetto: proposta per IJN. Ogni autore è responsabile dei contenuti dei propri articoli. Il Comitato di Redazione si riserva il diritto di chiedere revisioni, tagliare e riadattare i testi in base alle esigenze redazionali, o rifiutare con una motivazione i contributi. Con l'invio dei contributi ad IJN, gli autori consentono implicitamente la pubblicazione del materiale inviato sulla rivista IJN e sul sito, oltre che consentirne l'utilizzo da parte di OPI Milano-Lodi-Monza e Brianza anche per fini diversi rispetto alla pubblicazione sulla rivista (esempio finalità formative). In caso di pubblicazione, l'autore concede quindi all'OPI di Milano-Lodi-Monza e Brianza un diritto illimitato di uso non esclusivo, senza limitazioni di aree geografiche. L'OPI Milano-Lodi-Monza e Brianza potrà pertanto, direttamente o tramite

terzi di sua fiducia, utilizzare, copiare, trasmettere, estrarre, pubblicare, distribuire, eseguire pubblicamente, diffondere, creare opere derivate, ospitare, indicizzare, memorizzare, annotare, codificare, modificare e adattare (includendo senza limitazioni il diritto di adattare per la trasmissione con qualsiasi modalità di comunicazione) in qualsiasi forma o con qualsiasi strumento attualmente conosciuto o che verrà in futuro inventato, ogni immagine e ogni messaggio, anche audio e video, che dovesse essere inviato dall'autore, anche per il tramite di terzi. Il materiale inviato non verrà restituito e rimarrà di proprietà dell'OPI di Milano-Lodi-Monza e Brianza. **Invio di articoli da parte degli autori:** tutti i contributi devono essere inviati tramite file word alla segreteria info@opimilomb.it. I contributi devono sempre contenere il titolo, l'elenco degli autori (nome e cognome), le affiliazioni (qualifica professionale, ente o istituto d'appartenenza), recapito email e telefonico dell'autore di corrispondenza, bibliografia e citazioni in stile Harvard. I contributi per la sezione attualità o sezioni speciali non devono superare le 2500 parole (esclusa bibliografia) e non necessitano di abstract. I contributi per la sezione pubblicazioni non devono superare le 5000 parole e devono contenere abstract e parole chiave in italiano ed inglese.

Editoriale

- 3 Da Oss a infermiere in 300 ore? Un serio rischio per operatori e assistiti**
Oss to nurse in 300 hours. A real risk for operators and patients
Pasquale D'Aloia

Attualità

- 4 Visiting policy nei reparti pediatrici: necessità di un consenso comune**
Visiting policy in pediatric departments: need for a common consent
Maiandi Stefano, Zimmermann Daniela, Pellegatta Federico, Stabellini Laura, Buzzi Federica, Cantoni Barbara

Interviste

- 6 Intervista a Ercole Vellone, quinto infermiere italiano dell'American Academy of Nursing**
Interviewing Ercole Vellone, 5th Italian nurse of the American Academy of Nursing
A cura del Consiglio Direttivo

Focus di approfondimento

- 8 Il fenomeno della violenza di genere in ASST Rhodense: la fotografia di un anno caratterizzato da lockdown**
Sex-related violence in a hospital-based setting (ASST Rhodense): the description of a year characterized by lockdown strategies
Annalisa Alberti, Claudia Timofitca, Anna Maria Stragapede, Livia Raschetti, Barbara Cipicchia, Tindara Merenda, Barbara Omazzi, Ida Ramponi

- 12 Il valore della prestazione**
The worth of performance
Stefano Rossi

Esperienze

- 14 Lo stomaterapista ai tempi del COVID-19: esperienza di un ambulatorio milanese**
Stoma care specialists at the time of the COVID-19: an experience from Milan
Erica Ducci, Lorenza Manganini, Marisa Conzimu

Pubblicazioni

- 16 Il moral distress vissuto dagli infermieri di ricerca durante la sperimentazione clinica su soggetti vulnerabili: una revisione narrativa della letteratura**
Moral distress experienced by clinical research nurses during the clinical trials on vulnerable subjects: a narrative review
Gabriela Felipe, Giulia Villa, Giannetta Noemi, Duilio Fiorenzo Manara

- 21 Clima Organizzativo e Counterproductive Work Behavior nell'implementazione di un percorso per infermieri neoassunti: uno studio Pilota presso un'Azienda Sanitaria del Nord Italia**
Organizational Climate and Counterproductive Work Behavior in the implementation of a pathway for newly employed nurses: a pilot study in a Healthcare facility in Northern Italy
Marcello Torre, Rosario Caruso, Rita Patrizia Tomasin, Cristina Arrigoni

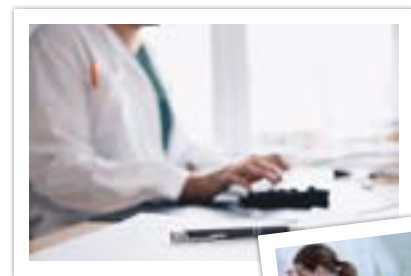
- 28 Le conoscenze e le credenze degli infermieri sulle emocolture: uno studio multicentrico**
Nurses' belief and knowledge about blood culture: a multicenter study
Sonia Bustreo, Silvia Camelo, Serena Tucci, Giovanna Cocco, Silvia Zenobi, Jacopo Fiorani

- 34 Missed nursing care: studio descrittivo sulla percezione degli infermieri di un grande ospedale milanese**
Missed nursing care: a descriptive study about nurses' perception in a large hospital in Milan
Parise Eleonora, Rosi Ivana Maria, Millama Kim Randall, Rancati Stefania

- 40 Prevenzione delle cadute farmaco correlate negli anziani. Revisione della letteratura**
Prevention of drug related falls in the elderly. A Review of the literature
Luca Giuseppe Re, Ioana Isabela Gavril

Storia della professione

- 46 Una romantica donna inglese. Excursus sulla vita e l'opera di Miss Amy Turton**
A romantic English woman. Overview of the life and work of Miss Amy Turton pioneer of nursing in Italy
Gabriele De Biasi





Pasqualino D'Aloia

Presidente Ordine delle Professioni
Infermieristiche (OPI) di Milano,
Lodi, Monza e Brianza

President of OPI in Milan, Lodi,
Monza and Brianza

Da Oss a infermiere in 300 ore? Un serio rischio per operatori e assistiti

Oss to nurse in 300 hours. A real risk for operators and patients

Cari colleghi, siamo ancora a lanciare un allarme, ma stavolta il Covid c'entra poco. O, forse, è stata proprio la confusione generata dalla pandemia a dar luce a proposte a dir poco aberranti. Come quella del governatore del Veneto Luca Zaia, che con la delibera n. 305/2021 di fatto trasforma, grazie a 300 ore di lezioni in Fad e di tirocinio, gli Operatori Socio Sanitari in Infermieri, in barba alle normative nazionali e mettendo in sostanziale pericolo gli assistiti.

Se da un lato la decisione è stata giustificata dall'intenzione di ovviare alla carenza cronica di infermieri, in particolare nelle RSA, RSSA e nelle Case di Riposo, dall'altro lato appare evidente come non sia possibile, nemmeno nel più lungimirante dei sogni, immaginare una riqualificazione dell'Oss a infermiere non dico in 300, ma nemmeno 1000 ore.

Che gli Oss possano eseguire prestazioni di tipo infermieristico o medico sui pazienti non è ammissibile neanche nell'emergenza della pandemia, dal momento che senza una formazione adeguata e il giusto profilo, si porrebbero a serio rischio sia la persona assistita che gli stessi operatori, configurando profili di dubbia legittimità e responsabilità professionale.

*Fnopi e gli Opi interessati hanno già fatto sentire la propria voce: sulla delibera si è già opposto il Coordinamento degli Ordini degli infermieri veneti chiedendone il ritiro e minacciando azioni legali, supportato da un'azione analoga a tutela della professione da parte del nostro **Coordinamento degli Ordini della Lombardia**.*

In un nostro comunicato congiunto abbiamo dichiarato che "il trasferimento di competenze professionali acquisite tramite percorso universitario abilitante, che non corrispondono in alcun modo all'esecuzione frammentaria e meccanica di tecniche, bensì all'articolato utilizzo delle stesse nel complesso processo assistenziale anzitutto pianificato, quindi realizzato e verificato, non può e non deve gravare su personale di supporto, presuntamente addestrato attraverso discutibili eventi formativi, sia per liberalizzazione dell'abuso sia per parcellizzazione dell'assistenza e delle cure in generale".

Abbiamo anche chiesto un'interlocuzione in Regione Lombardia ma, complice il recente cambiamento degli interlocutori, né come Opi di Milano, né come Coordinamento Regionale siamo riusciti a ottenere risposta. Questa assenza di confronto con la politica è estenuante, oltre che paradossale, se si considera che gli infermieri sono stati confermati quale elemento chiave della sanità anche nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il documento che descrive come l'Italia intende investire i quasi 220 miliardi di euro che l'Europa ha garantito al nostro Paese per ripartire dopo l'emergenza pandemica e la relativa crisi economica.

Per quanto riguarda la professione infermieristica, il riferimento va in particolare all'Infermiere di famiglia e di comunità, il cui ruolo essenziale è evidente soprattutto nei tre luoghi di cura individuati per riformare la sanità: le Case della Comunità, il domicilio e gli Ospedali di Comunità.

Si, proprio in quelle strutture dove gli infermieri mancano. E che si fa? Si cerca la scorciatoia degli Oss?

Mi piace pensare, come vi accennavo, che la strada intrapresa sia dovuta solo alla fase di confusione post-pandemica. Continuiamo quindi a esortare Regione Lombardia, così come tutte le Regioni, a coinvolgere attivamente anche gli Ordini delle Professioni Infermieristiche nella progettazione e nel governo di percorsi organizzativi che possano garantire provvedimenti migliorativi.

Le scelte di questo Paese sul sistema salute, miopi e azzardate, hanno prodotto risultati che sono evidenti a tutti: quella di Regione Veneto deve essere l'ultima. Noi ci batteremo affinché così sia.

Buon lavoro,

Pasqualino D'Aloia

Stefano Maiandi

Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali - Sviluppo Professionale e Ricerca - Area Infantile - ASST di Lodi, Lodi

RN, MSN - Direction of Health and Social Professions - Professional Development and Research - Childhood Area - ASST of Lodi, Lodi

Daniela Zimmermann

Referente Aziendale Area Qualità e Ricerca - SITRA - ASST Fatebenefratelli Sacco - Milano

RN, MSN, Quality and Research Area - SITRA - ASST Fatebenefratelli Sacco - Milan

Federico Pellegatta

Coordinatore Infermieristico Casa Sollievo Bimbi, Hospice Pediatrico, Associazione VIDAS - Milano

RN, Nursing Coordinator Casa Sollievo Bimbi, Pediatric Hospice, VIDAS Association - Milan

Laura Stabilini

Infermiera pediatrica - Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi - ASST FBF SACCO - Milano

RN, Pediatric nurse - Vittore Buzzi Children's Hospital - ASST FBF SACCO - Milan

Federica Buzzi

Infermiere - Unità di Ematologia e Trapianti midollo osseo e immunoematologia pediatrica - IRCCS Ospedale San Raffaele - Milano - Responsabile per la formazione clinica Terapie Intensive Pediatrica e Neonatale progetto E.U. MADAD - A.I.S.P.O. NGO

RN, MSN, Nurse - Unit of Hematology and Bone Marrow Transplantation and Pediatric Immunohematology - IRCCS San Raffaele Hospital - Milan - Responsible for clinical training in Pediatric and Neonatal Intensive Care project E.U. MADAD - A.I.S.P.O. NGO

Barbara Cantoni

Consigliere Ordine delle Professioni Infermieristiche Opi Mi-Lo-Mb

RN, MSN, Board Member of Opi Mi-Lo-Mb

Visiting policy nei reparti pediatrici: necessità di un consenso comune

Visiting policy in pediatric departments: need for a common consent



La pandemia da Covid-19 ha manifestato tutta la sua aggressività in Italia a partire dal Febbraio 2020 (Grasselli, Pesenti and Cecconi, 2020) e da allora, inevitabilmente, la nostra vita personale, professionale e familiare è cambiata. Ogni struttura ospedaliera ha dovuto far fronte a numerose riorganizzazioni strutturali, di staffing e di skill-mix in risposta a nuovi ed immediati bisogni di salute e a garanzia dell'aderenza alle raccomandazioni e delle necessità locali, regionali, nazionali ed internazionali (Agostoni et al., 2020; Gagliano et al., 2020). La popolazione pediatrica è stata colpita dalla pandemia in maniera marginale: pochi i ricoveri in percentuale di neonati/bambini/adolescenti affetti da Covid-19 (Parri et al., 2020) e rare le complicanze severe e/o i decessi (Long, 2020; Verdoni et al., 2020; Sood et al., 2021). Sono evidenti gli effetti che l'isolamento sociale e della solitudine legata alla chiusura degli istituti scolastici e dei centri di aggregazione hanno provocato sui bambini e sugli adolescenti: la pandemia ha infatti modificato anche l'esperienza dell'ospedalizzazione peraltro già particolarmente

complessa ed impattante dal punto di vista psico-sociale (Loades et al., 2020). Come professionisti dell'assistenza abbiamo il dovere di non dimenticare che l'*adsistere*, è prima di tutto 'stare accanto': l'approccio Family Centred Care, infatti, ci chiede di mettere al centro del nostro 'stare accanto' il neonato/bambino/adolescente e la sua famiglia (O'Connor, Brenner and Coyne, 2019). Il nostro codice deontologico ci ricorda inoltre che il professionista "*orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività*" facendosi "*garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento*". Gli emergenti bisogni di salute ai quali abbiamo dovuto dare risposta durante la pandemia al fine di aumentare la flessibilità di risposta delle nostre strutture, hanno richiesto un enorme sforzo organizzativo, assistenziale e strutturale. Proprio questo sforzo, seppur compiuto prima di tutto a garanzia della sicurezza dei neonati/bambini/adolescenti assistiti nelle nostre unità operative e dei loro genitori, ha nuovamente fatto emergere alcune criticità delle

nostre organizzazioni. Gli stringenti orari di visita, l'interdizione all'accesso ai bambini piccoli in visita ai fratelli ricoverati, la presenza esclusiva nella camera di degenza di un solo genitore, il mancato accesso nella struttura ospedaliera del personale delle terapie ricreative, e il diniego ad accogliere presso le unità operative gli animali da compagnia del bambino, sono problemi reali delle nostre organizzazioni ma storicamente misconosciuti. Eppure la Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale (ABIO) ci ricorda che *"I bambini e gli adolescenti hanno il diritto di avere accanto a loro in ogni momento (giorno, notte, esecuzione di esami, anestesia, risveglio, terapia intensiva) i genitori o un loro sostituto adeguato al compito e a loro gradito (nonni, fratelli, persona amica, volontari...), senza alcuna limitazione di tempo o di orario"*. La pandemia e la solitudine che questa ha portato nella nostra società, ha reso maggiormente evidente il bisogno di superare arcaici schemi organizzativi e di diventare promotori di un nuovo modo di assistere, di 'stare accanto' e di avvicinare il più possibile l'esperienza dell'ospedalizzazione alla realtà domestica (Bisogni et al., 2015). Oggi, forse ancor più di ieri, diviene estremamente importante aprire l'accesso alle unità operative pediatriche ad entrambi i genitori, ai fratelli anche piccoli e a tutte quelle persone e quei servizi che possono aiutarci a ricreare un normale ambiente familiare.

#NOIAMOCONIBAMBINI



Le strutture socio sanitarie hanno affrontato l'emergenza pandemica assicurando la salvaguardia dei pazienti anche mediante l'applicazione di misure molto restrittive. Ora però è possibile, ed indispensabile, riprendere a lavorare in sicurezza, ma tornando a porre al centro gli interessi dei bambini e delle famiglie.

NOI SIAMO CON I BAMBINI

perché?

È un diritto che merita uno sforzo convinto!

Il bambino ha diritto¹ alla presenza stabile dei genitori o persona familiare durante il ricovero. La presa in carico del paziente pediatrico include tutta la famiglia².

È un investimento per la comunità!

Un'esperienza positiva nell'infanzia influenza la persona che sarà domani; la presenza dei diversi membri della famiglia favorisce un recupero di salute più rapido riducendo i tempi ed i costi del ricovero³.

È un dovere ed è un piacere!

Le professioni dedite all'assistenza esprimono i propri valori etici con comportamenti coerenti e nella direzione di tutela ed interessi del minore e delle persone fragili⁴. L'alleanza con la famiglia del bambino è un punto di forza irrinunciabile. Ascoltare, coinvolgere e responsabilizzare i genitori consente, nel concreto, di avviare un percorso di cura globale e di ottenere risultati migliori, anche dopo la dimissione.



#liberidiesserebambini

#ospedaliaperti

#freadmission

#infermieripediatrici

1. ABIO-SIP. 2008 - Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale.
2. Casey Model Nursing 1988 - Family Centred Care 3 Ministero del lavoro e delle politiche sociali settembre 2020 - L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità.
3. Linee di indirizzo nazionali per la promozione della genitorialità positiva
4. FNOPI. 2019 - Codice deontologico delle professioni infermieristiche.

BIBLIOGRAFIA

- Agostoni, C. et al. (2020) 'Three months of COVID-19 in a pediatric setting in the center of Milan', Pediatric research. doi: 10.1038/s41390-020-01108-8.
- Bisogni, S. et al. (2015) 'Actual implementation of sick children's rights in Italian pediatric units: a descriptive study based on nurses' perceptions', BMC medical ethics, 16, p. 33. doi: 10.1186/s12910-015-0021-0.
- Gagliano, A. et al. (2020) 'COVID-19 Epidemic in the Middle Province of Northern Italy: Impact, Logistics, and Strategy in the First Line Hospital', Disaster medicine and public health preparedness, 24, pp. 1-5. doi: 10.1017/dmp.2020.51.
- Grasselli, G., Pesenti, A. and Cecconi, M. (2020) 'Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response', JAMA. doi: 10.1001/jama.2020.4031.
- Loades, M. E. et al. (2020) 'Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19', Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 59(11), pp. 1218-1239.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.009.
- Long, S. S. (2020) 'Compelling evidence of a novel multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) associated with SARS-CoV-2 infection', The Journal of pediatrics, 224, pp. 1-3. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.07.027.
- O'Connor, S., Brenner, M. and Coyne, I. (2019) 'Family-centred care of children and young people in the acute hospital setting: A concept analysis', Journal of clinical nursing, 28(17-18), pp. 3353-3367. doi: 10.1111/jocn.14913.
- Parri, N. et al. (2020) 'COVID-19 in 17 Italian Pediatric Emergency Departments', Pediatrics, 146(6), p. e20201235. doi: 10.1542/peds.2020-1235.
- Sood, M. et al. (2021) 'Emerging Evidence on Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated with SARS-CoV-2 Infection: a Systematic Review with Meta-analysis', SN comprehensive clinical medicine, pp. 1-10. doi: 10.1007/s42399-020-00690-6.
- Verdoni, L. et al. (2020) 'An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study', Lancet (London, England), 395(10239), pp. 1771-1778. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31103-X.

A cura del Consiglio Direttivo

By the Board of Directors

Intervista a Ercole Vellone, quinto infermiere italiano dell'American Academy of Nursing

*Interviewing Ercole Vellone, 5th Italian nurse
of the American Academy of Nursing*



Fellow dell'American Academy of Nursing, Ercole Vellone ci ha raccontato il percorso professionale e umano che l'ha portato a un così importante risultato, motivo di soddisfazione e vanto per tutta la professione infermieristica italiana.

In una chiacchierata sulla motivazione e le leve che lo hanno guidato giorno dopo giorno, ci ha proposto la sua visione della professione puntando su un aspetto essenziale, ossia l'integrazione fra università e organizzazione, con una parola chiave a fare da protagonista: "coesione".

Lei è il quinto infermiere italiano Fellow dell'American Academy of Nursing. Come si sente e cosa significa per lei questa nomina?

È sicuramente un riconoscimento importante! L'American Academy of Nursing è un'organizzazione di prestigio e non è facile entrare a farne parte. Poi, in genere, i vari fellow sono quasi tutti americani e questo è un ostacolo in più in quanto spesso è difficile per noi infermieri italiani competere con infermieri americani che sono molto più avanti di noi nello sviluppo dell'infermieristica. Ho vissuto questo riconoscimento come una soddisfazione personale ma, a mio parere, questo riconoscimento è significativo soprattutto per l'infermieristica italiana. Il numero dei Fellow dell'American Academy of Nursing sta crescendo in Italia e ciò significa che anche nel nostro Paese gli infermieri stanno apportando un contributo importante allo sviluppo dell'infermieristica a livello internazionale. Conoscendo i colleghi italiani ed i criteri che l'American Academy of Nursing utilizza per selezionare i fellow, ci sarebbero decine e decine di colleghi che per il loro contributo meriterebbero di diventare FAAN.

Ci racconta il percorso umano e professionale che l'ha portata a raggiungere lo straordinario obiettivo della fellowship?

Il percorso umano e professionale che mi ha portato a diventare FAAN è partito da lontano, forse da quando mi sono diplomato infermiere nel 1988. A quei tempi volevo solo diventare infermiere e fare bene il lavoro che avevo scelto. Poco dopo però, ho avver-

tito il desiderio di continuare a studiare e quindi già l'anno dopo mi sono specializzato in Nefrologia e Tecniche Emodialitiche e nel 1995 mi sono diplomato Assistente Sanitario. Ma ho capito un po' di più "cosa fare da grande" durante il corso per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica, negli anni dal 1996 al 1998. Durante questi studi, grazie alla professoressa Julita Sansoni, mi sono avvicinato al mondo della ricerca e ne sono rimasto affascinato. Julita mi ha coinvolto in alcuni studi incentrati sui caregiver di persone con Malattia d'Alzheimer e ho iniziato a capire cosa significasse fare ricerca e produrre dati che potessero essere utilizzati nella pratica clinica. Con lei ho anche avuto modo di conoscere contesti scientifici che in quegli anni erano all'avanguardia rispetto all'Italia. Ad un certo punto mi sono detto: "Da grande voglio fare il ricercatore". Durante tutto il percorso di studi ho comunque sempre lavorato, a Roma, prima al Policlinico Gemelli come infermiere in ambito internistico e poi all'Ospedale S. Carlo come coordinatore della Cardiologia. Dopo la scuola per Dirigenti ho poi iniziato ad insegnare alla Cattolica e, anche per approfondire le tematiche della ricerca, ho ricompreso fra i miei insegnamenti Metodologia della ricerca infermieristica. Ma la svolta c'è stata nel 2009 quando ho vinto il concorso come Ricercatore presso l'Università di Roma Tor Vergata. A quel punto ho iniziato a fare ricerca a tempo pieno e, grazie alla guida della professoressa Rosaria Alvaro, ho iniziato a dare una risposta ai quesiti di ricerca che mi ero posto durante gli anni della clinica, soprattutto in Cardiologia. Ho studiato il self-care nelle persone con scompenso cardiaco e sono entrato in contatto con autorevoli esperti internazionali, come la professoressa Barbara Riegel della University of Pennsylvania (USA) e la professoressa Tiny Jaarsma dell'Università di Linköping (Svezia). Con loro ho iniziato un percorso di collaborazione scientifica molto produttivo che due anni fa mi ha visto coinvolto nella creazione dell'International Center for Self-Care Research sponsorizzato dall'Australian Catholic University.

Una serie di risultati importanti, per un percorso molto coinvolgente.

Dopo i primi studi sul self-care, anche altri colleghi italiani sono rimasti "contaminati" da questa tematica. Quindi, la collega Maria Matarese dell'Università Campus Biomedico, ha iniziato a studiare il self-care nella BPCO e il collega Davide Ausili dell'Università di Milano Bicocca il self-care nel diabete. Anche i dottorandi di ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica di Tor Vergata hanno

proposto nuovi ambiti in cui studiare il self-care e ci siamo quindi orientati verso il self-care nelle lesioni midollari, nelle osteoporosi, nelle malattie del motoneurone, nelle stomie intestinali ed urinarie, approfondendo sempre il contributo del caregiver nel processo del self-care e sviluppando uno strumento per valutare tale contributo nell'ambito dello scompenso cardiaco. Questo strumento è attualmente utilizzato in 12 Paesi. I dati raccolti ci hanno permesso di elaborare una teoria situazionale specifica e a marzo abbiamo avuto l'onore di vedere pubblicato dalla Springer, nel volume "Situation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing", di Eun-Ok Im e Afaf I. Meleis, due note studiose di teorie, un capitolo sulla nostra teoria. Sono stati gli studi sul self-care ed il contributo nazionale ed internazionale in quest'area di ricerca che l'American Academy of Nursing ha apprezzato nel nominarmi fellow. Gli studi sul self-care mi hanno permesso, poi, anche di diventare professore associato nel 2019.

Con l'attuale emergenza sanitaria, gli infermieri hanno finalmente visto riconosciuto il proprio ruolo e, proseguendo con la campagna vaccinale, saranno chiamati a un sempre maggiore protagonismo. Quali sono, a suo avviso, le sfide che la professione dovrà affrontare?

Penso che le sfide di ogni professionista sanitario siano quelle di produrre esiti sempre migliori sulle persone che si affidano alle nostre cure. Per raggiungere questo obiettivo, però, dobbiamo investire di più nella ricerca infermieristica ed il Dottorato di ricerca è sicuramente un'esperienza formativa che tutti gli organi professionali, la FNOPI, i vari OPI ed associazioni professionali dovrebbero promuovere. Anche la formazione post dottorato, il cosiddetto assegno di ricerca, è importantissimo perché con il dottorato e con il post dottorato si crea l'accademia infermieristica del futuro e solo in questo modo possiamo dare gli strumenti per conseguire l'Abilitazione Scientifica Nazionale e quindi preparare alle posizioni per ricercatore e professore universitario. Un'altra sfida è poi sicuramente la formazione avanzata/specialistica per gli infermieri. Le evidenze dimostrano che gli esiti prodotti dagli infermieri con formazione avanzata sono migliori rispetto a quelli prodotti da infermieri con formazione generalista. Tuttavia, se questa formazione avanzata/specialistica non viene riconosciuta anche economicamente, trovo difficile che i colleghi siano stimolati a "specializzarsi". Quindi penso che le sfide del futuro saranno quelle di fare in modo che gli infermieri possano non solo conseguire master di primo e secondo livello in aree cliniche e/o organizzative ma anche conseguire delle specializzazioni in queste aree. Questo ci consentirebbe di acquisire una vera leadership professionale che porterebbe anche al giusto riconoscimento sociale ed economico.

Quali ritiene saranno nel prossimo futuro gli aspetti vincenti a livello organizzativo sui quali la professione dovrà concentrarsi?

A livello organizzativo penso sia importante che i colleghi dirigenti gestiscano autonomamente l'assistenza infermieristica. Ritengo che gli attuali dirigenti debbano avere la piena autonomia per orientare l'assistenza impiegando al meglio le risorse disponibili. Inoltre, sarebbe opportuno che i colleghi dirigenti vengano coinvolti attivamente nei dottorati in cui vengono formati infermieri. In tal modo verrebbe data loro la possibilità di proporre linee di ricerca cliniche e organizzative che possano essere strategiche per gli

obiettivi delle aziende sanitarie. Questo favorirebbe, a mio parere, la qualità dell'assistenza e la motivazione degli infermieri di cui in questi tempi abbiamo tanto bisogno.

E a livello formativo?

Ritengo sia fondamentale che in tutti gli atenei italiani in cui ci sono corsi di laurea in infermieristica sia triennali che magistrali, ci siano professori e ricercatori di scienze infermieristiche. È impensabile che la metà degli atenei italiani dove si formano attualmente gli infermieri, non abbia ancora un docente strutturato di MED/45. I docenti professori e ricercatori MED/45 sono solo 41 in tutta Italia (ricordo che anni fa, quando visitai l'University of Pennsylvania a Filadelfia, 41 erano i docenti solo di quell'università!), ma abbiamo altri 31 colleghi abilitati a professore ordinario e associato che potrebbero essere chiamati. Ciò dimostra che gli infermieri italiani stanno sviluppando molto le competenze scientifiche e possono a pieno titolo ricoprire posizioni di docenza universitaria. Spero che gli Atenei dove ancora non ci sono docenti strutturati MED/45 possano al più presto comprendere l'importanza di avere infermieri accademici. Il che significa non solo gestire meglio la formazione infermieristica nell'università, ma anche avere più ricerca infermieristica che può e deve essere fatta solo da infermieri. Solo con la ricerca infermieristica possiamo capire alcuni bisogni della persona sana o malata e possiamo valutare se gli interventi che gli infermieri applicano sui pazienti funzionano. La ricerca va infatti pensata al letto del paziente. Ad esempio, a Tor Vergata con il trial MOTIVATE-HF, abbiamo osservato che l'educazione dei pazienti con scompenso cardiaco, non solo migliora il self-care, ma migliora la qualità di vita e diminuisce la mortalità. Questi risultati, dimostrano che gli infermieri producono salute e benessere per la popolazione! Inoltre, sarà vincente per il futuro riuscire ad avere in tutte le realtà l'integrazione tra il mondo organizzativo ed il mondo accademico! E quindi tra dirigenti dei servizi, direttori dei corsi di laurea e docenti di infermieristica. Sinora questi due contesti sono rimasti spesso separati ma proviamo a pensare come sarebbe più facile sviluppare una ricerca e una sperimentazione coinvolgendo dagli studenti ai colleghi infermieri che operano sul campo. Sarebbe uno sviluppo circolare della ricerca che potrebbe essere proposta da chi osserva direttamente il problema sul campo, che diventa oggetto di studio per l'infermiere ricercatore, i cui risultati verrebbero poi restituiti agli infermieri clinici e dirigenti che li utilizzerebbero per migliorare l'assistenza.

Che messaggio vorrebbe dare ai nostri iscritti?

Il messaggio che mi sento di dare agli iscritti è che dovremmo cercare di curare sempre di più le nostre competenze e di crescere nell'essere un gruppo di professionisti coeso. Mi riferisco alla coesione tra i diversi profili di infermiere, in senso "orizzontale" e "verticale". Penso alla coesione e collaborazione che può esserci tra l'infermiere clinico, l'infermiere dirigente, l'infermiere ricercatore e l'infermiere professore. Siamo tutti infermieri ma ognuno ha sviluppato specifiche competenze in un ambito dell'infermieristica. Se questi "diversi infermieri" fossero più coesi e collaborassero, sarebbe inimmaginabile il beneficio che potremmo apportare alla salute delle persone. Questo dovrebbe diventare, a mio parere, l'infermieristica del futuro: un gruppo di infermieri che comunica attivamente valorizzando ognuno il contributo di tutti.

Annalisa Alberti

Referente aziendale, Tavolo violenza di genere, ASST Rhodense

*RN, MSN. Hospital contact person for Gender violence at ASST Rhodense
aalberti@asst-rhodense.it*

Claudia Timoftica

Docente Statistica Medica, Università degli Studi di Milano

Lecturer in Medical Statistics at the University of Milan

Anna Maria Stragapede

Referente relazioni e rapporti istituzionali, ASST Rhodense

Referent for relations and institutional relations ASST Rhodense

Livia Raschetti

Infermiera, Pronto Soccorso Rho, ASST Rhodense

RN, Emergency department, ASST Rhodense

Barbara Cipicchia

Infermiera, Pronto Soccorso Rho, ASST Rhodense

RN, Emergency department, ASST Rhodense

Tindara Merenda

Infermiera, Pronto Soccorso Garbagnate, ASST Rhodense

RN, Emergency department, ASST Rhodense

Barbara Omazzi

Responsabile, UOC PS ed Accettazione medica, ASST Rhodense

MD, Medical Chief of the ER, ASST Rhodense

Ida Ramponi

Direttore Generale, ASST Rhodense

General Director, ASST Rhodense

Il fenomeno della violenza di genere in ASST Rhodense: la fotografia di un anno caratterizzato da lockdown

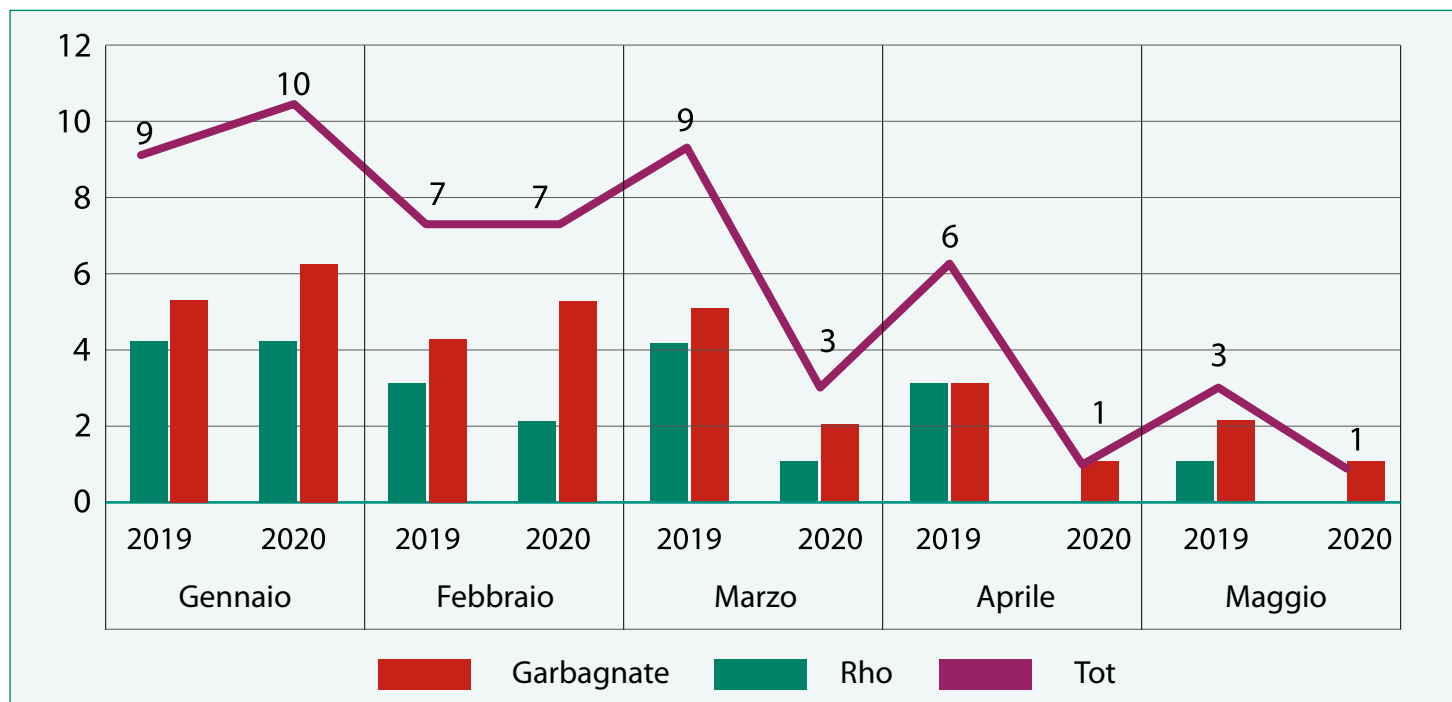
Sex-related violence in a hospital-based setting (ASST Rhodense): the description of a year characterized by lockdown strategies



Il contrasto alla violenza di genere assume una valenza significativa proprio per l'intrinseca motivazione che sottende la lotta al fenomeno, ovvero la garanzia del benessere psico-fisico della vittima e il fatto che la violenza venga riconosciuta, ormai universalmente, come problema di Salute Pubblica a cui le Istituzioni preposte devono garantire risposte efficaci (1). Anche il livello "locale" aziendale assume, dunque, il significato profondo del prendersi in carico la salute della vittima, nella logica, tra l'altro, del suo reinserimento sociale e della tutela giuridica come garanzia di approccio alla problematica (2). Nel corso dell'anno 2020, l'ASST Rhodense ha condotto analisi approfondite relative al fenomeno della violenza di genere esaminando la tipologia degli accessi nei due Pronto Soccorso (PS) aziendali di Garbagnate Milanese e di Rho, per leggere il fenomeno del maltrattamento attraverso i dati raccolti in un database strutturato ad hoc, la cui compilazione, facilitata, appunto, la registrazione puntuale degli accadimenti, mantenendo così traccia nel tempo, soprattutto per quelle situazioni di "multi accesso" della vittima, pericolose per la reiterazione dell'evento critico. ASST Rhodense,

attraverso il contributo del Tavolo aziendale contro la violenza di genere, ha voluto così fornire un primo spaccato dei dati, raccogliendo l'analisi nel periodo gennaio-maggio 2020 ricomprendendo, nell'arco temporale, la fase di lockdown, momento critico intrinseco alla vita di ciascuno di noi. L'interesse epidemiologico e statistico si concentrava allora sulla lettura dei dati che anche a livello nazionale iniziavano ad emergere sul fenomeno violenza e maltrattamento. Di fatto, i dati raccolti hanno reso evidente come il fenomeno della violenza di genere, nella fase di restrizione forzata dei contatti e delle relazioni di vicinanza in generale, abbiano acuito la drammatica fotografia diffusa su tutto il territorio nazionale e che non ha fatto sconti in nessuno dei contesti presi in analisi. Infatti, alla luce delle informazioni provenienti da tutto il Mondo sull'incremento delle violenze durante il lockdown e della letteratura scientifica disponibile, è possibile escludere che anche in Italia, la diminuzione degli accessi nei Pronto Soccorso sia sintomo di una diminuzione della violenza. Paradossalmente, infatti, risultano aumentate di circa il 70% le telefonate o gli accessi telefonici

Figura 1. Totale accessi PS: ASST rhodense 01/gennaio - 05/maggio - 2019-2020



al numero nazionale 1522 e ai Centri antiviolenza a dimostrazione che le donne necessitano, appunto, di sostegno e aiuto perché la convivenza forzata con il maltrattante, dettata dal regime restrittivo causato dalla pandemia, ha accentuato conflittualità e disagio intra familiare (3). Ciò ha trovato conferma anche nei dati aziendali di ASST Rhodense, rappresentati dalla Figura n.1 sopra riportata. Da una prima osservazione degli accessi nei due PS dell'ASST Rhodense, se si confronta il primo quadrimestre del 2020 rispetto al medesimo del 2019 (05/gennaio-05/maggio) si evince un calo di ingressi pari a circa il **36,4%**. Questo calo si è registrato soprattutto nel **bimestre marzo-aprile 2020**, periodo di emergenza pandemica COVID19, calo che supera addirittura il **65%** rispetto al bimestre marzo-aprile del 2019. Una possibile chiave di lettura, peraltro molto realistica, consente di affermare che il fenomeno violenza di genere non sia scomparso, ma, verosimilmente che le vittime abbiano avuto più difficoltà nel cercare aiuto in quanto costantemente sotto il controllo, o in convivenza forzata, degli aggressori. Il Tavolo aziendale contro la violenza di genere si è poi interrogato su una analisi più approfondita, che ricomprendesse tutto l'arco temporale dell'annualità 2020, ovvero dal 1 gennaio al 31 dicembre, allo scopo di monitorare l'andamento degli accessi delle vittime di violenza e maltrattamento in PS, identificando tutte quelle possibili caratteristiche utili a inquadrare il fenomeno e, possibilmente, leggerlo attraverso il giusto focus. Gli accessi delle vittime, anche per l'intera annualità, trovano conforto nel Database aziendale e caricati nel Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza – Urgenza (EMUR), debito informativo verso Regione Lombardia. L'identificazione della presunta violenza ricevuta dalla vittima, avviene mediante la definizione di un insieme di codici di diagnosi appartenenti alla classificazione ICD9-CM. L'analisi delle informazioni disponibili nel sistema informativo consente di quantificare le vittime che hanno ricevuto almeno una diagnosi riconducibile a violenza nell'anno 2020, di conoscere quanti sono gli accessi ripetuti in Pronto Soccorso e di descrivere le caratteristiche

degli accessi, quando viene registrata una diagnosi di violenza o maltrattamento.

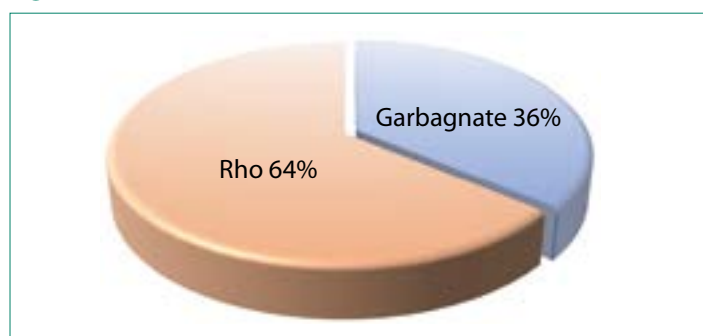
Violenza e accessi delle vittime in Pronto Soccorso ASST Rhodense

Nell'anno 2020 le vittime, prevalentemente di sesso femminile che hanno avuto almeno un accesso in Pronto Soccorso ASST Rhodense (Garbagnate e Rho) con l'indicazione di diagnosi ICD9 di violenza sono complessivamente **83**, così distribuite (Figura 2):

nr. 30 (36,1%) PS Garbagnate Milanese

nr. 53 (63,9%) PS Rho

Figura 2. Accesso Pronto Soccorso ASST Rhodense 2020



Degli 83 accessi avvenuti dal 1° gennaio al 31 dicembre 2020, nel 24,1% dei casi si è trattato di donne che si recavano in PS per la prima volta mentre per il restante **75,9%** risultavano già registrate per violenze o accessi precedenti. Questo dato appare sintomatico di come il fenomeno della violenza e del maltrattamento si reiteri e possa assumere contorni di sempre più elevata pericolosità per le vittime (Figura 3). Confrontando i dati dell'anno 2019 con i dati attuali (2020) si osserva un importante calo degli accessi in PS delle vittime con diagnosi riconducibile a violenza. Come precedentemente affermato, il calo si può presumibilmente ascrivere al fenomeno di pandemia COVID19 e della conseguente politica di lockdown (Figura 4).

Figura 3. Storico accessi

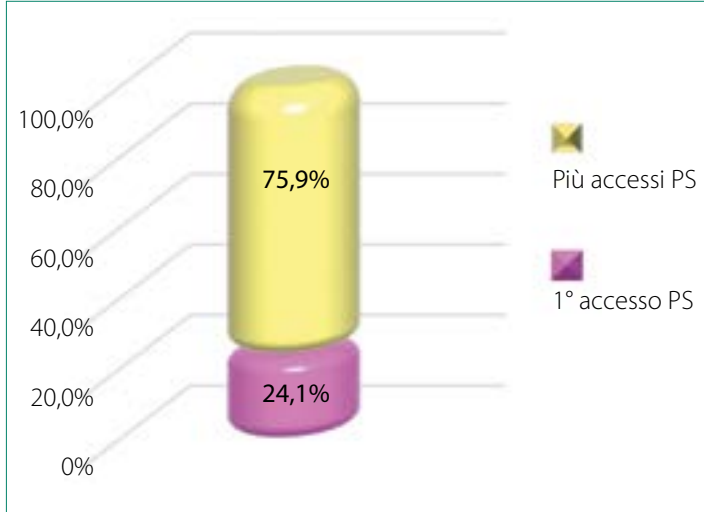
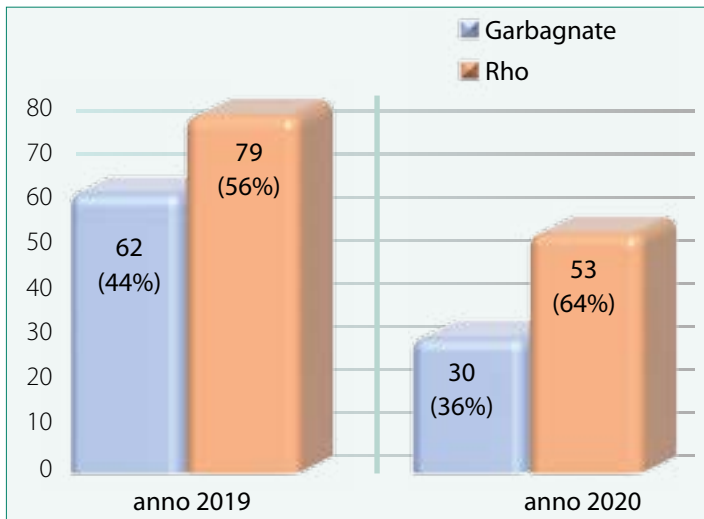
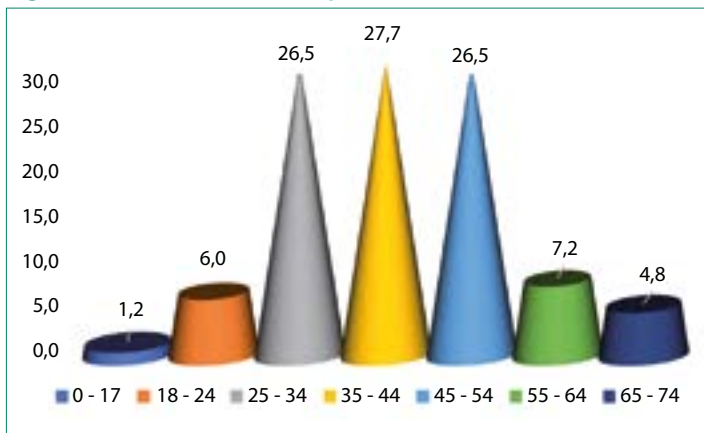


Figura 4. Confronto accessi PS 2019 - 2020



Analizzando i dati per fascia di età, si evince che l'80,7% sono vittime con età compresa tra 25 e 54 anni, con una lieve flessione nella fascia 35-44 anni, mentre le minorenni costituiscono l'1,2% del totale e le donne con più di 64 anni sono il 4,8%. L'età media delle vittime è di 41,1 anni (dev.st. ± 13) (Figura 5).

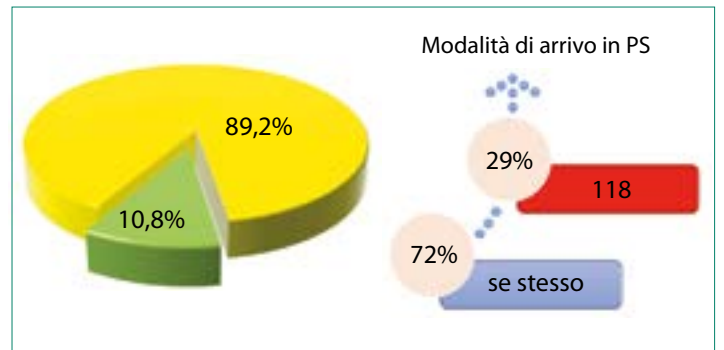
Figura 5. Fasce di età (valori percentuali)



L'89,2% degli accessi vede assegnato il codice colore giallo in fase di triage, così come disciplinato dalle indicazioni ministeriali e circa il 10,8% degli accessi è caratterizzato da un triage con assegnazione

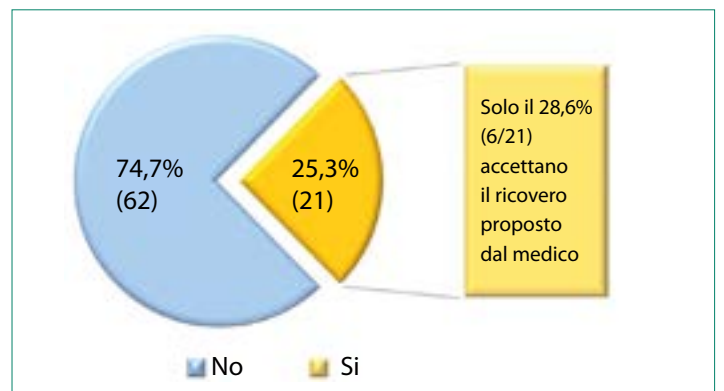
di codice colore verde. Il ricorso al PS in modalità di autopresentazione riguarda il 72% degli accessi, mentre il 29% è accompagnato da intervento del 118 (Figura 6).

Figura 6. Accessi con codice colore in triage



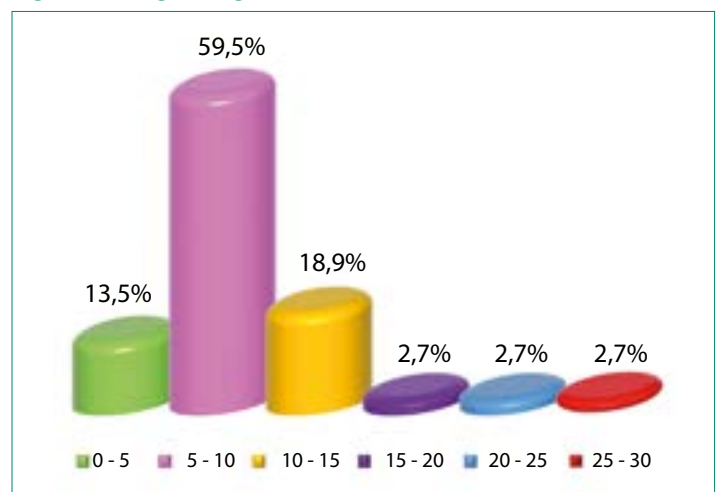
Il 74,7% (62 vittime) degli accessi esita con rinvio al domicilio ed eventuale contatto con il Centro Antiviolenza territoriale per la prosecuzione della presa in carico, mentre per il 25,3% (21 vittime) viene proposto il ricovero. A fronte della proposta, solo il 28,6% dei casi (nr. 6 donne su 21) accetta il ricovero (Figura 7).

Figura 7. Esito del trattamento. Proposta ricovero



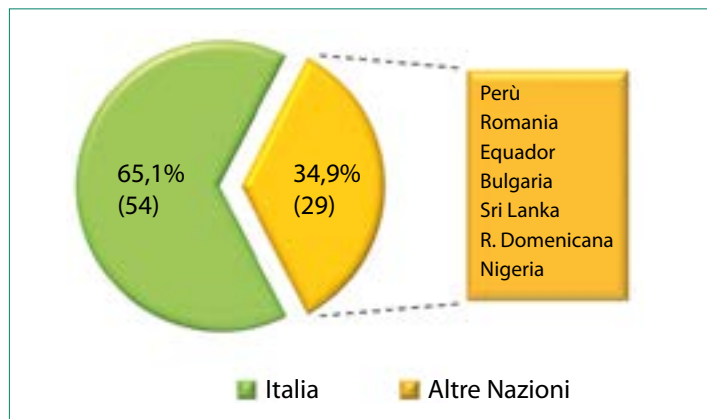
Per ciò che concerne la prognosi, si osserva che per circa il 60% è ricompresa tra 5- 10 giorni, mentre l'8,1% delle vittime ha una prognosi da un minimo di 15 giorni ad un massimo di 30 giorni. Mediamente i giorni di prognosi sono di 6,8 gg (dev.st ± 5,1) (Figura 8).

Figura 8. Prognosi (giorni)



Altro dato significativo per l'analisi è quello relativo alla nazionalità delle vittime, il 65,1% (54) è di nazionalità italiana, ma risulta significativa anche la quota di donne di provenienza UE e extra-UE, pari al 34,9% (29) (Figura 9).

Figura 9. Nazionalità delle vittime



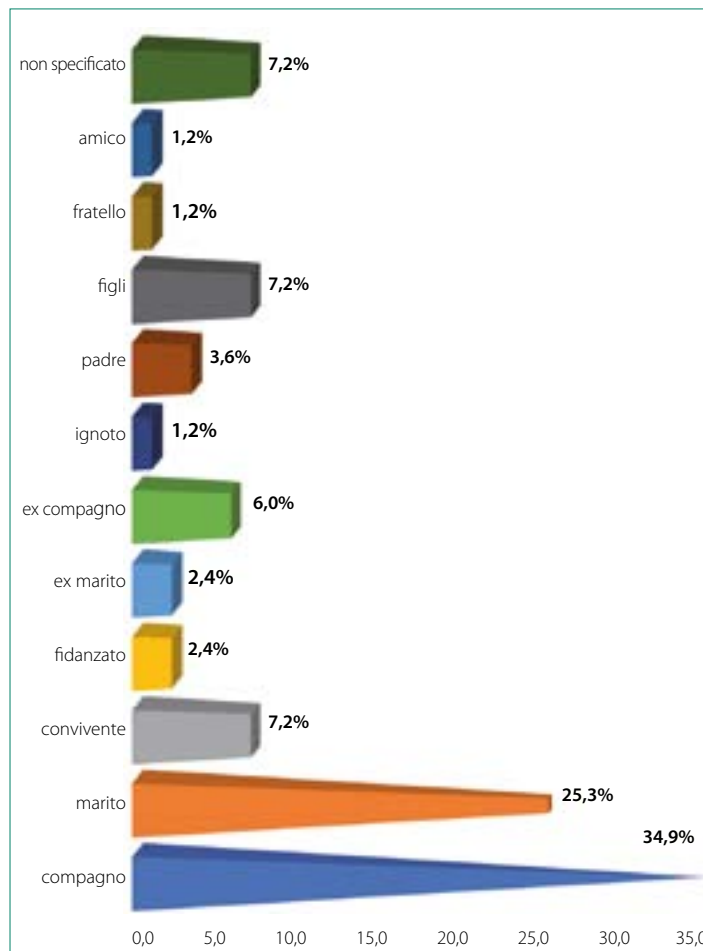
Interessante lo spaccato relativo agli aggressori, peraltro già confermato nelle analisi precedentemente condotte sul fenomeno aziendale, rappresentato, per la maggior parte dei casi, dal compagno per il 34,9% e dal marito per il 25,3% (Figura 10). Significativo, ancora una volta, il legame di stretta conoscenza o vicinanza tra vittima e aggressore, ulteriore conferma di quanto riportato anche in letteratura.

“Il lockdown ha reso ancora più difficile chiedere aiuto”

L'analisi condotta nei due PS dell'ASST Rhodense, dall'inizio dell'emergenza coronavirus ha rilevato una diminuzione di accessi per violenza di genere. La politica di lockdown a cui tutti si è stati sottoposti, aggiunge una drammatica aggravante a questa generale esplosione di violenza: l'isolamento. Il supporto sociale, in altri momenti possibile e stimato come fattore protettivo contro la violenza domestica, venendo a mancare in questi giorni, ha fatto sì che le donne che ne sono vittima si siano trovate (e si trovino) nell'impossibilità di chiedere aiuto e ottenere sostegno psicologico, proprio a causa della costante presenza dei loro aggressori (3,4). Il dato emerso nello spaccato della fase di lockdown trova il triste conforto anche nell'analisi annuale, così come emerge dai dati precedentemente esposti (3). È certo che le vittime di violenza e maltrattamento, nel corso dell'anno 2020 abbiano trovato maggiori difficoltà nell'accedere al Pronto soccorso. Molte sono state le iniziative, anche a livello nazionale oltre che locale, di coinvolgimento di servizi terzi, come le Farmacie, per il contenimento del fenomeno e per garantire alle vittime di trovare un luogo sicuro a cui rivolgersi. Una iniziativa su tutte, promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è stata la "Mascherina 1522", ovvero la possibilità per la donna vittima di maltrattamento, di recarsi in Farmacia per acquistare le mascherine di protezione da Covid19 e contestualmente richiedere aiuto. Alla difficoltà oggettiva delle vittime di uscire di casa per recarsi in PS, contribuiscono altre possibili variabili come:

- Indisponibilità o ridotta disponibilità della Rete regionale dell'E/U (COEU-AREU) impegnata per l'emergenza COVID
- Preoccupazione delle vittime di contrarre l'infezione per i casi autopresentatisi in PS

Figura 10. Autore del maltrattamento



- Divieto alla popolazione in generale di lasciare il proprio domicilio come da indicazioni normative
- Divieto alla popolazione in generale di affidare a terzi (familiari, parenti) i figli o comunque le situazioni di fragilità domestica
- Aderenza alle regole di distanziamento sociale
- Timore delle vittime di non trovare risposte dai professionisti in PS perché impegnati in altra attività (di emergenza)
- Quarantena (in caso di positività all'infezione)

In buona sostanza, dunque, considerati tutti gli elementi a conforto dei dati raccolti e analizzati, si può concludere affermando con forza che l'isolamento, la convivenza forzata e l'instabilità socio-economica in questo periodo di emergenza coronavirus, sono fattori che hanno reso le donne e i loro figli più fragili e maggiormente esposte alla violenza domestica, senza peraltro avere la possibilità di accedere ai servizi che, sino a prima della fase di lockdown, erano accessibili e fornivano risposte immediate (5).

REFERENZE

1. Istat.it - Violenza sulle donne [online]. Consultabile da: <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/speciale-covid-19>
2. Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, Istanbul, 11 maggio 2011
3. <https://www.1522.eu/mappatura-1522>
4. L.E. Walker, The Battered Woman, 1979
5. Parlamento Europeo, "Tackling violence against women and domestic violence in Europe", Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs Directorate-General for Internal Policies, october 2020.

**Stefano Rossi**

Infermiere Libero Professionista

RN, Freelance

Il valore della prestazione

The worth of performance



Fin dai primi tempi in cui ho iniziato ad esercitare la nostra professione, ho considerato come una criticità lo scarso valore che la collettività attribuisce alla pratica di somministrazione di farmaci per via intramuscolare, ossia la cosiddetta "puntura".

Dopo anni di professione e di libera professione, ripenso a tutte le volte in cui mi sono sentito frustrato, desolato, demotivato e anche spesso arrabbiato nel imbattermi nella convinzione da parte del paziente che: *"la puntura me la faceva la mia vicina e che mi chiedeva 3 € e [...] che assolutamente quanto da me richiesto fosse troppo! e poi [...] e per una puntura non si può spendere di più, non sei mica un medico! [...] l'anno scorso un infermiere mi ha fatto le punture a 5 euro!"* e così via.

Più volte mi sono posto domande sul perché sia diffusa questa concezione, ma ancora di più mi sono chiesto che rilevanza hanno i professionisti nel determinare la scarsa consapevolezza di quanto utile possa essere affidarsi ad un vero professionista. Oggi la mia risposta è: tantissimo!

Le credenze e le abitudini vengono in qualche modo tramandate e sono difficili da cambiare, ma è altrettanto vero che la responsabilità principale è ancora tutta di noi Infermieri, perché accettare di erogare una prestazione il cui compenso non è adeguato alle conoscenze necessarie, alle capacità manuali, all'assunzione del rischio, alla capacità d'intervento in caso di complicanze, alla capacità di informare ed educare il paziente oltre al tempo impiegato e alla "fatica" di raggiungere il domicilio del paziente, è indecoroso nei confronti della propria professione e rafforza nell'utente la convinzione che la prestazione è una cosa da niente.

Oltre l'atto tecnico, bisogna che tutti noi infermieri si abbia ben chiaro alcuni aspetti:

1. il valore della conoscenza
2. il ruolo del professionista
3. il valore delle prestazioni

1. Il valore della conoscenza

La conoscenza è il valore principale di ogni professionista che "fa" quello per cui ha studiato e che lo contraddistingue; per l'utente, la conoscenza è sinonimo di garanzia e sicurezza. Questo valore è il più tutelato e difeso da ogni categoria e ordine professionale e la legge punisce chi esercita le professioni abusivamente.

Ad esempio, riconsiderando il caso della intramuscolo, quali sono le conoscenze a monte dell'atto?

In primis, la nostra natura che ha nel DNA la regola delle "7 G" (giusto farmaco; giusta dose; giusta via di somministrazione; giusto orario; giusto paziente; giusta registrazione; giusto controllo), nonché la padronanza delle necessarie nozioni di anatomia, fisiologia, patologia, farmacologia, e così via. Ma sono altrettanto importanti:

- la conoscenza che ci consente di analizzare e valutare correttamente la prescrizione
- la conoscenza che ci consente individuare criticità non rilevate in precedenza
- la conoscenza che ci consente di informare ed educare la persona e o la famiglia sulle paure di eventuali reazioni o effetti indesiderati

- le conoscenze che ci consentono di prevenire e/o gestire eventuali complicanze
- e molte altre [...].

Di fatti, non è poi così raro che un paziente svenga alla vista di un ago o si sviluppino degli ascessi glutei per una contaminazione della procedura.

2. Il ruolo del Professionista

Può anche sembrare banale ma sminuire il valore delle prestazioni è assolutamente controproducente ed implicitamente autorizza il fruitore a ritenere che tale prestazione possa essere eseguita da chiunque e che quindi è di scarso valore. Quali sono gli atteggiamenti che inducono a un'opinione storpiata del professionista e della prestazione?

Semplice:

1. Il non qualificarsi prima dell'esecuzione della prestazione: purtroppo per noi infermieri è importantissimo dare un minimo di informazioni sul chi siamo, come e perché; se l'utente non ci conosce personalmente è necessario informarlo brevemente sulle competenze che si sono maturate che saranno poi la componente principale quale valore che determina l'aspetto economico della prestazione che si andrà eseguire
2. il più deleterio fra tutti i messaggi non verbali è l'accettazione di compensi che non prevedono almeno la copertura totale delle spese sostenute e quindi deflazionano la professionalità
3. eseguire la prestazione senza l'emissione di una parcella sanitaria (possibilità che è consentita ai liberi professionisti o in taluni casi ai dipendenti che emettono una prestazione occasionale)
4. il non poter garantire il risultato e l'assunzione di responsabilità sul proprio operato (quando non si rilascia la ricevuta /parcella professionale)

3. Il valore delle prestazioni

Un problema non da poco che affligge un po' tutti gli infermieri e che meriterà un capitolo di riflessione a parte è la capacità di definire il corretto valore delle prestazioni. Nel caso delle iniezioni a domicilio è possibile semplificare potendo fare affidamento ad alcuni aspetti cardine che semplificano un'elaborazione matematica.

Pertanto si potrebbe procedere con il seguente criterio. Scenario: ipotizziamo che si riceva una richiesta di esecuzione di iniezioni intramuscolo per 1 volta al giorno per 6 giorni al domicilio del paziente che dista dal professionista circa 3 km, i conti che potrebbero essere eseguiti sarebbero i seguenti:

- considerare il costo dei materiali utilizzati, ipotizziamo 5 € (siringhe, eventuale doppio ago, guanti, garze e disinfettante)
- considerare i costi di uscita, che sono di fatto il consumo del mezzo di trasporto utilizzato nel quale rientra ovviamente il carburante. Semplificando ipotizziamo che le spese per rag-

giungere il paziente a domicilio siano pari a 2€ andata e ritorno per 6 uscite (tot. 12€)

- considerare il tempo che il professionista impiega per lo spostamento totale andata e ritorno 10 minuti per 6 volte uguale a 1 ora (compenso orario per un'ora? 30€ lordi compreso il 4% di ENPAPI)
- tempo di ingresso a domicilio ed esecuzione della prestazione 10 minuti tranne il primo accesso dove per la verifica delle prescrizioni e aspetti vari ci si impiega 20 minuti. Quindi in totale 70 Minuti pari a 35€ (comprensivi di 4% ENPAPI)
- è necessario anche considerare tutte le spese accessorie che un libero professionista deve sostenere per l'esercizio professionale quali: l'assicurazione e il commercialista che ipotizzando una spesa totale di 975€ annui corrisponde a 3€ al giorno da dover ammortizzare (quindi per la prestazione in oggetto si potrebbero forfettizzare in 3€ totali)
- Inoltre, il libero professionista deve anche prevedere una percentuale da aggiungere al totale della prestazione quale accantonamento in caso di periodi di non lavoro (le malattie e le ferie non sono retribuite) e potrebbe essere correttamente identificata nel calcolo del totale della prestazione; quindi, il totale da applicare come parcella per una prestazione di 6 intramuscolo al domicilio del paziente non dovrebbe essere inferiore a 100€ totali comprensivi di 4% ENPAPI, ossia circa 17€ a iniezione.



Tale valore, a mio avviso, è da considerarsi ancora inferiore al valore economico corretto: deve essere considerato che è il professionista a raggiungere il fruitore al domicilio, anziché il paziente a raggiungere lo studio professionale. Invito alla riflessione auspicando che vi sia da parte di tutti noi una coscienza condivisa che anteponga la dignità della nostra professione al facile guadagno di una manciata di spiccioli nel qui e ora dell'attività, senza una pianificazione strategica dell'attività d'impresa.



Erica Ducci

Infermiere Stomaterapista, Dipartimento Chirurgico, Centro di Stomaterapia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

RN, Stoma Care Specialist, Ostomy and Pelvic floor Rehabilitation Center, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milan

ducci.eric@asst-fbf-sacco.it



Lorenza Manganini

Infermiere Coordinatore Stomaterapista ed Esperto in Wound Care, Centro di Stomaterapia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

RN, Nursing Coordinator Stoma Care and Wound Care Specialist, Ostomy and Pelvic floor Rehabilitation Center, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milan



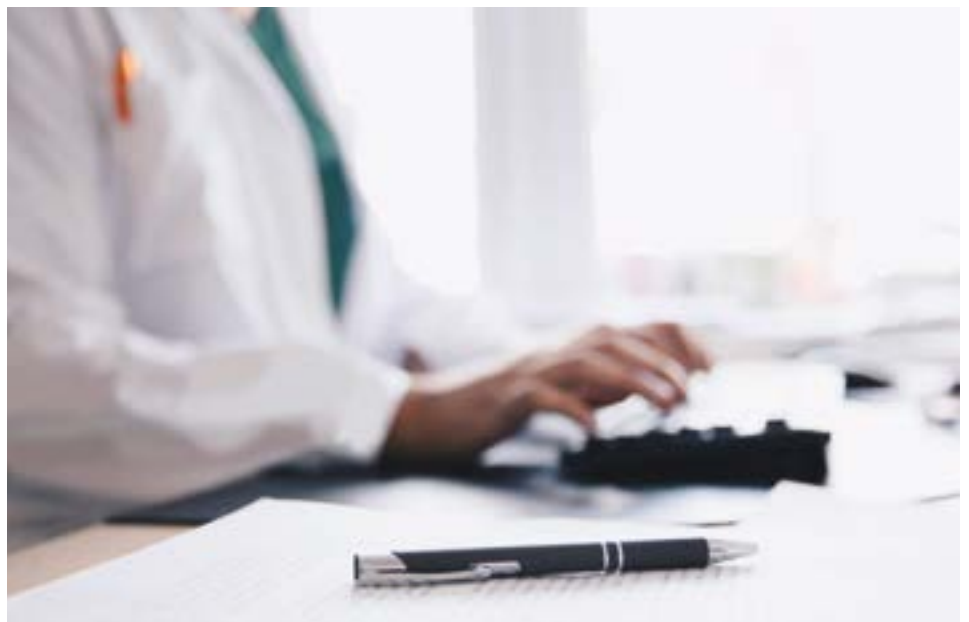
Marisa Conzimu

Infermiere Stomaterapista, Dipartimento Chirurgico, Centro di Stomaterapia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

RN, Stoma Care Specialist, Ostomy and Pelvic floor Rehabilitation Center, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milan

Lo stomaterapista ai tempi del COVID-19: esperienza di un ambulatorio milanese

Stoma care specialists at the time of the COVID-19: an experience from Milan



Nella scorsa primavera siamo stati investiti da un'emergenza sanitaria pandemica che ha portato dei sostanziali cambiamenti nella vita di ciascuno, a livello privato, lavorativo e sociale, costringendoci a rivedere totalmente il modo di organizzarci ed interagire gli uni con gli altri. Tutto ad un tratto la nostra routine è stata stravolta. Una cena al ristorante, un cinema, un evento a teatro, un incontro tra amici... di colpo contingentati se non aboliti. Tutto ciò che prima si dava per scontato è stato regolamentato dal legislatore, con ovvie ripercussioni per le attività economiche del nostro Paese. Il distanziamento sociale è diventato indispensabile e termini come smart working (o lavoro agile) da parole astratte sono diventate necessità: le imprese e le pubbliche amministrazioni hanno dovuto quindi obbligatoriamente riorganizzare il proprio modo di lavorare. Lo smart working e il telelavoro sono diventate le forme di lavoro più diffuse e la tecnologia si è rivelata fondamentale; le imprese che già precedentemente godevano di un buon livello di digitalizzazione, hanno potuto adeguarsi facilmente alla nuova situazione. Perfino la formazione e l'addestramento del personale dipendente sono stati convertiti in modalità e-learning; le riunioni sono diventate videoconferenze. Tempo e spazio di lavoro si sono pertanto modellati ed adattati alle esigenze quotidiane cercando di muovere meno persone possibili. Per contro, l'emergenza Covid 19 ha messo in

luce quali siano le professioni che non potranno essere sostituite da strumenti digitali e che richiedono quasi sempre la "presenza" dei lavoratori, come ad esempio le professioni sanitarie. L'Ambulatorio di Stomaterapia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico dell'ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano è stato aperto 12 anni fa ed attualmente ha in carico tre Stomaterapiste. Il lavoro si è sempre svolto sia con prestazioni ambulatoriali sia con consulenze intraospedaliere. Gli spazi a noi dedicati sono tre, posti al Padiglione 51 (adiacente l'ingresso dell'Ospedale): due ambulatori attigui e comunicanti in cui svolgere attività di Stomaterapia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico, per pazienti esterni, con prestazioni erogate dal SSN, ed un ampio magazzino per il deposito e lo stoccaggio del materiale e delle attrezzature. Le attività di consulenza intraospedaliere usufruiscono della piattaforma "Galileo" attraverso la quale vengono effettuate le richieste ed erogati i referti. La documentazione dei pazienti è in forma digitale, su server Aziendale, ed è attiva una mail dedicata, che in questo particolare momento storico ha avuto e ha tutt'ora un'importanza rilevante. All'inizio della pandemia siamo uscite il venerdì dal lavoro pensando che avremmo ripreso come al solito il lunedì, invece ci siamo trovati domenica a dover contattare tutti i pazienti programmati, per applicare al meglio i protocolli di prevenzione e per ridurre i rischi legati allo spostamento delle persone; abbiamo creato un percorso pulito all'interno di una azienda ospedaliera chiamata ad assistere pazienti

Covid positivi in numeri molto elevati[1]. Nel contempo c'è stata la necessità di reclutare infermieri esperti di terapia intensiva nei reparti di nuova apertura, intensiva e sub-intensiva Covid, per cui a far tempo dal 9/3/2020 abbiamo avuto una riduzione del personale assegnato: due infermieri presenti in ambulatorio, uno reclutato in area Covid. Siamo riuscite a mantenere l'apertura dell'Ambulatorio invariata: da lunedì a venerdì (escluse festività) dalle 8,00 alle 15,30. Abbiamo provveduto a sospendere e/o posticipare le visite e le prestazioni precedentemente prenotate e non urgenti; la declinazione delle attività già prenotate in "rimandabili" o "erogabili perché strettamente necessarie" è stata decisa congiuntamente medico/infermiere. **Nell'arco di un weekend siamo così passati da una gestione del lavoro quasi esclusivamente a contatto diretto, ad una modalità ampiamente mediata dalla tecnologia a nostra disposizione: un telefono, un computer, e una mail Aziendale dedicata al centro di Stomatoterapia e Riabilitazione del Pavimento pelvico, accessibile solo agli operatori del Servizio. È stata data preferenza e ampia disponibilità, se possibile e in coerenza alla problematica evidenziata, al consulto telefonico/informatico, anche tramite invio di foto, video o documenti come allegati alla mail, con un operatore sempre disponibile al back office. I pazienti sono stati contattati, alcuni anche con telefonate quotidiane, spiegando loro i motivi per cui sarebbe stato necessario non vederci di persona, ma assicurando tutti sul fatto che il contatto telefonico o a mezzo mail sarebbe stato costante. La risposta è stata al di là delle nostre aspettative, con estrema collaborazione da parte dei pazienti stessi. Qualora il consulto telefonico e/o multimediale non potesse essere risolutivo si è proposto un accesso ambulatoriale, adottando la seguente procedura:** compilazione della Check list aziendale per lo screening Covid; protezione dell'operatore con DPI idonei alla prestazione; protezione del paziente con DPI idonei; disinfezione superfici ad ogni accesso; accesso ad un solo caregiver come accompagnatore (solo se strettamente necessario) e anch'esso con DPI idonei. Particolare attenzione è stata posta affinché fosse ridotta al minimo l'attesa, la sala d'aspetto (posta fuori dall'Ambulatorio) è stata allestita in modo da garantire la distanza di sicurezza con cartelli informativi sulla capacità di area e sedute distanziate per evitare assembramenti. È stato inoltre adottato il distanziamento fra una prestazione e l'altra di un'ora circa per permettere anche la disinfezione delle superfici e la vestizione/svestizione. Tutte queste attenzioni troveranno poi conferma in linee guida internazionali [2]. In molte ASST si è assistito ad una chiusura di Ambulatori e servizi a favore dell'apertura di nuovi reparti Covid, con la conseguenza che i già esigui Centri di Stomatoterapia, nella sola Milano, sono stati ridotti se non addirittura chiusi; abbiamo inoltre dato disponibilità da subito alle Associazioni di pazienti, presenti sul territorio nazionale e regionale, per il supporto di pazienti operati presso Altre Strutture. Anche le pubbliche amministrazioni hanno dovuto reagire a questa crisi incentivando massicciamente i lavoratori a svolgere lo smart working, vista l'eccezionalità della situazione. Per questo motivo il primo passo è stato reperire tutte le mail delle ATS del nostro bacino d'utenza e dei pazienti a nostro carico e fortunatamente abbiamo ricevuto piena collaborazione da ogni ATS. È stato necessario farci carico dell'invio della pratica protesica, tramite mail, all'ATS di riferimento, evitando al paziente ulteriori spostamenti o appuntamenti per la consegna agli uffici preposti. In questo particolare periodo, tempi lunghi per

ottenere le forniture protesiche non sono accettabili proprio per la situazione di emergenza in cui è richiesto tempismo ed efficacia d'azione. Per questo siamo stati supportati dagli Specialist, che hanno provveduto in tempi rapidi a fornirci la necessaria campionatura gratuita, nonostante il lockdown. Le stesse ATS si sono adeguate e i piani terapeutici in scadenza sono stati prorogati automaticamente, in un primo momento fino al 31.8.2020. Infine, per agevolare e supportare il paziente al ritiro dei prodotti si sono intensificati i contatti con le farmacie distributrici, ottenendo massima collaborazione. **Spinti dalla necessità di continuare percorsi terapeutici fondamentali, abbiamo approfondito e sperimentato l'utilizzo di tecnologia. Si è passati inevitabilmente (ed involontariamente) a pensare ad un vero e proprio progetto di "telelavoro", sicuramente complesso ma immediato, per continuare a fornire la stessa qualità di assistenza pre-pandemia, sfruttando solo le risorse disponibili e molte volte anche personali, come ad esempio i telefoni cellulari. Questo è avvenuto soprattutto nei reparti Covid con le videochiamate ai parenti per effettuare un'educazione allo stomacare da remoto, non essendo possibile altrimenti. In un primo momento i reparti non erano attrezzati: non c'erano tablet né connessione Wi-Fi e molto spesso i pazienti anziani non utilizzano cellulari tecnologicamente avanzati, quindi noi Stomatoterapiste abbiamo utilizzato i supporti personali. Se la prima ondata ci ha colte di sorpresa e quasi travolte, pur riuscendo a mantenere gli spazi a noi assegnati da più di 10 anni, la seconda ondata ci ha viste costrette a rivedere la nostra ubicazione, per l'impossibilità di far accedere i pazienti in ragionevole sicurezza, essendo gli ambulatori al piano del padiglione ospedaliero dedicato interamente alla cura dei pazienti Covid positivi. Quindi in accordo con la direzione Medica di Presidio e i Direttori delle Unità Operative di Chirurgia e Urologia dal 26.10.2020 al 11.02.2021 abbiamo trasferito il Centro presso gli ambulatori di Urologia, posti al 2° piano, con una sola stanza dedicata ed idonea. Oggi la sfida continua; ci sono momenti in cui il virus sembra rallenti per poi riprendere forza, e in questo momento diventa importante investire ulteriormente nella strumentazione digitale e nella formazione di tutti i collaboratori. Quest'esperienza ci ha messe di fronte non solo ai limiti umani, ma ha evidenziato problematiche soprattutto per chi appartiene a fasce di popolazione più anziane e meno avvezze all'uso delle tecnologie. In questo momento di emergenza e quarantena forzata per la maggior parte delle persone, non dobbiamo dimenticare quanto sia importante l'aggiornamento professionale: sono tante le società scientifiche nazionali e internazionali che stanno mettendo a disposizione gratuitamente contenuti scientifici fruibili online, pur richiedendo tempo al di fuori dell'orario di lavoro e spesso senza l'attribuzione di crediti formativi. Se sfruttata nel modo giusto, crediamo che la tecnologia possa fornire un enorme supporto. Stiamo implementando le dotazioni informatiche e l'accesso alla formazione a distanza perché crediamo che **'l'assistenza sanitaria ha bisogno non solo di modifiche, ma di cambiamenti radicali'**.**

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. Guerci C, Maffioli A, Bondurri A, Ferrario L, Lazzarin F, Goi G, Danelli PG COVID-19: how can a department of general surgery survive to a pandemic? Surgery 2020; 167(6):909-11
2. Pata F, Bondurri A, Ferrara F, Parini D, Rizzo G Enteral stoma care during COVID-19 pandemic: practical advice Colorect Dis 2020

Gabriela Felipe

Infermiera, Servizio di Endoscopia Digestiva, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

RN, Digestive Endoscopy Service, San Raffaele Hospital, Milan
felipe.gabriela@hsr.it

Giulia Villa

Infermiere Ricamatore, Ospedale San Raffaele, Milano

RN, PhD, San Raffaele Research Hospital, Milan, Italy

Giannetta Noemi

Ricamatore, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; Dottoranda, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

RN, Vita-Salute San Raffaele University, Milan, Italy; PhD Student, University of Rome Tor Vergata, Rome, Italy

Duilio Fiorenza Manara

Professore Associato, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Associate Professor, Vita-Salute San Raffaele University, Milan, Italy

Il moral distress vissuto dagli infermieri di ricerca durante la sperimentazione clinica su soggetti vulnerabili: una revisione narrativa della letteratura

Moral distress experienced by clinical research nurses during the clinical trials on vulnerable subjects: a narrative review

**ABSTRACT**

Introduzione. Gli infermieri di ricerca clinica (Clinical Research Nurse, CRN) sono professionisti che attraverso le proprie competenze cliniche e specialistiche, svolgono un ruolo essenziale nell'accuratezza dei dati raccolti e sulla sicurezza dei pazienti in uno studio clinico. Il CRN nella sua professione si trova a dover affrontare notevoli difficoltà etiche che se non ben identificate, o irrisolte, possono generare moral distress nel professionista e ripercuotere negativamente su sé stesso, sul paziente e sul protocollo di ricerca. L'obiettivo della presente revisione narrativa è descrivere il fenomeno del moral distress negli infermieri di ricerca clinica durante la sperimentazione clinica su soggetti vulnerabili. **Materiali e metodi.** Sono state interrogate le banche dati: PubMed, Cinahl, Philosopher's Index e Scopus tra gennaio e agosto del 2020. Sono selezionati 22 articoli (di cui 21 studi qualitativi descrittivi ed 1 metanalisi). **Risultati.** I fattori scatenanti del moral distress nell'infermiere di ricerca clinica sono strettamente relativi al ruolo svolto, correlati al senso di advocacy ereditato dalla prima identità professionale e dalla complessità etica nella ricerca clinica. I principali ambiti in cui i CRN incontrano sfide etiche e che li espongono ad un rischio di moral distress sono: 1. Identità professionale, 2. L'arruolamento del paziente, 3. Sicurezza del paziente nella terapia sperimentale, 4. Fedeltà al protocollo versus un approccio "patient centred", 5. Contributo alla scienza versus bisogno individuale del paziente. **Discussioni e conclusioni.** Il moral distress è un fenomeno che può influire negativamente

sulla salute del professionista, del paziente e sulla qualità dello studio clinico. Attualmente è un fenomeno poco studiato in questo ambito della professione e è spesso erroneamente con altri fenomeni quali il conflitto etico o il conflitto morale. Emerge quindi la necessità di perseguire studi che facciano luce sui fattori scatenanti del moral distress nell'infermiere di ricerca clinica specie nelle sperimentazioni che riguardano la popolazione vulnerabile. **Parole chiave.** Stress morale, distress morale, Infermiere di ricerca clinica, soggetti vulnerabili.

ABSTRACT ENG

Background. Clinical Research Nurses (CRNs) are professionals who, through their clinical and specialist skills, play an important role in the accuracy of collected data and patient safety in a clinical trial. The CRN in his profession is faced with countless ethical difficulties which, if not well identified, or unresolved, can generate moral distress in the professional and have a negative impact on himself, on the patient and on the research protocol. The purpose of this narrative review is to explore the moral distress in clinical

research nurses during clinical trials on vulnerable subjects. **Methods.** The databases: PubMed, Cinahl, Philosopher's Index and Scopus were queried between January and August 2020. Twenty-two articles were selected for the narrative review: 21 qualitative descriptive studies and 1 meta-synthesis. **Results.** The triggers of moral distress in clinical research nurses are very peculiar to the role played, related to the sense of advocacy inherited from the first professional identity and ethical complexity in clinical research. The main areas of the profession in which ethical challenges arise and which expose professionals to the risk of moral distress are: 1. Professional identity, 2. Patient enrollment, 3. Patient safety in experimental therapy, 4. Fidelity to protocol versus a "patient centered" approach, 5. Contribution to science versus individual patient needs. **Discussion and conclusions.** Moral distress is a phenomenon that can negatively affect the health of the professional, of the patient and of the quality of the clinical study. It is currently a little-studied phenomenon in clinical research nurses and is erroneously interchangeable with other phenomena such as ethical conflict or moral conflict. There is, therefore, the need to shed light on the triggers of moral distress in clinical research nurses, especially in experiments involving the vulnerable population. **Keywords.** Moral distress, Moral stress, Clinical research nurse, Vulnerable subjects

INTRODUZIONE

Gli infermieri di ricerca clinica (CRN, Clinical Research Nurse) sono professionisti con competenze cliniche e specialistiche che messe in pratica garantiscono la qualità di una ricerca clinica attraverso il monitoraggio della qualità dei dati, dell'integrità di un protocollo e della sicurezza del paziente in sperimentazione (McCabe et al., 2019; Matsumoto et al., 2012). Il CRN nella sua professione si trova a dover affrontare rilevanti difficoltà etiche che se non ben identificate, o irrisolte, possono generare moral distress e ripercuotersi negativamente su se stesso, sul paziente e sul protocollo di ricerca (Larkin et al., 2019). Le difficoltà etiche affrontate dal CRN possono essere in parte correlate alla tipologia di uno studio (Grady & Edgerly, 2009) o alla vulnerabilità di alcuni soggetti arruolati nella sperimentazione (Larkin et al., 2019) come per esempio gli incapaci, i bambini o minorenni, o tutti i pazienti che, a causa di una prognosi infausta abbiano a propria disposizione una scelta terapeutica ridotta e i soggetti che in qualche modo possono soffrire una forma di "coercizione" o un'influenza indebita alla partecipazione ad una sperimentazione clinica (Mick, 2019). Secondo Morley et al., (2019), il moral distress è un sentimento negativo che insorge nell'infermiere quando esso riconosce la propria responsabilità morale in una situazione avendo ben chiaro cosa fare ma non riuscendo nell'atto pratico a fare ciò che si era pianificato. Sebbene si tratti di un fenomeno molto studiato nella professione infermieristica in ambito intensivo, pediatrico, oncologico (Rushton et al., 2016) ad oggi in letteratura non esiste uno studio specifico sul moral distress nell'infermiere di ricerca clinica. Pertanto, obiettivo del presente studio è quello di descrivere il fenomeno del moral distress negli infermieri di ricerca clinica durante la sperimentazione su soggetti vulnerabili.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura. Per la ricerca dei documenti sono state consultate le seguenti banche dati PubMed, Cinahl, Philosopher's Index e Scopus tra Gennaio e Ago-

sto 2020. Le parole chiave "Moral distress", "Moral stress", "Clinical research nurse", "Vulnerable subjects" sono state combinate tra loro attraverso l'utilizzo degli operatori booleani e termini MeSH. Sono stati applicati limiti in base alla data di pubblicazione, prediligendo gli ultimi dieci anni. La selezione degli studi si è basata prima su uno screening dei titoli e dell'abstract e successivamente, qualora ritenuti pertinenti al quesito, si è reperito il full-text. Ammissibili per l'inclusione sono stati tutti gli studi che indagavano la problematica del moral distress nella popolazione di infermieri dedicati alla ricerca clinica (CRN). Sono stati esclusi gli articoli che riguardavano il problema del moral distress in infermieri non dedicati alla ricerca e/o relativi ad altri professionisti sanitari. Il processo di selezione, consistente con la flowchart PRISMA, ha permesso di includere nella presente revisione 22 articoli.

RISULTATI

Dai 302 records identificati, sono stati inclusi nella presente revisione 22 articoli condotti nei vari paesi del mondo quali, USA, Regno Unito, Giappone, Irlanda, Cina, Nuova Zelanda, Australia, Finlandia e Svezia. Nella Tabella 2 sono riportate le principali informazioni relative agli articoli selezionati. In generale, dall'analisi degli articoli reperiti, i fattori scatenanti il moral distress nell'infermiere di ricerca clinica sono molto peculiari al ruolo svolto. Sono fattori fortemente correlati al senso di advocacy ereditato dalla prima identità professionale e dalla complessità etica nella ricerca clinica.

I principi etici nella ricerca clinica e l'advocacy nel CRN

In risposta ad alcuni eventi storici drammatici, segnati dalla violazione dei diritti umani nelle sperimentazioni cliniche, nel 1979 nacque il Belmont Report, un codice etico che divenne documento cardine per la difesa dei soggetti umani, specie i più vulnerabili, nella sperimentazione clinica (Mick, 2019). Il Belmont Report fonda le sue regole su tre principi: rispetto per la persona, la beneficenza e la giustizia. Il principio etico del rispetto riconosce la dignità e la libertà di ogni soggetto e si manifesta con l'obbligo del consenso volontario del paziente. Rimprovera ogni tentativo di coercizione o di influenza indebita degli sperimentatori nei confronti dei pazienti alla partecipazione in uno studio. Il secondo principio, la libertà, sottolinea il diritto del paziente di ritirarsi a qualsiasi momento dalla sperimentazione. Il terzo principio, la beneficenza, supplica ai ricercatori la massima riduzione dei rischi e l'ottimizzazione dei benefici attesi il per il soggetto in sperimentazione (Mick, 2019). L'advocacy presuppone che ogni azione degli infermieri rivolta alla protezione dei pazienti e alla promozione di giustizia sociale nell'assistenza sanitaria (Abbasinia et al., 2020) rientra tra le dimensioni teoretiche e dominio della pratica del CRN (Catania et al., 2012, Castro, 2009, Purdom et al., 2017). Nella ricerca clinica l'advocacy assume un significato molto più articolato perché alla concezione standard già nota a tutti gli infermieri, di promozione della salute e benessere del paziente, si aggiungono altri principi etici specifici per le sperimentazioni sugli esseri umani (Larkin et al., 2019; Roberts et al., 2016; Lach et al., 2019).

Le difficoltà etiche del CRN e il "moral distress"

Dalla letteratura analizzata emerge che le principali sfide etiche che contribuiscono all'insorgenza del moral distress nel CRN possono essere suddivise in alcuni ambiti della professione: 1. Identità pro-

fessionale, 2. Arruolamento del paziente, 3. Sicurezza del paziente nella terapia sperimentale, 4. Fedeltà al protocollo versus un approccio "patient centred", 5. Contributo alla scienza versus bisogno individuale del paziente.

1. Identità professionale

Il CRN si sente prima di tutto un infermiere con gli obblighi professionali che ne conseguono, in primis la "patient advocacy". Bilanciare tale aspetto con alcuni aspetti del trial clinico può generare un conflitto morale nel CRN (Larkin et al., 2019; Matsumoto et al., 2012). Inoltre, se il CRN è ancora inesperto nel ruolo, può avere bisogno di tempo per adattarsi, per acquisire le conoscenze e per abituarsi a lavorare in autonomia (Micklos, 2016); ha bisogno di formazione continua soprattutto all'inizio del percorso, ma anche una volta diventato esperto in quanto ogni protocollo è diverso e richiede competenze specifiche (Hernon et al., 2019). Un altro elemento di difficoltà è legato alla propria identità è caratterizzato dal sentimento di solitudine: sul lavoro, i CRN possono spesso sentirsi soli, senza possibilità di confronto con i colleghi per affrontare situazioni difficili in cui è richiesta una loro presa di decisione (Hernon et al., 2019; Willoughby et al., 2015; Kunhunny et al., 2017; Tinkler et al., 2018).

2. L'arruolamento del paziente

I CRN esprimono uno stress morale quando devono sottrarre il tempo dedicato al paziente per gestire gli aspetti amministrativi del trial (Tinkler et al., 2017; Matsumoto et al., 2012). L'obbligo di raggiungere dei target prefissati per l'arruolamento, di dover bilanciare le responsabilità di ricercatore con le responsabilità cliniche sono fattori scatenanti di stress emotivo nel CRN (Lawton et al., 2015). Spesso i CRN esprimono particolare disagio quando devono arruolare persone sofferenti o malati vulnerabili. L'atto di avvicinarsi a loro per la richiesta del consenso può essere motivo di disagio morale per l'incertezza di potenziali ulteriori sofferenze conse-

guenti alla loro partecipazione (Larkin et al., 2019). La vulnerabilità di alcuni soggetti e il sentimento di disagio morale che si crea nell'infermiere può avere una ripercussione sul numero di pazienti arruolati in uno studio (Zucchelli et al., 2018). Inoltre, l'arruolamento di soggetti che secondo la loro intuizione ed esperienza, ritengono non siano in grado di comprendere o rispettare un protocollo di ricerca, genera spesso conflitto con il principal investigator (Beadle et al., 2011).

3. Sicurezza del paziente nella terapia sperimentale

Il CRN può percepire moral distress nel somministrare la terapia sperimentale per le incertezze ad essa correlate (Larkin et al., 2019). Lo stress morale si manifesta in particolare: 1) quando al paziente non viene assegnato un trattamento che, secondo il loro giudizio clinico, sarebbe stato meglio per lui (Lawton et al., 2015); 2) quando per compassione vorrebbe che il paziente potesse accedere al farmaco anche dopo il termine della sperimentazione clinica (Larkin et al., 2019); 3) quando viene assegnato il placebo al paziente, mentre secondo il suo giudizio clinico del CRN avrebbe potuto beneficiare di un farmaco (Larkin et al., 2019).

4. Fedeltà al protocollo versus approccio "patient centred"

Il senso di advocacy intrinseco nel CRN lo porta inevitabilmente a sperimentare lo stress morale quando deve bilanciare i bisogni individuali del paziente con le esigenze standardizzate di un protocollo clinico. Quando deve scegliere tra "standardizzazione delle cure" e un approccio "patient centred" (Larkin et al., 2019).

5. Contributo alla scienza versus bisogno individuale del paziente

La difficile collocazione del ruolo del CRN si riflette anche sulla percezione del "bene individuale" (offrire il trattamento migliore per il singolo paziente) e del "bene collettivo" (produrre il trattamento migliore per la popolazione attraverso l'incremento delle conoscenze) (Larkin et al., 2019; Beadle et al., 2011; Olsen et al., 2016).

Tabella 1. I principi etici in rapporto con il moral distress nel CRN

Principi etici	Moral distress
Rispetto (Cura migliore versus inclusione nella ricerca)	Farmaco sperimentale: Il CRN vorrebbe offrire la cura migliore al paziente, <i>ma può soltanto offrire la possibilità di partecipare alla sperimentazione clinica</i> (Larkin et al., 2019)
Giustizia (Libero accesso alle cure versus pari distribuzione nella ricerca)	Il CRN sa che il farmaco sperimentale può essere d'aiuto per il paziente, <i>ma accetta che, nel rispetto della randomizzazione, il paziente possa assumere un placebo</i> (Lawton et al., 2015)
Beneficenza (Fare il bene versus minimizzare i danni)	Il CRN vorrebbe offrire un trattamento sicuro al paziente, ma offrendo una molecola in fase di studio, può soltanto cercare di minimizzare i rischi e ottimizzare i benefici attesi dalla terapia sperimentale (Larkin et al., 2019)
La natura etica della relazione con il paziente (Cura versus collaborazione)	Il CRN vuole instaurare un rapporto di cura, assistenza <i>ma deve bilanciare il ruolo di infermiere con il ruolo di ricercatore</i> (Micklos, 2016). Il CRN vuole avere un approccio "patient centred", <i>ma deve rispettare un protocollo standard e uguale per tutti i soggetti</i> (Larkin et al., 2019). Il CRN vuole far prevalere la cura, <i>ma deve spesso pensare agli aspetti economici del trial</i> (Larkin et al., 2019). Il paziente rientra in tutti i criteri di inclusioni per lo studio, <i>ma il CRN preferirebbe non arruolarlo perché ritiene che per il paziente sarà un impegno difficile e non vuole infastidirlo ulteriormente</i> (Hernon et al., 2019).
Motivazioni professionali	Il CRN vuole nell'immediato aiutare il singolo paziente, <i>ma deve pensare al futuro della società e rendere prioritario lo sviluppo scientifico</i> (Larkin et al., 2019). Il paziente si offre volontario alla sperimentazione (in oncologia), <i>ma nonostante le spiegazioni sembra nutrire aspettative irrealistiche dei benefici attesi per se stesso</i> (Larkin et al., 2019)

Tabella 2. Sintesi qualitativa degli articoli individuati

Study No	Autor(s) Country	Year	Design Method	Sample	Study Focus
1	Beadle et al. Australia	2011	Qualitativo descrittivo intervista	N= 192 Infermieri di oncologia	Indaga le percezioni degli infermieri in oncologia (pazienti vulnerabili). Emergono le seguenti criticità percepite dagli infermieri: 1. Sentimento di speranza e aspettative irrealistiche dei pazienti riguardo la sperimentazione; 2. Incomprensioni sulla natura dello studio.
2	Catania et al. Italia	2012	Qualitativo descrittivo intervista	N= 30 Clinical trial nurses	Descrive le competenze dei clinial trial nurse in Italia. Emergono competenze sulla gestione del farmaco, acquisizione del consenso informato (ruolo collaborativo) e monitoraggio dei protocolli. CTNs hanno invece un ruolo marginale nell'arruolamento e pianificazione dei protocolli e gestione economica del trial.
3	Kao et al. China	2018	Qualitativa descrittivo intervista	N= 161 Infermieri di chirurgia	Indaga le percezioni degli infermieri di reparto riguardo le sperimentazioni cliniche. Emerge un atteggiamento negativo, in particolare riguardo i rischi legati alla terapia sperimentale.
4	Cresswell et al. Nuova Zelanda	2014	Qualitativo descrittivo intervista	N= 3 CRN	Indaga il ruolo del CRN nel processo di richiesta del consenso informato. Si tratta di un processo suddiviso in fasi in cui il CRN potrebbe svolgere in autonomia.
5	Castro USA	2009	Qualitativo descrittivo intervista	N= 22 infermieri coinvolti nella ricerca clinica (pratica o coordinamento)	Sviluppa una tassonomia per definire le dimensioni teoretiche e dominio della pratica del CRN che vengono suddivise in: 1- la pratica clinica 2- la protezione dei soggetti 3- il contributo scientifico 4- la cura 5- il coordinamento e la continuità assistenziale 6- la gestione dello studio.
6	Hernon et al. Irlanda	2019	Meta sintesi Banche date: CINAHL, MEDLINE, EMBASE, PubMed e ProQuest	N= 19 studi (232 CRN)	Sintesi qualitative degli studi che riportano i vissuti del CRN in relazione al proprio ruolo. In particolare tratta: l'identità professionale; il raggiungimento degli obiettivi imposti dal promotore e l'advocacy.
7	Kunhunny et al. Regno Unito	2017	Qualitativo descrittivo; interviste semistrutturate. Indagine on-line	N= 11 (sud Africa, Irlanda, India, Inghilterra, Repubblica dello Zimbabwe/ Africa)	Indaga gli aspetti positivi e negativi dei vissuti dei CRN riguardo il proprio ruolo. Tra gli aspetti negativi: mancanza di riconoscimento professionale, solitudine, mancanza di chiarezza in relazione al proprio ruolo, scarse opportunità.
8	Lach et al.	2019	Articolo di rivista		Descrive l'importanza degli infermieri nel ruolo di difensore dell'integrità del protocollo e della popolazione vulnerabile nella ricerca clinica.
9	Larkin et al. USA	2019	Qualitativo descrittivo; Interviste semistrutturate	N= 12 CRN esperti	Descrive le sfide etiche nel CRN (1) L'incertezza legata alla terapia sperimentale; (2) Conflitto d'identità legata alla duplice responsabilità: rispetto del protocollo standard versus un approccio "patient centred".
10	Lawton et al. Scozia	2015	Qualitativo descrittivo; Interviste semistrutturate	N= 6 diabetologi	Indaga gli aspetti emotivi dello staff che possono influire negativamente sull'arruolamento e sull'aderenza dei pazienti nei trial di diabetologia.
11	McCabe et al. USA	2019	Qualitativo descrittivo; Interviste semistrutturate	N= 18 CRN esperti	Indaga le percezioni dei CRN riguardo il proprio ruolo: 1-assistenza infermieristica ai soggetti arruolati 1.3-coordinamento dello studio e 1.4-sicurezza del paziente 2-educazione e formazione dello staff e dei pazienti 3-contributo alla scienza 4-competenze cliniche e pensiero critico 5-pericolarità del ruolo.

12	Matsumoto et al. Giappone	2012	Qualitativo descrittivo; Interviste semistruzzurate	N= 589 clinical research coordinators	Sviluppa uno strumento per misurare il livello di stress nei clinical research coordinators. La scala include: carico di lavoro elevato, conflitto con Principali Investigator o coordinatori dello studio, difficoltà di prestare cura ai soggetti arruolati.
13	Mick. USA	2019	Articolo di rivista		Descrive l'importanza del ruolo del CRN nell'aderenza al protocollo di ricerca, descrive la storia dell'etica nella ricerca clinica ed i rischi di violazione dei diritti umani nelle sperimentazioni.
14	Micklos USA	2016	Revisione narrativa		Descrive la transizione di ruolo tra infermieri di nefrologia ed infermieri di ricerca e le sfide affrontate in qualità di CRN in nefrologia.
15	Nurmi et al. Finlandia	2015	Qualitativo descrittivo; Interviste e individuali	N= 237 infermieri coordinatori	Descrive le percezioni etiche degli infermieri coordinatori riguardo l'arruolamento dei pazienti nelle sperimentazioni. I coordinatori infermieristici sono validi alleati dell'equipe di ricerca e difensori dei pazienti vulnerabili.
16	Olsen et al. USA	2016	Qualitativo descrittivo (Case Report)	N= 1 CRN di oncologia	Descrive i conflitti etici vissuti da un infermiere di ricerca clinica in oncologica. Confronta i principi etici (beneficenza, giustizia e rispetto) sotto due punti di vista: clinico e della ricerca).
17	Purdom et al. USA	2017	Qualitativo descrittivo; Interviste indagine on-line	N= 167 (41 study coordinator, 35 infermieri oncologici e 91 clinucal trial nurse)	Le dimensioni teoretiche e la pratica di dominio degli infermieri di ricerca in oncologia sembrano essere 8 (care, manage, study, expert, lead, prepare, data, advance, science, and ethics). Emerge un modello multidimensionale legato alle complessità cliniche, educative ed emotive dei pazienti oncologici.
18	Roberts et al Regno Unito	2016	Qualitativo descrittivo	N= 2 infermiere inesrite nel primo stage di formazione per CRN del Gateshead Health NHS Foundation	Descrive l'importanza del CRN nel protocollo di ricerca ed alcune responsabilità connesse al ruolo quali la "patient advocacy", la fedeltà al protocollo.
19	Tinkler et al. Regno Unito	2018	Qualitativo descrittivo; Interviste semistruzzurate	N= 19 CRN	Indagare le percezioni dei CRN riguardo il proprio ruolo (identità professionale). Emerge che CRN si sentono isolati rispetto i clinici (elementi di disturbo).
20	Willoughby Regno Unito	2015	Qualitativo descrittivo		Descrive le strategie utile per migliorare l'arruolamento in neonatologia. I CRN si sentono spesso isolati rispetto i colleghi della clinica.
21	Zuccheli et al. Regno Unito	2018	Qualitativo descrittivo; Interviste semistruzzurate	N= 12 CRN	Esplora le esperienze emotive dei CRN nella fasi di arruolamento "cleft collective" sui bambini nati con labbro leporino (contesto sociale difficile). Gli aspetti emotivi dei CRN possono influire sul numero di pazienti arruolati.
22	Hakansson A S et al. Svezia	2020	Qualitativo descrittivo; Interviste semistruzzurate	N= 6 oncologici (pediatria) N= 8 CRN (oncologia pediatria)	Esplora i vissuti e le sfide dei ricercatori (medici ed infermieri) durante l'acquisizione del consenso informato sui pazienti vulnerabili (bambini oncologici). Gli aspetti emotivi influiscono sull'arruolamento.

Questo potrebbe suscitare il moral distress nel professionista nelle situazioni in cui deve gestire priorità diverse rispetto a una delle due motivazioni professionali (Olsen et al., 2016).

DISCUSSIONE

Dagli articoli analizzati emerge che la duplice responsabilità etica del CRN, verso il paziente e verso il protocollo di ricerca, gioca un ruolo importante nell'insorgenza di moral distress (Larkin et al., 2019). Il suo difficile ruolo e il tentativo di applicare la "patient advocacy" in entrambi i versanti del suo ruolo genera spesso conflitto e frustrazione nel professionista. Questo avviene perché gli stessi principi etici di rispetto, beneficenza e giustizia possono trovare fondamenti sulla clinica e sulla ricerca (Olsen et al., 2016). Quando i valori morali del CRN si identificano con i principi etici clinici, ma il professionista si trova a dover rispettare i principi etici della ricerca questo genera in lui moral distress. La Tabella 1 riporta alcuni esempi.

CONCLUSIONI

Il moral distress è un fenomeno che può influire negativamente sulla salute del professionista, del paziente e sulla qualità dello studio clinico. Nel CRN tale fenomeno sembra essere fortemente correlato al ruolo rivestito, al senso di advocacy e dalla complessità etica nella ricerca clinica. Attualmente è un fenomeno poco studiato nell'infermiere di ricerca clinica, soprattutto in Italia, ed erroneamente confuso con altri fenomeni quali il conflitto etico o il conflitto morale. Emerge quindi la necessità di attivare studi che migliorino la nostra comprensione sui fattori scatenanti il moral distress nell'infermiere di ricerca clinica specie negli studi che riguardano la popolazione vulnerabile, che – come noto – rappresenta una quota importante e significativa dei soggetti arruolati in una sperimentazione clinica.

Bibliografia disponibile sul sito della rivista.

Marcello Torre

Infermiere, Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie e Sociali – Formazione Continua, Sviluppo Professionale e Ricerca, ASST Sette-Laghi, Varese, Italia

*RN, Health and Social Professions Care Department - Continuing Training, Professional Development and Research, ASST Sette-Laghi, Varese, Italy
marcello.torre@asst-settelaghi.it*

Rosario Caruso

Direttore, Area Ricerca e Sviluppo delle Professioni Infermieristiche, IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese, Italia

PhD, RN, Director, Health Professions Research and Development Unit, IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese, Italy

Rita Patrizia Tomasin

Direttore, Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Sette-Laghi, Varese, Italia

MSN, RN, Director, Health and Social Professions Care Department, ASST Sette-Laghi, Varese, Italy

Cristina Arrigoni

Presidente, Classe delle Lauree Sanitarie infermieristiche ed ostetriche, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia

RN, MSc. President, degrees in nursing and midwifery, Department of Public Health, Experimental and Forensic Medicine, University of Pavia, Pavia, Italy

ABSTRACT

Introduzione. L'implementazione di percorsi strutturati per l'inserimento degli infermieri neoassunti ha mostrato aumentare sia la loro Job Satisfaction che la qualità dell'assistenza erogata. Tuttavia, sebbene siano spesso raccomandati monitoraggi contesto-specifici delle variabili influenzanti il clima organizzativo, nella letteratura non vi sono studi che indaghino le informazioni descrittive di questi costrutti nella coorte di infermieri neoassunti. Gli obiettivi di questo studio sono quindi: (1) descrivere il livello degli elementi influenzanti il clima organizzativo negli infermieri neoassunti dell'ASST dei Sette Laghi, (2) descrivere le capacità predittive di questi costrutti sulla consapevolezza degli errori nella pratica clinica e (3) mettere in relazione le variabili dello studio con una variabile di prossimità relativa ai CWB, per stabilire un ipotetico cut-off di sicurezza comportamentale. **Materiali e Metodi.** Questo studio osservazionale descrittivo di natura pilota si riferisce ad un campione di 41 infermieri neoassunti nell'anno 2019. La procedura ha previsto la

Clima Organizzativo e Counterproductive Work Behavior nell'implementazione di un percorso per infermieri neoassunti: uno studio Pilota presso un'Azienda Sanitaria del Nord Italia

Organizational Climate and Counterproductive Work Behavior in the implementation of a pathway for newly employed nurses: a pilot study in a Healthcare facility in Northern Italy



compilazione di un questionario online contenente 50 item relativi a delle scale validate sulle variabili da analizzare (Unit Nursing Climate Scale, Leader-Member Social Exchange Scale, Utrecht Work Engagement Scale, Affective Commitment Scale) più delle variabili riferite alla Consapevolezza degli Errori e ad un tipico esempio di CWB nel contesto sanitario. Tutti gli score sono stati standardizzati in una metrica 0-100. **Risultati.** Il campione era composto da soggetti con 26 anni di età mediana. Tutti i costrutti si sono presentati

stabili dal punto di vista della consistenza interna ($\alpha > 0,80$), i valori di risposta hanno visto il Lavoro di Gruppo (UNCS) avere lo score più alto (62/100, IQR 58-81), mentre l'Affective Commitment quello più basso (37/100, IQR 27-65). Il modello di regressione lineare multipla ha visto lo Sviluppo Professionale (UNCS) e la Dedizione (UWES) predire più del 75% della varianza della Consapevolezza degli Errori. Il parametro con miglior rapporto di sensibilità e specificità degli score dei costrutti indagati in relazione alla prossimità di adeguatezza di comportamento sotto curva di ROC ha dato valore di 64,8. **Conclusioni.** Questo studio pilota conferma ulteriormente l'impatto del clima organizzativo sulla qualità dell'assistenza. L'approccio e i risultati presentati forniscono ai manager infermieristici degli spunti e delle chiavi di lettura interessanti nella sempre più importante ottica di monitoraggio del percorso dei neoassunti e nella riduzione dei CWB, attraverso l'utilizzo di cut-off di sicurezza comportamentale. **Parole Chiave.** Infermieri neoassunti, clima organizzativo, consapevolezza errori, CWB.

SUMMARY

Introduction. The implementation of structured pathways for the placement of newly hired nurses has shown to increase both their job satisfaction and the quality of the assistance provided. However, although context-specific monitoring of variables influencing the organizational climate is often recommended, there are no studies in the literature that investigate the descriptive information of these constructs in the cohort of newly hired nurses. The objectives of this study are: (1) to describe the level of elements influencing the organizational climate in the newly recruited nurses of the Seven Lakes ASST, (2) to describe the predictive capabilities of these error awareness constructs in clinical practice, and (3) to link study variables to a CWB-related proximity variable to establish a hypothetical behavioral safety cut-off. **Materials and Methods.** This pilot descriptive observational study refers to a sample of 41 newly recruited nurses in the year 2019. The procedure included the compilation of an online questionnaire containing 50 items related to validated scales on variables to be analyzed (Unit Nursing Climate Scale, Leader-Member Social Exchange Scale, Utrecht Work Engagement Scale, Affective Commitment Scale) more than the variables related to Error Awareness and a typical example of CWB in the health context. All scores were standardized in a 0-100 metric. **Results.** The sample consisted of subjects with 26 years of median age. All the constructs were stable for internal consistency ($\alpha > 0,80$), the response values saw the Group Work (UNCS) have the highest score (62/100, IQR 58-81), while the Affective Commitment the lowest (37/100, IQR 27-65). The multiple linear regression model has seen Professional Development (UNCS) and Dedication (UWES) predict more than 75% of Error Awareness variance. The parameter with the best sensitivity and specificity ratio of the scores of the investigated constructs concerning the proximity of adequacy of behavior under the ROC curve gave a value of 64.8. **Conclusions.** This pilot study further confirms the impact of the organizational climate on the quality of care. The approach and results presented provide nursing managers with interesting insights and reading keys in the increasingly important perspective of monitoring the path of newly employed nurses and in the reduction of CWB, using behavioral safety cut-offs. **Keywords.** newly employed nurse, organizational climate, error awareness, CWB.

INTRODUZIONE

L'implementazione di programmi d'inserimento per infermieri neoassunti ha mostrato in letteratura una maggiore soddisfazione, fidelizzazione e riduzione del turnover degli stessi (Eckerson, 2018; Van Camp & Chappy, 2017). Infermieri con un'alta soddisfazione lavorativa, inoltre, hanno un basso tasso di assenze ma soprattutto erogano un'assistenza di maggior qualità (Lu et al., 2019). Sebbene siano spesso raccomandati monitoraggi contesto-specifici degli esiti (di livello individuale e organizzativi) sensibili all'implementazione di tali programmi (Pittman et al., 2013; Thompson, 1989), le esperienze empiriche di percorsi d'inserimento e monitoraggio dei livelli delle variabili suscettibili a possibili variazioni positive sono ancora marginali. Per questo motivo, la Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie e Sociali (DAPSS) dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) "Sette Laghi" ha avviato un percorso strutturato per neoassunti che prevede le fasi di Accoglienza, Inserimento e Valutazione. Come da consolidata letteratura in proposito, risulta sempre più indispensabile per le organizzazioni, anche nel contesto sanitario, conoscere e monitorare i livelli dei diversi elementi che influenzano il "Clima Organizzativo" (come Work Engagement, Leader-Member Exchange, Unit Climate, Affective Commitment), in quanto hanno un impatto significativo su outcome personali ed organizzativi come Job Satisfaction, Job Performance -tra cui OCB e CWB- ed intenzione di turnover (El Akremi et al., 2014; García-Sierra et al., 2016; Keyko et al., 2016; Liang et al., 2016; Alilyyani et al., 2018; McCay et al., 2018; Hakami et al., 2020; Lee & Quinn, 2020). Tuttavia, nella letteratura italiana ed internazionale – nonché nella pratica manageriale – non vi sono studi che indagano le informazioni descrittive di questi importanti costrutti nella coorte di infermieri neoassunti. Queste informazioni potrebbero essere strategiche sia nel contribuire a studi futuri più robusti in ambito che, a livello locale, nell'orientare politiche organizzative mirate al benessere dei nuovi arrivati in Azienda. L'obiettivo primario di questo studio è dunque quello di (1) descrivere il livello dei costrutti influenzanti la percezione del clima organizzativo negli infermieri neoassunti nell'ASST dei Sette Laghi, ossia: clima percepito nell'Unità Operativa, qualità del rapporto tra infermieri clinici e coordinatore, l'affective commitment e l'engagement lavorativo. Gli obiettivi secondari sono: (2) descrivere le capacità predittive dei costrutti influenzanti la percezione del clima organizzativo sulla consapevolezza degli errori nella pratica clinica; (3) mettere in relazione le variabili dello studio con una variabile di prossimità di comportamenti organizzativi controproducenti, per stabilire un ipotetico cut-off di sicurezza comportamentale.

MATERIALI E METODI

Disegno

È stato effettuato uno studio monocentrico osservazionale descrittivo di natura pilota. Il progetto è stato autorizzato dalla Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie e Sociali e dalla Direzione Sanitaria dell'ASST dei Sette Laghi.

Campione e Procedura

Il campione dello studio è costituito da infermieri neoassunti dell'ASST dei Sette Laghi. I criteri di inclusione/esclusione sono stati: assunti in qualità di Infermiere; assunti nel 2019; non essere stati assunti con forme contrattuali di collaborazione/libero professio-

nista. Una volta selezionato il campione, la procedura ha previsto la somministrazione di un questionario online, inviato tramite mail aziendale. Ogni partecipante, prima della compilazione, è stato informato circa le modalità e le finalità dello studio nonché sull'utilizzo -in forma aggregata- dei dati e del loro trattamento, nel rispetto della normativa sulla privacy vigente. Stesse modalità, telematiche, sono state previste per la restituzione in forma anonima dei questionari compilati. Vi è stata una percentuale di risposta del 74% circa: ricevute 40 risposte su 54 richieste inviate a relativi candidati eleggibili.

Misure

Il questionario somministrato prevedeva due principali sezioni: una parte, iniziale, dove si richiedevano informazioni di natura socio-demografica; una seconda sezione, dove venivano proposti gli item relativi ai costrutti indagati. Per quanto concerne questa seconda parte, una frazione degli item è stata tratta da un questionario multidimensionale validato da Antonelli (2011), nato dalla traduzione di diversi strumenti in lingua straniera che l'autore ha tradotto e validato. Questa scala ci è parsa la più adatta poiché è stata somministrata e validata su un campione di infermieri e quindi non riguardante l'intero personale sanitario come avviene in altre scale sul clima presenti in letteratura.

Nello specifico gli strumenti selezionati da tale questionario sono:

- Unit Nursing Climate Scale (Antonelli, 2011; Zohar et al., 2007). Questa scala a 16 item è stata utilizzata da Antonelli, modellando lo strumento di Zohar, per misurare il clima percepito dagli infermieri all'interno della propria unità operativa, esplorando le seguenti quattro dimensioni: Sviluppo professionale, Competenze professionali, Orientamento al paziente e Lavoro di gruppo; dimensioni che in questo studio sono state considerate come singoli costrutti.
- Leader Member Social Exchange (LMSX) Scale (Bernerth et al., 2007). Si tratta di una scala composta da 8 item che misura la qualità delle relazioni che si instaurano tra superiore e subordinato. Nel questionario di Antonelli (2011) gli item di questo costrutto sono declinati all'ambito infermieristico, riferendosi in particolare al rapporto tra coordinatore infermieristico ed infermiere.
- Affective Commitment Scale (Allen & Meyer, 1990). Si tratta di una scala, modificata da Antonelli partendo dallo strumento di Allen e Mayer, composta da 6 item ed utilizzata per misurare l'Affective Commitment, ovvero il sentimento di appartenenza posseduto dall'individuo nei confronti della propria organizzazione.

È stata, inoltre, utilizzata la Utrecht Work Engagement Scale (UWES) (W.B. Schaufeli & Bakker, 2003). Si tratta di una scala a 17 item tradotta, adattata e validata in lingua italiana da Pisanti e colleghi (2008) e utilizzata per misurare il livello di impegno e coinvolgimento lavorativo dell'infermiere in Azienda. Questa scala consta di 3 domini (vigore, dedizione e coinvolgimento), considerati sia come costrutti singoli che come unica dimensione (Work Engagement). Infine, sono stati inseriti 3 item creati ad hoc per misurare la consapevolezza degli errori (2 item) e una variabile di esito comportamentale, riferita ai Counterproductive Work Behavior (Bennet & Robinson, 2000), ad essa associata (1 item). Il questionario da noi utilizzato è dunque costituito da un totale di 50 item, tutti su scala

Likert a 5 passi (che vanno da uno stato di 1="Totale disaccordo" ad uno di 5="Totale accordo") ad eccezione dell'UWES, che è a 7 passi (da 1="Mai" a 7="Sempre, ogni giorno") e dell'item relativo all'esito "Comportamento" che invece è misurato su scala ordinale a 3 passi (1=mai, o quasi mai; 2=qualche volta; 3= sempre, o quasi sempre).

Analisi Statistiche

Le analisi statistiche hanno previsto dapprima un controllo della distribuzione campionaria delle variabili, a livello degli item, e delle caratteristiche socio-demografiche e professionali. In questa fase è stato effettuato un controllo delle frequenze per individuare eventuali dati mancanti o outliers. Dopo è stata effettuata la sintesi delle variabili nominali, attraverso frequenze percentuali. Per quanto riguarda le variabili quantitative, per un'adeguata sintesi dell'informazione campionaria è stato effettuato uno studio della simmetria della misura di tendenza centrale di dispersione e, anche alla luce della piccola numerosità del campione, è stato scelto di utilizzare mediana ed intervallo interquartile (IQR) per la rappresentazione dell'informazione campionaria.

È stata testata l'affidabilità (consistenza interna) di tutti i costrutti attraverso l' α di Cronbach, in modo da avere una conferma empirica della possibilità di computare i costrutti secondo le indicazioni degli articoli di riferimento. In seguito, alla luce delle diverse metriche presenti nelle varie scale utilizzate, tutti i costrutti sono stati computati e standardizzati su un'unica metrica (0-100) per renderli confrontabili in maniera più semplice e intuitiva. I costrutti sono stati sintetizzati con mediana e IQR (obiettivo uno dello studio).

È stata successivamente eseguita un'esplorazione univariata (attraverso il Test dei ranghi con segni di Wilcoxon) tra i costrutti osservati e la variabile "consapevolezza degli errori" per individuare le differenze significative e per orientare la scelta dei predittori da inserire in un successivo modello lineare multiplo, la cui finalità era la risposta all'obiettivo due dello studio. La significatività dei confronti, essendo confronti multipli, è stata corretta secondo Bonferroni. I costrutti che differivano in maniera statisticamente significativa con la consapevolezza degli errori sono stati selezionati come predittori teorici. Quindi è stato eseguito un modello di regressione lineare multipla dove sono stati standardizzati i β , calcolati i loro intervalli di confidenza (al 95%) e l' R^2 , quindi analizzati i residui e la loro distribuzione. È stato condotto il test F per l'adeguatezza del modello come analisi preliminare.

Infine, per rispondere al terzo obiettivo, è stato effettuato lo studio di tutte le variabili misurate sotto Curva di ROC dove come variabile di esito è stata utilizzata una variabile di prossimità di comportamento clinico (variabile DUMMY), ottenuta dicotomizzando i 3 livelli di risposta (*mai, qualche volta e sempre*) ottenuti alla domanda n°33 ("*mi lavo le mani prima e dopo aver rimosso i guanti monouso/usa e getta*") in comportamento adeguato (risposte: *sempre*) versus inadeguato (risposte: *mai e qualche volta*). La curva di ROC viene costruita considerando tutti i possibili valori degli score dei costrutti e, per ognuno di questi, si calcola la proporzione di veri positivi (la sensibilità) e la proporzione di falsi positivi. La proporzione di falsi positivi si calcola con la formula standard: $1 - \text{specificità}$ (dove la specificità indica i veri negativi). Quindi, la sensibilità era la proporzione di infermieri con score inferiori o uguali ai cut-off identificati tra tutti quelli che hanno comportamento inadeguato. La specificità è la proporzione di infermieri con score sopra il cut-off identificato tra tutti quelli che hanno riportato un comportamento

clinico adeguato. L'area sottostante alla curva ROC, definita come "Area Under the Curve" (AUC) è una misura di accuratezza. Attraverso la curva ROC è possibile identificare il miglior cut-off, cioè il valore dello score che massimizza la differenza tra veri positivi e falsi positivi (approccio di Youden). Tutte le analisi inferenziali sono state eseguite con test bidirezionali e la significatività è stata fissata con una di 0,05. Per le analisi è stato utilizzato il software IBM SPSS v. 22.

RISULTATI

Campione

I rispondenti allo studio, come descritto in tabella 1, sono stati 41 infermieri neoassunti. Di questi, il 75,6% (n=31) era di sesso femminile e la maggior parte dei rispondenti era in possesso della Laurea in Infermieristica (92,7%; n=38) come titolo abilitante. Solo il 19,5% (n=8) era in possesso di un master (formazione post-base universitaria). Una buona parte dei rispondenti era stata assegnata ad Unità Operative afferenti all'area medica (46,3%; n=19) ed assunta con contratto a tempo indeterminato (95,1%; n=39). I rispondenti avevano una mediana di 26 anni di età (IQR= 25-28,5) e una mediana di 3 anni (IQR=1-4) di pregressa esperienza lavorativa.

Tabella 1. descrizione variabili socio-demografiche e lavorative (n=41)

Variabile	Risposta	n	%
Sesso	M	10	24,4
	F	31	75,6
Titolo abilitante	Diploma Professionale	3	7,3
	Laurea	38	92,7
Formazione Post-base	Si (master)	8	19,5
Reparto	Area Medica	19	46,3
	Area Chirurgica	10	24,4
	Area Critica	12	29,3
Tipologia Contratto	Indeterminato	39	95,1
Età	Anni (mediana; IQR)	26	25-28,5
Esperienza lavorativa	Anni (mediana; IQR)	3	1-4

Analisi preliminare della consistenza interna dei costrutti indagati

In accordo con le raccomandazioni sui computi dei singoli item per ottenere i costrutti teorici indagati, è stata condotta una esplorazione empirica della consistenza interna degli item che definiscono teoricamente ogni costrutto. Tutti i valori di α di Cronbach dei costrutti ottenuti erano superiori a 0,80, per cui adeguati sul piano dell'affidabilità. La tabella 2 mostra nello specifico i valori di α di Cronbach per ogni costrutto.

Tabella 2. Affidabilità delle variabili indagate al test di Cronbach

Costrutti	alfa
Leader-Member Social Exchange (LMSX)	0,943
Competenze Professionali (UNCS)	0,824
Sviluppo Professionale (UNCS)	0,854
Lavoro di Gruppo (UNCS)	0,828
Orientamento al Paziente (UNCS)	0,845
Affective commitment (ACS)	0,856
Consapevolezza Errori (D31, D32)	0,882
Vigore (UWES)	0,955
Dedizione (UWES)	0,921
Coinvolgimento (UWES)	0,946
Work Engagement (UWES_TOT)	0,977

Descrizione costrutti indagati (obiettivo 1)

Considerando l'adeguata consistenza interna di ogni costrutto, gli stessi sono stati computati standardizzandoli su un'unica metrica 0-100, per aumentare l'intuitività nell'interpretare la sintesi dell'informazione campionaria. La standardizzazione è avvenuta quindi nel modo seguente (comandi utilizzati nella sintassi di SPSS):

COMPUTE LMSX=(SUM(D1,D2,D3,D4,D5,D6,D7,D8)-8)*(100/32). EXECUTE.
COMPUTE Competenze Professionali (UNCS)=(SUM(D9,D10,D11,D12)-4)*(100/16). EXECUTE.
COMPUTE Sviluppo Professionale (UNCS)=(SUM(D13,D14,D15,D16)-4)*(100/16). EXECUTE.
COMPUTE Lavoro di Gruppo (UNCS)=(SUM(D17,D18,D19,D20)-4)*(100/16). EXECUTE.
COMPUTE Orientamento al Paziente (UNCS)=(SUM(D21,D22,D23,D24)-4)*(100/16). EXECUTE.
COMPUTE Affective Commitment=(SUM(D25,D26,D27,D28,D29,D30)-6)*(100/24). EXECUTE.
COMPUTE Consapevolezza Errori=(SUM(D31,D32)-2)*(100/8). EXECUTE.
COMPUTE Vigore=(SUM(WE1,WE4,WE8,WE12,WE15,WE17)-6)*(100/36). EXECUTE.
COMPUTE Dedizione=(SUM(WE2,WE5,WE7,WE10,WE13)-5)*(100/30). EXECUTE.
COMPUTE Coinvolgimento=(SUM(WE3,WE6,WE9,WE11,WE14,WE16)-6)*(100/36). EXECUTE.
COMPUTE Work Engagement Totale=(SUM(WE3,WE6,WE9,WE11,WE14,WE16,WE2,WE5,WE7,WE10,WE13,WE1,WE4,WE8,WE12,WE15,WE17)-17)*(100/102). EXECUTE.

La tabella 3 e la figura 1 mostrano la sintesi dell'informazione campionaria relativa ai costrutti indagati.

Tabella 3. Descrizione costrutti indagati computati con score 0-100 (n=41)

Costrutti	Mediana	IQR
Leader-Member Social Exchange (LMSX)	50	(28-64)
Competenza Professionale (UNCS)	56	(50-78)
Sviluppo Professionale (UNCS)	56	(44-81)
Lavoro di Gruppo (UNCS)	62	(50-81)
Orientamento al Paziente (UNCS)	56	(47-69)
Affective Commitment (ACS)	37	(27-65)
Consapevolezza Errori (D31, D32)	50	(25-75)
Vigore (UWES)	50	(25-79)
Dedizione (UWES)	60	(42-93)
Coinvolgimento (UWES)	50	(25-72)
UWES Totale	51	(30-81)

Predittori della Consapevolezza dell'Errore (obiettivo 2)

Al fine di identificare le variabili indipendenti da inserire in un modello di regressione lineare multipla, per quantificare la capacità predittiva delle variabili associate alla consapevolezza dell'errore, è stato utilizzato un approccio stringente che consentisse di rispettare la regola (rule of thumb, PPA 696 Research Methods) dei 10 partecipanti necessari per ogni variabile indipendente inserita nel modello. In aggiunta, considerando la dimensione campionaria e l'approccio pilota di questa ricerca, abbiamo utilizzato le seguenti regole: Confronto tramite test dei ranghi di Wilcoxon tra la variabile dipendente (Consapevolezza Errori) e gli altri costrutti indagati; orrezione della significatività statistica secondo la regola di Bonferroni. La tabella 4 mostra i confronti con differenze significative.

Tabella 4. Confronti con differenze significative tra i costrutti

Correlazioni	Z	p-value*
Consapevolezza degli errori (D31, D32) – Competenze professionali	-3,688	<0,001*
Consapevolezza degli errori (D31, D32) – Sviluppo Professionale	-4,382	<0,001*
Consapevolezza degli errori (D31, D32) – Lavoro di Gruppo	-3,742	<0,001*
Consapevolezza degli errori (D31, D32) – Dedizione	-3,656	<0,001*

*Significatività secondo Bonferroni ($\alpha=0,00455$)

Le variabili della tabella 4, confrontate con il costrutto "Consapevolezza degli errori", sono state quindi utilizzate come variabili indipendenti (predittori) di un modello di regressione lineare multipla, con stima dei parametri non noti del modello tramite metodo dei minimi quadrati. In modo preliminare è stato eseguito un controllo per verificare che le variabili indipendenti non avessero correlazioni superiori a 0,45, per evitare l'effetto di collinearità. Fatto ciò, si è

proceduto al test di bontà di adattamento del modello, che ne ha confermato l'adeguatezza ($F=28,396$; $p<0,001$). Tale modello, rappresentato in tabella 5, mostra complessivamente che le variabili indipendenti, inserite in blocco, spiegano il 76% della varianza della Consapevolezza degli Errori ($R^2=0,759$). I predittori significativi risultano essere la propensione allo *Sviluppo Professionale* (sottoscala della UNCS) e la *Dedizione* (sottoscala della UWES), con dei β che rispettivamente erano 0.524 e 0.240. È stata anche effettuata un'analisi sulla distribuzione dei residui del modello che ha confermato il rispetto degli assunti (distribuzione normale dei residui).

Determinazione cut-off ideale dei costrutti indagati (obiettivo 3)

Un ulteriore esito di prossimità, appartenente alla categoria di comportamenti lavorativi controproduttivi (CWB), è rappresentato dalla variabile contenuta nella domanda n. 33 del questionario ("mi lavo le mani dopo che mi sono tolti i guanti monouso/usa e getta"). Questa variabile, come descritto nel paragrafo di analisi statistica, prevedeva una risposta su tre livelli, di cui due indicavano un'inadeguatezza di comportamento (lavaggio delle mani "mai" e "qualche volta") ed un livello indicava l'adeguatezza del comportamento (risposta "sempre"). Per cui è stato possibile dicotomizzare la variabile di prossimità (variabile DUMMY) per definire i parametri di sensibilità e specificità degli score dei costrutti indagati in relazione alla prossimità di adeguatezza di comportamento, rapportando gli score su scala 0-100 dei costrutti in relazione al comportamento adeguato versus inadeguato sotto curva di ROC (vedi figura 2). L'area sotto la curva è per ogni costrutto risultata essere sempre significativa, vedi tabella 6, ad eccezione dell'Affective Commitment che per questa ragione è stato escluso dallo studio delle coordinate della curva per la determinazione dei cut-off ideali. La determinazione delle coordinate di quali score fossero i migliori per massimizzare la differenza tra i veri positivi (coloro i quali sotto un determinato score avessero realmente indicato una risposta di comportamento inadeguato) e i falsi positivi (coloro che sebbene avessero uno score nei vari costrutti inferiore ad un determinato cut-off, in realtà

Figura 1- Descrizione dei costrutti indagati (score 0-100; n=41)

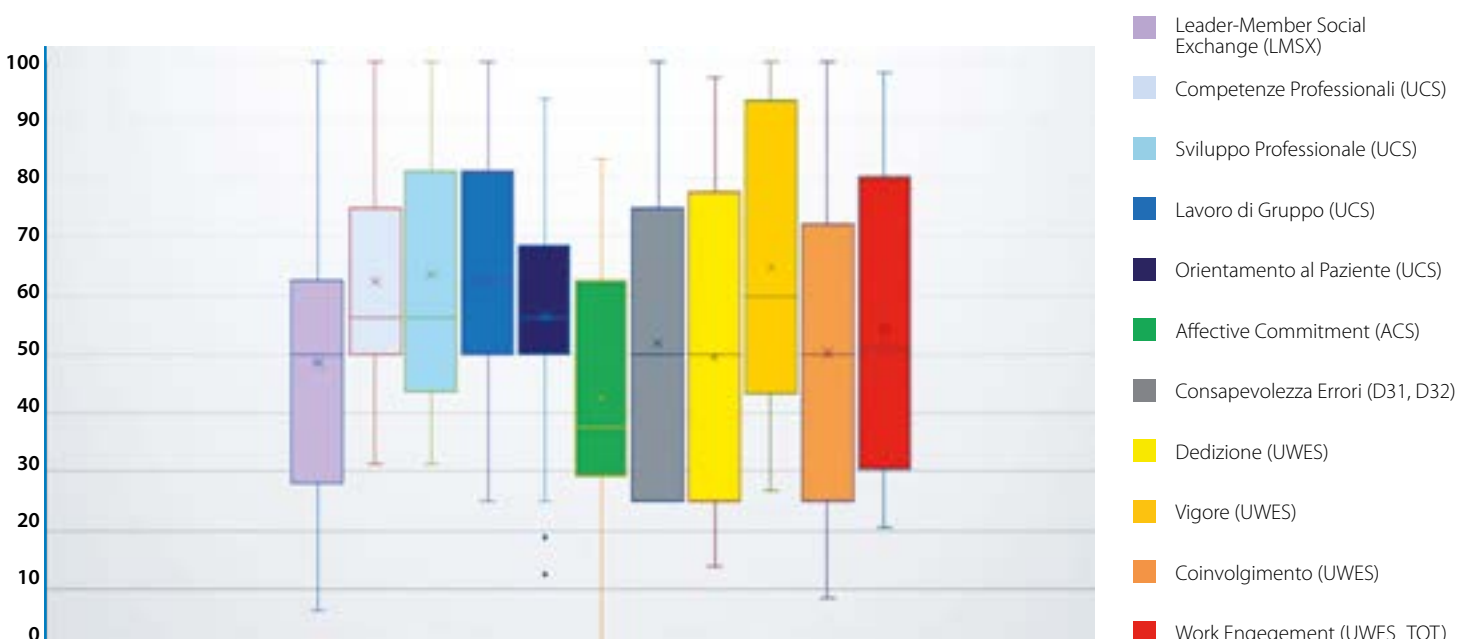


Tabella 5. Predittori della variabile "Consapevolezza degli Errori" (R²=0,759; F=28,396; p <0,01)

	β standardizzati	Intervallo di confidenza per Beta 95,0%		p-value
		Limite inferiore	Limite superiore	
(Costante)		-30,899	-2,058	0,026
Competenze Professionali	0,106	-0,257	0,505	-0,513
Sviluppo Professionale	0,524	0,094	1,084	0,021
Lavoro di Gruppo	0,104	-0,3	0,556	0,549
Dedizione	0,240	0,016	0,449	0,036

Tabella 6. Significatività dei costrutti nell'area sotto la curva.

Variabili del test	Ad area	Errore st.	Significatività	Intervallo di confidenza 95,0%	
				Limite inferiore	Limite superiore
LMSX	0,74	0,08	<0,05	0,584	0,897
Competenze Professionali	0,75	0,082	<0,05	0,589	0,911
Sviluppo Professionale	0,85	0,061	<0,05	0,734	0,974
Lavoro di Gruppo	0,83	0,071	<0,05	0,691	0,969
Orientamento al Paziente	0,80	0,074	<0,05	0,659	0,948
Affective Commitment	0,62	0,091	0,191	0,442	0,797
Comportamento (D33)	0,82	0,067	<0,05	0,69	0,951
Dedizione	0,72	0,078	<0,05	0,57	0,877
Coingolamento	0,86	0,057	<0,05	0,748	0,972
Vigore	0,84	0,064	<0,05	0,715	0,966
Work Engagement Totale	0,84	0,062	<0,05	0,716	0,959

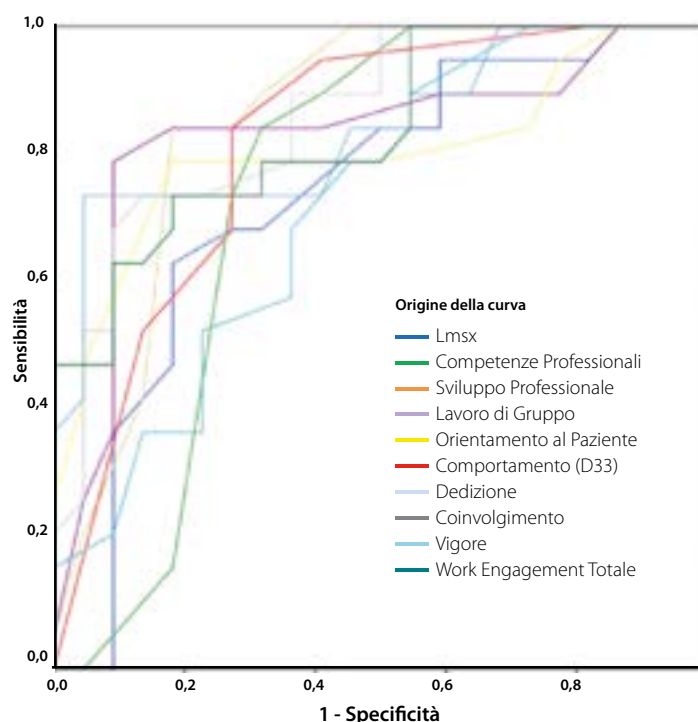
indicavano come risposta un comportamento adeguato) ha previsto l'approccio di Youden su ogni costrutto. In generale, come si intuisce dalla figura 2 i valori di cut-off migliori erano per ogni costrutto molto vicini. Per cui è stato possibile individuare uno score unico per tutti i costrutti uguale a 64,8.

DISCUSSIONE

In questo studio sono stati monitorati i livelli dei costrutti influenzanti il clima organizzativo in un campione di infermieri neoassunti dell'ASST Sette-Laghi (Nord Italia). I risultati ottenuti sono rilevanti per la comunità scientifica sia perché confermano il significativo impatto che il clima organizzativo apporta su outcome personali, organizzativi e d'assistenza (El Akremi et al., 2014; García-Sierra et al., 2016; Keyko et al., 2016; Liang et al., 2016; Alilyyani et al., 2018; McCay et al., 2018; Hakami et al., 2020; Lee & Quinn, 2020), sia perché la letteratura non presenta, ad oggi, studi con queste caratteristiche rivolti a coorti di neoassunti. Iniziare a misurare le variabili contesto-specifiche nelle fasi di avvio nei percorsi d'inserimento dei neoassunti, contribuisce ad orientare la conoscenza e le possibili scelte dai manager infermieristici che si troveranno a strutturare percorsi analoghi, considerando la loro estrema importanza nell'aumentare la soddisfazione e la fidelizzazione, a migliorare la qualità dell'assistenza oltre che a ridurre la percentuale di turnover degli infermieri stessi (Eckerson, 2018; Lu et al., 2019; Van Camp & Chappy, 2017). Inoltre, la ricerca di variabili predittive della consapevolezza degli errori nonché di cut-off relativi ai Counterproductive Work Behavior (CWB), impreziosisce questa ricerca, alla luce dell'effetto negativo e spesso dannoso che questi possono avere nell'organizzazione (Bennet & Robinson, 2000; Marcus & Schuler, 2004; Sackett et al., 2006; Diefendorff & Mehta, 2007; Bowling

& Eschleman, 2010; Abualrub et al., 2012; Chu, 2014; Wang et al., 2014; Cohen, 2016; Liang et al., 2016; Fida et al., 2018; Zubaidah et al., 2019). I costrutti misurati nel nostro studio sono risultati stabili, dal punto di vista dell'affidabilità, consistentemente a quanto già de-

Figura 2 - Costrutti sotto curva di ROC rapportati alla variabile proxy "Comportamento" (score Test di Youden= 64,8)



scritto da altri autori (Allen & Meyer, 1990; Schaufeli & Bakker, 2003; Bernerth et al., 2007; Zohar et al., 2007; Pisanti et al., 2008; Antonelli, 2011). Per quanto concerne l'obiettivo principale, la descrizione delle variabili analizzate ha visto il campione di infermieri neoassunti rispondere, in maniera generale, al di sotto dei risultati trovati in letteratura. Quest'ultimi, verranno riportati di seguito con la stessa metrica, su scala 0/100, per rendere più immediato il confronto con i risultati emersi in questo studio. Partendo dal valore di Affective Commitment (mediana 37, IQR 27-65), abbiamo trovato un valore quasi dimezzato rispetto ai risultati della letteratura (Brunetto et al., 2013; Trinchero et al., 2014; Boyatzis & Rochford, 2020). Questo era un risultato presumibile, del resto, visto che la condizione di Affective Commitment rappresenta il sentimento di attaccamento emotivo all'azienda (Meyer & Allen, 1991) ed il campione era costituito da infermieri nel loro primo anno di assunzione. Considerando il rapporto col proprio diretto superiore (LMSX), il nostro campione ha riportato valori con mediana di 50 (IQR 28-64), contro un consolidato valore medio maggiore a 65 (Probst et al., 2016; Pedro, 2019; Boyatzis & Rochford, 2020), sottolineando una lacuna nella Leadership rivolta sicuramente alla classe dei neoassunti. Per quanto riguarda il clima nell'unità operativa (UNCS), abbiamo trovato difficoltà a reperire in letteratura valori di riferimento: ciò conferma la limitata presenza di studi con queste caratteristiche e la necessità di approfondire in futuro questo corpo di ricerche. Ci siamo quindi basati sui valori pubblicati da Zohar e colleghi (2007) e da uno studio di letteratura grigia (Calorene, 2015). Questi autori hanno trovato un valore medio nei diversi domini di circa 80/100, superiore al valore medio di 57.5 (considerando il valore riferito alle 4 dimensioni) dei rispondenti al nostro studio, margine che rimane importante anche considerando il solo valore più elevato da noi riscontrato, quello relativo al Lavoro di Gruppo (pari a 62, IQR 50-81). Anche per quel che riguarda il Work Engagement, il valore mediano di 51 (IQR 30-81) è di certo inferiore ai valori generali riportati in letteratura riguardanti infermieri, sempre superiori a 65/100 (Giallonardo et al., 2010; Bamford et al., 2013; Brunetto et al., 2013; Trinchero et al., 2014; Pérez-Fuentes et al., 2018). Discrepanza che si assottiglia, tuttavia, prendendo in esame uno studio avente un campione di infermieri neoassunti come quello nella nostra ricerca (Laschinger, 2012): ciò potrebbe significare che tale condizione sia fisiologicamente più bassa nei neoassunti e che si rafforzi poi nel corso degli anni. Si sottolinea infine che, tra i 3 domini del Work Engagement, quello della dedizione è risultato avere un maggior valore nei rispondenti (60, IQR 42-93), perfettamente in linea con tutti i sopracitati studi relativi al Work Engagement degli infermieri. Questo ci consente di affermare a buon titolo la propensione di questa categoria professionale: il dominio della dedizione si riferisce infatti alla sensazione di dedicarsi con passione, provando entusiasmo, ispirazione, orgoglio nel proprio lavoro (Wilmar B Schaufeli & Bakker, 2004). Alla luce dell'ormai importante filone di ricerche sul Safety Climate, che forniscono una prova del legame tra il clima di sicurezza e diversi outcome organizzativi ed assistenziali (Hofmann & Mark, 2006; Christian et al., 2009; Clarke, 2010; Nahrgang et al., 2011; Weaver et al., 2013; Casey et al., 2017; Han & Jung, 2017), risulta indispensabile monitorare la consapevolezza negli errori e ricercare quegli antecedenti che possano favorirla. Il nostro studio riesce a fornire diversi elementi di riflessione in tal senso. Nel campione analizzato, il risultato della variabile relativa alla consapevolezza degli errori (mediana 50, IQR 25-75), indica una moderata percezione sulla tematica negli infermieri neoassunti, ciò potrebbe significare la necessità di un raf-

forzo su questi argomenti nei primi mesi di assunzione. Inoltre, nel modello di regressione lineare multipla abbiamo trovato come due variabili, Sviluppo Professionale (dominio dell'Unit Nursing Climate Scale) e Dedizione (dominio del Work Engagement), spieghino più del 75% della varianza nella consapevolezza degli errori (rispettivamente con β di 0,52 e 0,24). Questo risultato è in linea con altri studi in letteratura relativi all'impatto del Safety Climate ed il Work Engagement sulla qualità dell'assistenza (Oriol, 2006; Abdelhadi & Drach-Zahavy, 2012; Sculli et al., 2013; Weaver et al., 2013; Wang et al., 2014; García-Sierra et al., 2016; Keyko et al., 2016; Sharp et al., 2018) e fornisce delle direzioni indicative sulle quali puntare per migliorarla. Infine, per quanto riguarda la variabile di esito comportamentale corrispondente alla domanda n° 33, i risultati della quale sono stati dicotomizzati in comportamento adeguato versus inadeguato (vedi Analisi Statistica), si è avuta una percentuale di risposta corrispondente all'adeguatezza sul piano comportamentale del 53,66%, inferiore anche in questo caso ai livelli misurati in altri studi, che vanno dal 65% (Gershon et al., 2000) all'80% (Antonelli, 2011; Calorene, 2015). La creazione di un cut-off di sicurezza comportamentale assume quindi importante valore per l'Azienda in primis, alla luce dell'emersione di Counterproductive Work Behaviors (CWB) in quasi metà delle risposte del campione, ma anche per studi futuri che vorranno utilizzare questo approccio partendo dai risultati della nostra ricerca. Nel complesso infatti questo valore, approssimabile ad uno score di 65/100, potrebbe essere utilizzato nella pratica manageriale -nell'ottica di un monitoraggio periodico- come soglia per identificare le aree che necessitano di essere migliorate con progetti/programmi formativi specifici (per i rispondenti che mostrano valori sotto la soglia di sicurezza nei diversi costrutti) o sostenute nel tempo per i partecipanti che mostrano già score superiori al cut-off identificato. I limiti di questo studio riguardano principalmente la sua natura, che è quella di uno studio pilota. I dati sono stati rilevati in maniera trasversale ed è stato previsto il coinvolgimento di infermieri di una sola Azienda nella raccolta dati. Inoltre, la dimensione del campione, sicuramente limitata, ci ha obbligati a non inserire ulteriori criteri di esclusione (ad esempio quello relativo ai primissimi mesi di assunzione), nonché impedito ulteriori e più sofisticate analisi. Ricerche future potrebbero riguardare studi multicentrici, aventi campioni più grandi e più accuratamente costituiti, con monitoraggio prospettico dei costrutti anche in relazione ad eventuali modifiche di alcuni parametri di contesto.

CONCLUSIONI

Questo studio pilota, attraverso le indicazioni relative al monitoraggio dei livelli di alcune variabili nell'implementazione di un percorso d'inserimento per infermieri neoassunti, conferma ulteriormente l'impatto del clima organizzativo sulla qualità dell'assistenza. Con questa premessa, le Aziende Sanitarie dovrebbero aumentare la loro propensione sullo *Sviluppo Professionale* e sul *Work Engagement* degli infermieri, sostenendo in particolar modo la loro *Dedizione*, vista la grande capacità di queste variabili -superiore del 75%- nel predire la varianza nella Consapevolezza degli Errori. Inoltre, l'approccio e i risultati presentati forniscono ai manager infermieristici degli spunti e delle chiavi di lettura interessanti nella sempre più importante ottica di monitoraggio del percorso dei neoassunti, nonché nella riduzione dei CWB attraverso l'utilizzo di cut-off di sicurezza comportamentale.

Sonia Bustreo

Infermiera Specialista Rischio Infettivo,
ASST-Ovestmi Ospedale di Magenta

RN, "ASST-Ovestmi" Magenta Hospital, Italy
sonia.bustreo@gmail.com

Silvia Camelo

Infermiera Strumentista, Sala Operatoria,
Ospedale Sant'Omero, Teramo

RN, Operating Room, Sant'Omero Hospital,
Teramo, Italy

Serena Tucci

Infermiera Pediatrica, Ospedale Pediatrico
Bambino Gesù, Roma

RN, Bambino Gesù Children's Hospital, Rome, Italy

Giovanna Cocco

Coordinatore Infermieristico, Dipartimento
delle Dipendenze Patologiche Ser.D Anzio/
Pomezia, ASL Roma 6

RN, "Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
Ser.D", Anzio/Pomezia, "ASL" of Rome 6, Italy

Silvia Zenobi

Infermiera Strumentista, Sala Operatoria,
Ospedale Sant'Omero, Teramo

RN, Operating Room, Sant'Omero Hospital,
Teramo, Italy

Jacopo Fiorani

Dipartimento delle Professioni Sanitarie,
Policlinico Universitario di Roma Tor Vergata

RN, Management for Healthcare Professionals,
"Policlinico Universitario" of Rome Tor Vergata,
Rome, Italy

ABSTRACT

Introduzione. L'emocoltura rappresenta il gold standard nella diagnosi microbiologica di sepsi e/o febbre di origine sconosciuta. Se fatto correttamente, è lo strumento migliore per gestire il "fenomeno della sepsi" in tutte le possibili manifestazioni. Scopo dello studio è quello di valutare le conoscenze degli Infermieri sulla pratica dell'esame dell'emocoltura. **Materiali e metodi.** Lo studio seguirà un disegno descrittivo osservazionale multicentrico, eseguendo la raccolta dati in 2 ospedali del centro/sud, attraverso la somministrazione di un questionario già validato. **Risultati.** Lo studio ha evidenziato una conoscenza uniforme per età e anzianità di servizio degli infermieri interpellati per l'indagine evidenziando una discrepanza tra il percepito e l'osservato. **Parole chiave.** emocoltura, sicurezza delle cure, "aderenza alle linee guida", "bundle assistenziali".

ABSTRACT ENG

Introduction. Blood culture represents the gold standard in the microbiological diagnosis of sepsis and/or fever of unknown origin. If done correctly, it is the best tool to manage the "sepsis phenomenon" in all possible manifestations. The purpose of the study

Le conoscenze e le credenze degli infermieri sulle emocolture: uno studio multicentrico

Nurses' belief and knowledge about blood culture: a multicenter study



is to evaluate the knowledge of Nurses on the practice of blood culture examination. **Methods.** The study will follow a multicenter observational descriptive design, performing data collection in 2 hospitals in the center/south, through the administration of a questionnaire already validated. **Results.** The study revealed a uniform knowledge by age and length of service of the nurses surveyed for the survey, highlighting discrepancies between the perceived and the observed. **Keywords.** "blood culture", "safety of care", "adherence to guidelines", "care bundle".

INTRODUZIONE

L'emocoltura rappresenta il gold standard nella diagnosi microbiologica della sepsi e/o di febbre di origine ignota. Se eseguita correttamente è lo strumento migliore per gestire il "fenomeno sepsi" in tutte le possibili manifestazioni (APSI-SIMPIOS, 2019). Il target nazionale per la contaminazione di emocoltura è del 2% - 3% (Hall KK et al, 2006) Questo tasso, è tendenzialmente in aumento con una drammatica influenza sulla durata della degenza ospedaliera,

sull'uso insensibile di antibiotici e di conseguenza, con un notevole aumento dei costi in ospedale (Van der Heijden YF et al, 2011). Sfortunatamente, non esiste un test "gold standard" che possa in qualche modo differenziare una contaminazione da una vera infezione. Da una revisione della letteratura, è emerso quanto alcuni atteggiamenti nella pratica dell'emocoltura, siano validi a diminuire il numero di contaminanti e quindi avere un esame diagnostico valido ai fini terapeutici. È infatti emerso quanto sia importante scegliere l'accesso venoso più idoneo al prelievo infatti, si è visto che scegliere una venipuntura recente piuttosto che una inserita da più tempo, riduce i contaminanti (Miguel Cervero et al, 2018; Robert A. Garcia BS et al, 2018; Qamruddin A et al, 2008; Pavese et al, 2014) e sempre per ridurre i contaminanti si sottolinea la necessità di prelevare da un accesso venoso periferico piuttosto che da un accesso vascolare centrale (Pavese et al, 2014). Anche l'adozione di personale esperto influisce sull'esito dell'esame infatti, laddove ad eseguire l'emocoltura è un personale esperto, si è rilevata una diminuzione di esami contaminati (Cervero M. et al, 2018; Bae M. et al, 2019 e Nair A. et al, 2017) alcuni studi di questi addirittura, consigliano l'utilizzo di un team di flebotomisti. Anche la decontaminazione della cute e la scelta dell'antisettico idoneo fa in modo che si riducano i campioni contaminati (Keri K, 2006) come quando si utilizza clorexidina su base alcolica per l'antisepsi della cute (Cervero M. et al, 2018; Maldonado N. et al, 2017; Qamruddin A. et al, 2008). Altro dato da non sottovalutare risulta essere il volume di sangue da raccogliere nei flaconi, esso infatti può compromettere l'esito del campione se non sufficiente o se in esubero (Brown JD et al 2016; Nair A. et al, 2017). Molto importante e da non sottovalutare è poi anche il fatto che il personale frequenti costantemente dei corsi di aggiornamento sulle ultime evidenze relative alla corretta esecuzione dell'emocoltura, come si evidenzia nei contributi di Nair e colleghi (2017) e Pavese e colleghi (2014) dimostrando che audit e corsi per promuovere le raccomandazioni, siano utili a migliorare il numero delle emocolture appropriate ottenendo dei campionamenti adeguati. In alcuni stati del nord Europa, esistono le figure dei flebotomisti come valida proposta per ridurre il tasso dei contaminanti, questo perché risultano esperti nella particolare procedura (Cervero M. et al, 2018; Nair A. et al, 2017). Alcune realtà hanno evidenziato che l'utilizzo dei Kit per eseguire l'emocoltura che permettono di vedere il materiale utile alla procedura, sembrerebbero diminuire il rischio di errore (Nair A. et al, 2017; Garcia RA et al, 2018). Dalla revisione della letteratura è emerso inoltre che non esiste omogeneità nel processo di raccolta delle emocolture mettendo in evidenza la diversità dei protocolli aziendali con differenze importanti nella parte pre-analitica e post-analitica (Maldonado N. et al, 2017; Qamruddin A et al, 2008). Tuttavia, si è anche evidenziato che quando i protocolli aziendali vengono seguiti, si ha una diminuzione dei contaminanti. Sulla base degli elementi emersi, come per esempio la disomogeneità dei protocolli aziendali per la corretta esecuzione dell'emocoltura, la presenza o assenza di un team di flebotomisti, hanno motivato una ricerca relativa alle conoscenze e all'effettiva esecuzione della pratica dell'emocoltura partendo dall'assunto che una mappatura delle conoscenze del personale infermieristico in materia di emocoltura potrebbe risultare strategica. L'obiettivo del presente studio è pertanto quello di valutare le conoscenze degli Infermieri sulla pratica dell'esame dell'emocoltura.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Studio descrittivo osservazionale multicentrico. I dati sono stati raccolti in 2 ospedali del centro/sud Italia. Un referente dello studio si è recato presso le unità operative scelte, con lo scopo di presentare lo studio mettendo in risalto l'obiettivo principale e assicurando l'anonimato di tutti i partecipanti che, previo consenso, hanno potuto dare liberamente il loro contributo. Per raccogliere i dati si è utilizzato il questionario "Quanto secondo te queste attività devono far parte di una procedura per l'Emocoltura?" già validato (allegato 1), distribuito in formato cartaceo. I questionari sono stati raccolti in un'urna chiusa, custodita dal coordinatore infermieristico e sono stati ritirati dai responsabili dello studio per la valutazione dei dati. I dati raccolti sono stati inseriti in un database Microsoft Excel per l'analisi descrittiva.

Campionamento

Nel campionamento sono stati inclusi tutti gli infermieri senza distinzione di preparazione di base (scuola regionale, diploma di laurea, laurea triennale o laurea magistrale) o limiti temporali di assunzione o di servizio presso l'azienda. I ricercatori hanno scelto di somministrare il questionario agli infermieri che lavorano presso: le terapie intensive, UOC di medicina e UOC di chirurgia.

Procedura e setting di arruolamento

In seguito alla spiegazione agli infermieri di reparto delle finalità dello studio e aver ottenuto il loro consenso, il ricercatore ha provveduto a lasciare le copie dei questionari all'interno di ogni unità operativa, con una lettera di presentazione dello studio. Il questionario somministrato è costituito da 2 pagine. La prima pagina ha come scopo la valutazione dell'aderenza alle buone pratiche dell'emocoltura. Sono presenti 21 domande divise in due tabelle, la prima (Sezione A) ha come scopo quella di valutare la valutazione delle conoscenze e l'aderenza personale agli standard tramite una scala likert a 4 passi (da per niente d'accordo a molto d'accordo); la seconda tabella (Sezione B) invece ha come scopo quello di valutare la frequenza della messa in pratica degli stessi item presentati nella prima tabella all'interno del proprio reparto. Nella seconda pagina, invece, sono presenti 19 item che hanno come scopo quello di indagare la componente socio/demografica e organizzativa della persona intervistata e del reparto di appartenenza. In allegato si riporta il questionario utilizzato nello studio. I questionari sono stati somministrati tra Gennaio e Febbraio 2020.

Considerazioni etiche

Lo studio è stato condotto in accordo con i principi della dichiarazione di Helsinki e alle Good Clinical Practice, nel rispetto della normativa vigente. La confidenzialità e la anonimata è stata garantita attraverso l'assegnazione di un codice numerico per singolo infermiere a partire dalla compilazione della scheda socio anagrafica. Inoltre, per procedere allo studio è stata richiesta l'autorizzazione al Dirigente delle professioni sanitarie della struttura sede della raccolta dati, attraverso la presentazione del protocollo e della lettera di accompagnamento.

RISULTATI

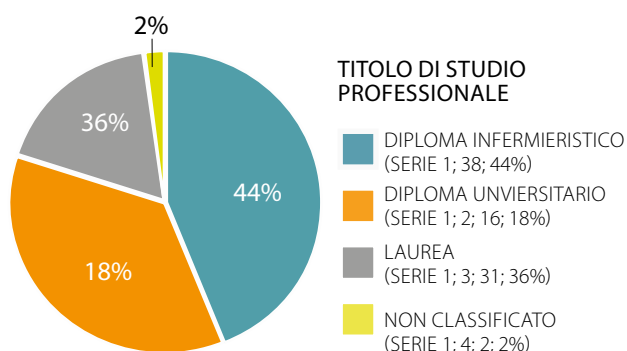
87 infermieri sono stati arruolati per lo studio e di questi 63 erano donne, 21 erano uomini e 3 non hanno risposto. In media avevano 44,9 anni, lavorano da 15,9 anni per almeno 7 ore al giorno ed eseguono almeno un'emocultura al mese (Tabella 1).

Tabella 1: variabili socio-demografiche e lavorative degli infermieri arruolati

	Media	DS	Moda	Mediana	Min	Max
Età	44,9	9,1	45,0	46,0	24,0	60,0
Anni di lavoro	15,9	9,2	10,0	16,0	1,0	35,0
Ore lavorative giornaliere	7,4	1,4	7,0	7,0	6,0	12,0
Ore di straordinario	2,8	3,2	0,0	2,0	0,0	12,0
Giorni di malattia	3,8	4,7	0,0	3,0	0,0	24,0
Infermieri UOC	16,3	3,2	15,0	16,0	11,0	26,0
Infermieri per turno	3,5	0,7	4,0	4,0	2,0	5,0
Pazienti assistiti	14,6	7,6	8,0	12,0	5,0	30,0
Emocolture eseguite	1,3	1,8	0,0	1,0	0,0	10,0

Il diploma di Maturità lo avevano 66 infermieri di quelli intervistati mentre la sintesi del titolo professionale è rappresentata dal grafico 1.

Grafico 1. Titolo di studio professionale del campione



Gli infermieri erano suddivisi nelle aree di degenza come rappresentate dalla tabella 2.

Tabella 2: distribuzione in base all'ambito lavorativo

Ambito Clinico	N	%
Area Medica	36	41,4
Area Chirurgica	22	25,3
Pronto Soccorso	0	0,0
Camera Operatoria	5	5,7
Area Oncologica	0	0,0
Area Ambulatoriale	7	8,0
Area Critica (T.I Rian.-UTIC)	14	16,1
Area Pediatrica	0	0,0
Mancanti	3	3,4
Totale	87	100,0

Il 52,9% (46) dei rispondenti ha dichiarato che a livello aziendale è presente un protocollo, mentre nel 40,2% (35) non è presente ed il 6,9% (6) non ha risposto a tale domanda. Degli infermieri che hanno dichiarato l'esistenza di un protocollo solo il 4,6% (4) sostiene di conoscerlo molto bene, il 39,1% (34) sostiene di conoscere abbastanza, il 16,1% (14) lo conosce poco, il 5,7% (5) non lo conosce per niente. Gli infermieri che hanno dichiarato di avere il protocollo in azienda, hanno comunicato che gli è stato presentato attraverso una riunione di reparto 35% (30), il 13% (11) ha dichiarato di averlo conosciuto per un interesse personale, l'8% (7) ha ricevuto comunicazione del protocollo attraverso una mail il 5% (4) durante un corso di aggiornamento aziendale e il restante 39% (35) comprende il personale che non ha il protocollo o non ha risposto alla domanda. Il questionario era formato da due parti, una prima che chiedeva le conoscenze che gli infermieri avevano sulla esecuzione dell'emoculture (sezione A) ed una seconda che richiedeva cosa effettivamente si faceva nella pratica quotidiana (sezione B). Da un'analisi di media generale delle risposte ottenute della sezione A e della sezione B, si riscontra, in linea di massima, una sovrapposizione nelle risposte delle due sezioni (Tabella 3).

Tabella 3: relazione tra conoscenze (tabella A) e abilità (tabella B)

	N	Minimo	Massimo	Medio	Deviazione Std.
Sezione A	87	0	3,86	3,05	0,51
Sezione B	87	0	4,43	2,80	0,87

Nell'analisi effettuata si è andati anche ad analizzare ogni singola risposta sulla base delle emoculture svolte durante l'orario di lavoro e sulla base degli anni di lavoro, che potrebbero essere indice di conoscenza e di buone pratiche. Nella tabella 4 si evidenzia come una risposta media di 3 nella sezione A (che evidenzia l'aderenza personale), sussista sia per coloro che lavorano da più di 10 anni che per gli altri ma che di fatto non corrisponde pienamente alle risposte della sezione B (che evidenzia l'aderenza dell'equipe), quindi ciò che sarebbe giusto fare non sempre viene fatto. (Tabella 4) Nella tabella 5 si mette in correlazione la sezione A e la sezione B sulla base di quante emoculture vengono fatte durante l'orario lavorativo e i dati sono pressoché corrispondenti. (Tabella 5)

DISCUSSIONE

In questo studio, realizzato nella sola popolazione italiana e di infermieri di alcune strutture del centro sud, abbiamo avuto il 100% dell'adesione sui questionari presentati. Il numero di emoculture mensili eseguite dagli infermieri va da 0 a 10, con una media di 1,3 emoculture per infermiere, osservando i dati si evidenzia che 22 infermieri hanno dichiarato di non aver fatto emoculture nell'ultimo mese o di averne fatte soltanto 1; rientrando tra le competenze dell'Infermiere anche quella dei prelievi di sangue e di terapie endovenose non abbiamo in Italia la figura del flebotomista, figura specifica e dedicata solo a questa mansione (Cervero M., et al. 2018, Bae M. et al. 2019), in alcuni paesi anglosassoni, sembrerebbe comunque dai dati raccolti che pur essendo tutti gli infermieri a conoscenza della tecnica corretta di emocultura, alcuni ne facciamo più di altri, probabilmente avere una persona dedicata a questa pratica risulta essere un aiuto all'organizzazione del reparto, simulando di fatto il flebotomista. Per l'esecuzione corretta dell'emo-

Tabella 4: correlazione della media delle risposte in relazione agli anni di lavoro della sezione A e B

DOMANDE QUESTIONARIO	Statistiche descrittive inferiore a 10 anni lavorativi (N=18)				Statistiche descrittive anni lavoro >= 10 anni (N=69)			
	Sezione A		Sezione B		Sezione A		Sezione B	
	Media	Deviazione Std	Media	Deviazione Std	Media	Deviazione Std	Media	Deviazione Std
1. Le emocolture si eseguono solo in caso di sospetta infezione sistemica	2,78	0,73	2,68	1,02	2,50	1,20	2,55	1,21
2. Le emocolture si eseguono solo in caso di rialzo febbrile	2,72	0,75	2,51	1,23	2,72	1,27	2,79	1,32
3. Le emocolture si eseguono prima della somministrazione di antibiotici	3,06	1,26	3,12	1,18	2,33	1,19	2,67	1,27
4. Il lavaggio sociale delle mani si esegue prima di preparare il materiale	3,17	0,92	3,36	0,97	2,56	1,38	3,14	1,24
5. Per effettuare il prelievo occorrono materiali sterili	3,72	0,46	3,30	1,08	2,56	1,34	2,99	1,33
6. Il prelievo dell'emocoltura si effettua solo da vena periferica	2,06	0,94	2,06	1,21	1,89	1,02	2,51	1,22
7. Il sito di venipuntura periferico si disinfetta con un antisettico	3,50	0,92	3,35	1,08	3,22	1,11	3,10	1,16
8. In caso di più dispositivi vascolari, il prelievo dell'emocoltura si effettua da ogni dispositivo e da vena periferica	3,17	0,99	2,81	1,17	2,67	1,28	2,46	1,27
9. Prima di procedere alla venipuntura occorre attendere il tempo d'azione dell'antisettico	3,50	0,71	3,19	1,02	2,61	1,20	2,68	1,33
10. È necessario cambiare il set di venipuntura tra un flacone e l'altro	2,39	1,19	2,12	1,24	1,67	1,03	2,09	1,33
11. Occorre disinfettare la membrana dei flaconi dell'emocolture prima di prelevare il campione	2,94	1,11	2,57	1,36	1,83	1,04	2,13	1,33
12. In caso di ulteriori prelievi di sangue, le emocolture si eseguono alla fine dei prelievi	2,39	1,19	1,99	1,09	2,00	1,03	2,01	1,17
13. Si devono eseguire almeno 2 set e massimo 3 di emocolture	3,44	0,98	3,28	0,94	3,11	1,18	3,07	1,15
14. Il lavaggio antisettico delle mani è necessario prima di effettuare il prelievo	3,11	1,41	2,89	1,55	2,11	1,41	2,59	1,54
15. Occorre prelevare almeno 8-10 ml di sangue per flacone	3,44	0,78	3,38	0,89	3,28	1,07	3,23	1,02
16. I flaconi devono riportare la tracciabilità univoca del paziente	3,83	0,38	3,70	0,79	3,44	0,98	3,40	1,30
17. I campioni di emocolture si conservano a temperatura ambiente	3,39	0,85	3,23	1,16	3,39	1,14	3,7	1,29
18. È opportuno includere nella richiesta dell'emocolture il sito di prelievo, data ed ora, diagnosi sospetta e terapia antibiotica in corso	3,61	0,70	3,35	0,94	3,00	1,28	3,04	1,24
19. La tracciabilità dell'esecuzione dell'emocolture deve essere presente in cartella medica	3,78	0,43	3,45	0,82	2,61	1,29	3,19	1,20
20. La tracciabilità dell'esecuzione dell'emocolture deve essere presente in cartella infermieristica	3,89	0,32	3,65	0,68	3,06	1,16	3,45	1,11
21. Occorre inviare tempestivamente i campioni di emocolture in laboratorio	3,17	0,62	3,19	0,90	2,68	1,11	2,99	1,16
Media	3,19	0,29	3,01	0,55	2,71	0,87	2,82	0,87

Tabella 5: correlazione della media delle risposte in relazione alle emocolture eseguita della sezione A e B

DOMANDE QUESTIONARIO	Emocolture Eseguite < 2		Emocolture Eseguite < 2		Emocolture Eseguite < 2		Emocolture Eseguite < 2	
	Sezione A		Sezione B		Sezione A		Sezione B	
	Media	Deviazione Std	Media	Deviazione Std	Media	Deviazione Std	Media	Deviazione Std
1. Le emocolture si eseguono solo in caso di sospetta infezione sistemica	2,72	1,04	2,67	0,89	2,48	1,27	2,60	1,14
2. Le emocolture si eseguono solo in caso di rialzo febbrile	2,70	1,15	2,40	1,14	2,61	1,45	2,95	1,14
3. Le emocolture si eseguono prima della somministrazione di antibiotici	3,22	1,14	2,97	1,24	2,61	1,40	2,58	1,10
4. Il lavaggio sociale delle mani si esegue prima di preparare il materiale	3,43	0,99	3,21	0,91	2,97	1,40	3,07	1,16
5. Per effettuare il prelievo occorrono materiali sterili	3,64	0,89	3,14	1,03	3,07	1,39	2,72	1,28
6. Il prelievo dell'emocoltura si effettua solo da vena periferica	2,07	1,15	2,05	1,17	2,48	1,32	2,28	1,08
7. Il sito di venipuntura periferico si disinfetta con un antisettico	3,36	1,08	3,39	1,02	2,93	1,39	3,33	0,81
8. In caso di più dispositivi vascolari, il prelievo dell'emocoltura si effettua da ogni dispositivo e da vena periferica	2,77	1,10	3,00	1,18	2,20	1,32	2,81	1,14
9. Prima di procedere alla venipuntura occorre attendere il tempo di azione dell'antisettico	3,34	0,99	3,16	0,98	2,63	1,40	2,70	1,21
10. È necessario cambiare il set di venipuntura tra un flacone e l'altro	2,32	1,25	2,02	1,20	2,20	1,42	1,79	1,08
11. Occorre disinfettare la membrana dei flaconi delle emocolture prima di prelevare il campione	2,70	1,32	2,58	1,31	2,18	1,40	1,95	1,13
12. In caso di ulteriori prelievi di sangue, le emocolture si eseguono alla fine dei prelievi	1,84	1,03	2,30	1,17	2,02	1,25	2,00	1,02
13. Si devono eseguire almeno 2 set e massimo 3 di emocolture	3,34	0,96	2,28	0,93	3,11	1,22	3,05	1,09
14. Il lavaggio antisettico delle mani è necessario prima di effettuare il prelievo	3,41	1,05	2,33	1,69	2,84	1,49	2,14	1,47
15. Occorre prelevare almeno 8-10 ml di sangue per flacone	3,52	0,79	3,26	0,93	3,25	1,16	3,23	0,87
16. I flaconi devono riportare la tracciabilità univoca del paziente	3,80	0,70	3,65	0,75	3,34	1,38	3,49	1,08
17. I campioni di emocolture si conservano a temperatura ambiente	3,20	1,21	3,33	0,99	2,90	1,44	3,37	1,00
18. È opportuno includere nella richiesta delle emocolture il sito di prelievo, data ed ora, diagnosi sospetta e terapia antibiotica in corso	3,43	0,87	3,37	0,92	3,32	1,24	2,84	1,23
19. La tracciabilità dell'esecuzione delle emocolture deve essere presente in cartella medica	3,61	0,78	3,47	0,75	3,18	0,29	2,96	1,17
20. La tracciabilità dell'esecuzione delle emocolture deve essere presente in cartella infermieristica	3,63	0,75	3,77	0,48	3,34	1,27	3,40	0,95
21. Occorre inviare tempestivamente i campioni di emocolture in laboratorio	3,30	0,82	3,07	0,86	3,04	1,26	2,84	1,02
Media	3,11	0,58	2,80	0,67	2,79	1,03	2,97	0,42

coltura in letteratura vengono riconosciute alcune pratiche come la tecnica sterile, l'utilizzo dei guanti sterili, il lavaggio delle mani, l'utilizzo di clorexidina al 2% (Cervero M. 2018, Maldonado N 2017, e Qamruddin A. 2008) e dallo studio che abbiamo eseguito si è evidenziato che tutte queste pratiche, non solo sono conosciute ma poi di fatto vengono anche messe in pratica. Il protocollo aziendale che rappresenta un ulteriore punto di forza per la corretta esecuzione della procedura (Maldonado N. 2017, Qamruddin A et al, 2008), era presente soltanto nel 52% delle strutture indagate e questo sicuramente deve essere motivo di lavoro e di implementazione, per quanto riguarda la conoscenza del protocollo solo il 5% ha sostenuto di conoscerlo molto bene e, per la maggior parte degli intervistati ha ricevuto l'informazione del protocollo attraverso una riunione di reparto questo, dalla analisi dei risultati, ci fa presupporre che probabilmente non è la metodica più corretta per presentare un protocollo aziendale. Anche relativamente all'esperienza lavorativa, che si è rivelata strettamente legata alla buona pratica dell'emocoltura (Cervero M. et al, 2018; Pavese et al 2014, Nair A. MD et al 2017), di fatto non abbiamo riscontrato dai dati raccolti, grandi diversità di conoscenze tra i neo assunti e il personale con più anni di esperienza, ma probabilmente il campione analizzato non era molto ampio, si è riscontrato invece che alcune procedure (se pur conosciute, come il consegnare nel breve tempo possibile i campioni prelevati in laboratorio), di fatto nella pratica non sempre vengono rispettate; il motivo non è stato indagato direttamente dal questionario, ma sapendo che alcuni laboratori non sono ubicati nella sede di prelievo e vista la necessità di usufruire di un autista per il trasporto, probabilmente non sempre questi fattori permettono la consegna in tempi ottimali. Di difficile interpretazione risulta la risposta al punto 7 dove si chiedeva se il sito di venipuntura si dovesse disinfettare con un antisettico e, alla prima risposta positiva riferita all'adesione del singolo operatore (sezione A) non c'è stata poi la stessa percentuale di risposte positive, riferite alla effettiva pratica sul campo (sezione B). Così come la domanda numero 17, dove il questionario chiedeva se i flaconi raccolti, potessero essere conservati a temperatura ambiente; pur avendo una buona percentuale di infermieri consapevoli del fatto che si debbano effettivamente conservare a temperatura ambiente di fatto poi, non vi era riscontro nella pratica di tutta l'equipe. Anche la tracciabilità dell'esecuzione dell'emocol-

tura in cartella infermieristica se pur accettata non sempre è stata garantita.

Limiti

Il principale limite di questo studio è costituito dalla numerosità limitata del campione e dalla mancata adesione di alcune strutture del nord Italia.

CONCLUSIONI

Il presente studio ha permesso di valutare le reali conoscenze degli infermieri circa la corretta esecuzione dell'emocoltura, nonché la presenza di un protocollo specifico nelle proprie aziende. Dall'analisi dei dati, raccolti attraverso la somministrazione di questionari

che andavano a saggiare la reale conoscenza della tecnica di esecuzione del prelievo per emocoltura, è emerso che quest'ultima viene allo stato attuale eseguita secondo quelle che sono le conoscenze personali degli operatori sanitari, spesso in assenza di protocolli aziendali standardizzati. Dal presente studio si evince, che non ci sono delle strategie comuni ma una serie di procedure messe in campo per limitare al meglio le contaminazioni del campione da inviare alla analisi. Confrontando i dati circa le conoscenze personali con quelli sulla pratica effettiva del personale di reparto, si è riscontrata una discrepanza in alcune pratiche, il questionario utilizzato non ha permesso di valutare la motivazione di questa diversità, ma di fatto ci ha



dato la possibilità di evidenziare in quali punti sia necessario lavorare per capire meglio il perché di questa diversità, come ad esempio la consegna dei campioni in laboratorio nel breve tempo possibile e la mancata conservazione del campione a temperatura ambiente. Avendo avuto a disposizione un campione limitato da indagare, sarebbe interessante ripetere lo studio su più strutture e di diverse regioni. Dal confronto tra, le peculiarità emerse dalla revisione della letteratura da noi condotta e i dati rinvenuti attraverso i questionari somministrati, è emersa, a nostro avviso, la necessità di redigere un protocollo univoco tale da ottenere una standardizzazione delle procedure per permettere una diminuzione della probabilità di contaminazione del campione di emocoltura da analizzare, ed ottenere un risultato più preciso e sicuro. Sulla base di questi risultati, sembrano necessari interventi multimodali e che coinvolgano più professionisti per migliorare la diagnostica dell'emocoltura.

Bibliografia disponibile sul sito della rivista.

Eleonora Parise

Infermiera, Istituto Clinico Humanitas
Rozzano (MI), Italia

RN, Nurse, Istituto Clinico Humanitas
Rozzano (MI), Italy

Ivana Maria Rosi

Professore a contratto Università
degli studi di Milano, Fondazione
IRCCS Ca'Granda Ospedale
Maggiore Policlinico, Italia

RN, MSN. Adjunct Professor, University
of Milan, Fondazione IRCCS Ca'Granda
Ospedale Maggiore Policlinico, Italy

Millama Kim Randall

Infermiere, Nursing Home Igea
Milano, Italia

RN, Nurse, Nursing Home Igea -
Milan, Italy

Stefania Rancati

Professore a contratto Università
degli studi di Milano, Fondazione
IRCCS Ca'Granda Ospedale
Maggiore Policlinico, Italia

RN, MSN. Adjunct Professor, University of
Milan, Fondazione IRCCS Ca'Granda
Ospedale Maggiore Policlinico, Italy

Missed nursing care: studio descrittivo sulla percezione degli infermieri di un grande ospedale milanese

Missed nursing care: a descriptive study about nurses' perception in a large hospital in Milan

**ABSTRACT**

Introduzione. Le *missed nursing care* sono quegli errori che si verificano quando il personale infermieristico omette e/o posticipa alcuni interventi nell'assistenza ai malati. Tale argomento è sempre più di attualità in quanto è stata dimostrata una correlazione tra la presenza di *missed nursing care* e l'aumento di outcome negativi sui pazienti e sugli infermieri. **Obiettivo.** Si è voluto indagare la frequenza e la tipologia delle cure mancate secondo il personale infermieristico, le cause e le possibili differenze nei diversi ambiti lavorativi quali pediatria, medicina e chirurgia. **Metodi.** Lo studio condotto è di tipo descrittivo quantitativo. È stato svolto attraverso la somministrazione del questionario cartaceo, il MISSCARE, agli infermieri della Fondazione IRCCS Ca'Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, nel periodo luglio – settembre 2019. **Risultati.** Dei 93 infermieri reclutati 82 (88,1%) hanno partecipato allo studio. Le principali *missed care* riguardano l'erogazione delle cure di base e la comunicazione con gli assistiti. Gli infermieri indicano tra le cause prevalenti la mancanza di personale 68 (83%), elevato turnover dei ricoveri dei pazienti 63 (77%), la mancanza di informazioni tra medici e infermieri 58 (71%). Dallo studio è emerso che vi sono notevoli differenze circa la tipologia e la frequenza di cure mancate tra le unità operative di Medicina,

Chirurgia e Pediatria. **Discussione e Conclusioni.** Dall'indagine emerge che gli infermieri rispondenti riconoscono che le *missed nursing care* siano presenti in questo contesto lavorativo e che una soluzione importante potrebbe essere quella di aumentare il numero del personale che eroga assistenza. **Keywords.** "Cure infermieristiche", "omesse", "cure mancate".

ABSTRACT

Introduction. Missed nursing care are those mistakes that occur when nursing staff omits and/or postpones some interventions in the care of the patients. This topic is increasingly topical as there has been evidence of a correlation between the presence of missed nursing care and the increase in negative outcomes on patients and nurses. **Objective.** The focus was on investigating the

frequency and type of missed care according from the point of view of nursing staff, the causes and possible differences in different areas of work such as paediatrics, medicine and surgery.

Methods: A quantitative descriptive study was carried out. It was carried out through a survey, the MISSCARE, to the nurses of the IRCCS Ca' Granda Hospital Major Polyclinic in Milan, in the period July – September 2019. **Results.** Out of the 93 surveyed nurses, 82 (88,1%) participated to the study. The main missed care is the provision of basic care and communication with patients. Nurses point out as among the main causes staff shortages 68 (83%), high turnover of patient admissions 63 (77%), lack of information among doctors and nurses 58 (71%). The study found that there are significant differences in the type and frequency of missed care between the wards of medicine, surgery and pediatrics. **Discussion e conclusion.** The survey shows that nurses recognise that missed nursing care is present in this work environment and that an important solution could be to increase the number of staff providing care.

Keywords: "Nurse care," "omitted," "missed care."

INTRODUZIONE

Negli ultimi dieci anni è aumentato il numero di ricerche sulle cure infermieristiche mancate, evidenziando le dimensioni globali del fenomeno, ma anche l'eterogeneità di approcci con cui possono essere studiate per terminologie, definizioni concettuali e strumenti di misurazione. Anche in Italia sono stati recentemente condotti studi che hanno esplorato il fenomeno utilizzando definizioni, modelli e strumenti di misurazione sviluppati in altri paesi (Bassi et al, 2018). Uno dei quali, il più diffuso in letteratura, è il MISSCARE Survey. L'assistenza infermieristica mancata è presente in tutte le unità operative di tutti gli ospedali. Si presenta però numericamente superiore in unità operative dell'area medico-chirurgica, rispetto alle aree di terapia intensiva e maternità (Duffy et al, 2018). Nelle unità operative di medicina e chirurgia il numero di cure mancate riportate è praticamente sovrapponibile, ma si evidenzia un numero di poco maggiore nell'area medica (Bragadottir et al, 2016). Benché gli studi disponibili in letteratura siano pochi, sembrerebbe che anche nelle aree pediatriche vi sia la presenza di missed nursing care (Sasso et al, 2019). L'assistenza mancata in pediatria è di particolare preoccupazione, data la vulnerabilità dei pazienti, che potrebbero non essere in grado di esprimere i loro sintomi. Da un punto di vista prettamente quantitativo nelle aree pediatriche sono presenti meno missed care, ma lo schema delle attività perse è simile (Lake et al, 2017). Nei pazienti pediatrici, come per gli adulti, il rapporto infermiere-pazienti, e quindi il carico di lavoro, risulta essere l'elemento fondamentale circa il verificarsi di cure mancate. La carenza di personale è infatti la principale causa indicata in ordine di rilevanza per il verificarsi di cure mancate per quasi la totalità del personale sanitario, infermieristico e non (Kalisch et al, 2006). In diversi studi è riportata la presenza di una relazione tra missed care e soddisfazione lavorativa degli infermieri (Kalisch et al, 2014). Infatti, nelle unità operative in cui il personale è soddisfatto del proprio lavoro il numero di cure mancate è significativamente minore. In un ospedale l'intenzione di cambiare lavoro, l'età avanzata e l'assenteismo elevati sono indicatori predittivi molto importanti (Chapman et al, 2016). Anche il compenso economico percepito dal personale infermieristico sembra influenzare le missed care. Quando lo staff percepisce un compenso migliore, le cure mancate sono scar-

se rispetto a chi invece non ne è soddisfatto (Kalisch et al, 2014). In questo scenario, crescente attenzione è emersa rispetto alle attività che gli infermieri svolgono ma che non sono comprese nel loro campo professionale e quindi ritenute "non infermieristiche". Ad oggi sono considerate "non infermieristiche" quelle attività che dovrebbero essere svolte da altri operatori poiché non prevedono l'uso di conoscenze infermieristiche, come il ritiro dei vassoi del pasto e le attività di segreteria. (Grosso et al, 2019). La relazione tra esecuzione di attività "non infermieristiche" e verificarsi di missed nursing care è già chiara in letteratura. Infatti, quando gli infermieri svolgono attività "non infermieristiche" aumentano le *missed care* e il tempo delle cure indirette (Grosso et al, 2019). Dal punto di vista degli infermieri svolgere attività "non infermieristiche" aumenta la loro insoddisfazione, la percezione di "sprecare il proprio tempo", il rischio di burnout e di conflitti all'interno del team. Questi sono tutti fattori predittivi fondamentali circa il verificarsi di missed care. È quindi importante indagare anche questo aspetto dell'assistenza infermieristica per capire come ridurre le attività che aumentano l'incidenza di *missed care*. Tuttavia, non esiste ad oggi un contributo in letteratura che porti alla luce questi fattori predittivi nel contesto geografico dell'Italia del nord. Lo scopo del presente studio è pertanto quello di indagare la frequenza e la tipologia delle cure infermieristiche mancate dal personale infermieristico in un grande ospedale milanese.

MATERIALI E METODI

È stato effettuato uno studio di tipo osservazionale descrittivo monocentrico, con approccio di tipo quantitativo. Lo strumento di misura utilizzato è il MISSCARE survey, utilizzato nel modello Missed Care, che è stato ad oggi validato in diverse lingue. La versione italiana della MISSCARE presenta nella sezione riguardante le cure omesse 24 items (riguardanti le cure di base, la comunicazione tra assistiti ed equipe, la somministrazione della terapia, il monitoraggio dello stato di salute e le attività generiche di reparto), misurati su una scala Likert a 5 passi, con punteggi che, da 0 a 5, corrispondono a: mai, raramente, occasionalmente, frequentemente, sempre omesso/rimandato. Nella sezione delle cause delle cure omesse sono presenti 17 items, misurati in termini di rilevanza sempre tramite scala Likert a 5 passi: per nulla, poco, abbastanza, molto rilevante (Sist et al, 2017). Sono stati aggiunti i seguenti items: "Promozione delle abilità residue e del self care", "Collaborazione con equipe medica per stabilire/modificare il piano di cura", "Gestione e monitoraggio dei presidi" e "Supervisione del personale di supporto", come suggerito dallo studio di Bassi et al, 2018. Ulteriore variante al questionario originale è la parte delle "Competenze infermieristiche". In questa parte gli infermieri intervistati, dopo aver indicato la frequenza con cui si verificava l'omissione o il ritardo delle attività, hanno indicato, per ogni item, se la ritenessero di propria competenza. L'indagine è stata svolta in alcune unità operative di Medicina, Chirurgia e Pediatria della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Il campione selezionato è un campione di convenienza. I criteri di inclusione del campione comprendono: Infermieri, infermieri pediatrici ed infermieri coordinatori delle unità operative di Chirurgia d'urgenza, Medicina ad alta intensità di cura e Pediatria a media intensità di cura presenti nel periodo di raccolta dati. I criteri di esclusione comprendono: Infermieri di area critica e di aree altamente specialistiche, Infermieri

assenti per diversi motivi durante la raccolta dati. La raccolta dati si è svolta tra luglio e settembre 2019. I dati ottenuti sono stati analizzati tramite l'utilizzo del programma Microsoft Excel Versione 2017.

RISULTATI

Sono stati reclutati 93 infermieri di cui l'88% (n=82) hanno risposto al questionario. In questo campione, la classe di età maggiormente rappresentata è quella tra 25 - 34 anni (37%), seguita dalla classe di età 45 - 54 anni (28%) e 35 - 44 anni (27%). Il restante 9% del campione è rappresentato dal personale con età inferiore ai 25 anni e superiore ai 54 anni. Degli infermieri intervistati 47 (57%) possiede come titolo di studio la laurea triennale, 22 (27%) un diploma di infermiere professionale e 22 (27%) invece la laurea magistrale o altra formazione post base. Del campione preso in esame 61 (74%) sono infermieri, 16 (20%) sono infermieri pediatrici e 6 (7%) sono infermieri coordinatori. *Tabella 1*

La classe di esperienza nel ruolo maggiormente rappresentata è quella > 10 anni (48%). Per quanto riguarda invece l'esperienza nell'unità operativa di appartenenza, la distribuzione tra le varie classi risulta abbastanza omogenea. La maggior parte degli infermieri intervistati (76%) effettua come profilo orario i turni sulle 24h. L'attività maggiormente omessa e/o posticipata è la "Cura del cavo orale" 48 (59%), seguita dalla "Deambulazione del paziente" 45 (55%) e dalla "Mobilizzazione passiva del paziente" 39 (48%). Le attività che risultano essere meno omesse e/o posticipate sono la "Gestione e monitoraggio dei presidi" 4 (5%), la "Cura delle ferite e delle lesioni da pressione" 5 (6%), la "Valutazione della condizioni dei pazienti almeno una volta a turno" 6 (7%) e la "Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti" 7 (9%). *Tabella 2*

Tabella 1. Ruolo degli infermieri rispondenti nelle diverse Unità Operative

Ruolo ricoperto	Medicina N (%)	Chirurgia N (%)	Pediatria N (%)	Tutte le UO N (%)
Infermiere	26 (92%)	24 (92%)	11 (39%)	61 (74%)
Infermiere Pediatrico	0 (0%)	0 (0%)	16 (57%)	16 (20%)
Infermiere Coordinatore	2 (7%)	2 (7%)	2 (7%)	6 (7%)

Secondo quanto rilevato nelle diverse aree assistenziali, vengono percepite un numero maggiore di missed care nell'area della Medicina, seguita da quella della Chirurgia e per ultima la Pediatria. Il tipo di cure mancate nella Medicina e nella Chirurgia sono riconducibili alle attività inerenti l'assistenza di base. Nel reparto di Pediatria, invece, il tipo di cure maggiormente omesse riguarda le attività inerenti la comunicazione tra l'equipe e tra operatori e persona assistita/caregiver. Nell'unità operativa di Medicina ad alta intensità di cura la "Deambulazione del paziente" è indicata come omessa 24 (86%), seguita dalla "Cura del cavo orale" 22 (79%) e l'"Assistenza al paziente con bisogno di eliminazione entro 5 minuti dalla chiamata" 20 (71%). Nell'unità operativa di Chirurgia d'urgenza e Traumatologia le principali missed care sono la "Cura del cavo orale" 20 (77%), la "Mobilizzazione passiva del paziente" 19 (73%) e la

Tabella 2. Frequenza delle missed nursing care in tutte le UO

Missed Care	Mai omessa N (%)	Raramente omessa N (%)	Occasionalmente omessa N (%)	Frequentemente omessa N (%)	Sempre omessa N (%)
Deambulazione del pz	10 (12%)	17 (21%)	27 (33%)	17 (21%)	1 (1%)
Mobilizzazione passiva pz	9 (11%)	22 (27%)	18 (22%)	10 (22%)	3 (4%)
Cura cavo orale	4 (5%)	18 (22%)	19 (23%)	26 (32%)	3 (4%)
Preparazione pasto e setting pz autosufficienti	39 (48%)	16 (20%)	8 (10%)	7 (9%)	7 (9%)
Supporto alimentazione pz non autosufficienti	41 (50%)	16 (20%)	12 (15%)	8 (10%)	0 (0%)
Assistenza al pz con bisogno di eliminazione entro 5 min	20 (24%)	25 (30%)	17 (21%)	12 (15%)	3 (4%)
Effettuazione cure igieniche e controllo della cute	42 (51%)	26 (32%)	8 (10%)	2 (2%)	0 (0%)
Cura delle ferite e delle lesioni da pressione	50 (61%)	23 (28%)	4 (5%)	1 (1%)	0 (0%)

Preparazione piano di dimissione con coinvolgimento del pz	34 (41%)	15 (18%)	15 (18%)	10 (12%)	3 (4%)
Educazione a pazienti e familiari	28 (34%)	31 (38%)	17 (21%)	3 (4%)	2 (2%)
Promozione delle abilità residue e del self care	24 (29%)	31 (38%)	17 (21%)	6 (7%)	3 (4%)
Supporto emotivo a pazienti e familiari	23 (28%)	25 (30%)	16 (20%)	15 (18%)	3 (4%)
Partecipazioni alle riunioni disciplinari	12 (15%)	33 (40%)	22 (27%)	8 (10%)	5 (6%)
Compilazione della documentazione infermier	37 (45%)	29 (35%)	10 (12%)	5 (6%)	0 (0%)
Collaborazione con equipe infermieristica per il piano di cura	23 (28%)	32 (39%)	12 (15%)	13 (16%)	2 (2%)
Rivalutazione mirata dei pz secondo la loro condizione	47 (57%)	22 (27%)	11 (13%)	2 (2%)	0 (0%)
Valutazione della condizione dei pz una volta per turno	58 (71%)	18 (22%)	3 (4%)	3 (4%)	0 (0%)
Valutazione dell'efficacia della terapia farmacologica	44 (54%)	19 (23%)	15 (18%)	3 (4%)	1 (1%)
Rilevazione dei parametri vitali come da pianificazione	41 (50%)	31 (38%)	6 (7%)	4 (5%)	0 (0%)
Gestione e monitoraggio dei presidi	59 (72%)	19 (23%)	2 (2%)	2 (2%)	0 (0%)
Valutazione del sito di inserzione degli accessi vascolari	45 (55%)	27 (33%)	7 (9%)	3 (4%)	0 (0%)
Monitoraggio del bilancio idrico	51 (62%)	12 (15%)	7 (9%)	8 (10%)	1 (1%)
Monitoraggio della glicemia	56 (68%)	19 (23%)	6 (7%)	1 (1%)	0 (0%)
Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti	46 (56%)	24 (29%)	9 (11%)	3 (4%)	0 (0%)
Somministrazione della terapia entro 30 minuti dall'orario indicato	31 (38%)	34 (41%)	11 (13%)	6 (7%)	0 (0%)
Supervisione del personale di supporto	15 (18%)	33 (40%)	16 (20%)	17 (21%)	1 (1%)
Lavaggio delle mani	48 (59%)	23 (28%)	6 (7%)	5 (6%)	0 (0%)
Risposta al campanello entro 5 minuti	25 (30%)	32 (39%)	17 (21%)	8 (10%)	0 (0%)

“Deambulazione del paziente” 17 (65%). Nelle unità operative di Pediatria a media ed alta intensità di cura, invece, le attività infermieristiche omesse sono la “Supervisione del personale di supporto” 18 (64%), il “Supporto emotivo a pazienti e familiari” 13 (46%), seguito da “Promozione delle abilità residue e del self care” 12 (43%) e la “Partecipazione alle riunioni multidisciplinari” 12 (43%).

I risultati ottenuti nelle diverse unità operative, nella sezione delle “Competenze infermieristiche”, sono decisamente sovrapponibili fra loro. Tutto il personale infermieristico intervistato ha indicato a grandi linee le medesime risposte. L’attività che in particolare è considerata impropria è la “Preparazione del pasto e del setting (tavolo/vassoio) per pazienti autosufficienti” 82 (100%). Le attività che, al contrario, sono considerate dalla maggioranza come di competenza infermieristica sono la “Valutazione del sito di inserzione degli accessi vascolari” 80 (98%), la “Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti” 80 (98%) e la “Somministrazione della terapia entro 30 minuti dall’orario indicato” 80 (98%) sebbene si tratti di multiterapia (molti farmaci per paziente). Da come si può intuire, rimangono escluse, o comunque sono state considerate come attività da supervisionare, tutte le attività concernenti le “cure di base”. Nel dettaglio le attività in questione sono: l’“Effettuazione delle pratiche igieniche e il controllo della cute” 19 (23%), l’“Assistenza al paziente con bisogno di eliminazione entro 5 minuti dalla chiamata” 14 (17%), la “Deambulazione del paziente” 10 (12%), la “Cura del cavo orale” 10 (12%), la “Mobilizzazione passiva del paziente” 9 (11%) e il “Supporto ad alimentarsi per pazienti non autosufficienti” 9 (11%). Nella sezione B del questionario, quella relativa alle cause percepite come rilevanti per il verificarsi di missed care, la causa maggiormente segnalata circa il verificarsi di missed care è il “Numero inadeguato di operatori di supporto” 71 (87%), seguito dal “Numero non bilanciato di pazienti per infermiere” 68 (83%), dall’“Elevato numero di ricoveri/dimissioni” 63 (77%) e dalle “Condizioni critiche/instabilità dei pazienti dell’unità operativa” 62 (76%). Le attività che invece, secondo la percezione degli infermieri intervistati, risultano essere meno rilevanti circa il verificarsi di missed care sono il “Caregiver non rintracciabile o non disponibile” 28 (34%) e il fatto che “Altri reparti non hanno eseguito quanto previsto” 33 (40%). *Tabella 3*

Nelle diverse unità operative le principali cause che portano al verificarsi di missed care, secondo il personale infermieristico intervistato, riguardano problematiche di tipo organizzativo. Nello specifico la mancanza di personale e gli imprevisti sono le cause presenti trasversalmente in tutti i reparti in cui è stata effettuata la raccolta dati 62 (76%), oltre che l’elevato turnover dei ricoveri dei pazienti 63 (77%) e la mancanza di informazioni tra medici ed infermieri 58 (71%).

DISCUSSIONE

Nelle unità operative oggetto d’indagine risulta essere presente in modo trasversale il fenomeno delle missed nursing care. Il campione in studio presenta alcune differenze circa le caratteristiche socio – demografiche rispetto ad altri studi presenti in letteratura. Il campione preso in esame differisce principalmente per il titolo di studio che posseggono gli infermieri rispondenti: la maggior parte degli infermieri ha conseguito la laurea triennale, al contrario degli infermieri intervistati negli studi precedenti, la cui maggioranza possedeva una diploma di infermiere professionale (Sist et al,

Tabella 3. Rilevanza delle cause delle missed care in tutte le Unità Operative

Cause	Poco rilevante N (%)	Molto rilevante N (%)
Numero non bilanciato di pazienti per infermiere	14 (17%)	68 (83%)
Elevato numero di ricoveri/dimissioni	19 (23%)	63 (77%)
Inadeguato numero di personale sanitario	30 (37%)	52 (63%)
Numero inadeguato di operatori di supporto	11 (13%)	71 (87%)
Condizioni critiche/instabilità dei pazienti nell’UO	20 (24%)	62 (76%)
Aumento inatteso del numero di pazienti nell’UO	36 (44%)	46 (56%)
Problemi di comunicazione tra medici - infermieri	24 (29%)	58 (71%)
Problemi di comunicazione tra infermieri – pers. di supp.	33 (40%)	49 (60%)
Problemi di comunicazione nello staff infermieristico	36 (44%)	46 (56%)
Mancanza di supporto/aiuto team	29 (35%)	53 (65%)
Mancata segnalazione di cure non fornite dal pers. di supp.	43 (52%)	39 (48%)
Inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente	43 (52%)	39 (48%)
Apparecchiature/forniture non funzionanti	38 (46%)	44 (54%)
Apparecchiature/forniture non disponibili	35 (43%)	47 (57%)
Caregiver non rintracciabile o non disponibile	54 (66%)	28 (34%)
Farmaci non disponibili	41 (50%)	41 (50%)
Altri reparti non hanno eseguito quanto previsto	49 (60%)	33 (40%)

2017; Palese et al, 2015). Gli infermieri rispondenti, inoltre, sono per il 76% turnisti. Questo tipo di turnazione permette quindi una visione dell’assistenza erogata in reparto molto più completa, elemento non presente in molti studi internazionali, dove vi è un grande numero di personale che effettua principalmente il turno diurno (Cruz et al, 2017; Chapman et al, 2016; Hamilton et al, 2010). Questo elemento è molto importante perché il personale che lavora sui turni di 24h è quello più a rischio per il verificarsi di missed care (Blackman et al, 2014). Le attività che risultano essere maggiormente omesse, nei reparti di Medicina e Chirurgia oggetto di studio, sono riconducibili alle cure di base: riguardanti in particolare i bisogni di igiene, alimentazione e idratazione, eliminazione urinaria ed intestinale, movimento. Sono tutte attività che, nei risultati ot-

tenuti nella sezione delle "competenze infermieristiche", sono percepite da molti infermieri come improprie e quindi di pertinenza di altri operatori sanitari. Le azioni che invece sono considerate proprie della professione sono tutte quelle inerenti il monitoraggio dei parametri vitali e dei presidi e la somministrazione della terapia farmacologica, le quali vengono omesse raramente. È quindi chiaro che le risorse presenti, per quanto riguarda il personale infermieristico, vengono impiegate in tutte quelle attività che sono considerate come di esclusiva pertinenza dell'infermiere, e che in questo studio risultano essere per l'appunto tutte le procedure a carattere diagnostico e terapeutico, non delegabili ad altre figure. Differentemente da quanto già indagato, in questo studio risultano verificarsi con una frequenza importante omissioni anche per quanto riguarda le attività inerenti la comunicazione con l'assistito e con gli altri membri dell'equipe. Queste sono per molti infermieri considerate di pertinenza infermieristica, ma non urgenti (Palese et al, 2019). Anche nei reparti di Pediatria le azioni riferite alle cure di base sono omesse o ritardate con una frequenza elevata perché svolte dal caregiver genitore e sono omesse le attività riguardanti la comunicazione con l'assistito e con gli altri membri dell'equipe, come già indicato in letteratura in altri studi (Lake et al, 2017; Sasso et al, 2019). Come già ipotizzato da alcuni autori (Lake et al, 2017), è verosimile che ciò avvenga perché tale bisogno di comunicazione sia direttamente o indirettamente delegato al caregiver dell'assistito e alla sua famiglia. Le motivazioni fornite circa il verificarsi di missed nursing care sono abbastanza sovrapponibili a quelle indicate in letteratura come le più rilevanti (Sist et al, 2017; Cruz et al, 2017; Winsett et al, 2016; Palese et al, 2015) sembra infatti essere presente un problema di risorse. La mancanza di personale e il numero non bilanciato di pazienti per infermiere sono le cause che in modo trasversale sembrano incidere sulla qualità dell'assistenza infermieristica erogata, ma anche l'elevato numero di ricoveri e dimissioni e le condizioni critiche dei pazienti ricoverati nelle unità operative. La mancanza di tempo sufficiente per svolgere tutte le attività pianificate porta all'omissione di alcune attività, che spesso sono proprie dell'assistenza infermieristica, quali l'assistenza di base e il bisogno di comunicazione (Gravlin et al, 2010; Kalisch et al, 2014). Da una parte la soluzione adottata dal personale è quella, secondo diversi studi, della razionalizzazione delle cure, che consiste nell'effettuare solo le attività che sono considerate come prioritarie, tralasciando tutte quelle attività che sono considerate come meno rilevanti nell'immediato o che possono essere delegate ad altro personale, se non al paziente stesso (Kalisch et al, 2009). I limiti del presente studio sono da attribuirsi alla natura fortemente esplorativa dello studio, al campionamento di tipo monocentrico e al campionamento di convenienza adottato.

CONCLUSIONI

Le missed nursing care sono presenti anche nei grandi ospedali deputati al ricovero di pazienti ad alta complessità come Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Sono un fenomeno presente in modo trasversale in tutti gli ambienti di lavoro, e la loro frequenza è influenzata principalmente dal tempo a disposizione, dal numero di infermieri dedicati all'assistenza e dall'organizzazione del lavoro. Il ritardo nello svolgere alcune attività o l'omissione portano gli infermieri alla percezione di una diminuzione della qualità delle prestazioni erogate, che potrebbe-

ro influenzare gli outcomes delle persone assistite. È importante mettere in luce però come la figura dell'infermiere sia cambiata nel corso degli ultimi anni. Come constatato in precedenza, il personale infermieristico esegue sempre meno tutte quelle procedure inerenti l'assistenza di base, in tutti i contesti lavorativi svolte dalla figura di supporto dell'operatore socio-sanitario a cui va garantita la supervisione. Il tempo a disposizione dell'infermiere dovrebbe essere recuperato per rispondere al bisogno di comunicazione degli assistiti e dei loro familiari, favorire il passaggio di informazione nell'equipe tra medici e colleghi, incrementare la ricerca e la formazione per garantire il raggiungimento dei migliori risultati alle persone assistite. Questa indagine è stata svolta prima dell'arrivo della pandemia COVID 19, da allora molti cambiamenti sono intervenuti nell'organizzazione del lavoro delle strutture ospedaliere e il ruolo ricoperto dagli infermieri, rendendo necessarie per il futuro ulteriori indagini in tal senso.

BIBLIOGRAFIA

1. Bassi, E., Tartaglino, D., Palese, A. (2018) "Termini, modelli concettuali e strumenti di valutazione delle cure infermieristiche mancate: una revisione della letteratura", *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 37, p. 12-24.
2. Blackman, I., Henderson, J., Willis, E., Hamilton, P., Toffoli, L., Verrall, C. et al (2014) "Factors influencing why nursing care is missed", *Journal of Clinical Nursing*, 24, p. 47-56.
3. Bragadottir, H., Kalisch, B.J., Tryggvadottir, B. (2016) "Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals", *Journal of Clinical Nursing*, 26, p. 1524-1534.
4. Chapman, R., Rahman, A., Courtney, M., Chalmers, C. (2016) "Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals", *Journal of Clinical Nursing*, 26, p. 170-181.
5. Duffy, J., Culp, S., Padru, T. (2018) "Description and Factors Associated With Missed Nursing Care in an Acute Care Community Hospital", *The Journal of Nursing Administration*, 48(7/8), p. 361-367.
6. Gravlin, G., Bittner, N.P. (2010) "Nurses' and Nursing Assistants' Reports of Missed Care and Delegation", *The Journal of Nursing Administration*, 40 (7/8), p. 329-335.
7. Grosso, S., Tonet, S., Bernard, I., De Marchi, D., Dorigo, L., Funes, G. et al (2019) "Strategie per prevenire le attività 'non infermieristiche': risultati di uno studio descrittivo", *L'Infermiere*, 1, p. 10-17.
8. Hamilton, P., Mathur, S., Gemeinhardt, G., Eschiti, V., Campell, M. (2010) "Expanding What We Know About Off-peak Mortality in Hospitals", *The Journal of Nursing Administration*, 40(3), p. 124-128.
9. Hernandez-Cruz, R., Moreno-Monsivais, M., Cheverria-Rivera, S., Diaz-Oviedo, A. (2017) "Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital", *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 25, p. 28-77.
10. Kalisch, B.J. (2006) "Missed Nursing Care: a qualitative study", *Journal of Nursing Care quality*, 21(4), p.306-313.
11. Kalisch, B.J., Landstrom, G.L., Hinshaw, A. (2009) "Missed Nursing Care: a concept analysis", *Journal of Advanced Nursing*, 65 (7), p. 1509-1517.
12. Kalisch, B.J., Xie, B. (2014) "Errors of Omission: Missed Nursing Care", *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), p. 875-890.
13. Lake, E., De Cordova, P.B., Barton, S., Singh, S., Agosto, P.D., Ely, B. et al (2017) "Missed Nursing Care in Pediatrics", *Hospital Pediatrics*, 7(7), p. 378-384.
14. Palese, A., Ambrosi, E., Prosperi, L., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P. et al (2015) "Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting", *Internal and Emergency Medicine*, 10, p. 693-702.
15. Palese, A., Ambrosi, E., Stefani, F., Zenere, A., Saiani, L. (2019) "Le attività degli Operatori Socio - Sanitari nei contesti ospedalieri: uno studio mixed - method", *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 38, p. 6-14.
16. Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Santullo, A., Watson, R. et al (2019) "Il numero di pazienti assistiti da ogni infermiere, le cure mancate, la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti. Alcuni dati italiani dello studio RN-4CAST per una riflessione condivisa", *L'Infermiere*, 3, p. 43-50.
17. Sasso, L., Bagnasco, A., Scelsi, S., Zanini, M., Catania, G., Rossi, S. et al (2019) "Impatto dell'Assistenza Infermieristica Pediatrica sulla qualità delle Cure: RN-4CAST@IT-Ped, un'analisi descrittiva", *L'Infermiere*, 4, p. 73-80.
18. Sist, L., Cortini, C., Bandini, A., Bandini, S., Massa, L., Zanini, R. et al (2012) "Il concetto di missed nursing care: una revisione narrativa della letteratura", *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 31, p. 234-239.
19. Sist, L., Cortini, C., Bandini, S., Massa, L., Zanin, R., Maricchio, R. et al (2017) "MISSCARE Survey - Versione Italiana: risultati dello studio di validazione di uno strumento per la rilevazione delle cure infermieristiche mancate", *Igiene e Sanità Pubblica*, 73, p. 29-45.
20. Winsett, R.P., Rottet, K., Schmitt, A., Wathen, E., Wilson, D. (2016) "Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks - Evaluating our work environment", *Applied Nursing Research*, 32, p. 128-133.

Luca Giuseppe Re

Infermiere tutor, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (Milano)

RN, Nurse tutor, Bachelor of Science in Nursing, University of Milan, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (Milan, Italy)
luca giuseppe.re@ospedaleniguarda.it

Ioana Isabela Gavril

Infermiera, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (Milano)

RN, Bachelor of Science in Nursing, University of Milan, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (Milan, Italy)

Prevenzione delle cadute farmaco correlate negli anziani. Revisione della letteratura

*Prevention of drug related falls in the elderly.
A Review of the literature*

RIASSUNTO

Introduzione. Tra i vari fattori che possono aumentare il rischio di cadute negli anziani, è stata identificata anche l'assunzione da parte di farmaci definiti come Fall Risk Increasing Drugs (FRIDs). Obiettivo dello studio è di illustrare le caratteristiche dei FRIDs e individuare le strategie di prevenzione delle cadute farmaco correlate. **Metodi.** Revisione della letteratura con reperimento dei documenti tramite interrogazione di quattro database biomedici (Cochrane Library, PubMed, CINAHL, EMBASE) tramite parole chiave. Screening dei record risultanti per pertinenza di titolo e abstract; reperimento dei full text dei documenti eleggibili e screening per rilevanza. Analisi dei documenti inclusi e sintesi narrativa dei principali contenuti emersi. **Risultati.** I FRIDs più importanti sono quelli ad azione psicotropa e ad azione cardiovascolare. I farmaci che comportano il maggiore rischio di cadute sono i diuretici dell'ansa, gli inotropi positivi, gli antiaritmici di classe IA, gli antipsicotici di prima generazione, gli antidepressivi triciclici, le benzodiazepine. Tra le diverse strategie di prevenzione la più ricorrente ed efficace è la sospensione dei FRIDs o in alternativa la riduzione del dosaggio fino alla minima dose efficace. È importante promuovere la partecipazione attiva di tutti i portatori di interesse (operatori sanitari, pazienti, caregiver) ad iniziative di educazione e formazione e a periodici aggiornamenti sull'argomento. **Discussione.** Prevenire le cadute farmaco correlate dovrebbe essere al centro dell'assistenza infermieristica. A tale proposito è importante che l'infermiere disponga delle necessarie conoscenze e competenze al fine di collaborare attivamente all'implementazione delle opportune strategie di prevenzione, controllo e monitoraggio. **Parole chiave.** Farmaci che aumentano il rischio di cadute, anziano.

**ABSTRACT**

Introduction. Among the various factors that can increase the risk of falls in the elderly, the intake by drugs defined as Fall Risk Increasing Drugs (FRIDs) has also been identified. The aim of the study is to illustrate the characteristics of FRIDs and identify drug related fall prevention strategies. **Methods.** Literature review with retrieval of documents by querying four biomedical databases (Cochrane Library, PubMed, CINAHL, EMBASE) using keywords. Screening of the resulting records by title and abstract relevance; retrieval of full text of eligible documents and screening for relevance. Analysis of the documents included and narrative summary of the main contents that emerged. **Results.** The most important FRIDs are those with psychotropic and cardiovascular action. The drugs that carry the greatest risk of falls are loop diuretics, positive inotropes, class IA antiarrhythmics, first generation antipsychotics, tricyclic antidepressants, benzodiazepines. Among the various prevention strategies, the most recurrent and effective is the suspension of FRIDs or alternatively the reduction of the dosage to the minimum effective dose. It is important to promote the active participation of all stakeholders (health professionals, patients, caregivers) in education and training initiatives and periodic updates on the subject. **Discussion.** Preventing drug-related falls should be at the heart of

nursing. In this regard, it is important that the nurse has the necessary knowledge and skills in order to actively collaborate in the implementation of appropriate prevention, control and monitoring strategies. **Keyword.** Fall risk increasing drug, elderly.

INTRODUZIONE

Il rischio che una persona anziana incorra in una caduta è di natura multifattoriale: i fattori chiave possono essere intrinseci (non modificabili) o estrinseci (modificabili) (Woolcott et al., 2009; Huang et al., 2012; Zia, Kamaruzzaman & Tan, 2017; Clay, Yap & Melder, 2018). I primi sono specifici per l'individuo e comprendono condizioni relative allo stato mentale (es. demenza), alla mobilità (es. compromissione dell'equilibrio), a stanchezza, debolezza muscolare o storia positiva di cadute pregresse (Huang et al., 2012; Clay, Yap & Melder, 2018). I fattori di rischio estrinseci comprendono fra gli altri l'assunzione di determinati farmaci (Huang et al., 2012; Clay, Yap & Melder, 2018). Nello specifico, la presenza in terapia di farmaci che aumentano il rischio di cadute o Fall-Risk-Increasing Drugs (FRIDs) rappresenta uno dei problemi di più difficile gestione negli anziani, specie se in condizioni di fragilità (Van Der Velde et al., 2007a; Van Der Velde et al., 2007b; Woolcott et al., 2009; Huang et al., 2012; Sjöberg & Wallerstedt, 2013; Milos et al., 2014; Rojas-Fernandez et al., 2015; Zia, Kamaruzzaman & Tan, 2017; Seppala et al., 2018b; Kohnova et al., 2019). Per costoro è anche frequente assistere ad un regime di polifarmacoterapia comprendente uno o più FRIDs; questo si può associare, oltre che ad una maggiore probabilità di effetti collaterali o interazioni tra principi attivi, anche ad un aumentato rischio di provocare o favorire cadute accidentali (Milos et al., 2014; Beunza-Sola et al., 2018), ad esempio per l'induzione di uno stato di sedazione o l'insorgenza di disturbi dell'equilibrio o della coordinazione motoria (Milos et al., 2014). In un quadro di progressivo invecchiamento della popolazione generale, una delle conseguenze è l'aumento di persone con plurime comorbidità la cui gestione necessita spesso dell'assunzione quotidiana di più farmaci, fra i quali potrebbero esservi dei FRIDs (Zia, Kamaruzzaman & Tan, 2017; Correa-Pérez et al., 2019). Al fine di prevenire eventi avversi evitabili come le cadute accidentali, gli infermieri devono essere adeguatamente preparati a conoscere e gestire questa particolare tipologia di farmaci. Pertanto l'obiettivo della presente revisione della letteratura è quello di illustrare le caratteristiche dei FRIDs e individuare le strategie di prevenzione delle cadute farmaco correlate.

MATERIALI E METODI

Per rispondere all'obiettivo è stata condotta una revisione della letteratura. Il reperimento dei documenti è avvenuto interrogando i

database biomedici Cochrane Library, PubMed, CINAHL ed EMBASE; la strategia di ricerca implementata è stata finalizzata alla selezione dei solo record con la parola chiave "Fall Risk Increasing Drug" presente nel titolo. Non sono stati posti limiti su data, lingua di pubblicazione o disegno di studio. Una prima selezione è avvenuta per pertinenza dopo lettura di titolo e abstract; successivamente al reperimento in full text dei documenti eleggibili, si è proceduto ad un ulteriore processo di screening per rilevanza dopo lettura integrale. Quelli da includere nella revisione sono stati sottoposti ad analisi e sintesi narrativa.

RISULTATI

L'interrogazione dei database biomedici è avvenuta il 31 ottobre 2020. I record individuati sono stati complessivamente 57 (Tabella 1). Al termine del processo di selezione per titolo e abstract sono stati ritenuti eleggibili 32 record a cui sono corrisposti altrettanti documenti eleggibili in full text; di essi, dopo lettura integrale e screening per rilevanza, ne sono stati inclusi 23.

Farmaci che aumentano il rischio di cadute

I farmaci che aumentano il rischio di cadute (Fall-Risk-Increasing Drugs o FRIDs) appartengono a diverse classi farmacologiche; circa un anziano su tre ne assume almeno uno (De Groot et al., 2013). Possono essere suddivisi principalmente in due classi maggiori: farmaci ad azione psicotropa e farmaci ad azione cardiovascolare.

FRIDs ad azione psicotropa

I farmaci ad azione psicotropa agiscono sulle funzioni psichiche dell'individuo. Sono comunemente utilizzati negli adulti anziani per condizioni come insonnia, agitazione o dolore, per le quali però non vi sono solide prove di efficacia (Huang et al., 2012). Molti studi hanno identificato farmaci ad azione psicotropa in senso lato come FRIDs: ad esempio oppioidi, benzodiazepine, anticolinergici, dopaminergici e antidepressivi possono provocare diversi effetti collaterali fra cui un aumentato rischio di cadute (Thorell et al., 2014; Seppala et al., 2019). Ciò in quanto le persone anziane, specie se di età superiore a 75 anni, presentano una risposta diversa ad alcuni farmaci a causa di alterazioni fisiologiche funzione dell'età avanzata, come una percentuale maggiore di grasso e una minore di acqua corporea. Questo si traduce in cambiamenti sia nella farmacocinetica che nella farmacodinamica: per fare un esempio, i farmaci liposolubili avranno un elevato volume di distribuzione, quelli eliminati a livello renale un'emivita più lunga. Nonostante la consolidata associazione tra farmaci ad azione psicotropa e rischio di caduta, le conoscenze sulle potenziali differenze di rischio tra

Tabella 1 - Strategia di ricerca.

Database	Keywords	-Limiti	Record
Cochrane Library	("Fall Risk Increasing Drug*"):ti = 3	-	3
PubMed	"Fall Risk Increasing Drug*" [ti] = 32	Abstract disponibile	30
CINAHL	Ti "Fall Risk Increasing Drug*" = 24	Abstract disponibile Escludi citazioni di PubMed	9
EMBASE	'fall risk increasing drug*':ti = 46	Escludi citazioni di PubMed	15

specifiche sottoclassi farmacologiche sono scarse (Seppala et al., 2018a). Quello che emerge dagli studi che valutano l'associazione tra assunzione di farmaci ad azione psicotropa e rischio di cadute è che diverse sottoclassi sono sicuramente associate ad un maggior rischio di cadute, come gli antipsicotici, gli antidepressivi compresi quelli triciclici, gli SSRI (inibitori della ricaptazione della serotonina), le benzodiazepine (Seppala et al., 2018a). Il rischio correlato non dipende solo dal principio attivo ma anche dalla fase di trattamento: è noto che l'inizio della terapia con antidepressivi o benzodiazepine aumenta maggiormente il rischio di cadute nei soggetti anziani (Seppala et al., 2018a). Lo stesso discorso vale in caso di dose elevata di farmaci ad azione psicotropa per un tempo prolungato (Seppala et al., 2018a). Gli antidepressivi vengono indicati comunemente per i pazienti con depressione moderata-grave. Il rischio di caduta associato all'assunzione di tali farmaci deve essere valutato tenendo conto del fatto che esiste una differenza tra SSRI (es. Fluoxetina) e antidepressivi triciclici (es. Amitriptilina) (Huang et al., 2012): gli anziani esposti a questi ultimi presentano un rischio maggiore di subire cadute (De Groot et al., 2013). Le benzodiazepine hanno funzione ansiolitica ma anche sedativo-ipnotica, per cui possono avere una serie di indicazioni per condizioni come stati di insonnia, ansia, crisi di panico, crisi convulsive o epilessia, astinenza acuta da alcool. Sono associate ad un aumento del rischio di cadute ma è importante anche in questo caso distinguere tra benzodiazepine a lunga (es. Diazepam) o breve (es. Midazolam, Triazolam) durata d'azione: le prime risultano correlate ad un maggior rischio di cadute (Huang et al., 2012). Gli antipsicotici sono utilizzati principalmente per il trattamento di disturbi psicotici ma hanno anche altre indicazioni tra cui il trattamento dei sintomi comportamentali e psichiatrici nella demenza. Possono essere classificati in antipsicotici convenzionali o atipici. Anche la loro assunzione è associata ad un aumentato rischio di cadute (De Groot et al., 2013). Tuttavia, gli antipsicotici atipici (es. Risperidone), ampiamente utilizzati per la gestione dei sintomi comportamentali e psichiatrici nei pazienti anziani affetti da demenza, hanno meno effetti collaterali extrapiramidali e discinesie tardive rispetto agli antipsicotici convenzionali (es. Aloperidolo) (Huang et al., 2012; De Groot et al., 2013).

FRIDs ad azione cardiovascolare

I farmaci ad azione cardiovascolare agiscono direttamente o indirettamente a livello del sistema cardiocircolatorio. Quelli considerati FRIDs sono vasodilatatori, antiipertensivi, diuretici, beta-bloccanti, calcio-antagonisti e ACE-inibitori (Thorell et al., 2014). I livelli di rischio possono variare a seconda delle diverse sottoclassi farmacologiche. Quelli più costantemente associati alle cadute sono i farmaci diuretici dell'ansa (es. Furosemide), gli inotropi positivi (es. Digossina) e gli antiaritmici di classe IA (es. Disopiramide) (Huang et al., 2012; De Groot et al., 2013; de Vries M et al., 2018; Hart et al., 2020). I diuretici sono usati per trattare l'ipertensione e come terapia per l'insufficienza cardiaca, l'ascite nella cirrosi epatica e la sindrome nefrosica. Possono causare ipotensione ortostatica, aritmie e debolezza muscolare. Tra di essi i diuretici dell'ansa rappresentano l'unica sottoclasse significativamente associata ad un aumento del rischio di caduta perché ha un effetto diuretico più rapido e potente (Woolcott et al., 2009; de Vries M et al., 2018). La digossina è ampiamente utilizzata nel trattamento della fibrillazione atriale e dell'insufficienza cardiaca e può causare effetti negativi sulla ca-

pacità di controllo posturale per l'insorgenza di vertigini o visione offuscata (Woolcott et al., 2009; de Vries M et al., 2018). Gli antiaritmici di classe IA sono tipicamente utilizzati per le tachicardie sopraventricolari e le aritmie e possono causare ipotensione, bradicardia o visione offuscata (Woolcott et al., 2009; de Vries M et al., 2018).

Altri FRIDs

Esistono anche altre classi di farmaci assunti frequentemente dagli anziani e ritenuti potenziali fattori di rischio per le cadute accidentali. Gli oppioidi sono analgesici ampiamente utilizzati in ambito clinico per il trattamento del dolore a breve e lungo termine e possono provocare diverse reazioni avverse tra cui sedazione, vertigini e deterioramento cognitivo (De Groot et al., 2013). Gli effetti collaterali sono dose-dipendenti e dipendono dalla fase della terapia: l'inizio del trattamento con oppioidi è la fase più delicata ed è consigliato per tale ragione assumere inizialmente la minima dose efficace e successivamente aumentarla progressivamente perché l'immediata somministrazione di dosi giornaliere elevate è associata a elevato rischio di cadute ricorrenti (Huang et al., 2012; De Groot et al., 2013; Seppala et al., 2018b). Gli antiepilettici sono utilizzati nel trattamento dell'epilessia e delle crisi convulsive ma anche come stabilizzatori dell'umore e per trattare una varietà di altre condizioni come la nevralgia postherpetica o il dolore di tipo neuropatico (De Groot et al., 2013). I loro effetti collaterali (vertigini, atassia, sedazione, instabilità, visione offuscata) possono provocare cadute (Huang et al., 2012; Seppala et al., 2018b). Anche i farmaci che agiscono a livello gastrointestinale, come gli inibitori della pompa protonica (es. Omeprazolo), possono causare cadute negli anziani, specie quando assunti per lungo tempo (Huang et al., 2012; Seppala et al., 2018b). I lassativi sono noti per aumentare il rischio di cadute in quanto possono far insorgere carenze elettrolitiche o nutrizionali con conseguente stato di debolezza muscolare (Huang et al., 2012; Seppala et al., 2018b). Possono anche aumentare la probabilità di cadute in persone già con scarsa funzione motoria per l'aumento del numero di evacuazioni causato dalla maggiore velocità di transito digestivo che spinge il soggetto a dover ricorrere al bagno più spesso, anche durante le ore notturne. Nonostante la malattia di Parkinson in sé conferisca un aumento del rischio di cadute per l'instabilità posturale derivante dalla condizione, non sono ancora state identificate associazioni tra farmaci antiparkinsoniani e cadute (Seppala et al., 2018b), sebbene i loro effetti collaterali (discinesia, allucinazioni e ipotensione ortostatica) potrebbero aumentarne il rischio (Milos et al., 2014).

Anziani e FRIDs

Gli anziani sono più suscettibili al rischio di cadute per i cambiamenti fisiologici che intervengono con l'età: 1) riduzione d'efficacia dei riflessi cardiovascolari che può provocare ipotensione ortostatica; 2) disturbi visivi e vestibolari con diminuzione della sensibilità propriocettiva, ulteriore perdita del controllo posturale e aumento dei sintomi di vertigini; 3) riduzione dell'udito; 4) diminuzione della capacità di omeostasi; 5) minore controllo posturale; 6) rallentamento della velocità di deambulazione (Huang et al., 2012). Comorbidità comuni come artrite, diabete, ipertensione, cardiopatie o demenza aggiungono un ulteriore carico di disturbi specifici che possono influenzare la risposta al trattamento farmacologico (Huang et al., 2012). Inoltre le proprietà farmacocinetiche e farma-

codinamiche dei farmaci cambiano in funzione dell'età, traducendosi in una diversa risposta alla terapia farmacologica (Huang et al., 2012): ad esempio l'aumento di grasso corporeo totale del 18-36% e la corrispondente riduzione di massa magra determina un aumento del tempo di dimezzamento di farmaci lipofili come le benzodiazepine a lunga durata d'azione, gli antipsicotici e gli antidepressivi, mentre la riduzione della percentuale di acqua corporea del 10-15% può influenzare il volume apparente di distribuzione (Huang et al., 2012). I disturbi cardiovascolari sono responsabili del 77% delle cadute inaspettate e/o ricorrenti (Hart et al., 2020). Esistono tuttavia tre importanti cause di origine cardiovascolare che favoriscono o determinano una caduta: l'ipersensibilità del seno carotideo, il collasso vasovagale e l'ipotensione ortostatica (Hart et al., 2020). Tali condizioni provocano sensazioni di vertigini e instabilità posturale alterando la sensazione di equilibrio (Hart et al., 2020). Il collasso vasovagale, al pari dell'ipersensibilità del seno carotideo, è definito come una riduzione di pressione arteriosa superiore a 50 mmHg o presenza di asistolie per almeno tre secondi (Hart et al., 2020). L'ipotensione ortostatica è definita da un'improvvisa riduzione della pressione arteriosa sistolica di 20 mmHg o di quella sistolica di 10 mmHg (Hart et al., 2020). L'ipotensione ortostatica e l'ipersensibilità del seno carotideo sono effetti collaterali dei FRIDs, soprattutto quelli ad azione cardiovascolare, contrariamente a ciò che avviene per il collasso vasovagale, non associabile direttamente alla loro assunzione (Hart et al., 2020). L'ipotensione ortostatica è legata ad un'ampia varietà di farmaci tra cui antipertensivi, vasodilatatori, antidepressivi, neurolettici, sedativi e farmaci antiparkinsoniani (Hart et al., 2020). I farmaci antiparkinsoniani e dopaminergici, oltre ad aumentare il rischio di cadute causando o peggiorando l'ipotensione ortostatica, potrebbero provocare altri effetti negativi come discinesia o allucinazioni (Hart et al., 2020). Un altro effetto collaterale da considerare per la valutazione del rischio di cadute è l'insorgenza di vertigini, definite come una sensazione di squilibrio, capogiro, rotazione, stordimento, perdita di equilibrio, sensazione di debolezza, instabilità con conseguente tendenza a cadere (Stam et al., 2016). La loro prevalenza aumenta all'avanzare dell'età (Harun & Agrawal, 2015; Stam et al., 2016). Le diverse eziologie spesso sono coesistenti: disturbi vestibolari, malattie cardiovascolari, disturbi metabolici, ipotensione ortostatica, malattie psichiatriche, polifarmacoterapia e assunzione di FRIDs (Harun & Agrawal, 2015). Più alto è il numero di farmaci assunti e maggiore è il rischio di compromissione dell'equilibrio e quindi di caduta (Harun & Agrawal, 2015). I FRIDs identificati come a rischio di provocare vertigini sono alcuni farmaci ad azione cardiovascolare (es. beta-bloccanti, vasodilatatori), quelli ad azione psicotropa (es. ansiolitici, neurolettici, antidepressivi) e gli analgesici oppioidi (Harun & Agrawal, 2015). I disturbi dell'equilibrio e dell'andatura rappresentano i predittori più coerenti di cadute future e quelle correlate all'assunzione di FRIDs sono in gran parte causate da alterazioni del controllo posturale che agiscono in sinergia con un deterioramento più generale dei meccanismi di controllo sensoriale e neuromuscolare dovuto all'invecchiamento (De Groot et al., 2013). L'impatto sul controllo posturale sembra proporzionale all'aumento dei tempi di dimezzamento, a dosaggi giornalieri più elevati e ad una maggiore durata del trattamento (De Groot et al., 2013). La polifarmacoterapia rappresenta una frequente condizione tra gli anziani fragili e un fattore di rischio di cadute in quanto

aumenta la probabilità di assunzione di uno o più FRIDs (Bennett et al., 2014; De Winter et al., 2016; Correa-Pérez et al., 2019; Konova et al., 2019). Inoltre, in presenza di polifarmacoterapia, aumenta la probabilità di interazioni fra principi attivi tali da poter determinare il potenziamento o la soppressione dell'effetto atteso (Bennett et al., 2014). Generalmente per polifarmacoterapia si intende l'assunzione quotidiana di almeno cinque farmaci diversi; in caso di dieci o più farmaci si parla di polifarmacoterapia estrema, condizione osservabile di frequente sui pazienti degenti in strutture di cura a lungo termine (Zia, Kamaruzzaman & Tan, 2017; Beunza-Sola et al., 2018). La polifarmacoterapia in sé potrebbe non necessariamente comportare un aumento del rischio di cadute, in quanto solo per alcune classi di farmaci è provata una significativa associazione; tuttavia essa aumenta la probabilità che, tra i farmaci prescritti, ci sia uno o più FRIDs (Zia, Kamaruzzaman & Tan, 2017; Correa-Pérez et al., 2019). Pur essendo pochi gli studi condotti per valutare il rapporto tra combinazioni di farmaci/FRIDs e cadute, sono note alcune associazioni a rischio: calcioantagonisti e diuretici tiazidici, nitrati e ACE inibitori, betabloccanti oftalmici e nitrati, neurolettici e benzodiazepine/antidepressivi (Konova et al., 2019).

Gestione dei FRIDs e prevenzione delle cadute ad essi correlate

Nonostante l'evidenza di associazione tra alcuni farmaci e rischio aumentato di cadute, vi è scarsa consapevolezza del problema sia tra il personale sanitario che tra i pazienti e i loro caregiver; la tendenza sembra quella di privilegiare i benefici sottovalutando i potenziali effetti collaterali (Seppala et al., 2019). Da una parte, diversi medici percepiscono come impegnativo e poco sicuro sospendere l'assunzione di FRIDs, dall'altra gli anziani sono preoccupati di fronte a tale proposta per il timore di un peggioramento della condizione patologica o dell'insorgenza di reazioni avverse correlate alla sospensione (Seppala et al., 2019). Per la complessità del trattamento farmacologico e la presenza di multiple comorbidità si riscontra difficoltà nella gestione ottimale dei FRIDs per cui spesso la decisione ultima è quella di non intervenire e continuare a prescrivere farmaci senza periodiche rivalutazioni; questo conduce a prescrizioni non necessarie, dosi inadeguate, durata eccessiva del trattamento e maggior rischio di effetti collaterali anche gravi (Bell, Steinsbekk & Granas, 2015). Il primo passo per ridurre le cadute e i danni che ne conseguono imputabili ai FRIDs è prevenirne l'uso improprio (Seppala et al., 2019). Uno dei metodi più efficaci considera la sospensione dei FRIDs, ma non è sempre possibile attuare tale intervento in modo sicuro per cui, molto spesso, si parla più pragmaticamente di una riduzione del loro dosaggio. Questa, se praticabile, dovrebbe spingersi fino alla minima dose efficace (Hart et al., 2020). Per i FRIDs ad azione cardiovascolare si dovrebbe prestare maggior attenzione alle fasi iniziali del trattamento facendo assumere al paziente da principio la minima dose efficace e aumentandola lentamente e progressivamente solo quando necessario (de Vries M et al., 2018). I FRIDs ad azione psicotropa andrebbero somministrati solo dopo aver preso in considerazione altri interventi non farmacologici o farmacologici con impatto potenzialmente minore sul controllo posturale (Van Der Velde et al., 2007b); inoltre si dovrebbero privilegiare i principi attivi con breve tempo di dimezzamento da far assumere alla minima dose efficace e per un periodo di tempo limitato. In caso di sospensione di un FRID è importante conoscere le modalità corrette per attuare tale intervento: la sospensione

può prevedere la cessazione immediata dell'assunzione oppure la necessità di pianificare un processo graduale di sospensione, in funzione delle caratteristiche del farmaco; esempi di farmaci da sospendere gradualmente sono le benzodiazepine, gli analgesici oppioidi, gli antidepressivi, i betabloccanti (Seppala et al., 2019). Un altro approccio promettente per ridurre il rischio di cadute farmaco correlate è l'utilizzo delle tecnologie digitali (es. allarmi computerizzati, strumenti di prescrizione elettronica), in grado di fornire allarmi per l'identificazione di FRIDs, guidare l'operatore ad un loro corretto dosaggio e individuare trattamenti duplicati, controindicazioni o problematiche di interazione farmacologica (Huang et al., 2012). Questa strategia preventiva si traduce sul lungo periodo in una periodica e sistematica revisione della farmacoterapia, efficace per ridurre il rischio di cadute (Milos et al., 2014; Sjöberg & Wallerstedt, 2013; Seppala et al., 2019). Un'ulteriore modalità per garantire prescrizioni farmacologiche efficaci e sicure è l'utilizzo dei criteri STOPP/START (Screening Tool for Older People's potentially inappropriate Prescription/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) che, individuando la presenza in terapia di farmaci potenzialmente inappropriati, si sono dimostrati di beneficio anche nel ridurre significativamente il numero di cadute accidentali (Huang et al., 2012; Seppala et al., 2019). Tali criteri si concentrano sulle potenziali interazioni tra farmaci o duplicazioni terapeutiche che predispongono i pazienti ad effetti collaterali farmaco correlati. I criteri STOPP riguardano farmaci inappropriati e da sospendere mentre i criteri START identificano quelli di beneficio per la prevenzione o il trattamento di una condizione patologica (Huang et al., 2012). Uno dei principali ostacoli all'adozione e attuazione di efficaci approcci di prevenzione delle cadute centrati sulla corretta gestione della farmacoterapia è la mancanza di conoscenze e competenze da parte di operatori sanitari e pazienti. Spesso i primi non hanno le conoscenze adeguate per il riconoscimento dei FRIDs e la relativa attuazione di interventi preventivi, i secondi non hanno una reale percezione del rischio di cadute e quindi sono restii a partecipare a programmi di prevenzione (Seppala et al., 2019). Da ambedue le parti l'assunzione di farmaci, FRIDs compresi, è generalmente percepita come un male inevitabile (Seppala et al., 2019). Per superare il problema l'European Geriatric Medicine Society (EuGMS) Task and Finish Groups ha sviluppato materiali educativi per operatori ed utenti che includono video, opuscoli, pagine web e app sulle cadute farmaco correlate e ha previsto l'arruolamento di opinion leader per la conduzione di visite di sensibilizzazione (Seppala et al., 2019). Altro utile strumento di prevenzione sarebbe la messa in opera di un elenco di FRIDs completo e condiviso a livello europeo (Seppala et al., 2019). Le strategie di prevenzione acquistano maggiore efficacia se si basano su un approccio multidisciplinare, nella misura in cui non solo i medici ma anche farmacisti, infermieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali e nutrizionisti svolgono un ruolo essenziale (Seppala et al., 2019). Gli infermieri, ad esempio, stando costantemente al suo fianco, sono in grado di riconoscere l'insorgenza di una variazione nel livello di rischio di cadute di un paziente e di comunicarlo agli altri membri del team di cura (Seppala et al., 2019) e possono contribuire a promuovere un cambiamento organizzativo centrato sulla prevenzione delle cadute attraverso la pianificazione, l'attuazione e la valutazione di programmi di prevenzione che incorporino in sé anche l'identificazione e la minimizzazione dell'impatto dei FRIDs (Seppala et al., 2019).

DISCUSSIONE

L'obiettivo della revisione è stato quello di illustrare le caratteristiche dei farmaci che aumentano il rischio di cadute (FRIDs) nei soggetti anziani e individuare le strategie di prevenzione delle cadute farmaco correlate. I farmaci associati ripetutamente ad un maggior rischio di cadute sono principalmente quelli ad azione psicotropa come gli antipsicotici, gli antidepressivi e gli ansiolitici e quelli che agiscono a livello cardiovascolare, come i diuretici dell'ansa, gli inotropi positivi e gli antiaritmici di classe IA. Altre classi di farmaci che dovrebbero essere prese in considerazione nella valutazione del rischio di caduta sono gli analgesici oppioidi e gli antiepilettici. I FRIDs aumentano il rischio di caduta negli anziani determinando o favorendo l'insorgenza di effetti collaterali quali ipotensione ortostatica con conseguente sincope, ipersensibilità del seno carotideo, collasso vasovagale, vertigini, instabilità e alterazione del controllo posturale. La polifarmacoterapia contribuisce ad incrementare il rischio di cadute in quanto aumenta la probabilità di assunzione di almeno un FRID. Tra le forme di prevenzione più efficaci vi è l'ottimizzazione della terapia farmacologica attraverso la sospensione in sicurezza dei FRIDs, con particolare attenzione a classi di farmaci come benzodiazepine, analgesici oppioidi, antidepressivi e betabloccanti che richiedono una sospensione graduale, o, qualora non possibile, la riduzione del dosaggio fino alla minima dose efficace. Un'altra strategia si focalizza sulla correttezza delle prescrizioni: gli allarmi computerizzati e gli strumenti di prescrizione elettronica forniscono un contributo alla riduzione delle cadute identificando trattamenti non indicati, duplicazioni terapeutiche, controindicazioni o interazioni farmacologiche. Da parte loro, i criteri STOPP si rivelano utili per identificare i farmaci potenzialmente inappropriati e ridurre precocemente l'utilizzo. In letteratura emerge la necessità di conoscenze da parte degli operatori sanitari e dei pazienti in merito al rischio di cadute farmaco correlate e in tal senso sono stati proposti interventi educativi con l'utilizzo di video, opuscoli, siti internet e app e promosse sessioni educative focalizzate sulle esigenze specifiche delle persone anziane.

Implicazioni per la pratica infermieristica

La prevenzione delle cadute farmaco correlate negli anziani dovrebbe essere una priorità nell'ambito dell'assistenza infermieristica, date le potenziali gravi conseguenze. Per partecipare attivamente alle strategie di prevenzione è importante che gli infermieri siano a conoscenza dei fattori di rischio per le cadute e, in particolare, del fatto che tra questi uno è rappresentato dall'assunzione di FRIDs. Gli infermieri sono responsabili non solo della somministrazione del farmaco ma anche della rilevazione della sua efficacia e dell'individuazione di eventuali effetti collaterali con relativa segnalazione al personale medico. Trovandosi in costante e stretto contatto con il paziente, essi si pongono in una posizione privilegiata per riconoscerne precocemente un eventuale aumentato rischio di caduta potenzialmente correlabile alla presenza in terapia di uno o più FRIDs.

Implicazioni per la ricerca

Dalla letteratura emerge la necessità di condurre ulteriori ricerche sui FRIDs: viene spesso segnalato il ruolo dei farmaci ad azione psicotropa o cardiovascolare ma vi sono altre classi di farmaci finora poco studiate per il rischio di cadute. È necessario che a livello eu-

ropeo venga prodotto un elenco condiviso di FRIDs, al momento assente: questo contribuirebbe fra l'altro a facilitare il confronto di dati epidemiologici inerenti le cadute farmaco correlate provenienti dai diversi Paesi e a rendere più evidente il beneficio delle strategie preventive. Infine, gli interventi di prevenzione implementati agiscono direttamente sui farmaci a rischio ma mancano ancora strategie specifiche da attuare su pazienti noti per essere a elevato rischio di cadute.

Limiti

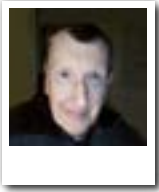
Il reperimento dei documenti utili è avvenuto interrogando i database biomedici Cochrane Library, PubMed, CINAHL ed EMBASE tramite una strategia di ricerca ad alta specificità in quanto più efficiente. Probabilmente la generazione di una stringa di ricerca complementare che considerasse la presenza della parola chiave "Fall Risk Increasing Drug" anche nell'abstract o nel testo e/o che comprendesse i suoi possibili sinonimi, quindi più sensibile, avrebbe potuto permettere il reperimento di altri documenti di potenziale interesse. Inoltre, non sono stati interrogati altri due database biomedici importanti come Web of Science o Scopus e non è stata analizzata la letteratura grigia o in fase di pubblicazione. A parziale compenso, non sono stati posti limiti sul disegno di studio o la data/lingua di pubblicazione. Ulteriore limite è costituito dalla natura preliminare dell'indagine che gioverebbe senza dubbio di studi futuri in tal senso.

CONCLUSIONI

Le modificazioni fisiologiche che insorgono con l'avanzare dell'età e lo sviluppo di comorbidità la cui gestione prevede l'assunzione di diversi farmaci sono fattori che agiscono in sinergia in termini di maggiore suscettibilità al rischio di cadute farmaco correlate. È necessario che l'infermiere, per il proprio specifico disciplinare, abbia conoscenza e competenza delle caratteristiche dei farmaci che aumentano il rischio di caduta (FRIDs), del loro meccanismo d'azione e delle strategie di prevenzione attualmente implementate. Tra queste ultime, quella più spesso applicata riguarda la sospensione dell'assunzione dei FRIDs o almeno la riduzione del loro dosaggio fino alla minima dose efficace.

BIBLIOGRAFIA

- Bell, H. T., Steinsbekk, A., & Granas, A. G. (2015). Factors influencing prescribing of fall-risk-increasing drugs to the elderly: A qualitative study. *Scandinavian journal of primary health care*, 33(2), 107–114. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1041829>
- Bennett, A., Gnjidic, D., Gillett, M., Carroll, P., Matthews, S., Johnell, K., Fastbom, J., & Hilmer, S. (2014). Prevalence and impact of fall-risk-increasing drugs, polypharmacy, and drug-drug interactions in robust versus frail hospitalised falls patients: a prospective cohort study. *Drugs & aging*, 31(3), 225–232. <https://doi.org/10.1007/s40266-013-0151-3>
- Beunza-Sola, M., Hidalgo-Ovejero, Á. M., Martí-Ayerdi, J., Sánchez-Hernández, J. G., Menéndez-García, M., & García-Mata, S. (2018). Study of fall risk-increasing drugs in elderly patients before and after a bone fracture. *Postgraduate medical journal*, 94(1108), 76–80. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2017-135129>
- Clay, F., Yap, G., & Melder, A. (2018). Risk factors for in hospital falls: Evidence Review. Centre for Clinical Effectiveness, Monash Health, Melbourne, Australia. https://monashhealth.org/wp-content/uploads/2019/01/Risk-factors-for-falls_Final-27082018.pdf
- Correa-Pérez, A., Delgado-Silveira, E., Martín-Aragón, S., Rojo-Sanchis, A. M., & Cruz-Jentoft, A. J. (2019). Fall-risk increasing drugs and prevalence of polypharmacy in older patients discharged from an Orthogeriatric Unit after a hip fracture. *Aging clinical and experimental research*, 31(7), 969–975. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1046-2>
- de Groot, M. H., van Campen, J. P., Moek, M. A., Tulner, L. R., Beijnen, J. H., & Lamoth, C. J. (2013). The effects of fall-risk-increasing drugs on postural control: a literature review. *Drugs & aging*, 30(11), 901–920. <https://doi.org/10.1007/s40266-013-0113-9>
- de Vries, M., Seppala, L. J., Daams, J. G., van de Glind, E., Masud, T., van der Velde, N., & EUGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs (2018). Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: I. Cardiovascular Drugs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(4), 371.e1–371.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.013>
- De Winter, S., Vanwynsberghe, S., Foulon, V., Dejaeger, E., Flamaing, J., Sermon, A., Van der Linden, L., & Spriet, I. (2016). Exploring the relationship between fall risk-increasing drugs and fall-related fractures. *International journal of clinical pharmacy*, 38(2), 243–251. <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0230-0>
- Harun, A., & Agrawal, Y. (2015). The Use of Fall Risk Increasing Drugs (FRIDs) in Patients With Dizziness Presenting to a Neurotology Clinic. *Otology & neurotology*: official publication of the American Otological Society, American Neurotology Society [and] European Academy of Otology and Neurotology, 36(5), 862–864. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000000742>
- Huang, A. R., Mallet, L., Rochefort, C. M., Egualde, T., Buckneridge, D. L., & Tamblyn, R. (2012). Medication-related falls in the elderly: causative factors and preventive strategies. *Drugs & aging*, 29(5), 359–376. <https://doi.org/10.2165/11599460-000000000-00000>
- Konova O., Ilina E., Shalygin V., Ivashchenko D., Saveljeva M., Sinitsina I., Gorbatenkova S., Puzin S., Bogova O., & Sychev D. A. (2019) The use of fall-risk-increasing drugs in comorbid patients with polypharmacy. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 75, S30-S30. Tiergartenstrasse17, D-69121 Heidelberg, Germany: Springer Heidelberg.
- Milos, V., Bondesson, Å., Magnusson, M., Jakobsson, U., Westerlund, T., & Midlöv, P. (2014). Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care. *BMC geriatrics*, 14, 40. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-40>
- Rojas-Fernandez, C., Dadfar, F., Wong, A., & Brown, S. G. (2015). Use of fall risk increasing drugs in residents of retirement villages: a pilot study of long term care and retirement home residents in Ontario, Canada. *BMC research notes*, 8, 568. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1557-2>
- Seppala, L. J., Wermelink, A., de Vries, M., Ploegmakers, K. J., van de Glind, E., Daams, J. G., van der Velde, N., & EUGMS task and Finish group on fall-risk-increasing drugs (2018a). Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: II. Psychotropics. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(4), 371.e11–371.e17. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.098>
- Seppala, L. J., van de Glind, E., Daams, J. G., Ploegmakers, K. J., de Vries, M., Wermelink, A., van der Velde, N., & EUGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs (2018b). Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-analysis: III. Others. *Journal of the American Medical Association*, 320(1), 1–11. <https://doi.org/10.1001/2017.12.098>
- Seppala, L. J., van de Glind, E., Daams, J. G., Ploegmakers, K. J., van der Velde, N., Masud, T., Blain, H., Petrovic, M., van der Cammen, T. J., Szczerbiński, K., Hartikainen, S., Kenny, R. A., Ryg, J., Eklund, P., Topinková, E., Mair, A., Laflamme, L., Thaler, H., Bahat, G., Gutiérrez-Valencia, M., Caballero-Mora, M. A., Landi, F., Emmelet-Vonk, M. H., ... EuGMS Special Interest Group on Pharmacology (2019). EuGMS Task and Finish group on Fall-Risk-Increasing Drugs (FRIDs): Position on Knowledge Dissemination, Management, and Future Research. *Drugs & aging*, 36(4), 299–307. <https://doi.org/10.1007/s40266-018-0622-7>
- Medical Directors Association, 19(4), 372.e1–372.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.099>
- Sjöberg, C., & Wallerstedt, S. M. (2013). Effects of medication reviews performed by a physician on treatment with fracture-preventing and fall-risk-increasing drugs in older adults with hip fracture—a randomized controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(9), 1464–1472. <https://doi.org/10.1111/jgs.12412>
- Stam, H., Harting, T., Sluijs, M. v., van Marum, R., Horst, H. v., Wouden, J. C., & Maarsingh, O. R. (2016). Usual care and management of fall risk increasing drugs in older dizzy patients in Dutch general practice. *Scandinavian journal of primary health care*, 34(2), 165–171. <https://doi.org/10.3109/02813432.2016.1160634>
- Thorell, K., Ranstad, K., Midlöv, P., Borgquist, L., & Halling, A. (2014). Is use of fall risk-increasing drugs in an elderly population associated with an increased risk of hip fracture, after adjustment for multimorbidity level: a cohort study. *BMC geriatrics*, 14, 131. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-131>
- van der Velde, N., Stricker, B. H., Pols, H. A., & van der Cammen, T. J. (2007a). Risk of falls after withdrawal of fall-risk-increasing drugs: a prospective cohort study. *British journal of clinical pharmacology*, 63(2), 232–237. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2006.02736.x>
- van der Velde, N., van den Meiracker, A. H., Pols, H. A., Stricker, B. H., & van der Cammen, T. J. (2007b). Withdrawal of fall-risk-increasing drugs in older persons: effect on tilt-table test outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 734–739. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01137.x>
- Woolcott, J. C., Richardson, K. J., Wiens, M. O., Patel, B., Marin, J., Khan, K. M., & Marra, C. A. (2009). Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Archives of internal medicine*, 169(21), 1952–1960. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.357>
- Zia, A., Kamaruzzaman, S. B., & Tan, M. P. (2017). The consumption of two or more fall risk-increasing drugs rather than polypharmacy is associated with falls. *Geriatrics & gerontology international*, 17(3), 463–470. <https://doi.org/10.1111/ggi.12741>

**Gabriele De Biasi**

Appassionato di storia dell'assistenza infermieristica

Nursing History Scholar
gabrideb@alice.it

Una romantica donna inglese

Excursus sulla vita e l'opera di Miss Amy Turton

A romantic English woman. Overview of the life and work of Miss Amy Turton pioneer of nursing in Italy

Miss Mary Amy Turton nasce a Hampstead, contea del Middlesex, il 17 agosto 1857 (1). Vede la luce a Frognal Hall, la casa dei nonni materni, dove la sua mamma si è recata per il parto. Il papà, Francis William Turton, è ufficiale della Royal Navy, la mamma, Elizabeth Sophia Smith, è figlia di un magistrato; Miss Turton sarà la primogenita ed avrà tre sorelle e quattro fratelli. La famiglia è benestante e si unirà alla colonia inglese di Firenze dopo che il comandante Francis William sarà messo in quiescenza dalla Royal Navy.

Ignoro la data dell'ingresso di Miss Turton in Italia; sicuramente dopo il 1871, quando il censimento inglese la colloca ancora residente in Gran Bretagna, ma, ahimè, non ho altri dati. Il mio interesse per Miss Turton nasce da una lettera che Miss Florence Nightingale scrive, il primo agosto 1894, al cugino Henry Bonham Carter, in cui la descrive in questo modo: "... *dovrei immaginarla come una persona straordinariamente buona e compassionevole, con un forte entusiasmo religioso, ma nulla in lei tradisce l'infermiera o la leader*". (2) Da iconoclasta quale sono, non ammiro la leadership, io voglio la vecchia guardia napoleonica, quella che muore, ma non si arrende. Ed in questo modo si comporterà Miss Amy Turton, una meravigliosa "Chimera" formata da intelligenza, capacità diplomatica, doti di relazione umana, di nursing e di una religiosità a cui i confini di una sola "fede" non basteranno.

Miss Lavinia Dock, nel suo monumentale *"A History of Nursing"*, volume IV, cede parte del racconto della storia dell'assistenza infermieristica in Italia alla narrazione della stessa Miss Turton. Non perdiamo di vista che, all'epoca, le condizioni economiche delle persone avevano un divario ed un'evidenza di status ben più marcate delle attuali e la situazione di "benestante" della cittadinanza inglese, di Firenze nel nostro caso, poteva fare la differenza qualora si volessero fornire degli aiuti al grande numero dei meno fortunati; allora la sterlina era la moneta di scambio internazionale con il relativo potere d'acquisto. Miss Turton applica la massima di Santa Teresa d'Avila: *"Io non posso nulla, io e Dio possiamo molto, io Dio ed il denaro possiamo tutto"* ed inizia una frequentazione assidua dell'Ospedale Santa Maria Nuova, siamo tra il 1890 ed il 1891, anzi, fonda, come lei dice, una piccola società con i suoi amici facoltosi, per portare ai ricoverati *"vestiti... e frutta, biscotti, uova, vino, tabacco, tabacco da fiuto ed immaginette"*. La base della piramide di Maslow, ma si rende perfettamente conto che la cosa non basta; eppure potrebbe an-

che essere soddisfatta: fa del bene, soddisfa le esigenze di base di molti; lei è il *"lanciatore di stelle marine"* non può salvarle tutte, ma per quella che ha in mano, farà la differenza... no, a lei non basta, lei sa che bisognerà cambiare l'assistenza di base, il nursing dei malati, perché questo servirà a tutti. Solo che per elevare lo standard, se esistente, dell'assistenza infermieristica italiana, si sarebbe trovata a lottare sola contro tutti, anzi contro un sistema dalla granitica tradizione secolare; e lei ne era perfettamente consapevole, se non è leadership questa....

Qualora esistessero dubbi in merito alla situazione del nursing di casa nostra, Miss Florence Nightingale, nella sua lettera citata in precedenza, dopo aver chiarito i suoi dubbi nei confronti di Miss Turton, dice delle infermiere italiane: *"Le mie ultime informazioni riguardo il nursing italiano, di non molto tempo fa, mi ricordano i serpenti in Islanda. Amico, sui serpenti in Islanda, non ci sono serpenti in Islanda. Le nurse italiane sono molto peggio che "nessuna" nurse, comunque"*.

Un sarcasmo che non dovrebbe poi così tanto nuocere al nursing odierno; se l'assistenza infermieristica italiana è partita da più indietro e più in basso rispetto le altre, significa solamente che ha mostrato più forza ed ha percorso più strada.

Miss Amy Turton descrive le proprie motivazioni in un modo splendidamente disarmante: *"Così è fermamente cresciuta la convinzione che io o dovevo fare qualcosa in più o abbandonare. Io lo stavo facendo... ero libera, non troppo giovane e con sufficiente influenza per ottenere un'ammissione, ero una straniera e potevo fare quello che un'italiana non poteva; una signora italiana non poteva vivere in un ospedale od anche lavorarci seriamente, la sua famiglia si opporrebbe; e non sono cattolica... forse potrei essere d'aiuto alle suore"*.

Essere anglicana, in una nazione cattolica, rappresenterà un bel problema, ma ricordatevi di questo sino alla fine dell'articolo.

Miss Turton intraprende del nursing privato nei confronti di Eugene Lee-Hamilton e Clementina "Kit" Anstruther-Thomson, due scrittori dell'epoca, residenti in Italia. Siamo circa nel 1887 e la sua prestazione di assistenza la porta ad un rapporto di amicizia con Violet Paget, alias Vernon Lee, scrittrice inglese, sempre della comunità anglosassone di Firenze, che a sua volta raccoglierà fondi per la creazione di una scuola per infermiere italiane. Diplomazia di ottimo livello.

Le female e male nurse odierni non devono inorridire all'idea di un'assistenza fornita da parte di una persona senza una preparazione specifica; per farsi un'idea di ciò che potesse essere un buon nursing, all'epoca, vale la pena di dare un'occhiata a "Notes on Nursing" di Miss Nightingale, che può chiarire le idee. Miss Turton si capacita perfettamente della necessità di avere una preparazione tecnica specifica, da poter poi trasmettere ad altre infermiere, ma se, grazie anche alle proprie frequentazioni, ha la possibilità di ricevere lezioni teoriche di medicina da parte di medici ospedalieri, l'opportunità di frequentare, poi, i reparti per la pratica diretta, è impensabile. Tenta l'ammissione all'Ospedale di Cremona, come allieva a pagamento, ma le Ancelle della Carità, in quel nosocomio dal 1841 (3), mostrano i denti e non era un sorriso.

Da gennaio a luglio del 1893, viene accolta all'Ospedale di Lucca, che può frequentare grazie all'interessamento di alcuni primari ed a una "signora con scarsi mezzi" che la prende a pensione. L'esperienza la gratifica, ora si tratta di aprire una scuola: i medici sono sostanzialmente d'accordo, ma non la direzione dell'ospedale che boccia il tutto; non ci sarà nessuna scuola. Miss Turton scrive a Miss Nightingale dando una visione, perfettamente calata nella realtà italiana, riguardo la difficoltà di aprire una scuola per infermiere laiche: "...ho paura che le nurse laiche siano subito bollate come antireligiose e a tutti i devoti e sinceri cattolici sia proibito di venire da noi"(4). Miss Nightingale... beh, diciamo che Miss Nightingale non la prende troppo bene. Sebbene, al momento, l'Usignolo del nursing non sprizzi entusiasmo nei confronti di Miss Turton; il suo intervento è fondamentale per l'ammissione di quest'ultima alla Royal Edinburgh Infirmary, come allieva a pagamento e, forse perché la cosa non ha seguito i canali ufficiali o l'iter istituzionale

classico, forse perché il corso degli studi di Miss Turton è stato di un solo anno anziché i due canonici, il Lothian Health Services Archive che possiede la documentazione storica sulla Royal Edinburgh Infirmary, non ha traccia del passaggio di Miss Turton. Una serietà e precisione draconiane. Ma ora il *nilhil obstat quominus imprimatur* ormai c'è. Nonostante l'inesistenza di internet, le notizie correvano anche all'epoca e, forse grazie al fatto cui anche gli dei erano soggetti, l'eco della costante azione di Miss Turton raggiunge la Casa Reale e la Principessa Adelaide Pignatelli Del Balzo, Principessa di Strongoli, dama di compagnia della Regina, convoca Miss Turton e non può non restare colpita dalle sue idee e dalle sue aspirazioni. Sono arrivati i marines ed il 18 luglio 1895 la "Nonna" delle nostre infermiere scrive a Miss Nightingale "Sono così felice di dirle che la Principessa di Strongoli ha avuto una risposta favorevole dal direttore del piccolo Ospedale Gesù e Maria di Napoli. Egli pone con entusiasmo a mia assoluta disposizione un reparto sia esso maschile o femminile dove io possa addestrare giovani donne come nurse con il suo aiuto"(5). E nel piccolo Ospedale Gesù e Maria non sono presenti le suore. Bingo. Il 20 settembre 1895 la Principessa di Strongoli scrive a Miss Florence Nightingale una lettera di lodi nei confronti di Miss Turton per la sua opera (6). Miss Grace Baxter, altro monumento alla formazione del nursing "nostrano", le succederà quasi subito alla guida della scuola "Croce Azzurra" dell'Ospedale Gesù e Maria e potrebbe risultare interessante la lettura delle lettere di Miss Baxter all'*American Journal of Nursing* dell'epoca, per avere un quadro



della situazione. Miss Turton continuerà a raccogliere fondi per la "Croce Azzurra", ma il suo obiettivo è aprire una scuola per infermiere a Roma. Certamente non perde tempo e nel 1896 pubblica "Guida per l'infermiera: in casa e nell'ospedale", primo libro di nursing scritto da un'infermiera ed indirizzato alle nurse italiane, che meriterebbe un lavoro di analisi a se stante. Lei lo definisce "Libera traduzione" del testo di nursing di Catherine Wood, che ha circa 200 pagine in più di quello italiano, ma che comunque è, e rimane, un'opera mirata e raffinata. Alla fine del 1900 Miss Turton è direttrice di Villa Regina Natalia, una lussuosa costruzione trasformata in casa di cura a Firenze, che godrà di una certa notorietà; Gabriele D'Annunzio vi farà curare Alessandra Carlotti di Rudini, nobildonna con cui aveva una relazione; mette quasi tenerezza la descrizione della clinica fatta sul *The Nursing Record & Hospital World*, del 15 dicembre 1900, comparata con gli standard attuali: la struttura può accogliere sino a 14 pazienti con possibilità di avere con se familiari ed un famiglio, costo alberghiero, vino incluso, da 7 a 10 lire al giorno; vino raffinato e nursing particolare a prezzo superiore; una nurse inglese costa da 10 a 15 lire al giorno, le italiane vengono via a meno, solo 5 lire, un vero affare... eppure, Miss Turton conferma: i pazienti sono entusiasti delle infermiere italiane. Se le brave ragazze vanno in paradiso, Miss Turton è ovunque, nel 1907 è a


Bordeaux a compiere degli studi in previsione dell'apertura, a Roma, della Scuola Convitto Regina Elena, che la vedrà protagonista... non leader, come presagito da Miss Nightingale e quando la Regina Elena appunterà medaglie di riconoscimento per il successo della scuola del Policlinico, Miss Dorothy Snell sarà insignita della medaglia d'oro e Miss Turton... di quella d'argento ed a me piacerà ancora di più. Agli inizi degli anni venti Miss Turton conosce Maria di Campello iniziatrice della Comunità delle Sorelle dell'Eremo Franciscano di Campello sul Clitunno; l'una anglicana, l'altra cattolica, dimostrano che i grandi spiriti non hanno, a volte, bisogno di grandi discorsi per capirsi, sono gli intenti che contano. Nascerà un'amicizia elevatissima, con coinvolgimenti internazionali e Miss Turton sarà decisiva per la realizzazione dell'Eremo. Nel 1932 Miss Turton vi si ritira prendendo il nome di Sorella Amata e dopo tanti anni intensi, ricchi di impegni, lotte, delusioni e successi, Kronos si presenta ad esigere il proprio credito. Scrive in una lettera Sorella Maria, fondatrice dell'Eremo: "Nonna Amata, l'allodola di San Francesco più anziana e più santa, è in pace. Si addormentò ieri mattina 21 dicembre (1942) alle ore 10, e il suo passaggio fu così quieto e trasparente..." Il Ministero dell'Interno trasmette alla Legazione Svizzera, che si occupa degli interessi stranieri, il certificato di morte; Miss Turton è sepolta a Campello, vicino alle sue Sorelle dell'Eremo ed alla voce "Disposizione degli effetti: Solo pochi articoli di vestiario". Vi assicuro, non era povera, sapeva scegliere.

Addio Amy, ci rivedremo nel vento e, forse, allora tu mi dirai dove sono i tuoi diari e, per ora, ovunque tu sia, buona fortuna.


BIBLIOGRAFIA

1. HM Passport Office. General Register Office. Registro delle nascite.
2. British Library ADD MSS 47726 ff56-57.
3. Ristretto delle costituzioni e regole dell'Istituto delle Ancelle della Carità. 1891.
4. British Library ADD MSS 47759 ff75-82
5. British Library ADD MSS 47759 ff123-124
6. London Metropolitan Archives X42/7

ATTIVA LA TUA CASELLA PEC

 Negli scorsi mesi tutti gli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano, Lodi e Monza Brianza hanno ricevuto una propria casella di Posta Elettronica Certificata (PEC).

La PEC, dopo essere stata attivata e configurata, è gestibile esattamente come una qualsiasi casella di posta elettronica.

 La PEC è un sistema che consente di inviare e-mail con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno, come stabilito dalla normativa (DPR 11 Febbraio 2005 n.68). È un utile e potente strumento che, con il passare del tempo, sarà indispensabile per ogni professionista e per ricevere comunicazioni ufficiali da parte dell'OPI.



IJN è anche online



Vai al sito italianjournalofnursing.it e scopri tutte le notizie più aggiornate sull'ordine e sul mondo infermieristico.