

# L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

**ONLINE**

Anno LXIII

# 4

ISSN 2038-0712

**LUGLIO-AGOSTO  
2019**



## FNOPI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

## INDICE

## ● EDITORIALE

**Violenza sugli operatori: bene nuove norme, ma serve di più e una nuova cultura per operatori e cittadini**

*di Barbara Mangiacavalli*

## ● SCIENZE INFERMIERISTICHE

**Monitoraggio degli esiti sensibili dell'assistenza: la contenzione fisica della persona adulta nella media intensità di cura ospedaliera**

*di Marco Gatti, Monica Casati, Stefania Di Mauro, Ramona Pellegrini, Simonetta Cesa, Matteo Marchesi*

**Impatto dell'Assistenza Infermieristica Pediatrica sulla qualità delle Cure: RN4CAST@IT-Ped, un'analisi descrittiva**

*di Loredana Sasso, Annamaria Bagnasco, Silvia Scelsi, Milko Zanini, Gianluca Catania, Silvia Rossi, Nicoletta Dasso, Paolo Petralia, Walter Sermeus, Linda H. Aiken*

## ● CONTRIBUTI

**Gli infermieri italiani: tolemaici o copernicani?**

*di Sandro Spinsanti*

**L'infermieristica tra stereotipi e modelli incompiuti nell'arte cinematografica**

*di Vincenza De Santis, Silvia Caccia*

**Nutraceutici per la mente per la persona con disturbo mentale**

*di Michela Levato, Iena Sala, Paolo Ferrara, Anne Destrebecq*

**Ospedali magneti e non magneti: esiti su infermieri e pazienti**

*di Salvatore Altavilla, Matteo Manici, Marina Lemmi*

## ● ESPERIENZE

**Il progetto interno voce: dalla laringectomia al palcoscenico**

*di Lorenza Ferrante, Massimo Ducci, Cristina Di Ciancia, Gabriella Bachiarrini*

**Relazione tra burnout infermieristico, qualità dell'assistenza ed errore clinico**

*di Alessandra Dordoni, Stefano Terzoni, Giancarlo Celeri Bellotti, Paolo Ferrara, Anne Destrebecq*

**Re-audit clinico sull'implementazione delle evidenze per la prevenzione delle infezioni correlate a catetere venoso centrale**

*di Lucia Mauro, Lavinia Spada, Claudia Lorenzetti, Fabrizio d'Alba, Daniela Orazi, Francesca Milito, Lucia Mitello, Stefano Casciato, Maria Matarese, Angela Peghetti*

## ● SCAFFALE

**La cronicità. Come prendersene cura, come viverla**

*di Laura D'Addio*



EDITORIALE

## **Violenza sugli operatori: bene nuove norme, ma serve di più e una nuova cultura per operatori e cittadini**

*di Barbara Mangiacavalli*

*Presidente Federazione Nazionale Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI)*

La violenza sugli operatori sanitari ha assunto un ruolo di priorità assoluta nella gestione dei servizi che già soffrono di una ormai insostenibile carenza di organici e se questi vengono aggrediti, si può dire quasi quotidianamente, si rischia il blocco delle attività di assistenza.

Per questo l'approvazione al Senato del disegno di legge presentato un anno e mezzo fa dall'allora ministro della Salute Giulia Grillo ha avuto una corsia preferenziale rispetto al normale iter che lo aveva tenuto finora in stand by.

Un'accelerazione che rappresenta per i professionisti della salute motivo di soddisfazione e soprattutto orgoglio per l'introduzione nell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie, degli Ordini professionali, una richiesta di modifica al testo avanzata ed accolta grazie anche al lavoro della FNOPI.

Ma non solo. Gli infermieri come i medici e gli altri operatori sanitari avevano chiesto un inasprimento delle pene per chi avesse compiuto o si rendesse complice di un'aggressione e il Ddl ha introdotto fino a 16 anni di reclusione, aggiungendo alle previsioni del codice penale il "personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria o a incaricati di pubblico servizio presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private".

Prevedendo anche che le stesse pene previste dal codice si applichino "in caso di lesioni personali gravi o gravissime cagionate a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria o a incaricati di pubblico servizio, nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni o del servizio presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private".

È sicuramente un primo passo, un importantissimo passo avanti per chi come gli infermieri è quotidianamente in prima linea in tutti i servizi sanitari, di ricovero o sul territorio e quello che serve ora è un'approvazione veloce anche alla Camera.

Ma siamo convinti che questo tema non si esaurisca con il disegno di legge, ma richieda ulteriori, molteplici interventi costanti nel tempo e integrati da parte di tutti.

Come Federazione abbiamo messo a punto e proposto alle istituzioni un decalogo di necessità, considerando anche che quasi il 90% degli infermieri è stato ed è oggetto di violenze fisiche o verbali:

1. Tolleranza zero verso la violenza nelle strutture sanitarie, con inasprimento delle pene perché chi la compie sappia (quindi massima informazione) di stare perpetrando un reato severamente punibile
2. Regolamentare l'uso dei social nei luoghi di lavoro e rispetto all'attività professionale per evitare commenti, furti di identità e proposte inappropriate (ne sono vittima circa il 12% dei professionisti coinvolti che nel caso degli infermieri sono per il 77% donne)

3. Snellire le attese stressanti in pronto soccorso con meccanismi di smistamento alternativi (es. see&treat) per ridurre la tensione e la reattività dei pazienti
4. Stabilire pene più severe per chi aggredisca verbalmente e fisicamente un professionista sanitario donna sul luogo di lavoro, prevedendo l'aggravante del pericolo che nell'azione possono correre gli assistiti
5. Maggiore formazione del personale nel riconoscere, identificare e controllare i comportamenti ostili e aggressivi prevedendo anche appositi corsi Ecm (come il corso CARE, presentato assieme alla Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri)
6. Aumentare l'informazione e la formazione perché siano denunciate da tutti e in modo chiaro le azioni di ricatto e le persecuzioni nell'ambiente di lavoro rispetto alla posizione e ai compiti svolti
7. Predisporre un team addestrato a gestire situazioni critiche e in continuo contatto con le forze dell'ordine soprattutto (ma non solo) nelle ore notturne nelle accettazioni e in emergenza
8. Predisporre un team addestrato a gestire situazioni critiche e in continuo contatto con le forze dell'ordine e sensibilizzare i datori di lavoro a non "lasciar fare", ma a rifiutare la violenza anche prevedendo sanzioni
9. Stabilire procedure per rendere sicura l'assistenza domiciliare prevedendo anche la presenza di un accompagnatore o la comunicazione a un secondo operatore dei movimenti per una facile localizzazione
10. Evitare per quanto possibile che i professionisti sanitari effettuino interventi domiciliari da soli, ma fare in modo che con loro sia presente almeno un collega o un operatore della sicurezza.

Come sempre ribadiamo la nostra massima collaborazione come Ente pubblico sussidiario dello Stato con le Istituzioni per contribuire al monitoraggio del fenomeno e alla definizione di ulteriori misure di contrasto.

È necessario che i cittadini comprendano che i professionisti lavorano per loro e per il loro bene e non li aggrediscano, ma li mettano nelle condizioni di dare il meglio di sé per poterli davvero aiutare.

Le conseguenze delle aggressioni infatti vanno a scapito dell'assistenza: chi subisce violenze ha poi un calo di attenzione, difficoltà di concentrazione per l'intero turno, paura e rabbia, tende a delegare le proprie attività verso l'utente a un altro collega e arriva anche a soffrire di un comportamento di esclusione tale da compromettere l'esecuzione dei propri compiti.

Una situazione sempre più grave.

L'89,6% degli infermieri – in prima linea ad esempio nel triage ospedaliero che "accoglie" i pazienti e li smista nella struttura con tempi spesso lunghi non dovuti però alla professionalità dell'operatore, ma all'organizzazione - è stato vittima, secondo una ricerca condotta dall'Università di Tor Vergata di Roma, di violenza fisica/verbale/telefonica o di molestie sessuali da parte dell'utenza sui luoghi di lavoro: nel 43,1% dei casi si tratta di lancio di oggetti e sempre nel 43,1% di casi di sputi verso l'operatore sanitario, ma a seguire (39,1%) ci sono graffi, schiaffi e pugni (37,2%), tentata aggressione (36,6%) spintoni (35,4%), calci (26,2%). Le violenze verbali sono state registrate nel 26,6% dei casi per più di 15 volte, ma nel 35,7% tra 4 e 15 volte e nel 31,9% dei casi da una a tre volte.

Come Federazione, assieme a quella dei medici, abbiamo avviato veri e propri corsi di addestramento per mettere in grado gli infermieri di prevenire il fenomeno.

I corsi FAD (formazione a distanza) specifici, si basano su interventi di comunicazione verbale e non, con l'obiettivo di diminuire tensione e aggressività nella relazione interpersonale. E consentono di avere a chi conclude il corso anche numerosi crediti ECM, l'educazione medica continua necessaria per rimanere abilitati all'esercizio della professione.

Il progetto si chiama "C.A.R.E. (Consapevolezza, Ascolto, Riconoscimento, Empatia) – Prevenire, riconoscere, disinnescare l'aggressività e la violenza contro gli operatori della salute" ed è accessibile dalla pagina dedicata ai corsi del sito della Federazione.

La nostra professione ha come scopo il rapporto coi pazienti. È per noi un elemento valoriale importante sia professionalmente che per il 'patto col cittadino' che da anni ci caratterizza. Per noi è essenziale avere una relazione privilegiata con loro, per comprendere come ci vedono e come possiamo soddisfare nel modo migliore i loro bisogni di salute. E saper affrontare alla radice i loro problemi che poi sfociano in pericolose forme di aggressività è essenziale per la salute dei nostri professionisti, ma anche e soprattutto per quella degli assistiti che si trovano poi di fronte operatori impauriti e demotivati.

Una necessità assolutamente prioritaria per chi opera in prima linea: solo nel primo mese in cui il corso è stato messo on line gli infermieri vi hanno già aderito sono oltre 35mila, più del 10% di quelli in attività nei servizi di assistenza. E chi ha avuto occasione di passare dalla teoria alla pratica, applicando ciò che ha imparato dal corso, ha avuto un riscontro positivo con il contenimento e la riduzione dell'aggressività.

Ora servono misure per garantire ai cittadini il diritto alle cure, al medico il diritto di curare in sicurezza, all'infermiere quello di assistere chi ne ha bisogno senza rischi e il nuovo governo deve far presto, anche prevedendo la messa in sicurezza delle sedi e prevedendo presidi di polizia nei pronto soccorso.

Serve però anche una nuova cultura, che ricostruisca il rapporto di fiducia con i pazienti e che valorizzi il lavoro dei professionisti della salute. È bene che i cittadini comprendano come sono proprio gli operatori sanitari che continuano, tra mille difficoltà, a far funzionare il sistema sanitario grazie alla loro dedizione e professionalità.

Solo l'impegno comune di tutti però (direzioni aziendali, dirigenza infermieristica e medica, coordinatori, professionisti e loro rappresentanti, organizzazioni sindacali, rappresentanti dei cittadini, organi di informazione) può migliorare l'approccio al problema e assicurare un ambiente di lavoro sicuro.

# Monitoraggio degli esiti sensibili dell'assistenza: la contenzione fisica della persona adulta nella media intensità di cura ospedaliera

Marco Gatti,<sup>1</sup> Monica Casati,<sup>2</sup> Stefania Di Mauro,<sup>3</sup> Ramona Pellegrini,<sup>4</sup> Simonetta Cesa,<sup>5</sup> Matteo Marchesi<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Infermiere, Unità Assistenziale di Malattie Infettive, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

<sup>2</sup>Dirigente Responsabile Ricerca Formazione e Sviluppo, UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

<sup>3</sup>Professore Associato in Scienze Infermieristiche, Presidente Consiglio di Coordinamento Didattico Laurea in Infermieristica, Laurea in Ostetricia, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università degli Studi di Milano Bicocca, Scuola di Medicina e Chirurgia

<sup>4</sup>Infermiere, Staff Ricerca Formazione e Sviluppo, UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo

<sup>5</sup>Direttore, UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

<sup>6</sup>Medico Legale, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Corrispondenza: [marcogatti@outlook.it](mailto:marcogatti@outlook.it)

## RIASSUNTO

**Introduzione** La contenzione fisica è un intervento straordinario che pone dei problemi etici, assistenziali, deontologici e legali; le pubblicazioni indicano deboli prove scientifiche a sostegno del suo utilizzo, nonostante un frequente ricorso nella pratica clinica. Il monitoraggio del fenomeno è raccomandato, ma le stime sono disomogenee tra loro a causa delle differenti caratteristiche dei luoghi di cura e dell'inclusione o meno delle sponde al letto come mezzi di contenzione. L'obiettivo del presente studio è quello di rilevare la prevalenza della contenzione nel contesto di cura dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

**Materiali e metodi** Studio osservazionale, prospettico. Sono state valutate tutte le persone ricoverate sottoposte a contenzione fisica. Il periodo di osservazione è stato di 51 giorni consecutivi e ha coinvolto 21 Unità Assistenziali di degenza a ciclo continuo escludendo l'area critica, l'area pediatrica e l'area della salute mentale. Sono stati effettuati rilievi giornalieri, osservazioni dirette dei pazienti contenuti e analisi della documentazione clinica.

**Risultati** I diversi metodi di indagine utilizzati descrivono una prevalenza della contenzione pari al 2,13% (rilievi giornalieri) e all'1,5% (osservazioni dirette).

**Conclusioni** Le caratteristiche dei contenuti e della contenzione sono sovrapponibili a quanto già presente in letteratura. La prevalenza registrata è confrontabile solo con una realtà trovata in letteratura ma non con altre a causa di campioni differenti (terapie intensive) e diversi mezzi di contenzione (spondine al letto). La prevalenza registrata rientra tra i front runners dei Nursing Sensitive Outcome (NSO).

**Parole chiave:** contenzione fisica, prevalenza, cure per acuti, assistenza infermieristica, NSO.

## Nursing sensitive outcome monitoring: physical restraint in adult patient in the medium intensity of hospital care

### ABSTRACT

**Introduction** Physical restraint is an extraordinary nursing act that poses ethical, nursing, deontological and legal issues. Literature shows weak evidence to support it, despite its frequent use in clinical practice. Prevalence monitoring is recommended, even if the evaluations are uneven due to different characteristics of the settings of care and whether bedrails are included among physical restraints or not. The objective of this study is to assess the prevalence of physical restraint in the Italian health system, through its evaluation in the Papa Giovanni XXIII hospital, Bergamo.

**Methods** Observational, prospective study. All in-patients undergoing physical restraint were assessed along an observation period lasting 51 consecutive days and involving 21 continuous-cycle hospital care units. The critical area, the paediatric area and the mental health area were excluded. Daily surveys, direct observations of the patients contained and analysis of the clinical documentation have been carried out.

**Results** The different methods of investigation used indicate a prevalence of containment of 2.13% (daily surveys) and 1.5% (direct observations).

**Conclusions** The nature of contention and its procedure overlapped what was already present in the literature. The recorded prevalence was comparable only with a situation found in the literature because of different samples (ICU patients) and different means of containment (bed rails) of the others. The observed prevalence is among the front runners of the Nursing Sensitive Outcome (NSO).

**Key words:** physical restraints, prevalence, acute care, nursing, NSO.

## INTRODUZIONE

Per “contenzione” la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (2001) intende qualsiasi metodo fisico che limiti la libertà della persona di muoversi, di svolgere attività fisica, o di accedere al proprio corpo. In modo più completo Evans et al. (2002) la definiscono come qualsiasi dispositivo, materiale o attrezzatura applicato o adiacente al corpo di una persona che non può essere controllato o facilmente rimosso dalla persona stessa e che limiti volontariamente il movimento e/o il normale accesso al proprio corpo. Nonostante l'uso delle contenzioni fisiche sia da lungo tempo e da molti studi sconsigliato a causa degli effetti collaterali e delle implicazioni deontologiche e medico-legali, numerosi articoli in letteratura ne descrivono il loro frequente utilizzo nella pratica clinica (Krüger et al., 2013; Bai et al., 2014).

Heinze et al., (2011) in Germania hanno rilevato una prevalenza della contenzione del 9,2% comprendendo tra i mezzi contenitivi le sponde al letto e le cinture; Reguan et al. nel 2015, in Israele, hanno rilevato il 3,51% di degenti sottoposti a contenzione, mentre De Vries et al. nel 2004 hanno condotto uno studio europeo rilevando prevalenze delle contenzioni in ospedali geriatrici del 7% in Francia, dello 0% in Austria e Danimarca e in Svizzera dello 0-3%.

La contenzione fisica negli ospedali per acuti è dunque descritta con una prevalenza disomogenea che varia dal 3% al 25% (Krüger et al., 2013).

Il divario può essere spiegato dalle differenti definizioni di contenzione fisica adottate negli studi che hanno indagato il fenomeno, dalle caratteristiche dei luoghi di cura (Fogel et al., 2009; Krüger et al., 2010; Krüger et al., 2013) o dalla presenza di norme che vietino l'utilizzo dei mezzi di contenzione.

Anche la presenza o meno delle sponde al letto tra i mezzi di contenzione risulta essere determinante nel calcolo della prevalenza: vi sono infatti studi che le comprendono tra i mezzi di contenzione (Heinze et al., 2011; Krüger et al., 2013) e studi che le escludono (De Vries et al., 2004; Reguan et al., 2015).

L'inquadramento delle spondine è stato e resta controverso, poiché, in base alla situazione specifica possono essere considerate contenzioni o meno e

dunque non tutti sono concordi nell'escluderle, a priori, dai mezzi di contenzione.

Le spondine applicate o correlate al letto, sono strumenti di sicurezza utilizzati per ridurre il rischio di scivolare, rotolare o cadere accidentalmente dal letto. Esse non sono una forma di contenzione se usate per proteggere il paziente dalla caduta dal letto, o se usate per i pazienti incapaci di movimenti volontari. Solo le spondine usate per contrastare la volontà di un paziente di alzarsi dal letto sono da considerare una forma di contenzione (Healey, 2007).

Nel contesto italiano, Degan et al. (2004) e poi Zanetti et al., (2012) hanno rilevato una prevalenza dei pazienti contenuti negli ospedali per acuti del 15,8%. Un recente studio condotto nel contesto nazionale riguardo agli esiti sensibili alle cure infermieristiche, che contemplano nello specifico tra gli esiti indagati anche la contenzione fisica, ha mostrato una prevalenza del fenomeno pari al 38,2% (Mongardi et al., 2014). La contenzione, infatti, rientra tra gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica, quelli definiti front runners (Griffiths et al., 2008) poiché indicatori comuni tra i principali modelli di classificazione degli esiti (Cesa et al., 2014).

Nonostante l'impiego della contenzione fisica sia sostenuto dagli operatori sanitari come mezzo di prevenzione delle cadute accidentali, per controllare i disturbi del comportamento (agitazione, pericolo di fuga) o per assicurare la continuità dei trattamenti evitando l'autorimozione di dispositivi sanitari, non vi sono prove scientifiche che ne comprovino l'efficacia per tali scopi e ne supportino l'utilizzo (Lane e Harrington, 2011; De Jonghe et al., 2013).

Alcuni studi riportano che la contenzione fisica possa essere causa diretta di morte e di altri eventi avversi come delirium, stress post-traumatico, cadute, lesioni da pressione, aumento del tempo di degenza ed effetti psicologici negativi, come aggressività o depressione (Li-Yin Chang et al., 2008; Van Rompaey et al., 2009; Bai et al., 2014).

Malgrado ciò non vi sono interventi supportati da forti prove di efficacia volti a ridurre il suo utilizzo (Evans et al., 2002).

La letteratura disponibile consiglia la formazione del personale, la creazione di team multidisciplinari piuttosto che la creazione di protocolli specifici per ridurre al minimo il ricorso alla contenzione (RNAO 2012; ANA, 2012; De Bellis et al., 2013; Said e

Kautz, 2013; Cole, 2014; Cosper et al., 2015; Lach et Leach, 2016;).

Organismi internazionali come la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (2001), la Registered Nurses' Association of Ontario in Canada (2012) e il Comitato Nazionale per la Bioetica (2015) raccomandano il monitoraggio della contenzione e relativo feedback agli operatori per ridurre il ricorso.

Nell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII di Bergamo (ex Ospedali Riuniti di Bergamo) è stata emanata nell'anno 2010 una Procedura Specifica inserita nel Sistema Gestione Qualità aziendale relativa alla "Contenzione fisica nell'adulto" indirizzata a tutti gli ambiti di degenza ad eccezione dei contesti di salute mentale, area critica e pediatrica. La Procedura Specifica è stata sottoposta a valutazione ed approvazione del Comitato Etico. Nella Procedura Specifica è stata prevista una scheda per le prescrizioni mediche e il monitoraggio infermieristico da compilare ogni qual volta si proceda ad applicare una contenzione fisica e degli specifici indicatori per la sua valutazione.

Visto il quadro disomogeneo e non sempre confrontabile della prevalenza della contenzione fisica (Raguan et al., 2015) e le raccomandazioni a monitorare il fenomeno (JCAHO, 2001; RNAO, 2012; CNB, 2015), il presente studio ha come obiettivo quello di rilevare la prevalenza della contenzione fisica (spondine escluse) in un grande centro ospedaliero per acuti, contribuendo anche a definire uno dei principali N.S.O. Inoltre si è colta l'occasione per verificare la corretta applicazione delle indicazioni suggerite dalla procedura da parte degli operatori sanitari e analizzare la documentazione clinica per verificare la tracciabilità dei criteri adottati per decidere il ricorso alla contenzione.

## MATERIALI E METODI

Il presente studio è stato condotto presso l'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, presidio ospedaliero dell'omonima Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST), nell'anno 2017. Il disegno di studio è di tipo osservazionale e prospettico. Nelle 21 Unità Assistenziali (U.A.) mediche e chirurgiche a ciclo continuo della media intensità di cura ospedaliera arruolate per lo studio, è stata considerata la popolazione rappresentata da tutte le persone degenti nei giorni di rilevazione.

Sono stati esclusi dalla rilevazione i degenti in regime di day hospital, day surgery, i detenuti, i minori di 18 anni e i degenti in area critica, pediatrica e della salute mentale.

Si sono considerate le sponde al letto solo se applicate per contrastare la volontà della persona di alzarsi dal letto (Healey, 2007).

### *Raccolta dati*

Nella prima fase di raccolta dati è stata indagata la prevalenza dell'uso delle contenzioni. Per indicare una prevalenza accurata del fenomeno, per studiarne l'andamento nel corso del tempo e per approfondire le caratteristiche di un numero statisticamente significativo di degenti sottoposti a contenzione, è stato chiesto ai Coordinatori Infermieristici ed Ostetrici delle unità arruolate di indicare, ogni mattina, su un'apposita scheda per 51 giorni consecutivi, il numero dei degenti presenti in reparto e il numero di coloro che erano sottoposti a contenzione fisica.

Nella seconda fase di raccolta dati si è svolta un'osservazione diretta nelle U.A. da parte dei ricercatori per verificare gli indicatori presenti nella procedura aziendale.

Calcolata la prevalenza dei degenti contenuti si è verificato che nella cartella clinica di ogni degente sottoposto a contenzione fisica fosse presente la scheda di prescrizione e monitoraggio della contenzione. Infine, tramite una check list, si è analizzata quest'ultima scheda controllandone la corretta e completa compilazione.

Nella terza fase di raccolta dati tramite l'analisi di un campione randomizzato di cartelle cliniche si è potuto registrare il mezzo contenitivo più utilizzato, la motivazione più frequente del ricorso alla contenzione e la presenza o meno di un chiaro percorso che giustificasse il ricorso al mezzo contenitivo nel diario clinico integrato.

La scelta di più metodi per indagare il fenomeno, l'osservazione diretta e le schede compilate dai coordinatori aveva come obiettivo una maggiore attendibilità del dato (Fogel et al., 2009).

Per la conduzione dello studio sono stati richiesti ed ottenuti: l'autorizzazione dalla Direzione Sanitaria dell'ASST, l'approvazione del Comitato Etico provinciale di Bergamo ed il consenso dei pazienti o dei loro legali rappresentanti per il trattamento dei dati personali.

### *Analisi dei dati*

Tutti i dati sono stati elaborati con foglio di calcolo (Excel). E' stata calcolata la prevalenza del fenomeno come rapporto tra degenti contenuti e degenti totali nel periodo di raccolta dati. Le differenze tra prevalenze sono state confrontate attraverso il test chi-quadrato; sono stati considerati significativi i valori con  $p < 0,05$ .

Nella seconda fase si è rilevato il numero di schede per la prescrizione e monitoraggio della contenzione correttamente attivate in relazione ai degenti effettivamente sottoposti a contenzione fisica e infine la percentuale di compilazione della scheda stessa. Nelle terza fase si è descritto tramite percentuali il dispositivo e la motivazione più frequente, l'età



media dei degenti contenuti e la presenza o meno di un chiaro percorso che giustificasse il ricorso al mezzo contenitivo nel diario clinico integrato.

## RISULTATI

Nel periodo di indagine sono state raccolte 1071 schede compilate dai Coordinatori nelle quali sono stati segnalati 54 degenti sottoposti a contenzione fisica: il 2,13% dei 2539 pazienti ricoverati. La maggioranza delle persone contenute (72%) è stata segnalata dai Coordinatori nelle U.A. mediche.

Dalle 21 U.A. sono stati esclusi per il calcolo della

prevalenza i reparti di ginecologia e ostetricia fisiologica e patologica, poiché ritenuta bassa la probabilità di osservare degenti contenuti.

E' stata rilevata una prevalenza del 3,15% nella U.A. mediche e dell'1,15% nelle U.A. chirurgiche. Il confronto al test chi-quadrato è risultato statisticamente significativo ( $p < 0,01$ ).

Le prevalenze maggiori si sono registrate in Neurologia (19,66%) per le U.A. mediche e in Neurochirurgia-Otorino (2,95%) per quelle chirurgiche (Tabella 1).

Tabella 1. Prevalenza della contenzione fisica per Unità Assistenziali

UNITA' ASSISTENZIALI	N° DEGENTI	TOT	DEGENTI CONTENUTI	TOT	PREVALENZA	TOT
CARDIOCHIRURGIA	77		1		1,30%	
CH. SPECIALISTICA (PLASTICA, DERMA, SENOLOGIA, OCULISTICA)	196		0		0,00%	
CHIRURGIA GENERALE	227		4		1,76%	
CHIRURGIA VASCOLARE	57		0		0,00%	
NEUROCHIRURGIA-OTORINO	305		9		2,95%	
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA-MAXILLO FACCIALE	243		1		0,41%	
UROLOGIA	197		0		0,00%	
<b>TOT U.A. CHIRURGICHE</b>		<b>1302</b>		<b>15</b>		<b>1,15%</b>
CARDIOLOGIA	224		1		0,45%	
EMATOLOGIA	85		0		0,00%	
GASTRO-PNEUMOLOGIA	152		3		1,97%	
HOSPICE	25		0		0,00%	
MALATTIE INFETTIVE	148		9		6,08%	
MEDICINA D'URGENZA	61		0		0,00%	
MEDICINA INTERNA	192		1		0,52%	
NEFROLOGIA	89		1		1,12%	
NEUROLOGIA	117		23		19,66%	
ONCOLOGIA	67		0		0,00%	
RIABILITAZIONE DEGENZA	77		1		1,30%	
<b>TOT U.A. MEDICHE</b>		<b>1237</b>		<b>39</b>		<b>3,15%</b>
<b>TOT</b>	<b>2539</b>		<b>54</b>		<b>2,13%</b>	

I contenuti (57% maschi) hanno un'età media di 72,5 anni (DS 16,2), la moda della distribuzione è pari a 79 anni e la mediana a 78,5 anni. L'età media nelle unità in cui la prevalenza dei contenuti è risultata maggiore era di 77,5 anni in Neurologia e 70,6 anni in Neurochirurgia. La durata media dei giorni di contenzione è stata pari a 6 giornate, 6,7 giorni per i reparti medici e 5,4 per quelli chirurgici. La durata

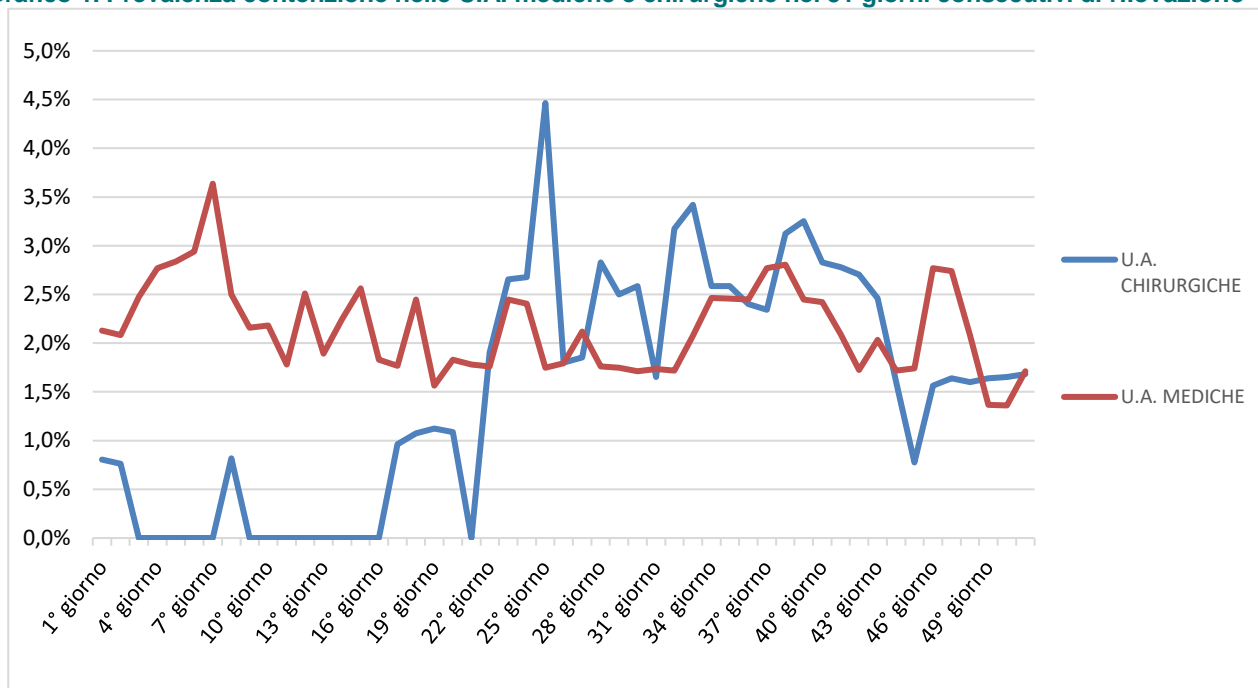
minima è stata di 1 giorno e quella massima di 27 giorni. La mediana, è risultata pari a 4 giorni.

Dall'analisi di 12 cartelle cliniche randomizzate tra i degenti segnalati come contenuti, si sono osservati i ferma polsi in velcro (75%) come tipologia di contenzione più frequente, mentre non sono state segnalate spondine al letto con il chiaro intento di contrastare la volontà del paziente di alzarsi dal letto.

Altri mezzi contenitivi registrati sono stati i fermapolsi con chiusura magnetica (8%) e la cintura pelvica (17%). Grazie all'osservazione quotidiana del fenomeno è stato possibile rappresentarne l'andamento nel tempo (Grafico 1). Inoltre è stato

possibile calcolare la prevalenza del fenomeno nei giorni feriali (1,44%) e in quelli festivi (1,52%). Il confronto al test chi-quadrato non ha mostrato significatività statistica ( $p > 0,05$ ).

**Grafico 1. Prevalenza contenzione nelle U.A. mediche e chirurgiche nei 51 giorni consecutivi di rilevazione**



Nella seconda fase di raccolta dati si sono osservati 519 degenti, di cui 8 sottoposti a contenzione fisica ovvero l'1,5%. In questa fase, entrando camera per camera, è stato verificato l'utilizzo delle spondine come mezzo esclusivo di protezione per i degenti che le richiedevano espressamente per paura di cadere dal letto o per quelli che per vari motivi non erano in grado di muoversi volontariamente in modo autonomo.

Si è osservata l'adesione alle indicazioni della Procedura Specifica "Contenzione fisica nell'adulto" presente nel contesto di studio: in un caso su otto, infatti, non era presente la scheda di prescrizione medica e il monitoraggio infermieristico correttamente attivato.

Dall'analisi delle schede di prescrizione e monitoraggio della contenzione, suddivisa in più momenti prescrittivi di 12 ore ciascuno, si è appurato come il 79,5% dei 161 momenti prescrittivi fosse correttamente completato.

Tra le motivazioni del ricorso alla contenzione reperite dall'analisi della documentazione clinica si è registrato nel 66% dei casi il pericolo di autolesionismo dovuto alla rimozione di presidi medicali. Infatti in tutte le cartelle cliniche analizzate i degenti sottoposti a contenzione fisica erano

descritti come confusi, agitati e con almeno un dispositivo sanitario applicato (catetere venoso centrale o catetere vescicale). Nei restanti casi la motivazione segnalata dagli infermieri per l'applicazione dei mezzi di contenzione si riferiva ad un pericolo generico per il degente.

Infine nella lettura del diario clinico (medico e infermieristico) in nessun caso è stato possibile reperire un chiaro percorso esperito che giustificasse il ricorso al mezzo contenitivo.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I dati di questo studio confermano che la contenzione fisica è un intervento utilizzato nella pratica clinica. Anche la durata media, l'età dei contenuti, la presenza di almeno un dispositivo sanitario e una prevalenza maggiore nelle U.A. mediche rispetto a quelle chirurgiche concordano con quanto già descritto dalla letteratura (Zanetti et al., 2012; Krüger et al., 2013; Mongardi et al., 2014; Raguan et al., 2015).

Nonostante non vi sia un *gold standard* per la misurazione della prevalenza della contenzione, il presente lavoro si basa su 51 giorni di osservazione continua, superiori ai 7 indicati come adeguati per una corretta rilevazione del fenomeno (Fogel et al.,

2009) e necessari per studiarne l'andamento nel tempo. Grazie alla rilevazione per più giorni consecutivi, sia feriali che festivi, è stato possibile verificare come non vi sia differenza statisticamente significativa nella prevalenza della contenzione fisica, nonostante nei giorni festivi (sabato e domenica) vi fosse meno personale sanitario presente in turno.

Inoltre grazie alla rappresentazione grafica (Grafico 1) è possibile notare che, se per le realtà mediche il fenomeno è costante, in quelle chirurgiche molto meno. Probabilmente l'andamento è collegato all'attività delle sale operatorie, ma non è stato possibile reperire dati per verificare tale ipotesi.

Purtroppo non è stato possibile confrontare la prevalenza registrata con quella di altri studi poiché, anche se simili includevano nel campione contesti da noi esclusi come la terapia intensiva (Raguan et al. 2015) o le spondine al letto come mezzo di contenzione (Krüger et al. 2013).

Fatto salvo che sia del tutto corretto sorvegliare anche l'uso delle spondine, queste dovrebbero avere un conteggio dedicato e separato dagli altri mezzi di contenzione; inoltre nel conteggio dedicato alle spondine si dovrebbe sempre specificare il tipo di spondina (intera o con via di fuga) e se il paziente è in grado/non in grado di superarle in modo volontario. Tali dati sono indispensabili per discernere se le spondine siano applicate come mezzi di contenzione veri e propri, vale a dire idonei a contrastare anche gli eventuali movimenti volontari del paziente, oppure come mezzi di protezione, in altre parole idonei solo a tutelare la persona assistita dalle eventuali conseguenze negative di movimenti involontari, preservando nel contempo la libertà dei movimenti volontari.

I limiti del presente studio sono l'arruolamento dei degenti di un'unica realtà ospedaliera, il numero limitato di cartelle cliniche analizzate, l'aver escluso dall'osservazione il pomeriggio e la notte e il non avere considerato le condizioni funzionali e cognitive degli assistiti contenuti.

I dati registrati durante l'osservazione diretta nelle U.A. arruolate e l'analisi della scheda dedicata alla prescrizione e monitoraggio della contenzione sono stati per la realtà dell'ASST Papa Giovanni XXIII una prima valutazione approfondita del fenomeno della contenzione. I risultati raggiunti sono stati spunto per la diffusione della procedura nell'area critica e pediatrica. L'analisi del diario clinico (medico e infermieristico) e l'incontro con i colleghi ha mostrato come non vengano sistematicamente descritte pratiche e o interventi volti ad evitare il ricorso alla contenzione, ad eccezione dell'aiuto del parente/caregiver che possa garantire un controllo diretto della persona assistita.

La tematica, con le sue implicazioni etiche e medico-legali, non può, quindi, essere affrontata solo elencando gli esiti negativi di tali pratiche, deprecandone l'uso e limitandosi a delle vaghe indicazioni sui metodi "alternativi", come non di rado capita di leggere. Peraltro si trova incoerente tale aggettivazione, dato che la contenzione fisica dovrebbe essere attuata proprio quando non vi siano delle valide alternative. Sarebbe forse più corretto discutere di metodi "preventivi", intendendosi con ciò l'insieme delle attività svolte per assistere in sicurezza i pazienti e per fare in modo di non dover ricorrere alla loro contenzione.

Il monitoraggio del fenomeno della contenzione e relativo feedback agli operatori, obiettivo di questo studio, rientra tra gli interventi suggeriti dalla letteratura per prevenirne il ricorso (JCAHO, 2001; RNAO, 2012; CNB, 2015).

Ulteriori studi sono necessari sia per il monitoraggio e lo studio approfondito dei principali N.S.O. in cui il fenomeno della contenzione fisica trova piena collocazione, sia per descrivere le caratteristiche dei degenti contenuti e l'efficacia degli interventi preventivi indicati dalla letteratura.

### Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

### Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

### Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare tutti coloro che hanno permesso e contribuito alla realizzazione di questo progetto. In particolare i Coordinatori Infermieristici/Ostetrici e i colleghi Infermieri delle U.A. arruolate grazie ai quali è stato possibile rilevare quotidianamente la prevalenza del fenomeno durante il periodo di raccolta dati.

### BIBLIOGRAFIA

- Agens JE, (2010) *Chemical and physical restraint use in older person*. British Journal for Medical Practitioners, 3(1), 302.
- American Nurses Association -ANA- (2012) *Position Statement: Reduction of patient restraint and seclusion in health care settings*. 1-15.
- Bai X, Kwok CYT, Ip NI, Woo J, Chui YPM, Ho KYF, (2014) *Physical restraint use and older patient's length of hospital stay*. Health psychology & Behavioural medicine, 2(1), 160-170.

- Benbenbishty J, Adam S, Endacott R, (2010) *Physical Restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study*. *Intensive And Critical Care Nursing*, 26(5), 241-245.
- Bradas CM, Sandhu SK, Mion LC, (2012) *Physical restraint and side rails in acute and critical care settings. In Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. Springer Publishing Company, 229-245.
- Cesa S, Casati M, Galbiati G, Colleoni P, Barbui T, Chiappa L, Capitoni E, (2014) *Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche e i sistemi elettronici per la raccolta di dati clinici: una revisione della letteratura*. *L'infermiere*, 51(3), e37-e45.
- Comitato Nazionale per la Bioetica -CNB- (2015) *La contenzione: problemi bioetici*. Presidenza del consiglio dei ministri.
- Cosper P, Morelock V, Provine B, (2015) *Please release me: restraint reduction initiative in a health care system*. *Journal of nursing care quality*, 30(1):16-23.
- De Bellis A, Mosel K, Curren D, Prendergast J, Harrington A, Muir-Cochrane E, (2013). *Education on physical restraint reduction in dementia care: a review of the literature*. *Dementia*, 12(1), 93-110.
- Degan M, Iannotta M, Genova V, Opportuni I, Chiusso G, Bonso O, (2004) *Utilizzo della contenzione fisica in un ospedale per patologie acute*. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 23 (2), 44-47.
- De Vries OJ, Lighthart GJ, Nikolaus T, & European Academy of Medicine of Ageing – Course III. (2004) *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes*. *The Journals of Gerontology*, 59(9), M922-3.
- Evans D, Wood J, Lambert L, Fitzgerald M, (2002) *Physical restraint in acute and residential care. A systematic review*. No 22, The Joanna Briggs institute, Adelaide, Australia.
- Evans D, Wood J, Lambert L. (2003) *Patient injury and physical restraint devices: a systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274–282.
- Fogel JF, Cathy SB, Cindy M, (2009). *Efficient and Accurate Measurement of Physical Restraint Use in Acute Care*. *Care Management Journals*, 10(3), 100–109.
- Fryback J, (1998) *Counting, using and reducing physical restraints*. Wisconsin Department of Health Services.
- Griffith P, Jones S, Maben J, Murrells T, (2008) *State of the art metrics for nursing: A rapid appraisal*. *National Nursing Research Unit*, King's College, University of London.
- Healey F, (2007) *Bedrails-reviewing the evidence*. National Patient Safety Agency. London.
- Heinze C, Dassen T, Grittner U, (2011) *Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study*. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8); 1033–1040.
- Inouye SK, Zhang Y, Jones RN, Kiely DK, Yang F, Marcantano ER, (2007) *Risk factors for delirium at discharge: development and validation of a predictive model*. *Archives of internal Medicine*, 167(13), 1406-1413.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations -JCAHO- (2001) *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: Restraint and Seclusion Standards*. Oakbrook Terrace, Ill.
- Krüger C, Meyer, G, and Hamers J, (2010) *Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus: ein systematischer Literaturüberblick [Physical restraints in hospital. A systematic overview]*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 43: 291–296.
- Krüger C, Mayer H, Hastert B, Meyer G, (2013) *Use of physical restraint in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study*. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1599-1606.
- Lach HW, Leach KM, (2016) *Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care*. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(2), 17-26.
- Lane C, Harrington A, (2011) *The Factors that influence nurses' use of physical restraints: a thematic literature review*. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 195–204.
- Mann E. (2016) *Restraint: Clinician Information*. The Joanna Briggs Institute.
- Mongardi M, Bassi E, De Palma R, Peghetti A, Seligardi M, Di Ruscio E, (2014) *Osservatorio regionale sui Nursing Sensitive Outcomes*. Servizio Presidi Ospedalieri – DGSPS, Regione Emilia Romagna.
- National Patient Safety Agency -NPSA- (2007). *Resources for Reviewing or Developing a Bedrail Policy*. London.
- Raguan B, Wolfowitz E, Gil E, (2015) *Use of physical restraints in general hospital: a cross-sectional observational study*. *The Israel Medical Association journal*, 17, 633-638.
- Registered Nurses' Association of Ontario -RNAO- (2012) *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Said AA, Kautz DD, (2013). *PATIENT SAFETY. Reducing restraint use for older adults in acute care*. *Nursing*, 43(12), 59-6.
- Zanetti E, Castaldo A, Miceli R, Magri M, Mariani L, Gazzola M, Gobbi P, Carniel G, Capodiferno N, Muttillio G, (2012) *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza*. *L'infermiere*; 49(2), e29-e32.

# Impatto dell'Assistenza Infermieristica Pediatrica sulla qualità delle Cure: RN4CAST@IT-Ped, un'analisi descrittiva.

Loredana Sasso,<sup>1</sup> Annamaria Bagnasco,<sup>2</sup> Silvia Scelsi,<sup>3</sup> Milko Zanini,<sup>4</sup> Gianluca Catania,<sup>5</sup> Silvia Rossi,<sup>6</sup> Nicoletta Dasso,<sup>7</sup>  
Paolo Petralia,<sup>8</sup> Walter Sermeus,<sup>9</sup> Linda H. Aiken<sup>10</sup>

<sup>1</sup>MEdSc, MSN, RN, FAAN, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

<sup>2</sup>PhD, MEdSc, MSN, RN, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

<sup>3</sup>MSN, RN, Ospedale G. Gaslini – IRCCS, Genova

<sup>4</sup>PhD, MSN, MSoc, RN, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

<sup>5</sup>PhD, MSN, RN, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

<sup>6</sup>MSN, RN, PhD Student, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

<sup>7</sup>MSN, RN, PhD Student, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

<sup>8</sup>MD, Presidente Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI), Ospedale G. Gaslini – IRCCS, Genova

<sup>9</sup>PhD, RN, KU Leuven Department of Public Health & Primary Care, Leuven, Belgium

<sup>10</sup>PhD, FAAN, FRCN, Center for Health Outcomes and Policy Research, School of Nursing, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

Corrispondenza: [annamaria.bagnasco@unige.it](mailto:annamaria.bagnasco@unige.it)

## RIASSUNTO

**Introduzione** Gli studi in ambito pediatrico dimostrano che elevati carichi di lavoro infermieristico e ambiente di lavoro sfavorevole aumentano il rischio di riammissione ospedaliera. Obiettivo dello studio è descrivere l'assistenza infermieristica attuale e la qualità e la sicurezza delle cure in pediatria in Italia.

**Materiali e metodi** Studio osservazionale trasversale, con raccolta dati a tre livelli: amministrativo, infermiere, caregiver o paziente maggiorenne. Sono state coinvolte 13 Aziende Ospedaliere affiliate all'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani e le rispettive unità operative di degenza ordinaria. I dati sono stati analizzati per area clinica: area medica, chirurgica e critica.

**Risultati** Sono state incluse 169 unità operative, arruolati 2769 infermieri. Lo staffing medio nazionale differiva per le tre aree: area chirurgica 5,93 (DS  $\pm 2,67$ ); area medica 5,7 (DS  $\pm 3,33$ ); area critica 3,55 (DS  $\pm 2,68$ ). L'80% degli infermieri riportava livelli di qualità dell'assistenza non eccellenti, mentre la sicurezza dei pazienti era percepita non buona da una percentuale di infermieri pari al 49%. Il 27% degli infermieri presentava un livello di burnout elevato su tutto il territorio nazionale. Lo skill-mix variava tra il 76% e l'82%.

**Conclusioni** I risultati rilevano criticità su staffing, qualità e sicurezza dell'assistenza evidenziando la necessità di orientare le scelte politiche in termini di fabbisogno di risorse umane verso la qualità e la sicurezza dell'assistenza ospedaliera pediatrica. I risultati del primo studio italiano ed europeo condotto sull'impatto dell'assistenza infermieristica pediatrica sulla qualità e la sicurezza delle cure permetterà di aprire la riflessione nazionale e internazionale, tesa a un miglioramento degli esiti clinici del paziente.

**Parole chiave:** staffing, cure mancate, qualità delle cure, work environment, assistenza pediatrica, cure pediatriche.

## Impact of Paediatric Nursing Care on the Quality of Care: RN4CAST@IT-Ped, a descriptive analysis.

### ABSTRACT

**Introduction** Studies in the area of childcare show that heavy nursing workloads and unfavourable working environment increase the risk of hospital readmission and worse the quality of care. The aim of the study was to describe current nursing care and the quality and safety of paediatric care in Italy.

**Methods** A cross-sectional observational study was conducted. Data have been collected at three levels: administrative, nurses, caregivers or adult patients. Thirteen hospitals, affiliated to the Italian Paediatric Hospitals Association, with their respective units of ordinary hospitalization were enrolled. Analyses were aggregated by the following clinical areas: medical, surgical, and critical.

**Results** One hundred and sixty-nine operating units were included and 2769 nurses enrolled. The average national staffing differed for the three areas: surgical area 5.93 (DS  $\pm 2.67$ ); medical area 5.7 (DS  $\pm 3.33$ ); critical area 3.55 (DS  $\pm 2.68$ ). The response rate was 80%, 39% and 68%, respectively. 80% of paediatric nurses reported not optimal levels of quality of care, while patient safety was not perceived as being good by 49% of nurses.

Throughout the country, 27% of nurses scored in the high burnout range. The skill-mix ranged from 76% to 82%.

**Conclusions** The results showed weaknesses in staffing, quality and safety of care, highlighting the need to steer policy choices in terms of human resource needs towards the quality and safety of paediatric hospital care. The results of the first Italian and European study conducted on the impact of paediatric nursing care on the quality and safety of care will arise the national and international debate, aimed at improving the patients' clinical outcomes.

**Key words:** staffing, missed care, quality of care, work environment, paediatric nursing, paediatric care.

## INTRODUZIONE

Il progetto RN4CAST@IT-Ped (Registered Nurses Forecasting in Pediatrics) nasce dalla volontà di studiare le caratteristiche degli infermieri che erogano assistenza in ambito pediatrico, dell'ambiente di lavoro e la loro relazione con gli esiti dei pazienti (Sasso et al., 2018), analogamente a quanto è avvenuto nell'ambito dell'assistenza al paziente adulto ospedalizzato con il progetto internazionale RN4CAST (Sermeus et al., 2011; Aiken et al., 2014; Sasso et al., 2017).

Grazie agli studi del filone RN4CAST, infatti, è stato possibile fare il punto sulla situazione infermieristica mondiale, ragionando in termini sia di risorse che di esito: è stato dimostrato che l'aumento del carico di lavoro infermieristico e le caratteristiche dell'ambiente lavorativo hanno ricadute dirette sulla sicurezza dei pazienti (per esempio mortalità o il verificarsi di eventi avversi), sia sulla qualità assistenziale, (per esempio l'aumento di omissione di alcune attività infermieristiche) (Aiken et al., 2017; Ball et al., 2018).

La panoramica così ottenuta sui livelli di staffing infermieristico, inteso come il rapporto numerico tra infermieri presenti nelle unità operative e i pazienti da loro assistiti, dei reparti di medicina e chirurgia, nell'ambito dell'assistenza all'adulto e delle ricadute che questo rapporto ha sugli esiti dei pazienti (Griffiths, 2016), ha fatto sì che alcuni paesi nel mondo (es., Stati Uniti, Australia, Regno Unito) legiferassero in merito, ponendo dei limiti di organico al di sotto dei quali non è più considerato legale scendere.

In ambito pediatrico sono pochi gli studi che hanno indagato questi aspetti. Cimiotti et al. nel 2014 hanno condotto uno studio per correlare agli esiti avversi nei bambini fattori di tipo organizzativo, quali l'adeguatezza delle risorse, evidenziando differenze tra i diversi ospedali coinvolti (interamente pediatrici o misti) (Cimiotti et al., 2014). Precedentemente, Tubbs-Cooley e colleghi hanno condotto uno studio per indagare la correlazione tra le riammissioni ospedaliere della popolazione pediatrica e il carico

di lavoro infermieristico, evidenziando come un carico di lavoro pari o inferiore a 4 pazienti per ogni infermiere, riduca significativamente il rischio di riammissione ospedaliera (Tubbs-Cooley et al., 2013). Altri studi dell'ambito pediatrico si sono concentrati sulla qualità delle cure erogate, attraverso, per esempio, l'analisi delle cure infermieristiche omesse e le loro relazioni con alcune caratteristiche organizzative e professionali: il rischio che un infermiere ometta delle attività è del 40% inferiore laddove vi siano ambienti di lavoro positivi e aumenta del 70% ogni qualvolta venga aggiunto un paziente in assistenza (Lake et al., 2017).

Il *Royal College of Nursing* (RCN) ha proposto nel 2013 delle linee guida che potessero regolamentare i livelli di staffing infermieristico adeguati nelle diverse aree assistenziali pediatriche, tuttavia anche loro sostengono la necessità che lo staffing sia formulato sulla base della gravità e della complessità assistenziale del paziente (RCN, 2013).

Nel contesto italiano è stato condotto nel 2016 uno studio che ha coinvolto 63 Terapie Intensive Neonatali (TIN), con l'obiettivo di indagare lo staffing, il carico di lavoro, l'ambiente lavorativo, l'organizzazione dell'assistenza e la localizzazione geografica in relazione agli esiti dei pazienti ricoverati in TIN. Dall'analisi dei dati sono emerse grandi differenze per quanto riguarda le caratteristiche organizzative, l'ambiente di lavoro, il rapporto pazienti/infermieri e la gravità del paziente. A causa di questa eterogeneità non è stato possibile proporre uno standard condivisibile per guidare la programmazione nell'allocazione di risorse materiali e umane per questo contesto (Corchia et al., 2016). L'eterogeneità dei contesti assistenziali pediatrici analizzati e la complessità dell'assistenza infermieristica pediatrica hanno richiesto studi ulteriori che permettano di mappare tutti i possibili scenari assistenziali, al fine di implementare interventi di miglioramento e pianificare in maniera più efficace il fabbisogno di infermieristica e di infermieri nell'ambito dell'assistenza ospedaliera al paziente pediatrico.

Il progetto RN4CAST@IT-Ped si pone l'obiettivo di descrivere l'assistenza infermieristica attuale e la qualità e la sicurezza delle cure in pediatria in Italia nelle Aziende Ospedaliere affiliate all'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI). Questo articolo riporta i dati descrittivi delle variabili principali indagate per l'indagine condotta a livello infermiere.

## METODI E STRUMENTI

### *Disegno di studio e campione*

Questo è uno studio multicentrico e multilivello condotto con un disegno osservazionale trasversale, che utilizza il metodo dell'indagine con questionario. La raccolta dati è stata svolta tramite l'utilizzo di questionari specifici (Squires et al., 2012), su tre livelli differenti (organizzativo, infermieristico, utenza – caregiver e paziente maggiorenne) (Sasso et al., 2018). Il campionamento è stato di convenienza per tutti i livelli di indagine:

- **Livello Organizzativo:** prevedeva il coinvolgimento delle Aziende Ospedaliere affiliate all'AOPI, che hanno prestato il consenso informato alla partecipazione allo studio, e con tasso di risposta dell'indagine rivolta agli infermieri non inferiore al 60% rispetto ai potenziali rispondenti. In ogni Azienda sono state incluse tutte le unità operative di degenza ordinaria, operanti sulle 24 ore, con esclusione delle attività di day-hospital, day-surgery, piastre ambulatoriali e sale operatorie.
- **Livello Infermiere:** prevedeva l'arruolamento di tutti gli infermieri e infermieri pediatrici dedicati all'assistenza diretta all'interno delle Unità Operative (UU.OO.) pediatriche di degenza ordinaria incluse nello studio, che avevano dato il consenso alla partecipazione allo studio e che non fossero assenti per maternità, malattia o ferie.
- **Livello Caregiver e Paziente Maggiorenne:** ha previsto l'arruolamento di tutti i caregiver di pazienti minorenni o maggiorenni non in grado di prestare il consenso allo studio e di tutti i pazienti maggiorenni. Per questo studio il caregiver era la persona di riferimento del minore durante il ricovero ospedaliero, identificata dai sanitari delle UU.OO. coinvolte. Gli eleggibili dovevano essere ricoverati da almeno 24 ore nelle UU.OO. identificate per lo studio.

### *Raccolta dati*

I dati sono stati raccolti attraverso un set di strumenti validati in diverse lingue, inclusa la lingua italiana (Squires et al., 2012).

La raccolta dati a *livello organizzativo* è avvenuta nel periodo gennaio-aprile 2018, attraverso una *web survey* compilata dal Dirigente delle Professioni

Sanitarie di ogni Azienda Ospedaliera coinvolta, con i dati relativi all'intero anno precedente (2017). I dati sono stati raccolti attraverso la compilazione di un questionario creato *ad hoc* per raccogliere informazioni inerenti la struttura organizzativa dell'azienda, la capacità formativa e la gestione del personale. Inoltre, sono state raccolte le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), relative all'anno 2017, per ogni azienda partecipante.

La raccolta dati a *livello infermiere* è avvenuta attraverso il metodo della *web-survey* nel periodo settembre 2017 - gennaio 2018, utilizzando la versione adattata al contesto pediatrico del questionario utilizzato per lo studio RN4CAST@IT (Sasso et al., 2016; Squires et al., 2012). Il questionario raccoglie, in maniera anonima, dati relativi all'ambiente di lavoro infermieristico (*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index – PES-NWI*), *burnout* (*Maslach Burnout Inventory – MBI*), sicurezza e qualità delle cure erogate (*Agency for Healthcare Research and Quality safety culture questionnaire*), cure infermieristiche mancate (*Care Left Undone*; BERNCA).

Altre dimensioni del questionario sono composte da domande sviluppate ad hoc e validate dagli autori del lavoro originale RN4CAST: soddisfazione professionale, intenzione di lasciare l'ospedale, possibilità di lasciare l'ospedale (Squires et al., 2012). Inoltre, altre sezioni del questionario, raccoglievano dati idonei alla descrizione statistica del campione e al calcolo del livello di staffing infermieristico.

Per la raccolta dati a *livello caregiver/paziente maggiorenne* si è scelto il metodo della prevalenza puntuale su 3 giorni, a gestione della singola Azienda Ospedaliera. I questionari utilizzati, Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems survey (CAHPS) (Squires et al., 2012), sono stati sottoposti al processo di adattamento linguistico e culturale e di validazione al contesto (analisi della validità e di affidabilità).

Lo scopo era indagare la percezione dei caregiver e dei pazienti maggiorenni rispetto alla comunicazione con i professionisti, alle informazioni ricevute durante la somministrazione dei farmaci e alla dimissione, nonché la qualità complessiva dell'assistenza ricevuta.

### *Considerazioni etiche*

Per lo svolgimento dello studio, in data 11 aprile 2017, è stato ottenuto il parere favorevole da parte del Comitato Etico Regionale Ligure (#075REG2017).

Sono state messe in atto procedure per gestire in sicurezza i dati potenzialmente sensibili, come l'utilizzo di codici alfa-numeriche per garantire l'anonimato di infermieri, caregiver e pazienti.

La gestione dei dati è avvenuta solo da parte dei ricercatori coinvolti nello studio. Inoltre, la raccolta dati è sempre stata preceduta da un'informativa relativa allo studio e all'utilizzo dei dati, dall'acquisizione di consenso informato, in forma cartacea per la partecipazione dell'Azienda, dei caregiver e pazienti maggiorenni e informatica per quanto riguarda la survey somministrata agli infermieri.

#### Analisi dei dati

È stata condotta un'analisi preliminare dei dati grezzi al fine di identificare eventuali dati incongruenti o mancanti. In seguito, è stata condotta un'analisi descrittiva e comparativa delle variabili; tutte le analisi relative all'indagine su infermieri e caregiver/pazienti maggiorenni è stata effettuata in forma aggregata. Successivamente, è stata eseguita un'analisi dettagliata dei rapporti tra le diverse variabili prese in esame, attraverso metodi di statistica descrittiva.

I dati sono stati analizzati attraverso l'utilizzo del

software statistico SPSS 22.0.

## RISULTATI

Lo studio ha coinvolto 13 Aziende Ospedaliere italiane affiliate AOPI. Un'Azienda Ospedaliera si è ritirata dallo studio in corso di conduzione dello stesso, in quanto non è stato raggiunto il tasso di adesione minimo richiesto (60%) per la survey infermiere.

I partecipanti, pertanto, sono stati 12 Aziende Ospedaliere, di cui 3 Aziende Ospedaliere Pediatriche, 5 Aziende Ospedaliere con Presidi Ospedalieri Pediatrici e 4 Aziende Ospedaliere con UU.OO. pediatriche, per un totale di 169 unità operative di degenza ordinaria.

Complessivamente sono stati reclutati 2.769 infermieri, 2.152 caregiver e 50 pazienti maggiorenni ancora seguiti in ambito pediatrico, con un tasso di adesione rispettivamente dell'80%, 39% e 68%. La tabella 1 riporta le caratteristiche demografiche e professionali principali del campione in studio.

**Tabella 1: Caratteristiche del campione infermieri**

Caratteristiche	Area chirurgica (N=370)		Area Medica (N=1157)		Area Critica (N=617)	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Età (anni)	41,93	9,95	40,40	10,1	38,83	9,42
Esperienza (anni)	16,7	10,55	16,03	10,43	14,62	9,86
	% (N)		% (N)		% (N)	
Maschi	16,2 (60)		11,8 (136)		13,9 (86)	
Full-time	93 (344)		92,3 (1068)		89,1 (550)	
Laureati Infermieristica	42,7 (158)		50,6 (586)		47,8 (295)	
Laureati Infermieristica Pediatrica	28,1(104)		27,5 (318)		32,9 (203)	

DS= Deviazione Standard

Questo articolo riporta i risultati principali della survey infermieri.

Lo *staffing* medio nazionale in area chirurgica era pari a 5,93 (DS  $\pm$ 2,67) pazienti per ogni infermiere, in area medica di 5,7 (DS  $\pm$ 3,33), in area critica 3,55 (DS  $\pm$ 2,68).

Lo *skill-mix*, ovvero il rapporto tra infermieri e team assistenziale, era pari al 79% area chirurgica, 76% area medica, e dell'82% area critica. La percentuale di infermieri che hanno dichiarato un livello non eccellente della qualità delle cure erogate era l'87% in area chirurgica, 79% in area medica, 79% in area critica e l'80% in tutte le aree. La percentuale di infermieri che hanno dichiarato un livello scadente o mediocre di sicurezza era del 13% in area chirurgica, 12% in area medica, 9,6% in area critica e del 49% in tutte le aree. I dati sull'ambiente di lavoro in pediatria, definito come l'insieme di caratteristiche

organizzative del contesto lavorativo atte a facilitare o ostacolare l'assistenza, evidenziavano un punteggio medio pari a 2,67 (DS  $\pm$ 0,5) [Min 1,28 - Max 3,90] in area chirurgica, 2,66 (DS  $\pm$ 0,56) [Min 1,00 - Max 4,00] in area medica, 2,65 (DS  $\pm$ 0,52) [Min 1,16 - Max 4,00] in area critica. Complessivamente il punteggio medio per tutte le aree era 2,66 (DS $\pm$ 0,54) [Min 1,00 - Max 4,00] equivalente alla categoria di risposta tra "disaccordo" e "accordo" con un punteggio minimo di 1,00 (completo disaccordo) e 4,00 (completo accordo).

Il livello di burnout misurato nelle tre aree evidenzia un livello complessivamente maggiore di esaurimento emotivo per chi lavora nelle aree di medicina; un livello equivalente di depersonalizzazione nelle tre aree; un livello elevato di scarsa realizzazione lavorativa tra chi lavora nelle aree critiche (Tabella 2).



Tabella 2: percentuale di infermieri con rischio alto di burnout.

	Percentuale di infermieri con alti livelli di burnout per le sotto-scale della MBI		
	Esaurimento Emotivo % (N)	Depersonalizzazione % (N)	Realizzazione Lavorativa % (N)
Area Chirurgica	26 (105)	10 (39)	19 (76)
Area Medica	28 (334)	9 (107)	21 (248)
Area Critica	24 (153)	8 (49)	25 (159)

Inoltre, circa un quarto (25,8%) degli infermieri di ogni area dichiarava l'intenzione di lasciare il proprio lavoro nei 12 mesi successivi a causa dell'insoddisfazione lavorativa (24,6% area chirurgica, 26,7% area medica, 24,8% area critica). Per quanto riguarda la percezione degli infermieri relativa al verificarsi di alcuni esiti correlati all'assistenza infermieristica sul paziente, i dati

nazionali mostrano che la maggior parte degli infermieri delle aree chirurgiche percepivano come maggiormente verificabile il rischio di infezioni alle vie urinarie (8%), gli infermieri delle aree di medicina il rischio di somministrare un farmaco sbagliato (8%) e di setticemie (8%), gli infermieri delle aree critiche il rischio di setticemie (12%) (Tabella 3).

Tabella 3: Percentuale di infermieri che percepivano un rischio regolare di eventi avversi, per area

	Percentuale di Infermieri che percepivano il rischio regolare di eventi avversi		
	% Area Chirurgica (N=370)	% Area Medica (N=1157)	% Area Critica (N=617)
Farmaco sbagliato	7	8	5
Piaghe da decubito	2	2	11
Cadute	1	2	1
Infezioni vie urinarie	8	5	9
Setticemie	5	8	12
Polmoniti	2	6	11

Con riferimento alle cure infermieristiche mancate, in area chirurgica la media di attività omesse a causa della mancanza di tempo per singolo infermiere era pari a 5,33 (DS  $\pm 4,47$ ), 5,18 (DS  $\pm 4,14$ ) in area medica, 4,74 (DS  $\pm 4,41$ ) in area critica.

In **area chirurgica** le attività più frequentemente omesse erano *'confortare e parlare con il paziente'* (omessa dal 47% dei rispondenti), *'informare ed educare i pazienti e/o i familiari'* (omessa dal 45,9% dei rispondenti) e *'sviluppare o aggiornare i piani di cura infermieristici'* (omessa dal 45,7% dei rispondenti).

In **area medica** le attività più frequentemente omesse erano *'confortare e parlare con il paziente'* (omessa dal 50% dei rispondenti), *'informare ed educare i pazienti e/o i familiari'* (omessa dal 47,3% dei rispondenti), *'compilare in modo appropriato la documentazione infermieristica'* (omessa dal 45,3% dei rispondenti), e *'adeguata sorveglianza del paziente'* (omessa dal 44,9% dei rispondenti).

In **area critica** le attività più frequentemente omesse erano *'confortare e parlare con il paziente'* (omessa dal 43,4% dei rispondenti), *'informare ed educare i pazienti e/o i familiari'* (omessa dal 42,1% dei rispondenti) e *'sviluppare o aggiornare i piani di cura infermieristici'* (omessa dal 43,1% dei rispondenti).

Tra le attività non assistenziali svolte dal singolo

infermiere (*non-nursing tasks*), lo svolgimento di attività burocratica e di gestione delle telefonate era svolto dal 99% di infermieri dell'area chirurgica durante l'ultimo turno di lavoro, 98% in area medica e 93% in area critica.

## DISCUSSIONE

Il progetto RN4CAST@IT-Ped è il primo studio che, a livello europeo, ha attuato il protocollo RN4CAST in ambito pediatrico, e che ha visto il coinvolgimento di tutti i contesti di degenza ordinaria, a differenza di quanto fatto nell'ambito dell'assistenza ospedaliera al paziente adulto, dove venivano coinvolte solo unità operative di medicina, chirurgia e assimilabili. Questo ha permesso la fruizione di una panoramica più completa del contesto assistenziale sanitario pediatrico.

Questo articolo pone l'attenzione sugli infermieri, alle caratteristiche dell'ambiente di lavoro, alla qualità dell'assistenza e alla sicurezza del paziente, omettendo intenzionalmente di riportare i dati raccolti sui caregiver e sui pazienti che saranno pubblicati in successivi manoscritti.

Gli autori ritengono che il focus sugli infermieri potrà rappresentare un'opportunità concreta per il management ospedaliero a migliorare le condizioni di lavoro degli infermieri e promuovere un dibattito

nazionale che riconosca le criticità che l'infermieristica sta affrontando nell'ultima decade, favorendo in prospettiva la piena espressione degli elementi di forza che contraddistinguono l'infermieristica italiana e internazionale.

Nonostante la sfida che l'attuazione di questo progetto poneva, è stato possibile ottenere dei tassi di adesione più che positivi, grazie alla riproduzione di un modello motivazionale che si era già rivelato vincente nell'attuazione del progetto per l'adulto RN4CAST@IT (Bagnasco, et al., 2019). Sono stati svolti incontri organizzativi e formativi su tutto il territorio nazionale con la finalità di coinvolgere e motivare gli stakeholder presenti nelle Aziende Ospedaliere reclutate: questo ha portato ad un tasso medio di adesione della survey infermiere dell'80%. I risultati indicano che quattro infermieri su cinque percepiscono che la qualità dell'assistenza in ambito pediatrico non è eccellente e un infermiere su due ritiene che la sicurezza dei pazienti è a un livello inferiore al buono. Per la prima volta nell'ambito dell'assistenza pediatrica in Italia e in Europa i dati sulla qualità dell'assistenza e la sicurezza del paziente sono stati studiati includendo le seguenti variabili chiave: l'ambiente di lavoro, il *burnout*, l'intenzione di lasciare il proprio posto di lavoro o la propria professione, l'esecuzione di attività non infermieristiche o l'omissione di attività ritenute essenziali per il paziente. Tutti questi dati permetteranno una comparazione con la letteratura internazionale e una valutazione volta a interventi di miglioramento e alla comprensione dell'impatto complessivo e dettagliato che l'assistenza infermieristica pediatrica ha sugli esiti dei pazienti.

I valori relativi all'ambiente di lavoro nelle diverse aree assistenziali sono uniformi con quanto presentato in letteratura internazionale (Lake et al., 2017): lo score medio nazionale del PES-NWI per area assistenziale indica, in tutte e tre le aree, un ambiente di lavoro che tende al favorevole. Il lavoro svolto da Corchia e colleghi nel 2016, indicava una valutazione delle Terapie Intensive Neonatali tendente allo sfavorevole. Lo studio qui presentato permette di avere una valutazione più complessiva di tutto l'ambiente dell'area critica pediatrica, scostandosi dall'analisi per singola unità operativa. Per quanto riguarda, invece, quali attività risultano più omesse, i risultati sono sovrapponibili a quanto riscontrato a livello internazionale (Lake et al., 2017). Tuttavia, la frequenza di omissione risulta lievemente più elevata rispetto agli studi internazionali. Questa differenza potrebbe essere dovuta al frequente e comune coinvolgimento e partecipazione del caregiver nel piano assistenziale (Bagnasco et al., 2019).

Grazie al progetto RN4CAST@IT-Ped è ora possibile avere una fotografia della situazione

relativa ai livelli di staffing nei reparti di pediatria presenti sul territorio nazionale nelle diverse aree clinico-assistenziali. I riferimenti internazionali sull'argomento presentavano una realtà estremamente eterogenea, in parte dovuta alla complessità delle aree assistenziali e in parte alla variabilità del paziente pediatrico nelle sue diverse fasce di età. Il *Royal College of Nursing*, nel 2013, ha stabilito la necessità di avere un rapporto infermiere-paziente di 1:4 nelle aree medico-chirurgiche pediatriche, e un rapporto variabile da 1:2 fino a 2:1 nelle terapie intensive pediatriche: la variabilità è determinata dal fatto che il rapporto dovrebbe essere basato sulla gravità e sulla complessità dei pazienti presi in carico (RCN, 2013). I dati nazionali, pur mantenendo questa eterogeneità, si scostano dai valori raccomandati, sottolineando la necessità, da una parte, di approfondire le potenziali relazioni dell'*understaffing* con gli esiti dei pazienti, dall'altra il bisogno di indirizzare politiche decisionali, in termini di fabbisogno di risorse umane, verso una maggiore sicurezza del paziente pediatrico in ambito sanitario. I risultati sul *burnout* indicano che circa un infermiere su quattro presenta una condizione di esaurimento emotivo, ad alto livello, probabilmente dovuta alla pressione alla quale questi sono spesso sottoposti nel fornire assistenza infermieristica che non soddisfa gli standard per i quali sono stati formati.

I principali limiti dello studio condotto riguardano il disegno di studio attuato, infatti considerando l'obiettivo sarebbe stato più solido adottare un disegno di studio di tipo longitudinale che avrebbe permesso di determinare la relazione causale tra ambiente di lavoro e qualità e sicurezza delle cure, tuttavia si è optato per uno studio trasversale per poter avere dati confrontabili a livello internazionale. Inoltre, la metodologia self-report utilizzata per la raccolta dati, sebbene utilizzata largamente nella letteratura e conforme al protocollo del consorzio RN4CAST, presenta dei limiti intrinseci al metodo di raccolta dati stesso.

## CONCLUSIONI

Questo è il primo studio che, a livello nazionale, si focalizza su un campione così ampio in ambito assistenziale pediatrico, prendendo in considerazione tutte le diverse variabili che caratterizzano l'assistenza infermieristica pediatrica. Grazie a questa prima analisi si potrà avviare un dibattito sugli organici infermieristici in pediatria e sulla qualità e la sicurezza delle cure erogate non sono a livello nazionale, ma anche aprendoci al dibattito internazionale. Visto che il protocollo RN4CAST sul nostro territorio è stato applicato anche nell'ambito dell'assistenza al paziente adulto, abbiamo la possibilità di avere una comprensione

globale della situazione dell'infermieristica italiana e dei suoi esiti sul paziente.

### Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

### Finanziamenti

Lo studio è stato condotto grazie ai finanziamenti incondizionati di Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI).

### Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare tutti i piccoli pazienti, pazienti maggiorenni e genitori, i Direttori Generali, i Dirigenti Infermieristici, i Coordinatori, gli Infermieri e gli studenti che hanno collaborato alla realizzazione dello studio RN4CAST@IT-Ped.

### BIBLIOGRAFIA

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., and Sermeus, W. (2014) 'Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study', *Lancet*, 383(9931), pp. 1824–30. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Aiken, L.H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C.B., Moreno-Casbas, T., Ball, J.E., Ausserhofer, D., Sermeus, W., and RN4CAST Consortium (2017) 'Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care', *BMJ Quality & Safety*, 26(7), pp. 559-68. doi: 10.1136/bmjqs-2016-005567.
- Bagnasco, A., Dasso, N., Rossi, S., Timmins, F., Aleo, G., Catania, G., Zanini, M., Sasso, L. (2019) 'Missed care in children's nursing-An emergent concern', *Journal of Advanced Nursing*. doi: 10.1111/jan.13965.
- Bagnasco, A., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Sermeus, W., and Sasso, L. (2019) 'Implications of a wide-scale educational intervention to engage nurses in evidence-based practice: The Italian RN4CAST experience', *Nursing Forum*. doi: 10.1111/nuf.12313.
- Ball, J.E., Bruyneel, L., Aiken, L.H., Sermeus, W., Sloane, D.M., Rafferty, A.M., Lindqvist, R., Tishelman, C., Griffiths, P., and RN4Cast Consortium (2018) 'Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study', *International Journal of Nursing Studies*, 78, pp. 10-15. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004.
- Cimiotti, J. P., Barton, S., Chavanu, G., Orman, K. E., Sloane, D. M., Aiken, L. H. (2014) 'Nurse reports on resource adequacy in hospitals that care for acutely ill children', *Journal of Healthcare Quality*, 36(2): 25–32.
- Corchia, C., Fanelli, S., Gagliardi, L., Bellu, R., Zangrandi, A., Persico, A., Zanini, R., and SONAR-Nurse Study Group. (2016) 'Work environment, volume of activity and staffing in neonatal intensive care units in Italy: Results of the SONAR-nurse study', *Italian Journal of Pediatrics*, 42(34), pp. 2–8. doi: 10.1186/s13052-016-0247-6.
- Griffiths, P., Ball, J., Murrells, T., Jones, S., and Rafferty, A.M. (2016) 'Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study', *BMJ Open*, 6(5):e008751corr1. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008751corr1.
- Lake, E.T., de Cordova, P.B., Barton, S., Singh, S., Agosto, P.D., Ely, B., Roberts, K.E., and Aiken, L.H. (2017) 'Missed Nursing Care in Pediatrics', *Hospital Pediatrics*, 7(7): 378-384. doi: 10.1542/hpeds.2016-0141.
- Royal College of Nursing (2013) 'Defining staffing levels for children and young people's services RCN standards for clinical professionals and service managers', London:RCN. Available at www.rcn.org.uk (accessed 24 January 2019).
- Sasso, L., Bagnasco, A., Petralia, P., Scelsi, S., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Dasso, N., Rossi, S., Watson, R., Sermeus, W., Icardi, G., and Aiken, L.H. (2018) 'RN4CAST@IT-Ped: Nurse staffing and children's safety', *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), pp. 1223-1225. doi: 10.1111/jan.13462.
- Sasso, L., Bagnasco, A., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Santullo, A., Spandonaro, F., Icardi, G., Watson, R., and Sermeus, W. (2017) 'The general results of the RN4CAST survey in Italy', *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), pp. 2028-2030. doi: 10.1111/jan.13066.
- Sasso, L., Bagnasco, A., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Santullo, A., Spandonaro, F., Icardi, G., Watson, R., and Sermeus, W. (2016) 'RN4CAST@IT: why is it important for Italy to take part in the RN4CAST project?', *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), pp. 485-487. doi: 10.1111/jan.12709.
- Sermeus, W., Aiken, L.H., Van den Heede, K., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A.P., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L., Zikos, D.; and RN4CAST consortium. (2011) 'Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology', *BMC Nursing*, 18, pp. 10-6. doi: 10.1186/1472-6955-10-6.
- Squires, A., Aiken, L.H., van den Heede, K., Sermeus, W., Bruyneel, L., Lindqvist, R., Schoonhoven, L., Stromseng, I., Busse, R., Brzostek, T., Ensio, A., Moreno-Casbas, M., Rafferty, A.M., Schubert, M., Zikos, D., and Matthews, A. (2012) 'A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies', *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 264-73. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.02.015.

Tubbs-Cooley, H.L., Cimiotti, J.P., Silber, J.H., Sloane, D.M., and Aiken, L.H. (2013) 'An Observational Study of Nurse Staffing Ratios and Hospital Re-admission among

Children Admitted for Common Conditions', *BMJ Quality & Safety*, 22: 735-742. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001610.



CONTRIBUTI

## Gli infermieri italiani: tolemaici o copernicani?

di **Sandro Spinsanti**

Bioeticista - Roma

Corrispondenza: [sandro.spinsanti@gmail.com](mailto:sandro.spinsanti@gmail.com)

### *Una lettura irrituale del nuovo Codice deontologico*

Cosa si porta in questa stagione? E' una domanda che può andar bene per i vestiti e le scarpe. Assolutamente fuori luogo per un codice deontologico: non si cambia perché è fuori moda. Anche se dalla redazione precedente sono passati dieci anni; così come, nel 2009, erano passati esattamente dieci anni dalla L. 42, che nel 1999 aveva abolito il mansionario e posto il Codice deontologico in una nuova prospettiva, determinando così la scelta della Federazione Ipasvi di rinnovarlo.

Non è difficile elencare le trasformazioni intervenute nell'ultimo decennio nella professione dell'infermiere e nell'organizzazione della sanità in generale. Le emergenze sono sotto gli occhi di tutti e le priorità – speriamo – nell'agenda di chi deve tenere a galla un Servizio Sanitario Nazionale che rischia di far naufragio. Ma per capire la necessità di riscrivere il Codice deontologico è più istruttivo mettere a fuoco dei cambiamenti intervenuti in profondità e non immediatamente percettibili. Qualcosa che assomiglia alla deriva dei continenti: ce ne accorgiamo solo quando provocano terremoti e sconvolgimenti. Con un po' di enfasi possiamo affermare che la medicina, e più in generale la modalità di erogazione di cure professionali, deve affrontare un "cambio di paradigma".

Con questa espressione si intende nella filosofia delle scienze una trasformazione che costringe a modificare dei punti di riferimento considerati tradizionalmente come assodati e indiscutibili. Il più celebre cambio di paradigma, a tutti noto, riguarda l'astronomia. Per più di un millennio è invalso il modello tolemaico. Questo considerava la terra immobile al centro dell'universo, mentre il sole le girava attorno. Proibito mettere in discussione il modello (chiedere a Galileo Galilei...). Finalmente, nel XVI secolo inoltrato, avviene la svolta di Copernico e il cambio di paradigma: è la terra che gira attorno al sole. Il sistema tolemaico riceve il benservito ed è messo in soffitta: l'astronomia diventa copernicana.

Ebbene: qualcosa del genere ha avuto luogo in medicina. Con un'aggravante temporale: mentre il sistema tolemaico è stato elaborato nel secondo secolo della nostra era, il modello di cura al quale ci riferiamo affonda le radici nella medicina ippocratica. Elaborato nel V secolo avanti Cristo, è durato fino ai nostri giorni. Una durata inaudita, che non ha l'analogo in nessun altro sistema di valori destinato a strutturare la nostra convivenza. Naturalmente ci riferiamo ai valori etici che ne costituiscono la struttura profonda del rapporto di cura, non alle teorie esplicative delle patologie e ai rimedi ai quali si fa ricorso. Mentre queste sono periodicamente state messe in discussione e aggiornate, l'etica medica - ammantata con il giuramento di Ippocrate - non è mai cambiata. Fino alla transizione avvenuta sotto i nostri occhi.

Il medico rinascimentale che disponeva solo di salassi e clisteri e quello dei nostri giorni che si muove tra TAC e farmaci biologici hanno in comune la stessa modalità di concepire la cura e il rapporto che li lega a chi ne beneficia. A meno che non intervenga un cambiamento del plurisecolare paradigma. Ed ecco che, accanto ai tolemaici, in medicina si affacciano i copernicani.

Come si differenziano i due modelli? In buona sostanza, per i tolemaici-ippocratici la buona cura viene decisa dal medico, "in scienza e coscienza". Il medico acquisisce con lo studio un sapere che lo qualifica a stabilire qual è il bene del paziente e lo persegue, tenendo lontano - con "coscienza" - interferenze che potrebbero portarlo nel terreno di interessi illegittimi. Il medico è il "dominus" della cura. Il bene del paziente è il suo obiettivo, e il medico lo conosce come nessun altro. Meglio del paziente stesso. "Non pretenderà di sapere lei che cosa è meglio per lei": è la frase che una paziente riportava all'Ufficio Relazioni con il Pubblico di un'azienda sanitaria per lamentarsi del proprio medico. Un medico esplicitamente e candidamente tolemaico, che intendeva disinnescare così ogni aspirazione della paziente a interferire con il trattamento.

In questo modello di rapporto, il medico non ha, al limite, bisogno dell'intervento del malato: a questi chiede di portare il suo bisogno di salute, al quale cercherà di rispondere al meglio delle possibilità che gli fornisce l'organizzazione. Il paziente fa il suo mestiere di "paziente" (lo dice la parola stessa...). "Lei è in ospedale per guarire, non per far domande": con questa frase un primario era solito scoraggiare le richieste di informazioni dei malati sul loro stato di salute.

Un altro tratto del modello era la gerarchizzazione dei ruoli: a fronte della funzione dominante del medico, le altre professioni erano considerate sussidiarie. Il mansionario costringeva l'infermiere in un ambito delimitato, e allo stesso tempo lo proteggeva dalle possibili prevaricazioni.

Il passaggio al modello che chiameremmo, per analogia, copernicano è stato promosso dal movimento della bioetica, che ha preso forma negli ultimi decenni del XX secolo. Un indicatore eloquente: il ruolo attribuito all'informazione al paziente. Stiamo parlando dell'informazione vera, con parole oneste, non di quella con frasi rassicuranti o francamente menzognere ("Al medico si conviene la bugia pietosa", canta Violetta nella *Traviata*, quando il medico cerca di confortare la morente promettendole pronta guarigione...). Mentre nella medicina tradizionale è il medico che valuta se è bene o no che il paziente conosca diagnosi e prognosi - informazioni eventualmente scambiate con i familiari, alle spalle del paziente - nel nuovo modello è un diritto del cittadino malato essere informato. Il cambiamento è stato registrato nel Codice deontologico dei medici italiani solo nella revisione del 1995. Perché nelle loro norme deontologiche i medici hanno attuato il passaggio al nuovo paradigma, senza che ciò comporti che tutti i medici se ne siano resi conto.

Sottostante al cambiamento c'è un ruolo diverso del malato: non riceve più solamente la cura che il medico decide in scienza e coscienza, ma la struttura insieme al professionista. E' chiamato ad essere consapevole e partecipante. Il professionista non ha più tutto il sapere. Certo, deve avere la "scienza"; ma questa è solo la metà di ciò che è necessario conoscere nel processo di cura. A fronte delle conoscenze scientifiche del medico, sta ciò che "sa" la persona malata, ovvero le proprie preferenze, i propri valori, la concezione individuale di qualità della vita. In una parola, di fronte alla scienza, sta il vissuto.

Se il professionista non ascolta la persona malata - nota bene: un ascolto che logicamente e cronologicamente precede l'informazione! - non potrà conoscere qual è la cura appropriata. La cura personalizzata: ecco, in sintesi, la svolta copernicana nell'arte della cura.

A questo punto bisogna aggiungere che il cambiamento auspicato è trasversale: coinvolge sia i professionisti che i cittadini. Ci sono professionisti sanitari che non hanno alcuna intenzione di lasciare la culla tolemaico-ippocratica in cui sono cresciuti. Ma anche cittadini che preferiscono affidarsi: per loro il medico è l'unico che sa e che può; non vogliono essere coinvolti nelle decisioni. Richard Smith, direttore del *British Medical Journal*, ha evocato per questo atteggiamento la qualifica psichiatrica di "folie à deux"... C'è connivenza tra la follia del medico che pretende di sapere tutto ciò che è necessario per la cura, tenendo fuori il vissuto del malato, e la follia del malato che rinuncia alla consapevolezza, all'informazione e al coinvolgimento nella ricerca di una cura "sartoriale", preferendo affidarsi passivamente.

Il cambiamento inoltre richiede tempo per diventare parte vitale della cultura. Ci chiediamo: quanto tempo è stato necessario perché gli astronomi abbandonassero il modello consolidato della centralità immobile della terra? D'altra parte non mancano anche oggi i "terrapiaattisti" (non tra gli astronomi, speriamo...). Ancor più tempo sarà in ogni caso necessario per la transizione al nuovo paradigma della cura, che richiede un profondo cambio culturale. Alcuni, tra i professionisti e tra i cittadini, non hanno avvertito il cambiamento. E non sembrano intenzionati a farlo. Altri invece sono cambiati troppo, prendendo strade fuorvianti, che portano lontano dalla modalità di cura condivisa. E' lo scenario che vede medici radicalmente "autonomisti": fanno scegliere al paziente e tutt'al più si mettono in posizione di sicurezza con la modulistica del consenso informato ("Paziente informato, medico salvato!"). Non meno lontani dal modello della buona cura sono i cittadini prevaricatori, che hanno deciso che ormai il sapere (?) che attingono da internet sia loro sufficiente e chiedono solo ai professionisti di essere esecutori delle loro autoprescrizioni di terapia.

Rendere operativo il modello della buona cura, assimilando il cambiamento culturale che nasce dai nuovi ruoli dei curanti e delle persone in cura, è impresa ardua. Affiora a questo punto la domanda cruciale: a quale modello si ispira il nuovo Codice deontologico che gli infermieri hanno licenziato dopo lunga deliberazione? Ovvero: è consapevole del cambiamento del paradigma in atto e l'ha sposato? In breve: è un Codice tolemaico o copernicano?

E' questo confronto, con le domande che corrono sottopelle nel rapporto di cura, che rende rilevante un codice deontologico. Impedendogli di degradare in un'arida raccolta di norme, in un catalogo di prescrizioni. La relazione che si instaura tra colui che riceve le cure e il professionista che le eroga, nonché tra i diversi professionisti tra di loro, è il cuore pulsante di un codice deontologico. Equivale a esplicitare le "regole del gioco". Ed è assolutamente cruciale confrontarsi con le regole, in un'epoca di cambiamento: perché le modalità di relazionarsi con il terapeuta nell'uno e nell'altro scenario sono radicalmente diverse.

Un codice deontologico, prima di qualsiasi altra finalità, ha il compito di rispondere a questi interrogativi. I professionisti - gli infermieri in questo caso - hanno bisogno di collocarsi sulla scena della cura, prendendo posizione consapevolmente per l'uno o l'altro modello.

E coloro che alle loro cure fanno ricorso hanno diritto di sapere in quale modello i professionisti si riconoscono. Anche se la deontologia ha punti di interferenza sia con la legge che con l'etica, non si identifica né con l'una, né con l'altra. La sua specificità è di mettere a fuoco la relazione di cura.

Non c'è dubbio che nel ventennio che hanno alle spalle, e nelle successive tre rielaborazioni del proprio Codice deontologico, gli infermieri italiani hanno fatto una transizione esplicita verso il modello di cura della modernità. Sia nel rapporto con chi riceve le cure - evidenziando la necessità che il professionista infermiere ascolti, si prenda il tempo per la comunicazione, si confronti con le scelte etiche che non condivide, perché la nostra struttura sociale prevede la compresenza di "stranieri morali" - sia con gli altri professionisti con cui condivide la responsabilità della cura, secondo rapporti non più di subordinazione gerarchica.

Nessuna innovazione nella rotta: la navigazione continua in maniera decisa, lasciando alle spalle i rapporti che la cultura del nostro tempo ha delegittimato. Potrebbe esser molto proficua una rilettura del nuovo Codice collocando i diversi articoli sullo sfondo dei due modelli contrapposti, "tolemaico" o "copernicano". Un esercizio che gli infermieri potrebbero essere invitati a fare insieme, nel processo di ricezione del Codice. Ciò potrebbe portarli ad acquistare consapevolezza che il nuovo Codice, nel quale si riconoscono, è molto, molto di più di una raccolta di proclami altisonanti. E' la carta d'identità dell'infermiere in quanto professionista; contiene il patto implicito che gli infermieri intendono stabilire con il cittadino che ricorre alle loro cure. Nessun cambio per motivo di moda, dunque, ma una sempre più consapevole adesione al modello di buona medicina. Così come il nostro tempo la pretende.





## CONTRIBUTI

## L'infermieristica tra stereotipi e modelli incompiuti nell'arte cinematografica

di **Vincenza De Santis (1)**, **Silvia Caccia (2)**

(1) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, sede ASST Valle Olona - Busto Arsizio (MI)

(2) Infermiera, Ospedale MultiMedica - Castellanza (VA)

Corrispondenza: [vincenza.desantis@unimi.it](mailto:vincenza.desantis@unimi.it)

La dimensione dell'infermieristica relativa all'essere e all'agire professionale è il risultato di un'evoluzione che rimane ancora poco riconosciuta. Da un punto di vista epistemologico l'infermieristica è *arte* in quanto si concretizza nella relazione con l'altro, *scienza* perché la pratica si costruisce sulle fondamenta del sapere, *etica* in quanto l'infermiere si occupa dei problemi di salute perseguendo il bene della persona, ed infine *estetica* perché attraverso l'assistenza si manifesta la bellezza della professione, dove anche una gestualità apparentemente semplice trova senso nella complessità del prendersi cura (Bulechek et al., 2014; Parafati, Balestreri, 2013; Zanotto, 2011).

Il valore di tali aspetti dipende anche da un altro tratto tipico dell'estetica, ovvero la visibilità pubblica, ciò che suscita nell'osservatore l'apprezzamento e nel professionista il riconoscimento della propria immagine sociale. Attualmente l'infermiere vive un riconoscimento ridimensionato, non congruente con i livelli di responsabilità che gli sono propri. Il dualismo del significato *etica/estetica* vuol fare riferimento a un profondo concetto di *essenza/apparenza* della professione: *essenza* per ciò che la contraddistingue come disciplina, *apparenza* in relazione a come viene percepita nei luoghi dove agisce quotidianamente, che spesso si configura in base all'influenza esercitata dai mass media (Gradellini et al., 2013).

Tra questi il cinema, che già a partire dai suoi esordi non è solo occasione di svago ma assume anche una funzione pedagogica, capace in momenti storici cruciali di indirizzare il pensiero collettivo con strategiche modalità propagandistiche (Diodato, Somaini, 2011; Angelucci, 2009).

In Italia, dal dopoguerra, si diffonde una ricca produzione cinematografica, con momenti di crisi sul finire del secolo scorso. Attualmente il cinema si è trasformato perché sono cambiati i luoghi di fruizione: non più solo la sala di proiezione, ma anche la casa attraverso la televisione e le nuove tecnologie, aumentando le possibilità di accedere al cinema come mezzo di espressione e di comunicazione (Bertetto, 2012).

È stato quindi avviato uno studio allo scopo di comprendere come il cinema, che rimane a tutt'oggi un importante strumento di comunicazione accessibile ad ampie fasce di popolazione e di tutte le età, abbia presentato la figura dell'infermiere attraverso il tempo, verificando quanto abbia o meno promosso una percezione realistica della professione.

### L'infermiere attraverso il cinema

Sono stati individuati circa 50 film prodotti tra il 1950 e il 2018 in cui è presente la figura infermieristica, identificati attraverso la consulenza dell'Istituto Cinematografico Michelangelo Antonioni di Busto Arsizio, la collaborazione di una studente del Corso di Scienze dello Spettacolo della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università degli Studi di Milano, nonché la consultazione della banca dati della Associazione Cinematografica "La dolce Vita", dedicata ai film italiani prodotti dal 1930 al 2018. Si è scelto di includere solo film di produzione nazionale, in quanto la figura infermieristica italiana si ritrova spesso sovrapposta a profili di Paesi differenti, alimentando aspettative distanti dalla reale funzione professionale. Si sono quindi selezionati i film che narrano storie di infermiere/infermieri, protagonisti di un racconto che mette al centro della vicenda ciò che li contraddistingue nell'esercizio della propria professione.

Nella filmografia italiana dal dopoguerra in poi si riscontrano solo 3 film con protagoniste delle infermiere, e non di produzione recente. Il campione quindi si è definito includendo film in cui il personaggio infermiere/infermiera fosse presente almeno in una intera sequenza, ovvero in un insieme di scene che esauriscono un episodio narrativo compiuto, senza una rigida continuità spazio temporale, chiaramente riconoscibile nell'esercizio professionale e/o munito di divisa identificativa, affinché fosse descritta compiutamente e non solo accennata la narrazione dell'immagine infermieristica (Bertetto, 2012; Rondolino, Tomasi, 2011).

Si è ottenuto così un campione più ristretto di film (Tabella 1), ricercando in ciascuno la tipologia di immagine proposta e rapportandola a modelli congruenti o a stereotipi identificati in letteratura (Mengozzi, Pennacchioni, 2010; Gordon, 2009; Nelson, Gordon, 2009; Conti, 2005; Ferns, Chojnacka, 2005; Hereford, 2005):

- stereotipo di genere - la professione infermieristica considerata appartenente al genere femminile;
- mission vocazionale religiosa - la professione infermieristica svolta sia da personale religioso che laico, ma in entrambi i casi su base di una scelta di totale dedizione caritatevole di servizio;
- ruolo ancillare/ausiliario - la professione infermieristica sottoposta al medico;
- infermiera sexy - la professione infermieristica associata a un'immagine erotica;
- infermiere maldestro e/o scansafatiche - infermiere poco identificabile professionalmente ma descritto come un factotum, privo di una preparazione specifica;
- infermiere reale - la professione infermieristica compatibile alle competenze di natura tecnica, relazionale, educativa e organizzativa in base alla fase del processo di professionalizzazione che il film descrive da un punto di vista temporale.

Queste immagini sono le stesse indicate dagli infermieri italiani su cui pesano stereotipi professionali, snaturati da rappresentazioni che si sono radicate nel collettivo, e che rivendicano una visibilità e interiorizzazione sociale più adeguata alla propria realtà ontologica ed identitaria (Papa et al., 2013; Stievano et al., 2012; Lattarulo, 2011).

### Risultati

Dall'avvento del cinema post-bellico l'immagine infermieristica narrata è di *genere femminile* e compare all'interno di trame melodrammatiche tipiche degli anni Cinquanta e Sessanta.

Tabella 1 - Film analizzati		
Titolo	Regista	Anno
Anna	Alberto Lattuada	1951
Umberto D	Vittorio De Sica	1952
L'angelo bianco	Raffaello Matarrazzo	1955
Il momento più bello	Luciano Emmer	1957
Il medico della mutua	Luigi Zampa	1968
Gli infermieri della mutua	Giuseppe Orlandini	1969
Bianco rosso e	Alberto Lattuada	1972
C'eravamo tanto amati	Ettore Scola	1974
L'infermiera	Nello Rossati	1975
L'infermiera di mio padre	Mario Bianchi	1975
L'infermiera di notte	Mariano Laurenti	1979
L'infermiera nella corsia dei militari	Mariano Laurenti	1979
Un sacco bello	Carlo Verdone	1980
Caffè Express	Nanni Loy	1980
Delitto a Porta Romana	Sergio Corbucci	1980
Io speriamo che me la cavo	Lina Wertmüller	1992
In barca a vela contromano	Stefano Reali	1997
Ribelli per caso	Vincenzo Terracciano	2001
Questioni di cuore	Francesca Archibugi	2009
Niente può fermarci	Luigi Cecinelli	2013
L'aquilone di Claudio	Antonio Centomani	2016

Il film *“Anna”* (1951) e *“Il momento più bello”* (1957) sono tra i rari esempi che narrano storie dove le vicende hanno come oggetto *l'essere* infermiere, rivelando in entrambi i casi competenze professionali reali e sovrapponibili all'identità infermieristica del tempo. In particolare al film *“Anna”* fu riconosciuto il valore documentaristico rispetto alle scene girate all'interno della struttura ospedaliera (Babini, 2012; Mereghetti, 2008).

Le produzioni successive si sono ispirate a questi film e hanno rappresentato soprattutto l'aspetto più vocazionale religioso, relegato a brevi narrazioni all'interno di vicende variegata, come nel film *“L'angelo bianco”* (1955), dove la protagonista viene confortata da un'infermiera religiosa. Tale stereotipo è una rappresentazione reiterata in diversi film italiani: durante la guerra la nascita del Corpo delle Infermiere Volontarie della CRI contribuì alla laicizzazione della professione, tuttavia l'appellativo *suora* o *sorella* come modalità di identificazione dell'infermiera continuerà ad essere utilizzato per nobilitare la professione (De Vecchis, 2015).

Nel film *“Umberto D”* (1952), appartenente al filone del Neorealismo, un pensionato cerca per la disperazione di convincere una suora infermiera a tenerlo in ospedale.

Accanto ad un aspetto umano emerge una figura di religiosa che all'interno dell'ospedale è in grado di influenzare le decisioni, così come avviene nel *"Il medico della mutua"* (1968), dove un gruppo di suore aiuta il dottor Tersilli nella sua carriera medica.

Alberto Lattuada, regista di *"Anna"*, dedica un'altra opera alla vita di un'infermiera: si tratta di *"Bianco rosso e"* (1972). Narra la vicenda dello scontro/incontro tra una suora infermiera e un uomo che occupa abusivamente un posto letto. In questo caso viene proposta una figura qualificata che sfuma il ruolo ancillare del medico, ma il film fu molto criticato indicando come inopportuna l'eccessiva attrazione della protagonista (Masi, Lancia, 2001). L'immagine della religiosa tende a scomparire nei film successivi, di pari passo con il processo di laicizzazione della professione e nel film *"Io speriamo che me la cavo"* (1992) compare uno degli ultimi esempi di questo stereotipo. In un affollatissimo ospedale un maestro si scontra duramente con una suora infermiera per costringerla ad assistere la madre di un suo alunno. In realtà il film non fa una critica mirata alla professione infermieristica, ma offre una riflessione su un sistema sanitario disorganizzato che crea disagi ai cittadini (Cascone, 2006).

Lo stereotipo dell'infermiera sexy è tipico degli anni Settanta, quando si diffuse un genere di commedia che diede il via al diffondersi di luoghi comuni legati a situazioni equivoche, spaziando dalla dimensione comica a quella erotica. Questo filone ha utilizzato la figura infermieristica descritta come persona sensuale e disinibita, in grado di risvegliare l'inerzia maschile. Si discosta dall'immagine dell'infermiera religiosa devota tipica degli anni Cinquanta, privilegiando il successo del botteghino a discapito della qualità dei contenuti. Infatti il genere è stato catalogato da molti critici come cinematografia di serie B, pur ottenendo una diversa rivalutazione in tempi successivi (Uva, Picchi, 2006).

L'infermiera nella cinematografia comica degli anni Settanta riveste un ruolo di protagonista, presenta il camice bianco sotto al quale esibisce una lingerie che è in grado di far breccia nell'immaginario del personaggio paziente, ma anche nello spettatore, così come avviene nel film *"L'infermiera nella corsia dei militari"* (1979). Questo genere comico rientra però in un filone teso a prendere in giro varie categorie (l'infermiera, il medico, l'insegnante, la suocera, il militare), con una sceneggiatura articolata in modo tale da strappare una risata, mutuando la commedia teatrale degli equivoci e rimanendo anche in anni più recenti. Un esempio è il film *Niente può fermarci* (2013), dove l'infermiera sexy e provocante è dipinta con i toni estremi della commedia all'italiana, in un registro che però coinvolge tutti i personaggi della vicenda.

A questo genere appartengono anche altri film italiani che sono stati individuati tra quelli che hanno avuto come protagoniste vicende di infermiere (Stanley, 2008): *"L'infermiera"* (1975), *"L'infermiera di mio padre"* (1975) e *"L'infermiera di notte"* (1979). Questi film narrano un'immagine infermieristica che ruota attorno alla sensualità della donna, senza conferire al suo essere infermiera un giusto riconoscimento, aspetto che continua ad avere un suo peso all'interno di un gruppo professionale che vuole liberarsi definitivamente di una spirale di preconcetti inadeguati e invalidanti (La Torre, Cleri Bellotti, 2016; Martellotti, 2005).

La figura infermieristica maschile, se presente, è collocata sullo sfondo di scene di contesto ospedaliero/sanitario: nel film *"Gli infermieri della Mutua"* (1969) il professionista narrato svolge varie mansioni, da quelle di tipo sanitario a quelle burocratiche, non discostandosi da un profilo di infermiere generico del tempo.

È con gli anni Settanta e Ottanta che compare più frequentemente l'infermiere uomo, anche se relegato ad una funzione di sottoposto tutto fare, con un'immagine non congruente con i riferimenti della L. 124/1971.

Nel film *“C'eravamo tanto amati”* (1974) uno dei protagonisti è un ex partigiano che lavora in un ospedale romano: in diverse sequenze è identificabile il suo ruolo infermieristico che oscilla tra il tutto fare (come autista di ambulanza, come portantino, come operatore di corsia) e la sua insofferenza di sottoposto ad una caposala suora. Nel film *“Un sacco bello”* si insiste su uno stereotipo di immagine infermieristica maschile scansafatiche, che temporeggia nel prestare assistenza ad un malcapitato. Dello stesso anno è anche *“Caffè Express”*, in cui in una sequenza la figura infermieristica esordisce carica di aspettative, per poi confluire in un modello incompiuto di infermiere portantino. Del 1980 è anche *“Delitto a Porta Romana”*, in cui sono presenti diverse sequenze ambientate all'Ospedale Niguarda di Milano: l'infermiere Enrico Vitucci ha grande umanità ed è un professionista competente, narrato mentre prepara un apparecchio gessato, mentre assiste una partoriente, mentre si presta a giocare a carte con un degente. La tendenza che caratterizza la filmografia di questi anni e di quelli successivi è tuttavia caratterizzata dalla marginalità della competenza professionale, confondendo il bravo infermiere con l'infermiere buono. Nel film *“In barca a vela contromano”* (1997) la figura dell'infermiere Carlo coinvolto in una vicenda di vendita di posti letto è narrata in una costante ottica di riabilitazione personale, in quanto umano e capace di comprensione dello star male dei propri pazienti.

Dopo il 2000 le differenze sfumano e la professione infermieristica compare nelle rappresentazioni cinematografiche sia di genere femminile che maschile. Un esempio è il film *“Ribelli per caso”* (2001), in cui la figura infermieristica è narrata nella contrapposizione di due professionisti: un infermiere poco abile, esecutore, non attento ai bisogni dei pazienti e una caposala empatica e competente tanto da rappresentare un modello che i pazienti sublimano nella loro richiesta di *‘infermieri come Maria e non come Enzo’*.

Nel film *“Questioni di cuore”* (2009) il personale medico e infermieristico viene presentato durante un intervento di rianimazione cardiopolmonare, dove sono sfumati genere e ruoli professionali ed emerge la drammaticità del tentativo di salvare una vita. Durante la parte ambientata in ospedale si sottolinea il rischio dell'istaurarsi di un rapporto più confidenziale tra i pazienti e un infermiere, che diviene addirittura oggetto di un tentativo di scherno, riuscendo tuttavia a gestire i malati impertinenti senza inciampare in una relazione simmetrica, mantenuta negli opportuni spazi professionali. Questo stesso film valorizza le competenze infermieristiche, ma scade nello stereotipo dell'infermiera seducente che ha con uno dei due protagonisti una liaison amorosa.

Il film *“L'aquilone di Claudio”* (2016) narra la storia di un infermiere, padre di un adolescente disabile. Diverse sequenze ospedaliere presentano il protagonista mentre svolge il proprio lavoro o mentre prepara il setting per un addestramento. Il film insiste maggiormente sull'aspetto umano di questo professionista verso pazienti e colleghi, proponendo un'immagine che si contraddistingue soprattutto per le competenze relazionali, relegando le altre alla funzione di accenni sullo sfondo del dramma di due genitori che affrontano la malattia rara del figlio.

## Discussione

Il cinema rappresenta storicamente un mezzo che nel tempo si è trasformato da strumento di propaganda a luogo di incontro, con funzione divulgativa ed educativa, diffondendo varie conoscenze che non sono dirette ma mediate dal mezzo stesso. La rappresentazione cinematografica degli infermieri italiani è raramente protagonista delle vicende, spesso è una figura sullo sfondo a cui viene dedicata poca attenzione nel mostrare le diverse competenze, senza considerare i cambiamenti di ruolo che ha avuto all'interno del sistema dei servizi per la salute.

Da un'analisi selezionata della filmografia italiana emergono stereotipi e/o modelli incompiuti relativi alla professione infermieristica e, tra questi, uno che caratterizza la cinematografia già a partire dal primo dopoguerra è lo *stereotipo di genere*, ovvero l'immagine infermieristica associata alla figura femminile. Solo successivamente, negli anni Settanta e Ottanta, la cinematografia propone l'infermiere uomo, spesso narrato come maldestro, scansafatiche o *factotum*, senza una specifica formazione, *bravo perché buono*.

Un altro stereotipo che tutt'ora pesa sull'immagine dell'infermiera è quello relativo ad una rappresentazione sexy/seducente tipica degli anni Settanta, che la ritrae senza conferirle il giusto riconoscimento.

Infine uno stereotipo che viene ampiamente rappresentato è quello dell'immagine infermieristica legata ad una *mission* vocazionale e religiosa, tipica degli anni Cinquanta e Sessanta, che permane come aspetto nobilitante della professione, comunque relegata nel ruolo ancillare della figura medica.

Gli stereotipi descritti risultano maggiormente reiterati nella cinematografia più datata, tuttavia anche nei film più recenti la narrazione del ruolo infermieristico rimane spesso imprecisa, sottostimata e distante dal corrente status professionale.

## Conclusioni

L'attuale identità infermieristica è il risultato di un'evoluzione professionale che riguarda aspetti e significati profondi: vi è un *essere* e un *agire* professionale, coniugati con la rilevanza del prendersi cura, che si concretizza nell'incontro con la persona e il suo bisogno di assistenza. Attualmente accade che la figura infermieristica sia accompagnata da una scia di contraddizioni, modelli incompiuti e stereotipi, che ne determinano la percezione a livello collettivo e il cinema, rappresentando un fondamentale mezzo di comunicazione e divulgazione, può influire sulla percezione dell'immagine dell'infermiere.

Il peso degli stereotipi non è solo un problema sentito dal gruppo infermieristico italiano, ma è considerato anche a livello internazionale, dove si sta investendo molto per implementare un'immagine corretta della professione, lavorando su proposte e strategie che possano contribuire a dare una rappresentazione il più possibile positiva e reale (Gordon, 2009).

A tal fine si possono considerare due livelli di intervento: uno relativo ad un piano individuale e uno inerente il gruppo professionale, attraverso l'azione degli organi di rappresentanza della categoria. L'infermiere deve prima di tutto mostrare ciò che è e ciò che lo contraddistingue come professionista a tutti gli effetti, attraverso l'interazione con il paziente (Ketchum, 2016; Ross-Kerr, Wood, 2011).

Infatti *etica/estetica-essenza/apparenza* sono funzionali a quello che l'infermiere dimostra nel proprio agire quotidiano, nell'incontro con le persone che, facendone esperienza diretta, vivono e interiorizzano un'immagine positiva e reale della professione. Inoltre il gruppo professionale deve finalizzare lo sforzo già in atto perché gli infermieri possano collocarsi ai diversi livelli di responsabilità, per contribuire ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario (Zanotto, 2016).

I cittadini devono conoscere questo ruolo, perché spesso ignorano le competenze avanzate, come anche il fatto che esista una dirigenza infermieristica, mentre grazie all'attribuzione di queste responsabilità l'infermiere può assicurare e farsi garante di valori fondamentali come il rispetto e la dignità del malato, impiegando in modo equo e adeguato le risorse. C'è chi sostiene che la categoria infermieristica debba maggiormente proporre sé stessa attraverso i mass media, trasformandoli in terreni di comunicazione, discussione e confronto, rendendo così visibile la professione per mezzo di una trasmissione appropriata della propria identità.

Una conseguenza di questo tipo di intervento è una divulgazione e un'interiorizzazione di un'immagine sociale degli infermieri forte e libera da preconcetti, stereotipi e/o modelli incompiuti. Di riflesso si può assistere ad un cambiamento nella cinematografia, stimolata a raccontare la professione così come il pubblico la conosce e ha imparato a conoscerla nei luoghi di cura, divenendo un efficace mezzo di divulgazione pedagogica, come è stato fin dai suoi esordi.

Esistono esempi di cortometraggi che parlano della professione infermieristica, realizzati da infermieri italiani con lo scopo non tanto di contrastare gli stereotipi, ma di proporre le immagini positive della professione e congruenti all'attuale realtà ontologica. Nel 2013 negli Stati Uniti è uscito un film interamente dedicato alla professione infermieristica dal titolo *"Nurses. If Florence could see us now"*, diretto da Kathy Douglas, regista e anche infermiera, con l'obiettivo di far conoscere come siano realmente gli infermieri. Questi esempi dimostrano che l'impegno del gruppo professionale di diffondere attraverso i mass media la vera essenza identitaria infermieristica possa rappresentare un investimento utile, senza escludere la possibilità di comprendere anche l'ambito cinematografico.

## BIBLIOGRAFIA

- Angelucci D. (a cura di) (2009) *Estetica e cinema*. Bologna: il Mulino.
- Babini E. (2012) The representation of nurses in 1950s melodrama: a cross-cultural approach. *Nurs Outlook* 60: 27-35.
- Bertetto P. (2012) *Introduzione alla storia del cinema*. Autori, film, correnti. Novara: De Agostini- UTET Università.
- Bulechek G. M., Butcher H. K., Dochterman J. M., Wagner C. M. (2014) *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*. (2nd ed.) Milano: CEA.
- Cascone C. (2006) *Il sud di Lina Wertmuller*. Napoli: Guida editori.
- Conti L. (2005) Ma la gente comune sa davvero cos'è un infermiere? *L'Infermiere*, 9:4.
- De Vecchis S. (2015) Essere infermiere in guerra. *Tempo di Nursing*, 69: 6-10.
- Diodato R., Somaini A. (2011) *Estetica dei media e della comunicazione*. Bologna: il Mulino.
- Ferns T., Chojnacka I. (2005) Angels and swingers, matrons and sinners: nursing stereotypes. *British Journal of Nursing*, 14 (19): 1028-1032.
- Gordon S. (2009) Essere solo un infermiere. In: *Parliamone*, 2: 7-8.
- Gordon S. (2009) L'assistenza infermieristica necessaria. In: *Parliamone*; 19 (2): 8-9.
- Gradellini C., Idamou S., Lusetti S. (2013) L'Infermiere tra etica ed estetica. *La professione descritta dai media*. *Professioni infermieristiche*, 66(1): 32-38.
- Hereford M. (2005) *Exploring The Reel Image of Nursing: How Movies, Television and Stereotypes Portray the Nursing Profession*. University of Idaho.
- Ketchem S. (2016) Nurses' Professional Caring Presence and the Power to Affect Change. *Nurs Womens Health*, 20(2): 125-8.
- Lattarulo P. (2011) *Bioetica e deontologia professionale*. Milano: McGraw-Hill.
- La Torre A., Cleri Bellotti G. (2016) Una lezione di storia dell'assistenza è come il Jazz, una fusione di passione e competenza. *Italian Journal of Nursing*, 19:18-19.
- Martellotti E. (2005) La tecnologia della comunicazione per una nuova immagine degli infermieri. *L'infermiere*, 9: 5-7.
- Masi S., Lancia E. (2001) *Sophia*. Roma: Gremese editore.
- Mengozzi N., Pennacchioni F. (2010) Stereotipi dell'infermiere nella produzione cinematografica dal 1950 al 2008. *Infermiere oggi*, 1: 31-39.
- Mereghetti P. *Dizionario dei film 2008*. Milano: Baldini Castoldi Dalai editore.
- Nelson S., Gordon S. (2009) The "core of nursing": knowledge and skill. *Nursing Inquiry*; 16 (1):1-2.
- Papa A., Masera G., Siri P. (2013) La percezione della professione infermieristica fra i giovani. *L'Infermiere*, 2: 20-23.
- Parafati F., Balestreri E. (2013) La professione infermieristica: tra luoghi comuni e identità da difendere. *Italian Journal of Nursing*, 8: 37-40.
- Rondolino G. Tomasi D. (2011) *Manuale del film. Linguaggio Racconto Analisi*. Novara: De Agostini- UTET Università.
- Ross-Kerr J.C. Wood M. J. (2011) *Canadian Nursing. Issues and perspectives*. Elsevier Canada.

- Stanley D.J. (2008) Celluloid angels: a research study of nurses in feature films 1900-2007. *Journal of Advanced Nursing*, 64 (1): 84-95.
- Stievano A., De Marinis M.G., Russo M.T., Rocco G., Alvaro R. (2012) Professional dignity in nursing in clinical and community workplaces. *Nursing Ethics*, 19 (3): 341-356.
- Uva C., Picchi M. (2006) *Destra e sinistra nel cinema italiano. Film e immaginario politico dagli anni '60 al nuovo millennio*. Roma: Ed. Interculturali.
- Zanotto G. (2016) L'infermiere e le istituzioni. *Italian Journal of Nursing*, 17:19.
- Zanotto G. (2011) *Etica nella pratica infermieristica*. Milano: Ghedimedia.





## CONTRIBUTI

## Nutraceutici per la mente per la persona con disturbo mentale

di *Michela Levato (1), Elena Sala (2), Paolo Ferrara (2), Stefano Terzoni (3), Anne Destrebecq (3)*

(1) *Infermiera - Milano*

(2) *Infermiere, tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Polo didattico San Paolo - Milano*

(3) *Professore associato Med/45 Dipartimento di scienze biomediche per la salute, Università degli Studi di Milano*

Corrispondenza: [paolo.ferrara@asst-santipaolocarlo.it](mailto:paolo.ferrara@asst-santipaolocarlo.it)

Fa che il cibo sia la tua medicina e la medicina sia il tuo cibo: questa affermazione di Ippocrate, padre della medicina occidentale, riflette pienamente l'importanza dell'alimentazione e dello stile di vita per la salute sia fisica che mentale dell'individuo (Jacka et al., 2017a; Parletta et al., 2017; Stahl et al., 2014).

Se per molto tempo lo studio degli alimenti si è limitato al solo valore nutrizionale, recentemente la ricerca si è indirizzata verso l'analisi di alcuni componenti presenti negli alimenti che possono svolgere un ruolo fondamentale per la loro influenza sulla salute.

Accogliendo questo presupposto è stato così introdotto il concetto di nutraceutica, dall'unione dei termini nutrizione e farmaceutica (Arcari et al., 2004), al fine di sottolineare il potere terapeutico intrinseco del cibo nella prevenzione e nel trattamento di diverse patologie. Segue questo filone di ricerca anche una vera e propria disciplina emergente che prende il nome di psichiatria nutrizionale (Sarris et al., 2015b), la quale si propone di studiare il rapporto tra alimentazione e patologie psichiatriche (Jacka et al., 2017b), mettendo in luce il potere terapeutico intrinseco del cibo nella prevenzione e nel trattamento dei disordini mentali (Psaltopoulou et al., 2013).

Partendo dal presupposto che i processi mentali sono il prodotto di interazioni che avvengono a livello cerebrale, si può facilmente intuire che il mantenimento di un buon trofismo cerebrale ha effetto benefico anche sulla mente (O'Neil et al., 2014). A conferma di quanto detto, recenti studi (Sarris et al., 2015a; 2016) suggeriscono che specifici nutraceuti sarebbero in grado di apportare benefici non solo a livello fisico, ma anche a livello mentale: i nutraceuti cerebrali (Aronson, 2017) sono nutrienti che, per vie diverse, stanno dimostrandosi in grado di migliorare le performance cognitive, di proteggere le strutture cerebrali dagli effetti dello stress ossidativo e perfino di contribuire direttamente al controllo dell'ansia e dell'umore. Si cita ad esempio il caso della serotonina, neurotrasmettitore il cui rilascio sembra da sempre correlato ai disturbi dell'umore, e costituito a partire da un aminoacido essenziale, il triptofano (Raju, 2017). In altre parole, tali nutraceuti esercitano una diretta attività di neuro-protezione (Marx et al., 2017). Ecco che l'alimentazione, in termini qualitativi oltre che quantitativi, inizia ad assumere sempre più un ruolo fondamentale nella prevenzione e dunque nella presa in carico clinico-assistenziale dei principali disturbi psichiatrici.

Nonostante queste premesse, ad oggi gli studi sul bisogno di alimentazione in ambito infermieristico spesso affrontano e indagano unicamente l'aspetto energetico e calorico degli alimenti. Considerato che sia assolutamente interessante approfondire il tema dell'alimento-farmaco, qui di seguito verrà presentata una revisione che riassume le evidenze disponibili in letteratura in merito all'efficacia dei nutraceutici, individuando in particolar modo quelli che si mostrano utili nell'ambito delle malattie psichiatriche, al fine di fornire un valido supporto nell'assistenza e nella presa in carico della persona affetta da disturbo mentale.

### **Alimentazione e disturbi mentali**

E' stata effettuata una revisione della letteratura internazionale attraverso la consultazione delle banche dati PubMed, Cinahl e Cochrane Library. La ricerca è stata indirizzata a fonti primarie e secondarie pubblicate negli ultimi 10 anni, in lingua inglese ed italiana, ed è stata volta ad approfondire se i nutraceutici sono efficaci nella prevenzione, nel trattamento o nel miglioramento della sintomatologia dei disturbi psichiatrici.

Le banche dati sono state consultate attraverso la definizione delle stringhe di ricerca formulate consultando i Thesaurus e delle parole a testo libero "Nutraceuticals", "Nutritional Supplements", "Functional Food" "Dietary Supplements", "Functional Food", "Psychiatry", "Mental disorders", "Nutritional Psychiatric".

Sono stati presi in considerazione, inoltre, i Related Articles suggeriti dalle banca dati; su Google e Google Scholar sono state ricercate inoltre le definizioni inerenti la nutraceutica e le linee guida di riferimento, mentre il sito del *National Institute of Mental Health* (NIMH) è stato consultato per le definizioni inerenti i disturbi psichiatrici.

### **Risultati**

Sono state reperite complessivamente 34 fonti ritenute pertinenti, di cui 18 revisioni narrative, 6 revisioni sistematiche, 3 meta-analisi, 3 RCTs, 2 linee guida e 2 lettere.

E' emerso che alcuni nutraceutici hanno effettivamente un ruolo significativo e un'influenza nel controllo e nel miglioramento della sintomatologia in diversi disturbi psichiatrici:

- nel Disturbo Depressivo (Sarris et al., 2016; Ravindran et al., 2016; Grosso et al., 2014; Sarris, 2018; Cui & Zheng, 2016; Martins, 2018);
- nei Disturbi d'ansia (Sarris, 2018);
- nel Disturbo Bipolare (Dean et al., 2018; Racz et al., 2015; Fernandes et al., 2016);
- nel Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) (Gogou & Kolios, 2017);
- nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) (Racz et al., 2015; Fernandes et al., 2016);
- nella Schizofrenia (Sarris, 2018).

La maggior parte degli studi si è concentrata in particolare sull'impatto di un intervento a base di nutraceutici per il trattamento della sintomatologia depressiva, come primo approccio o in aggiunta al trattamento farmacologico con: omega 3 (Sarris et al., 2016; Ravindran et al., 2016; Grosso et al., 2014), vitamina D (Akhondzadeh et al., 2013; Shaffer et al., 2014), vitamina del gruppo B, S-Adenosil metionina (Sarris et al., 2016; Ravindran et al., 2016), zafferano (Sarris, 2018), curcuma (Sarris, 2018), iperico (Sarris, 2018; Ravindran et al., 2016; Cui & Zheng, 2016; Martins, 2018) si sono mostrati validi nel ridurre l'intensità del quadro depressivo o nel prevenirne la comparsa, senza presentare effetti collaterali.

Alcuni nutraceuti, in particolare Omega 3 e N-Acetilcisteina su tutti), hanno dimostrato efficacia nei confronti di differenti quadri clinici, mentre la maggioranza (vitamina D, passiflora, ginko, galfimia, iperico, S-Adenosil metionina, curcuma, zafferano) sembra possedere una efficacia mirata a specifiche patologie.

La Tabella 1 sintetizza i nutraceutici studiati in letteratura e consigliati nei diversi quadri clinici.

Tabella 1 - Nutraceutici e dosi consigliate		
NUTRACEUTA	PATOLOGIA E DOSE CONSIGLIATA	Alimenti consigliati
Omega 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressione: 1-2 gdie + terapia per 2 mesi (Sarris et al., 2016; Ravindran et al., 2016; Grosso et al., 2014)</li> <li>• Disturbo Bipolare: 1-2 gdie + terapia (Dean et al., 2018)</li> <li>• Schizofrenia: 2 gdie per 3 mesi (Balanzá Martínez, 2017)</li> </ul>	Diffusi in forma di integratori alimentari, sono naturalmente presenti in pesce azzurro, semi oleosi (chia, lino, kiwi, mirtillo rosso), noci, oli vegetali (canapa, lino, soia), avocado, legumi.
Vitamine del gruppo B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressione: 2 mgdie di acido folico; 0,5 mgdie di vit B12 (Almeida et al., 2015)</li> <li>• Depressione: 15 mgdie di metilfolato (Martone, 2018)</li> <li>• Schizofrenia: 2-15 mgdie di acido folico per 3 mesi (Firth et al., 2017)</li> </ul>	Acido folico: tuorlo d'uovo, fegato, verdura a foglia verde, legumi. Metilfolato: integratore alimentare. B12: alimenti di origine animale (carni, uova, pesce, molluschi, latte).
S-Adenosil metionina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressione: 1600 mgdie per 2 mesi + terapia (Sarris et al., 2016; Ravindran et al., 2016)</li> </ul>	Uova, semi di sesamo, noci del Brasile, pesce, carni, cereali.
Zafferano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressione: 30-50 mgdie per 3 mesi (Sarris, 2018)</li> </ul>	Spezia
Curcuma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressione: 1 gdie per 6 settimane (Sarris, 2018)</li> </ul>	Spezia
N-Acetilcisteina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASD: 600-900 mgdie per 10 settimane + terapia, (Gogou &amp; Kolios, 2017)</li> <li>• OCD: 3 gdie per 3 mesi, (Racz et al., 2015; Fernandes et al., 2016)</li> <li>• Disturbo Bipolare: 1 g due volte al giorno per 6 mesi (Racz et al., 2015; Fernandes et al., 2016)</li> <li>• Schizofrenia: 1 g due volte al giorno, (Racz et al., 2015; Akhondzadeh et al., 2013; Fernandes et al., 2016)</li> </ul>	Diffusi in forma di integratori alimentari, naturalmente presenti in carni, uova, latte e derivati, pesce, legumi, cereali, peperoni, cavoli, carote, cipolle, aglio, broccoli, soia e derivati, frutta secca e semi.

Iperico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressione: 900 mgdie per 6 settimane (Sarris, 2018; Ravindran et al., 2016; Cui &amp; Zheng, 2016; Martins, 2018)</li> </ul>	Pianta conosciuta col nome di Erba di San Giovanni: le foglie e le sommità fiorite vengono utilizzate per preparazioni fitoterapiche come tisane e oli essenziali.
Galfimia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansia: 300 mg di estratto due volte al giorno per 4 mesi (Sarris, 2018)</li> </ul>	Pianta con proprietà ansiolitiche ampiamente coltivata in tutto il mondo, specie in America centrale. Dalle sue foglie si ricavano estratti fitoterapici.
Passiflora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansia: 260 mgdie (Sarris, 2018)</li> </ul>	Le parti verdi della pianta vengono essiccate e utilizzate per preparazioni fitoterapiche e infusi. I principi attivi della pianta vengono racchiusi anche in capsule, sotto forma di integratori alimentari.
Ginkgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schizofrenia: 480 mgdie per 1 mese (Sarris, 2018)</li> </ul>	Le foglie della pianta vengono utilizzate per preparazioni fitoterapiche.
Vitamina D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressione: 600-300.000 UI per 6 settimane (Akhondzadeh et al., 2013; Shaffer et al., 2014)</li> </ul>	Salmone, sgombro, tonno, merluzzo, sardine, molluschi, crostacei, uova, fegato, verdura a foglia verde, latte e derivati. L'olio di fegato di merluzzo ne è molto ricco.

## Discussione

Oggi i disturbi mentali sono molto diffusi in tutto il mondo, spesso gravemente invalidanti anche in considerazione del fatto che i trattamenti terapeutici non sono sempre in grado di fornire una risposta efficace. Basti pensare ai disturbi depressivi, che rappresentano la principale causa di disabilità in tutto il mondo tra gli individui di età compresa tra i 15 e i 44 anni (LaChance & Ramsey, 2018). In circa il 50% delle persone affette da questa malattia, l'inizio della terapia con farmaci antidepressivi non dà risultati soddisfacenti; nonostante diversi approcci di trattamento, solo nel 20% dei casi si osserva una remissione completa dei sintomi.

Lo stesso accade in un'altra condizione patologica molto diffusa, il disturbo bipolare: sebbene la maggior parte delle persone trattate presenti miglioramenti nel tempo, fino ai due terzi possono presentare sintomatologia residua e almeno il 40% presenta una ricaduta nei successivi 2 anni l'evento acuto (NIMH).

La situazione non cambia anche in riferimento alla condizione patologica probabilmente più grave ed invalidante in tema di disordini psichiatrici, ovvero la schizofrenia: la malattia è responsabile dell'1,1% del totale di anni di vita persi a causa della disabilità (DALY, *Disability Adjusted Life Years*) e del 2,8% del totale di anni vissuti in condizioni di disabilità. Il trattamento standard si fonda sull'utilizzo di farmaci antipsicotici: sebbene i sintomi positivi, come le allucinazioni, regrediscono entro i primi mesi di trattamento, i risultati a lungo termine sono scarsi e i sintomi negativi, come ad esempio l'anedonia, tendono a non rispondere efficacemente al trattamento (Firth et al., 2017).

Il quadro presentato evidenzia la necessità di identificare trattamenti aggiuntivi per supportare e sostenere il pieno recupero ed il mantenimento psicosociale dell'individuo affetto da un disturbo psichiatrico. In queste situazioni, aggiungere una terapia complementare per accelerare la risposta ai farmaci e migliorare la sintomatologia, senza provocare ulteriori effetti collaterali o peggiorare la malattia, risulta essere di primaria importanza.

### Conclusioni

Stante le suddette analisi, appare auspicabile orientare la ricerca scientifica futura verso l'esplorazione del ruolo che l'alimento, e più nello specifico il nutraceuta, dimostra di avere nel trattamento e nella prevenzione dei disturbi mentali; ciò al fine di mettere a disposizione della comunità scientifica aggiornate prove di efficacia che sostengano l'aggiunta dei nutraceutici nella dieta quale reale ed efficace strumento terapeutico.

La scienza infermieristica è chiamata a cogliere il grande potenziale che ha in sé l'alimento: gli infermieri dovrebbero tenere in alta considerazione l'uso di nutraceutici, degli integratori alimentari e dei fitoterapici in aggiunta alla terapia farmacologica, come parte integrante di un piano alimentare personalizzato e mirato alla patologia del paziente. Certamente questo approccio amplierebbe il campo delle conoscenze e di conseguenza anche delle competenze dell'infermiere, affiancando alla somministrazione farmacologica che gli è propria, uno spazio di intervento legato all'utilizzo di fitoterapici e nutraceuti. Fin dal primo incontro con l'assistito, l'infermiere, attraverso l'accertamento dello stato nutrizionale, potrebbe collaborare per l'integrazione alimentare e nutraceutica, al fine di mantenere in equilibrio lo stato di benessere dell'assistito.

Promuovere la salute mentale della persona e della sua famiglia per l'infermiere significa sviluppare delle strategie efficaci per rispondere alle esigenze immediate o potenziali. In particolare all'interno dei servizi psichiatrici territoriali, l'infermiere *case manager* rappresenta un costante punto di riferimento per l'assistito; è proprio in questo contesto, più che in ambito ospedaliero, dove si affrontano principalmente le acuzie e l'assistenza è limitata a brevi periodi di tempo, che assume notevole importanza l'intervento nutrizionale e l'integrazione dei nutraceuti al fine di mantenere l'equilibrio salute-malattia. L'intervento nutrizionale può trovare infatti la sua applicabilità sul territorio, in un contesto in cui diviene centrale l'assistenza continuativa e a lungo termine. Tra l'altro, l'introduzione di nuovi modelli organizzativi all'interno dei servizi psichiatrici ospedalieri e territoriali rappresenta un'importante sfida per fornire risposte efficaci ai mutevoli bisogni di questa complessa tipologia di utenti.

L'attenzione che qui è stata posta sul nutraceuta apre una grande opportunità per l'agire infermieristico. L'infermiere diventa la figura che detiene un ruolo chiave di collegamento tra l'assistito e il terapeuta e gioca il suo ruolo in un campo eminentemente infermieristico, quale è il bisogno di alimentazione. Questo bisogno in ambito psichiatrico indica all'infermiere la necessità di utilizzo di lenti diverse, non solo capaci di interpretare il fabbisogno nutrizionale, bensì anche il fabbisogno nutraceutico dell'individuo. Ricordando come l'infermiere in Italia non possa prescrivere farmaci, la nutraceutica offre in questo senso un nuovo e ragionevole spunto per i professionisti, spingendoli a chiedersi se la formazione infermieristica potrà trasmettere nuove conoscenze e contenuti affinché il futuro infermiere sia responsabile non solo della trasmissione di consigli alimentari, ma anche della prescrizione di integratori alimentari e rimedi fitoterapici.

**BIBLIOGRAFIA**

- Almeida OP, Ford AH, Flicker L. Systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials of folate and vitamin B12 for depression. *Int Psychogeriatr*. maggio 2015;27(5):727–37.
- Akhondzadeh S, Gerbarg PL, Brown RP. Nutrients for prevention and treatment of mental health disorders. *Psychiatr Clin North Am*. marzo 2013;36(1):25–36.
- Arcari Morini, A. D'Eugenio, F. Aufiero. *Bioterapia Nutrizionale: Nutrizione e funzioni organiche*. REd 2004, pp 11-16
- Aronson JK. Defining «nutraceuticals»: neither nutritious nor pharmaceutical. *Br J Clin Pharmacol*. 2017;83(1):8–19.
- Balanzá Martínez V. Nutritional supplements in psychotic disorders. *Actas Esp Psiquiatr*. settembre 2017;45(Supplement):16–25.
- Cui Y-H, Zheng Y. A meta-analysis on the efficacy and safety of St John's wort extract in depression therapy in comparison with selective serotonin reuptake inhibitors in adults. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1715–23.
- Dean OM, Gliddon E, Van Rheenen TE, Giorlando F, Davidson SK, Kaur M, et al. An update on adjunctive treatment options for bipolar disorder. *Bipolar Disord*. marzo 2018;20(2):87–96.
- Fernandes BS, Dean OM, Dodd S, Malhi GS, Berk M. N-Acetylcysteine in depressive symptoms and functionality: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(4):e457-466.
- Firth J, Stubbs B, Sarris J, Rosenbaum S, Teasdale S, Berk M, Yung AR. The effects of vitamin and mineral supplementation on symptoms of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis *Psychol Med*. 2017 Jul;47(9):1515-1527.
- Gogou M, Kolios G. The effect of dietary supplements on clinical aspects of autism spectrum disorder: A systematic review of the literature. *Brain Dev*. settembre 2017;39(8):656–64.
- Grosso G, Pajak A, Marventano S, Castellano S, Galvano F, Bucolo C, et al. Role of omega-3 fatty acids in the treatment of depressive disorders: a comprehensive meta-analysis of randomized clinical trials. *PLoS One*. 2014;9(5):e96905.
- Jacka FN, O'Neil A, Opie R, Itsiopoulos C, Cotton S, Mohebbi M, et al. A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the «SMILES» trial). *BMC Med*. 30 gennaio 2017;15(1):23. (a).
- Jacka FN. Nutritional Psychiatry: Where to Next? *EBioMedicine*. marzo 2017;17:24–9. (b).
- LaChance LR, Ramsey D. Antidepressant foods: An evidence-based nutrient profiling system for depression. *World J Psychiatry*. 20 settembre 2018;8(3):97–104.
- Martins J, S B. Phytochemistry and pharmacology of anti-depressant medicinal plants: A review. *Biomed Pharmacother Biomedecine Pharmacother*. agosto 2018;104:343–65.
- Martone G. Enhancement of recovery from mental illness with l-methylfolate supplementation. *Perspect Psychiatr Care*. aprile 2018;54(2):331–4.
- O'Neil A, Quirk SE, Housden S, Brennan SL, Williams LJ, Pasco JA, et al. Relationship between diet and mental health in children and adolescents: a systematic review. *Am J Public Health*. ottobre 2014;104(10):e31-42.
- Marx W, Moseley G, Berk M, Jacka F. Nutritional psychiatry: the present state of the evidence. *Proc Nutr Soc*. 2017;76(4):427–36.
- Parletta N, Zarnowiecki D, Cho J, Wilson A, Bogomolova S, Villani A, et al. A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depression: A randomized controlled trial (HELFIMED). *Nutr Neurosci*. 7 dicembre 2017;1–14.
- Psaltopoulou T, Sergentanis TN, Panagiotakos DB, Sergentanis IN, Kostis R, Scarmeas N. Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: A meta-analysis. *Ann Neurol*. ottobre 2013;74(4):580–91.
- Racz R, Sweet BV, Sohoni P. Oral acetylcysteine for neuropsychiatric disorders. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*. 1 giugno 2015;72(11):923–6, 928–9.
- Raju MSVK. Medical nutrition in mental health and disorders. *Indian J Psychiatry*. giugno 2017;59(2):143–8.
- Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh D, Morehouse RL, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2016;61(9):576–87.
- Robinson KA, Saldanha IJ, McKoy NA. Development of a framework to identify research gaps from systematic reviews *J Clin Epidemiol*. 2011 Dec;64(12):1325-30.
- Sarris J, Logan AC, Akbaraly TN, Amminger GP, Balanzá-Martínez V, Freeman MP, et al. Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *Lancet Psychiatry*. marzo 2015;2(3):271–4. (a).
- Sarris J, Logan AC, Akbaraly TN, Paul Amminger G, Balanzá-Martínez V, Freeman MP, et al. International Society for Nutritional Psychiatry Research consensus position statement: nutritional medicine in modern psychiatry. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. ottobre 2015;14(3):370–1. (b).

- Sarris J, Murphy J, Mischoulon D, Papakostas GI, Fava M, Berk M, et al. Adjunctive Nutraceuticals for Depression: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Am J Psychiatry*. 1 giugno 2016;173(6):575–87.
- Sarris J. Herbal medicines in the treatment of psychiatric disorders: 10-year updated review. *Phytother Res PTR*. luglio 2018;32(7):1147–62.
- Shaffer JA, Edmondson D, Wasson LT, Falzon L, Homma K, Ezeokoli N, et al. Vitamin D supplementation for depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosom Med*. aprile 2014;76(3):190–6.
- Stahl ST, Albert SM, Dew MA, Lockovich MH, Reynolds CF. Coaching in healthy dietary practices in at-risk older adults: a case of indicated depression prevention. *Am J Psychiatry*. maggio 2014;171(5):499–505.



CONTRIBUTI

## Ospedali magnet e non magnet: esiti su infermieri e pazienti

di Salvatore Altavilla (1), Matteo Manici (2), Marina Lemmi (3)

(1) Infermiere, Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola Malpighi - Bologna

(2) Infermiere, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Parma

(3) Direttore delle Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Parma

Corrispondenza: [altavillasa@gmail.com](mailto:altavillasa@gmail.com)

Gli ospedali *Magnete* sono nati negli USA attorno agli anni Ottanta, così denominati per la loro proprietà di attrarre personale infermieristico e sanitario in un momento di carenza di infermieri.

In seguito ad un'indagine svolta dall'*American Academy of Nursing* (AAN) si scoprì che tali strutture presentavano delle precise caratteristiche di qualità assistenziale, tra cui: un aumento della soddisfazione lavorativa e dell'autonomia, ridotti tassi di turnover e burnout e scarsa intenzione di abbandonare il proprio posto di lavoro.

Dopo l'individuazione dei primi ospedali con tali caratteristiche, che ammontavano a 41, e dopo alcuni studi che ne dimostrarono l'efficacia, tali strutture cominciarono a divenire sinonimo di qualità per il paziente ed un traguardo ambizioso per i dirigenti sanitari. Da lì a poco l'*American Nurse Credentialing Center* (ANCC) sviluppò il *Magnet Recognition Program*, che divenne un vero e proprio accreditamento di cui fregiarsi per le strutture.

Il *Magnet Recognition Program* è un programma rigoroso che promuove il miglioramento della qualità ed un'eccellente assistenza infermieristica. Gli ospedali riconosciuti come *Magnet* si impegnano per dimostrare la loro dedizione al miglioramento della qualità e a potenziare il processo decisionale condiviso: l'obiettivo principale è migliorare l'assistenza ai pazienti. Queste strutture sono sempre più riconosciute dal pubblico, dopo l'inclusione nelle classifiche di *US News e World Report*, e iniziative rivolte alla qualità, come il *Leapfrog group* (Missios, Bekelis, 2018).

Nonostante in letteratura si riconosca che le strutture *Magnet* rappresentino uno standard per l'eccellenza infermieristica, con la promozione quindi di tale riconoscimento, esistono delle controversie sul fatto che un ospedale *Magnet* possa raggiungere l'obiettivo di migliorare l'ambiente di lavoro infermieristico (Trinkoff et al., 2010). Sebbene il modello organizzativo *Magnet* sia stato proposto come influente sull'ambiente di lavoro e sui risultati dei pazienti, alcuni risultati destano tuttavia perplessità. In effetti si riscontrano esiti contrastanti, derivati da una vasta tipologia di studi che influenzano la qualità di questi risultati (Dit Dariel, 2015). Permane dunque dello scetticismo tra gli *stakeholder* riguardo al fatto che determinati setting infermieristici possano effettivamente avere un impatto netto e significativo sui risultati conseguiti coi pazienti (Aiken et. al., 2008).

Scopo di questa revisione è stato quindi identificare gli studi che danno evidenza della correlazione tra ospedali *Magnet* ed outcome su pazienti ed infermieri.

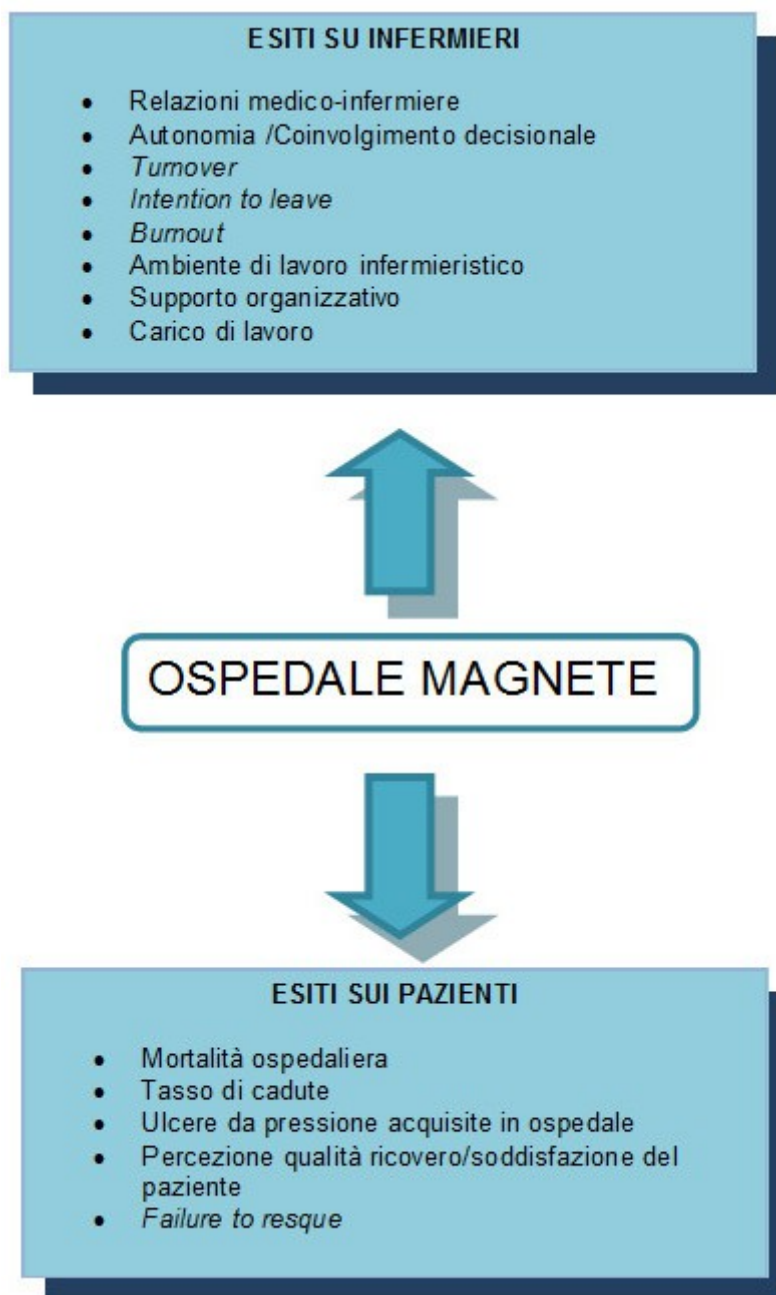


Per eseguire una revisione più dettagliata e comprensibile, si è scelto di suddividere gli studi individuati in due gruppi:

- gli studi che confrontano gli outcome infermieristici (tutte le caratteristiche di processo ed esito che consentono all'infermiere un lavoro di qualità), confrontati tra gli ospedali *Magnet* e non *Magnet*;
- gli studi relativi agli esiti per il paziente (definiti come processi o risultati del paziente direttamente riconducibili all'assistenza infermieristica).

Nella Figura 1 vengono illustrati i principali outcome degli studi.

**Figura 1** – Esiti su infermieri e pazienti negli ospedali *Magnet*



Per l'individuazione degli articoli è stato considerato qualsiasi studio scientifico che confrontasse gli outcome di infermieri e pazienti negli ospedali accreditati *Magnet* con gli ospedali non *Magnet*.

Sono state consultate le seguenti banche dati: PUBMED, CINAHL e GOOGLE SCHOLAR, tramite l'utilizzo di operatori booleani AND ed OR, applicando i seguenti filtri:

- data di pubblicazione - dal 2003 ad oggi;
- species: Humans.

Il filtro metodologico temporale (dal 2003 ad oggi) è stato applicato per permettere di selezionare gli studi più recenti, considerando il fatto che molti di questi potessero essere di tipo retrospettivo e quindi riferiti a realtà datate.

Da una prima ricerca sono stati individuati 93 articoli, in seguito ne sono stati esclusi 45 in base all'abstract e ulteriori 17 in base alla revisione del full text. Altri studi sono stati consultati ed utilizzati per gli aspetti storici e per l'analisi della cultura *Magnet* in Italia, ma non ai fini della revisione.

La revisione è quindi relativa a 32 articoli.

### Esiti su infermieri e staff

In questa sezione della revisione sono stati inclusi 12 articoli (Tabella 1).

Di seguito è riportata la tabella sinottica degli studi esaminati, dove si possono verificare nel dettaglio le caratteristiche dei singoli articoli. Nella parte riservata agli outcome, vengono riassunti i risultati finali di ogni studio con significatività statistica, dopo i test statistici eseguiti, quando presenti.

Tabella 1 – Sinossi degli articoli sulla correlazione tra ospedali <i>Magnet</i> e esiti infermieristici					
Autori e anno	Design	Pazienti/soggetti	Metodo/strumento	Outcome	Risultati/significatività statistica
Hess et al., 2011	Osservazionale e retrospettivo	510 infermieri	Confronto Ospedali <i>Magnet</i> / <i>Magnet in process</i> / non <i>Magnet</i> tramite sondaggio: il <i>National Survey of Registered Nurses (NSRN)</i> , che viene somministrato ogni 2 anni.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percezioni sulla propria professione</li> <li>• Ambiente di lavoro</li> <li>• Relazioni professionali</li> </ul>	C'è significatività statistica per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Governance condivisa maggiore negli ospedali <i>Magnet</i> (37%) <i>Magnet in process</i> (32%) e non <i>Magnet</i> (16%)</li> <li>• Valutazione dell'influenza delle decisioni sull'organizzazione del posto di lavoro come "molto buona" o "eccellente" negli ospedali <i>Magnet</i> (35%) o <i>Magnet in process</i> (36%) rispetto agli ospedali non <i>Magnet</i> (26%)</li> <li>• Accesso alla formazione continua finanziato dall'azienda: statisticamente significativo (<math>p &lt; 0,05</math>) negli ospedali <i>Magnet</i> (35%), <i>Magnet in process</i> (30%) e non <i>Magnet</i> (21%)</li> </ul>
Josiane Hickson, 2013	Osservazionale e trasversale/ analisi secondaria di dati	1165 infermieri neolaureati (laureati da 0 a 36 mesi, senza pregressa esperienza)	Somministrazione di questionario, composto da: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negative Acts Questionnaire Revised (NAQ-R)</li> <li>• McCloskey-Mueller Satisfaction Scale (MMSS)</li> <li>• Casey-Fink Graduate Nurse Experience Survey (CFGNES)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ostilità infermieristica percepita</li> <li>• Soddisfazione lavorativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ostilità infermieristica percepita dagli Infermieri in strutture <i>Magnet</i> (media, 64,73) è significativamente diversa dalla percezione dell'ostilità degli infermieri in strutture non <i>Magnet</i> (media 60,83) (una media più alta indicava un punteggio minore di atti di ostilità)</li> <li>• La soddisfazione sul lavoro degli infermieri nelle strutture <i>Magnet</i> è stata valutata maggiore nel proprio posto di lavoro (media, 80,93) rispetto agli infermieri che lavoravano negli ospedali non <i>Magnet</i> (media 74,29)</li> <li>• Comfort professionale, fiducia e supporto hanno rivelato una differenza statisticamente significativa tra il numero medio di infermieri che lavorano nelle strutture <i>Magnet</i> (media, 61,03 <math>\pm</math> 10,668) e gli infermieri in strutture non <i>Magnet</i> (media 59.17 <math>\pm</math> 9.90)</li> </ul>

<b>Houston et al., 2012</b>	Osservazionale e trasversale	1407 infermieri e manager infermieristici in 14 ospedali (2 <i>Magnet</i> , 3 <i>Magnet aspirant</i> e 9 non <i>Magnet</i> )	3 tipi di ospedale: <i>Magnet</i> , <i>Magnet aspirant</i> e non <i>Magnet</i> Somministrazione di sondaggio tramite scala <i>Decisional Involvement Scale</i> (DIS)	Coinvolgimento decisionale professionale	Dopo l'aggiustamento per il tipo di lavoro (infermiere o responsabile del personale infermieristico) e tipo di impiego (a tempo pieno o part-time), il reale punteggio di coinvolgimento decisionale è stato significativamente più alto ( $P = 0.02$ ) di circa 1,65 negli ospedali <i>Magnet</i> rispetto agli ospedali non <i>Magnet</i> . Nessuna differenza si è registrata tra ospedali <i>Magnet aspirant</i> e non <i>Magnet</i> .
<b>Kelly et al., 2012</b>	Osservazionale e retrospettivo/ Analisi secondaria di dati	26.276 infermieri in 4 stati (California, Florida, Pennsylvania e New Jersey) in 567 strutture per acuti. Di questi 4562 infermieri in 46 ospedali <i>Magnet</i> e 21.714 infermieri in 521 ospedali non <i>Magnet</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Practice environment scale of the Nursing Workforce Index</i> per misurare la percezione degli ambienti lavorativi</li> <li>• <i>Maslach Burnout Inventory Human Services Survey</i> (MBI-HSS) per il burnout lavorativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Burnout</li> <li>• Intenzione di abbandonare il posto di lavoro</li> <li>• Soddisfazione lavorativa</li> </ul>	I risultati hanno mostrato che gli infermieri negli ospedali <i>Magnet</i> hanno il 18% in meno di probabilità di essere insoddisfatti e il 13% in meno di probabilità di avere alti livelli di <i>burnout</i> ( $p < 0.05$ ) durante il controllo delle caratteristiche infermieristiche e ospedaliere. Inoltre, gli infermieri negli ospedali <i>Magnet</i> hanno meno probabilità di segnalare l'intenzione di lasciare la loro posizione attuale ( $p < 0,05$ )
<b>Lacey et al. 2007</b>	Osservazionale e retrospettivo/ analisi secondaria di dati.	3.337 infermieri in 11 stati, 15 ospedali, 292 unità diverse. 3 tipi di ospedale: <i>Magnet</i> , <i>Magnet aspirant</i> e non <i>Magnet</i>	Sondaggio tramite l' <i>Individual Workload Perception Scale</i> (IWPS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• supporto organizzativo, carico di lavoro, soddisfazione, e intenzione di rimanere nel proprio posto di lavoro.</li> </ul>	I punteggi medi in tutte le sottoscale risultano costantemente migliori nelle strutture <i>Magnet</i> rispetto alle strutture <i>Magnet aspirant</i> . Queste ultime hanno migliori punteggi rispetto alle strutture non <i>Magnet</i> . Il test post hoc di Tuckey, che evidenzia differenze significative, ha messo in rilievo che solo il supporto dei manager ( $p=0.152$ ) e l'intenzione di rimanere ( $p=0.261$ ) tra gli ospedali <i>Magnet aspirant</i> e non <i>Magnet</i> non è rimasto statisticamente significativo, i rimanenti item invece sì.

<b>Lacey SR, Susan L. Teasley, Karen S. Cox, 2009</b>	Osservazionale e retrospettivo, analisi di dati secondaria	Il campione finale include 3080 infermieri di 8 ospedali pediatrici degli Stati Uniti (3 ospedali <i>Magnet</i> e 5 ospedali non <i>Magnet</i> )	Viene utilizzato un database di risposte di infermieri tramite somministrazione della scala <i>Individual Workload Perception Scale-revised</i> (IWPS-R)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• percezioni degli infermieri sul supporto organizzativo</li> <li>• carico di lavoro</li> <li>• intenzione di rimanere</li> </ul>	I risultati tra queste due coorti di infermieri evidenziano che in tutte le sottoscale gli infermieri degli ospedali <i>Magnet</i> hanno avuto risultati più alti degli infermieri che lavorano in ospedali non <i>Magnet</i> (tutti avevano valori $P < .000$ )
<b>Saunders, Vehviläinen-Julkunen, 2016</b>	Osservazionale e/ trasversale	943 infermieri in unità di cura per acuti di 3 tipi di ospedali ( <i>Magnet</i> , <i>Magnet aspirant</i> e non <i>Magnet</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Nurse Retention Index</i> (NRI)</li> <li>• 4 item su scala Likert per la fiducia nell' EBP</li> <li>• 1 item sulla conoscenza EBP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fiducia nelle prove di efficacia basate sulla pratica (EBP) per gli infermieri</li> <li>• conoscenza delle EBP</li> <li>• risultati infermieristici di soddisfazione lavorativa</li> </ul>	<p>Confronti post hoc di Bonferroni hanno indicato che gli infermieri che lavorano negli ospedali <i>Magnet</i> hanno valutato entrambi di possedere una conoscenza EBP significativamente più alta rispetto agli infermieri che hanno lavorato in ospedali non <i>Magnet</i> (differenza media [MD] = 0,20; <math>P = 0,026</math>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la soddisfazione sul lavoro degli infermieri risulta leggermente superiore negli ospedali <i>Magnet</i> (media 4,37, DS [0,77]) rispetto sia ai <i>Magnet aspirant</i> (media 4,30, DS[0,76]) che ai non <i>Magnet</i> (media 4,30, DS[0,80])</li> <li>• L'intenzione di lasciare la professione infermieristica risulta leggermente superiore negli ospedali <i>Magnet</i> (media 2,79, DS [1,89]) rispetto sia agli ospedali <i>Magnet aspirant</i> (media 2,64, DS [1,69]) che negli ospedali non <i>Magnet</i> (media 2,64 DS [1,73])</li> </ul>

<p><b>Staggs &amp; Dunton, 2012</b></p>	<p>Osservazionale/trasversale</p>	<p>1884 unità di cura in 306 ospedali per acuti negli Stati Uniti (85 ospedali <i>Magnet</i> e 225 ospedali non <i>Magnet</i>) Tra 2008 e 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>National Database of Nursing Quality Indicators</i> (NDNQI)</li> <li>• turnover Incidence Rate Ratio (IRR)</li> </ul>	<p>Tassi di turnover infermieristico</p>	<p>A parità di condizioni, nelle unità degli ospedali <i>Magnet</i> è stimato un calo del turnover infermieristico del 16% e un calo del 13% del turnover totale in media rispetto alle unità degli ospedali non <i>Magnet</i> (<math>p &lt; 0.001</math>)</p>
<p><b>Stimpfe AW, Jennifer ER, Mchug MD, 2014</b></p>	<p>Osservazionale e retrospettivo, analisi secondaria di dati</p>	<p>Un campione finale di ospedali (N = 551) che includeva ospedali <i>Magnet</i> (n = 56) e ospedali non <i>Magnet</i> (n = 495)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La qualità dell'assistenza è stata misurata utilizzando un singolo item nell'indagine: "Come descriveresti la qualità dell'assistenza infermieristica erogata ai pazienti nella tua unità?"</li> <li>• Practice Environment Scale of the Nursing Work Index per valutare il setting professionale</li> </ul>	<p>Qualità dell'assistenza infermieristica</p>	<p>In modelli senza test statistici di aggiustamento, lo stato del <i>Magnet</i> era associato a un 11% (<math>P &lt; .001</math>) di infermieri che riportano una qualità eccellente rispetto agli ospedali non <i>Magnet</i>. Dopo la regolazione delle caratteristiche ospedaliere, gli ospedali <i>Magnet</i> risultano ancora associati ad un ulteriore 10% (SE, 0,02; <math>P &lt; 0,001</math>) di infermieri che riportano una qualità dell'assistenza "eccellente".</p>
<p><b>Tinkoff et al., 2010</b></p>	<p>Osservazionale e/ retrospettivo, analisi secondaria dati</p>	<p>837 infermieri: 162 infermieri che lavorano in 14 ospedali <i>Magnet</i> e 675 infermieri che lavorano in 157 ospedali non <i>Magnet</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Revised Nurse Worklife Index</i> (NWI-R)</li> </ul>	<p>Soddisfazione lavorativa</p>	<p>Le richieste fisiche risultano più basse tra gli infermieri degli ospedali <i>Magnet</i> rispetto a quelli che lavorano in ospedali non <i>Magnet</i>, con la media di infermieri negli ospedali <i>Magnet</i> pari a 30,1 contro 31,0 per gli infermieri negli ospedali non <i>Magnet</i> (<math>t = 2.140, P = 0.034</math>). Su tutte le altre misure delle condizioni di lavoro infermieristiche, incluso il setting infermieristico (NWI-R), la cultura della sicurezza del paziente e la soddisfazione complessiva del lavoro, non si riscontra alcuna differenza significativa tra infermieri che lavorano in strutture <i>Magnet</i> rispetto a strutture non <i>Magnet</i>.</p>

**Esiti sui pazienti**

Gli esiti sul paziente sono dei risultati tangibili della salute del paziente, derivati dalle cure o dall'assistenza in generale. Per fare esempi più concreti, tra gli studi presi in considerazione vengono misurate le cadute dei pazienti, la mortalità a 30 gg, il *failure to resque* (mancato salvataggio), le cure infermieristiche mancate o incomplete, le infezioni. Dunque, qualsiasi alterazione o complicazione dello stato di salute prevenibile o contrastabile attuando una efficace e tempestiva assistenza infermieristica.

Abbiamo visto che gli ospedali con riconoscimento *Magnet* pongono quelle che sono le situazioni ideali per lo svolgimento di un lavoro assistenziale di elevata qualità e che dovrebbero, quindi, avere un risvolto positivo sull'assistenza. Pertanto, in questa seconda sezione sono stati esaminati gli articoli derivanti dalla letteratura che confrontano gli esiti sul paziente in strutture *Magnet* con strutture non *Magnet*.

Di seguito è riportata la tabella sinottica degli studi esaminati, dove si possono verificare nel dettaglio le caratteristiche dei singoli articoli. Nella parte riservata agli outcome, vengono riassunti i risultati finali di ogni studio con significatività statistica, dopo i test statistici eseguiti, quando presenti.

Tabella 2 – Sinossi Ospedale *Magnet* e Patient Outcomes

Autori e anno	Design	Pazienti/setting	Metodo/strumento	Outcomes	Risultati/significatività statistica
Barnes, 2016	Studio osservazionale trasversale	In un campione abbinato di 291 Ospedali <i>Magnet</i> e 291 ospedali non <i>Magnet</i>	Vengono confrontati dati da 3 fonti nazionali	Le infezioni del sangue associate alla linea centrale (CLABSI)	Circa il 29% di tutti gli ospedali aveva tassi di CLABSI inferiori rispetto alla media nazionale. Oltre la metà degli ospedali <i>Magnet</i> aveva risultati migliori della media, rispetto a un quarto di ospedali non <i>Magnet</i> ( $p < 0,001$ ). Dopo i test di aggiustamento, gli ospedali <i>Magnet</i> continuavano ad avere probabilità statistica significativamente più alta di CLABSI superiore alla media: 52,6% ( $p < 0,001$ ), rispetto agli ospedali non <i>Magnet</i> 41,6% ( $p < 0,008$ ).
Bekelis, 2017	Studio di coorte longitudinale	Durante il periodo di studio, 176.557 pazienti hanno soddisfatto i criteri di inclusione. Di questi, 32.092 (18,2%) sono stati ospedalizzati in presidi <i>Magnet</i> e 144465 (81,8%) in presidi non <i>Magnet</i>	Tutti i pazienti che sono stati ospedalizzati per ictus ischemico acuto e che sono stati registrati nello SPARCS ( <i>Statewide Planning and Research Cooperative System</i> ). Nell'analisi sono stati inclusi 15 database tra il 2009 e il 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasso di Mortalità</li> <li>• Durata della degenza</li> <li>• Dimissione presso struttura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasso di Mortalità - dopo i test di aggiustamento è stato identificato che gli ospedali <i>Magnet</i> erano associati al 23,9% di probabilità in meno di morte, rispetto agli ospedali non <i>Magnet</i> (<math>&lt; 0,001</math>)</li> <li>• Durata della degenza - utilizzando una regressione lineare con l'analisi delle variabili strumentali, si è dimostrato che l'ospedalizzazione in un ospedale <i>Magnet</i> era associata a una durata della degenza più breve di 0,4 giorni rispetto alle istituzioni non <i>Magnet</i> (IC 95%, da 0,8 a 0,1) (<math>&lt; 0,001</math>)</li> <li>• Dimissione presso struttura riabilitativa - gli ospedali <i>Magnet</i> erano associati a un tasso inferiore del 16,5% (<math>&lt; 0,001</math>) di dimissione presso una struttura riabilitativa, rispetto ad ospedali non <i>Magnet</i>; questo risultato persisteva dopo i test di aggiustamento.</li> </ul>
Chen, 2014	Osservazionale retrospettivo /analisi secondaria di dati	20 ospedali <i>Magnet</i> e 90 Ospedali non <i>Magnet</i>	Punteggio HCAHPS ( <i>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i> ) in 110 ospedali in Illinois	Percezione della qualità ospedaliera da parte del paziente	Il punteggio HCAHPS in 110 ospedali in Illinois rivela che gli ospedali <i>Magnet</i> hanno ottenuto punteggi più alti rispetto agli ospedali non <i>Magnet</i> in tutte le 7 misure relative all'assistenza infermieristica della scala HCAHPS, con differenze significative su 6 misure. Inoltre, in seguito alla regolazione delle caratteristiche ospedaliere e dell'assistenza infermieristica, lo stato del presidio <i>Magnet</i> variava dal il 5% al 13% della varianza in 6 delle 7 Misure HCAHPS.
Ma Chenjuan, 2015	Osservazionale retrospettivo/analisi secondaria di dati.	Sono stati reclutati 33.845 infermieri. L'unità di analisi era l'unità infermieristica, con 3781 unità in 373 ospedali degli Stati Uniti	Sono stati utilizzati i dati del <i>National Database of Nursing Quality Indicators - NDNQI</i>	• Ulcere da pressione acquisite in ospedale (HAPU)	Le unità ospedaliere delle strutture <i>Magnet</i> avevano il 21% in meno di probabilità di avere un HAPU rispetto alle unità ospedaliere non <i>Magnet</i> (intervallo di confidenza al 95% [CI], 0,64 vs 0,98; $p < 0,034$ ). Includendo entrambi le variabili, ovvero lo stato del <i>Magnet</i> e l'ambiente dell'unità di lavoro, lo stato di <i>Magnet</i> non ha più avuto un effetto significativo sulle HAPUs (OR= 0,82; 95% CI, 0,66 vs 1,02; $p < 0,007$ ), mentre persisteva l'effetto significativo dell'ambiente di lavoro (OR = 0,73; IC 95%, 0,56 vs 0,93; $p < 0,013$ ).
Friese, 2015	Osservazionale di coorte longitudinale	1.897.014 pazienti analizzati, dei quali 331 degenti in ospedali <i>Magnet</i> e 993 in ospedali non <i>Magnet</i>	Sono stati analizzati i dati reperiti dalla banca dati <i>Medicare</i> dal 1998 al 2010 ed assemblate tre corti di studio di pazienti rispetto intervento di bypass arteria, coronarica, colectomia e bypass arti inferiori	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mancato salvataggio - morte dopo una complicanza postoperatoria</li> <li>• Mortalità a 30 giorni</li> </ul>	Nell'analisi multivariata, dopo aver controllato per caratteristiche del paziente e dell'ospedale, si è verificato che i pazienti trattati negli ospedali <i>Magnet</i> avevano il 7,7 % ( $p < 0,01$ ) in meno di probabilità di sperimentare mortalità a 30 giorni rispetto ai pazienti trattati in ospedali non <i>Magnet</i> (intervallo di confidenza al 95%: 0,89 vs 0,96). I pazienti trattati negli ospedali <i>Magnet</i> avevano l'8,6% ( $p < 0,01$ ) di probabilità in meno di morire a causa di complicanze dopo un intervento chirurgico, rispetto ai pazienti trattati in ospedali non <i>Magnet</i> (IC 95%: 0,88 vs 0,95).

<p><b>Goode et al., 2011</b></p>	<p>Osservazionale trasversale</p>	<p>19 ospedali <i>Magnet</i> e 35 ospedali non <i>Magnet</i> Sono state utilizzate solo unità per adulti</p>	<p>Database clinici e operativi dell' <i>University HealthSystems Consortium (UHC)</i>. Risultati calcolati dai dati di dimissione del paziente utilizzando gli indicatori di sicurezza del paziente e il software degli indicatori di qualità della degenza sviluppati dall' <i>Agency for Research in Healthcare Quality (AHRQ)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasso di mortalità per insufficienza cardiaca congestizia (CHF) ed infarto miocardico (MI)</li> <li>• Failure to resque</li> <li>• Ulcere da pressione acquisite in ospedale</li> <li>• infezioni</li> <li>• sepsi post-operatoria</li> <li>• LOS (long of stay)</li> </ul>	<p>I tassi di ulcere da pressione sono risultati leggermente inferiori negli ospedali <i>Magnet</i>, con significatività statistica (<math>p &lt; 0.10</math>) Gli altri outcome sono risultati peggiori negli ospedali <i>Magnet</i>. Tassi di eventi avversi tra cui le infezioni dovute all'assistenza (infezioni dovute alla somministrazione endovenosa linee e cateteri) (<math>P &lt; 0.05</math>) sepsi post-operatoria (<math>P &lt; 0.05</math>) e squilibri del metabolismo postoperatorio (<math>p &lt; 0.05</math>) erano minori negli ospedali non <i>Magnet</i>. Non sussistevano differenze statisticamente significative tra gli ospedali <i>Magnet</i> e non <i>Magnet</i> nei tassi di mortalità per i pazienti con insufficienza cardiaca congestizia e infarto miocardico. Non si riscontrano differenze nei tassi di mancato salvataggio o della LOS (durata della degenza) tra gli ospedali <i>Magnet</i> e non <i>Magnet</i>.</p>
<p><b>Kalisch, 2012</b></p>	<p>Osservazionale trasversale</p>	<p>4.412 infermieri di 124 unità intermedie medico-chirurgiche, di terapia intensiva e di riabilitazione in 11 ospedali situati nel Midwest e nell'Ovest di regioni degli Stati Uniti</p>	<p>I dati sono stati raccolti tramite sondaggio MISSCARE</p>	<p>Missed Nursing Care</p>	<p>Il personale delle unità <i>Magnet</i> ha riportato risultati statisticamente significativi inferiori per quanto riguarda le cure infermieristiche mancate tot ali rispetto al personale nelle unità di cura negli ospedali non <i>Magnet</i> (<math>1.50 \pm .21</math>) (<math>1.57 \pm .15</math>) <math>P &lt; 0.03</math>. Almeno 10 dei 24 elementi specifici dell'assistenza infermieristica sono "omessi" significativamente di più negli ospedali non <i>Magnet</i> che in strutture <i>Magnet</i>. I restanti 12 elementi di assistenza infermieristica non erano statisticamente differenti tra i due ospedali. Nessun elemento di assistenza infermieristica omessa è stato più frequente negli ospedali <i>Magnet</i> rispetto agli ospedali non <i>Magnet</i>.</p>

<p><b>Mccaughey D, 2018</b></p>	<p>Osservazionale retrospettivo/analisi secondaria di dati</p>	<p>518 ospedali di cura per acuti negli Stati Uniti. Il cinquanta per cento avevano lo stato di <i>Magnet</i> (n = 259) e il 50% no</p>	<p>Sondaggio sulla percezione della qualità per i pazienti <i>Hospital Consumer Assessment of Health Providers and Systems (HCAHPS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperienza del paziente in ospedale</li> <li>• Percezione dell'esperienza</li> </ul>	<p>Essere un ospedale <i>Magnet</i> (<math>OR = 2.812, p &lt; .001</math>) con una comunicazione infermieristica eccellente (<math>OR = 10.370, p &lt; .001</math>) è associato a maggiori probabilità di avere giudizi più alti. Complessivamente, l'aggiunta tra le variabili dello stato di <i>Magnet</i> rappresentava il 34,4% e 27,8% della variazione nei risultati dell'HCAHPS dell'ospedale, in generale sulla valutazione complessiva e la volontà di raccomandare l'ospedale, rispettivamente.</p>
<p><b>Mchugh MD, 2013</b></p>	<p>Osservazionale retrospettivo</p>	<p>641,187 pazienti su 56 ospedali <i>Magnet</i> e 508 ospedali non <i>Magnet</i> di 4 stati (California, Florida, Pennsylvania e New Jersey) nel 2006-2007</p>	<p>Dati di dimissione ospedaliera dai 4 stati, inclusi solo i dati di pazienti tra 21-85 anni sottoposti a chirurgia generale, ortopedica o vascolare</p> <p>Dati dal sondaggio PES-NWI compilati da infermieri di ospedali in 4 stati</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalità a 30 giorni</li> <li>• Failure to resque (mancato salvataggio)</li> </ul>	<p>Gli ospedali <i>Magnet</i> avevano ambienti di lavoro significativamente migliori e proporzioni più alte di infermieri con lauree e certificazioni. Questi fattori infermieristici spiegavano l'effetto dell'ospedale <i>Magnet</i> sui risultati del paziente. Tuttavia, i pazienti trattati in ospedali <i>Magnet</i> avevano il 14% in meno di probabilità di mortalità (odds ratio 0,86; Intervallo di confidenza del 95%, 0,76-0,98; <math>P = 0,02</math>) e 12% in meno di mancato salvataggio (odds ratio 0,88; 95% di intervallo di confidenza, 0,77-1,01; <math>P = 0,07</math>) dopo il controllo dei fattori infermieristici e delle differenze tra ospedali e pazienti.</p>
<p><b>Mills AC &amp; Gilliespie KN, 2013</b></p>	<p>Design retrospettivo/analisi secondaria dei dati</p>	<p>80 ospedali <i>Magnet</i> abbinati con 80 ospedali non <i>Magnet</i></p>	<p>I dati sono stati raccolti da AHA Annual Survey ANCC, utilizzando Database <i>Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP)</i> e <i>Nationwide Inpatient Sample (NIS)</i> dal 2001 al 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tassi ulcere da pressione</li> <li>• failure to resque</li> </ul>	<p>Le analisi statistiche per i tassi di ulcere da pressione e tassi di mancato salvataggio non dimostrano alcuna differenza statisticamente significativa (<math>P &gt; .05</math>) tra ospedali <i>Magnet</i> e non <i>Magnet</i>. Anche considerando tassi uniformi per entrambi i gruppi di pazienti, i risultati non hanno mostrato differenze riguardo allo stato di <i>Magnet</i>.</p>

<p><b>Kutney-Lee, 2015</b></p>	<p>Studio osservazionale di panel - coorte retrospettivo a due fasi</p>	<p>233.651 pazienti nel 1999 e 258.156 pazienti nel 2006. Condotto in 136 ospedali della Pennsylvania: 11 <i>Magnet</i> emergenti e 125 non <i>Magnet</i></p>	<p>I dati dei pazienti per entrambi gli anni sono stati ricavati dai file di dimissione amministrativa della <i>Pennsylvania Health Care Cost Containment Council</i> (PHC4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasso di mortalità a 30 gg</li> <li>• Mancato salvataggio</li> </ul>	<p>Il tasso di mortalità chirurgica a 30 giorni era significativamente inferiore negli ospedali <i>Magnet</i> rispetto agli ospedali non <i>Magnet</i> (1,28 vs 1,51, <math>p = 0,05</math>). Alla fine del periodo di studio, gli infermieri negli ospedali <i>Magnet</i> avevano anche tassi più bassi di <i>burnout</i> (29,7 vs 38,4, <math>p &lt; 0,001</math>), insoddisfazione del lavoro (21,2 vs 30,9, <math>p &lt; 0,001</math>) e intenzioni di lasciare il proprio posto di lavoro (8,9 vs 13,4, <math>p &lt; 0,01</math>). In media, i cambiamenti nella mortalità chirurgica a 30 giorni e nei tassi FTR (fallimento di salvataggio) negli ospedali <i>Magnet</i> sono stati 2,4 % in meno di decessi ogni 1000 pazienti (<math>p &lt; 0,01</math>) e 6,1 % decessi in meno per 1000 pazienti (<math>p = 0,02</math>) rispettivamente confrontati agli ospedali non <i>Magnet</i> nel periodo di studio.</p>
<p><b>Lake et al., 2012</b></p>	<p>Studio osservazionale trasversale</p>	<p>72.235 neonati con VLBW (peso severamente basso alla nascita) con peso da 501 a 1500 g., nati nel 558 Vermont Oxford Network Hospital nell'unità intensiva neonatale tra 1 gennaio 2007 e 31 dicembre 2008</p>	<p>I dati sono stati reperiti dal database <i>The Vermont Oxford Network (VON)</i>, una rete collaborativa volontaria di ospedali con UTIN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalità 7 giorni</li> <li>• Mortalità 28 giorni</li> <li>• Mortalità ospedaliera</li> <li>• Infezioni nosocomiali</li> <li>• Emorragia intraventricolare grave (grado 3 o 4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mortalità a 7 giorni era del 7,0% negli ospedali <i>Magnet</i> e del 7,4% negli ospedali non <i>Magnet</i> (OR aggiustato 0,87; IC 95%, 0,76-0,99, <math>P = 0,04</math>).</li> <li>• La mortalità a 28 giorni era del 10,0% negli ospedali <i>Magnet</i> e del 10,5% negli ospedali non <i>Magnet</i> (OR aggiustato 0,90; IC 95%, 0,80-1,01; <math>P = 0,08</math>).</li> <li>• La mortalità ospedaliera è stata del 12,4% negli ospedali <i>Magnet</i> e del 13,1% negli ospedali non <i>Magnet</i> (OR aggiustato, 0,90, IC 95%, 0,81-1,01, <math>P = 0,06</math>).</li> <li>• La percentuale di emorragie intraventricolari gravi è stata del 7,2% negli ospedali <i>Magnet</i> e del 7,8% in ospedali non <i>Magnet</i> (OR corretto, 0,88, IC 95%, 0,77-1,00, <math>P = 0,045</math>).</li> <li>• Infezione del 16,7% negli ospedali <i>Magnet</i> e 18,3% negli ospedali non <i>Magnet</i> (OR corretto, 0,86, IC 95%, 0,75- 0,99; <math>P = .04</math>) rispetto agli ospedali <i>Magnet</i>. Il decremento assoluto, con l'aggiustamento statistico dei risultati negli ospedali <i>Magnet</i>, variava dallo 0,9% al 2,1%. Tutti e 5 i risultati sono stati statisticamente significativi (<math>P &lt; .001</math>)</li> </ul>
<p><b>Lake ET et al., 2010</b></p>	<p>Osservazionale trasversale</p>	<p>5.388 unità di cure infermieristiche in 636 ospedali</p>	<p>Dati NDNQI del 2004, ottenuti nel 2006. I dati <i>National Database of Nursing Quality Indicators</i> (NDNQI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fall rate (tasso di cadute)</li> </ul>	<p>I tassi medi di caduta erano inferiori dell'8,3% negli ospedali <i>Magnet</i> rispetto agli ospedali non <i>Magnet</i>: rispettivamente 3,11 e 3,39 per 1.000 Pazienti (<math>t=7,99</math>; <math>p &lt; .001</math>). La probabilità di cadute è stata del 5% inferiore negli ospedali <i>Magnet</i> (IRR = 0,95).</p>

<p><b>Dit Dariel, Po, 2015</b></p>	<p>Revisione sistematica</p>		<p>10 studi che confrontavano ospedali <i>Magnet</i> con non <i>Magnet</i>. Sono stati esclusi gli studi che trattavano unicamente ospedali <i>Magnet</i>, <i>Magent aspirant</i> e non <i>Magnet</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient outcomes</li> <li>• Nurse outcomes</li> </ul>	<p>Dei 141 studi selezionati, 10 hanno soddisfatto i criteri di inclusione. Di questi 9 erano analisi retrospettive di dati estratti da database esistenti, 1 studio ha raccolto dati originali. Dei 7 studi che hanno esaminato i risultati dei pazienti, 3 hanno rilevato chiari miglioramenti statisticamente significativi relativi su ulcere da pressione più basse, cadute del paziente, mancato salvataggio e mortalità ospedaliera a 30 giorni negli ospedali <i>Magnet</i> rispetto agli ospedali non <i>Magnet</i>. Negli studi che hanno esaminato i risultati infermieristici, 3 hanno rilevato miglioramenti statisticamente significativi correlati alla maggiore soddisfazione lavorativa e alla minore intenzione di andarsene e ai tassi di turnover negli ospedali <i>Magnet</i> rispetto agli ospedali non <i>Magnet</i>.</p>
------------------------------------	------------------------------	--	---	--	--

<b>Missios S, 2018</b>	Studio di coorte longitudinale	190.787 pazienti presi in considerazione, di cui 68.046 (35,7%) negli ospedali Magnet e 122.741 (64,3%) negli ospedali non Magnet	Pazienti sottoposti a operazioni neurochirurgiche a New York registrati nel database SPARCS ( <i>Statewide Planning and Research Cooperative System</i> ) dal 2009 al 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalità in ospedale</li> <li>• Long of stay (durata della degenza)</li> </ul>	Gli ospedali Magnet erano associati a una diminuzione della fatalità del 0,8% (IC 95%, -0,7% a -0,6%) ( $p < 0,001$ ), rispetto alle istituzioni non Magnet. Questo corrispondeva a 125 pazienti neurochirurgici che dovevano essere trattati in un ospedale Magnet per prevenire la morte. Utilizzando un modello lineare con analisi delle variabili strumentali è stato dimostrato che l'ospedalizzazione in un presidio Magnet era associata a LOS (durata della degenza) più breve di 1,9 giorni rispetto alle istituzioni non Magnet (IC 95%, da -2,2 a -1,5) ( $p < 0,001$ ).
<b>Smith SA, 2014</b>	Osservazionale trasversale	Ospedali Magnet (N=160), Magnet-in-progress (N=99) e Ospedali non Magnet (N=1.742)	Dati raccolti da tre fonti: <i>American Hospital Association</i> , <i>American Nurses Credentialing Center</i> e banche dati HCAHPS	• Percezione esperienza ospedaliera - HCAHPS	L'analisi ha rivelato che gli ospedali Magnet e Magnet-in-progress hanno punteggi significativamente più alti ( $p < .007$ ) rispetto a ospedali non Magnet su sei dei sette item riguardanti la soddisfazione riferita dal paziente assistito.
<b>Stimpfel AW, 2016</b>	Osservazionale trasversale	212 ospedali Magnet e 212 ospedali non Magnet	Dati ricavati da tre fonti tre fonti nel 2010: Sondaggio HCAHPS, American Hospital Association Annual Survey e il Rapporto annuale degli American Magnetic Credentialing Center degli ospedali Magnet	• Percezione esperienza ospedaliera	Dopo la regolazione dei potenziali fattori ospedalieri confondenti, si è verificato che il riconoscimento di Magnet era associato un aumento di 3 o 4 punti nella percentuale di pazienti che hanno riportato la qualità delle loro cure ospedaliere come "alte" (9 o 10) e che raccomanderebbero sicuramente l'ospedale.

<b>Tracy Evans MD, 2014</b>	Osservazionale trasversale	73.830 pazienti ammessi dal 2009 al 2011 nei centri traumatologici di livello I e II della Pennsylvania con oltre 500 degenze durante il periodo di studio (10 Magnet e 17 ospedali non Magnet)	Tutte le ammissioni dal 2009 al 2011 nei centri traumatologici di livello I e II della Pennsylvania (10 ospedali Magnet e 17 ospedali non Magnet). I dati sono stati estratti dalla <i>Pennsylvania Trauma Systems Foundation State Registry</i>	• Mortalità ospedaliera	Sebbene siano stati trovati tassi di mortalità simili per gli ospedali Magnet e non Magnet (Magnet 0,52% contro non Magnet 0,34%; $p = 0,240$ ), un modello di previsione della mortalità tramite una logistica multivariata binaria che controlla numerosi fattori correlati alla mortalità ha rivelato un significativo 20% nella riduzione delle probabilità di mortalità negli ospedali Magnet (OR, 0,83; IC 95%, 0,70 - 0,99; $p = 0,033$ ).
<b>Tubbs-Cooley HI et al., 2016</b>	Osservazionale trasversale	230 infermieri delle UTIN negli ospedali Magnet e non Magnet	I dati sono stati raccolti attraverso un sondaggio basato sul web nell'aprile 2012, una versione adattata del sondaggio MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009)	• Missed nursing care	Dopo il controllo rispetto a educazione infermieristica, anni di esperienza in UTIN e cambio del personale, non ci sono state differenze significative nelle probabilità di verificarsi assenza delle cure durante il loro ultimo turno per 34 dei 35 item delle cure omesse o mancate. Tuttavia gli infermieri negli ospedali Magnet avevano il 75% di probabilità in meno di preparare genitori e care-giver per la dimissione (OR: 0,25, 95% CI: 0,09-0,71)
<b>Junya Zhu, 2017</b>	Osservazionale trasversale	26.752 osservazioni anno-ospedale di 3614 ospedali degli Stati Uniti che hanno raccolto i dati dal questionario HCAHPS ( <i>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i> ) in pazienti dimessi tra il 2008 e il 2015	Dati reperiti dall'indagine HCAHPS, <i>American Association Annual Survey</i> e da <i>American Nurses Credentialing Center</i>	• Percezione dell'esperienza ospedaliera	Negli 8 anni, gli ospedali Magnet hanno avuto costantemente prestazioni più elevate su raccomandazione dell'ospedale (range da 6,4 a 7,5 punti percentuali) e valutazioni ospedaliere complessive (da 3,6 a 4,3 punti percentuali). Si registrano miglioramenti per quanto riguarda le prestazioni ospedaliere su tutte le 7 misure, con rallentamento dei miglioramenti nel tempo. Gli ospedali Magnet hanno inoltre mostrato dati significativamente migliori ( $P < 0,001$ ) rispetto agli ospedali non Magnet su 6 misure e ci sono stati tassi di miglioramento simili per entrambi i gruppi.

### Limiti dello studio

I fenomeni studiati sono influenzati da molte variabili, talvolta difficili da isolare, misurare e controllare: il programma di accreditamento degli ospedali che si candidano a Magnet è molto complesso.



Non è quindi semplice definire il peso e l'influenza delle variabili studiate. Il fatto che gli ospedali in esame abbiano ambienti e struttura lavorativa molto diverse tra loro potrebbe andare ad inficiare i risultati delle strutture confrontate. Di seguito vengono elencati i potenziali limiti di questa revisione.

1. Percezione degli infermieri - l'elevata e positiva percezione espressa dagli infermieri che lavorano negli ospedali *Magnet* potrebbe essere il risultato del *social desirability bias*, cioè l'influenza del sentirsi parte di un'organizzazione di successo e/o il fatto di sentirsi oggetto di attenzione delle organizzazioni, che cercano di garantire migliori condizioni di lavoro.
2. Differenza degli outcome misurati - molti studi hanno analizzato intere variabili o item molto dissimili tra loro. Questo rende difficile il confronto soprattutto per ciò che riguarda gli studi degli esiti di infermieri.
3. Differenza degli strumenti di misurazione - per misurare gli ambienti di lavoro infermieristici la prevalenza degli strumenti utilizza la scala Likert da 0 a 5 o da 1 a 4, ma più complessivamente vengono utilizzate almeno 3 scale principali: *Nursing Work Index*, *Nursing Work Index – Revised*, *Individual Workload Perception Scale*, *Decisional Involvement Scale*), *PESNWI (Practice Environment Scale- Nursing Work Index)* e *Conditions of Work Effectiveness Questionnaire*. Questo problema si è verificato meno per quanto riguarda gli esiti dei pazienti.
4. Tecniche di campionamento - gli studi che hanno selezionato un campione di convenienza (Upenieks, 2003; Lacey et al., 2007; Lake et al., 2010; McHugh et al., 2013; Houston et al., 2012; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2016) potrebbero aver selezionato solo gli infermieri più partecipativi e motivati (*selection bias*).
5. Contesto lavorativo - sono stati inclusi ambiti molto diversi, sia interi ospedali che raggruppamenti di unità operative. Alcuni studi considerano interi ospedali in uno o più stati: per esempio Lacey et al. (2007) considera 11 Paesi degli USA. Questi diversi livelli di analisi possono aver introdotto alcuni fattori di confondimento: ad esempio, malgrado il riconoscimento di un ospedale come *Magnet*, non è detto che tutte le unità al suo interno abbiano lo stesso livello di adesione al programma, o che tra stati diversi degli Stati Uniti vi sia la stessa qualità.
6. Test statistici utilizzati - sono stati utilizzati test statistici differenti in molti studi per il confronto tra ospedali ed unità. Questo è un limite che causa difficoltà di comparazione.
7. Studi analizzati - molti studi che analizzavano gli ospedali *Magnet* sono stati esclusi poiché non corrispondevano ai requisiti di ricerca. In molti studi non avveniva un confronto con strutture non *Magnet* o non era chiaro, quindi sono stati esclusi: questo ha inevitabilmente ristretto il campo degli studi analizzati.

## RISULTATI

### Esiti su infermieri e staff

Dai risultati riportati nella Tabella 1, con un confronto tra studi non direttamente operabile, gli outcome infermieristici non emergono chiari e netti per due importanti elementi: il primo, forse il più importante, è il fatto che ogni studio utilizza un apposito strumento/scala di misurazione, per analizzare la variabile in questione; il secondo elemento è la diversità degli outcome analizzati.

L'analisi di elementi diversi con scale diverse potrebbe apparentemente essere considerata come un elemento che gioca a favore di chi raccoglie e confronta i dati (per la ricchezza e vastità degli item misurati nelle scale), tuttavia si è rivelato un problema al momento dell'interpretazione e confronto tra i dati.

Gli studi riassunti in questa sezione, ovvero quelli che misurano outcome infermieristici, sono 12. Tuttavia, procedendo per gradi, è possibile evidenziare delle associazioni: dei 12 studi confrontati, 11 mostrano risultati statisticamente significativi, seppur modesti, a favore degli ospedali *Magnet*, mentre uno di essi (Trinkoff, et al., 2010) non mostra differenze statisticamente significative se non per qualche item nelle scale di valutazione, elemento tuttavia non trascurabile se si parla di accreditamento *Magnet*.

Nessuno studio tra quelli esaminati mostra esiti negativi o comunque peggiori negli ospedali *Magnet*. Sebbene quindi si possa pensare che ci sia una correlazione positiva tra l'accreditamento *Magnet* e gli outcome infermieristici e che ciò influisca positivamente su di essi, la correlazione non è così chiara se consideriamo la diversità degli studi, del campione preso in considerazione tra le diverse strutture, degli outcome misurati e della disomogeneità degli strumenti di misurazione.

Tra gli studi analizzati che rivelavano una positività degli outcome infermieristici a favore degli ospedali *Magnet*, dopo opportuni aggiustamenti di diversità di ambienti di lavoro e pazienti, troveremo una differenza negli outcome misurati tra ospedali *Magnet* e strutture non accreditate *Magnet* che non supera mai il 20%. Un miglioramento seppur modesto, non così incisivo, se consideriamo gli sforzi e il lavoro per l'accreditamento. Sarebbe quindi auspicabile, al fine di una valutazione più precisa, che i ricercatori intraprendessero studi più omogenei, sia per quanto riguarda gli outcome indagati che per gli strumenti/scale di valutazione adottati, che consentirebbero così un confronto più chiaro tra i due tipi di strutture, permettendo così a manager e dirigenti di poter scegliere chiaramente se vale la pena investire nel riconoscimento *Magnet*.

### **Esiti sui pazienti**

Di più facile confronto sono i dati riscontrati tra gli esiti dei pazienti, in quanto le variabili ricercate e misurate non sono così numerose come quelle della sezione degli esiti su infermieri. In questa sezione, inoltre, i campioni degli studi sono più numerosi, consentendo di poter enunciare delle correlazioni più chiare tra contesti *Magnet* ed esiti positivi sul paziente.

Gli studi confrontati sono stati venti. Dai risultati uno studio è statisticamente significativo solo per uno di tutti gli item rilevati (lesioni da pressione acquisite in ospedale) (Goode et al., 2011). In tre studi non è stata riscontrata alcuna differenza statisticamente significativa tra ambienti *Magnet* e non *Magnet*: Mills & Gillespie, 2013; Ma & Park, 2015; (Tubbs-Cooley, Pickler, Mara, Othman, Kovacs, & Mark, 2017). Mentre i restanti diciassette studi mostrano differenze statisticamente significative positive per gli ospedali *Magnet* rispetto alle strutture non riconosciute come tali. Nessuno studio mostra esiti peggiori negli ospedali *Magnet*.

Anche nella sezione riguardante gli esiti sui pazienti, non mancano tuttavia vincoli di confronto dovuti alla mancanza di studi di elevata evidenza scientifica, difetti metodologici degli studi, come omissione della numerosità del campione o dell'assenza dei test statistici di aggiustamento tra le diversità dei luoghi di lavoro. Se si considera il peso degli studi e gli studi con campioni più numerosi e che gran parte degli studi (17 su 20) testimoniano degli esiti positivi per i pazienti, è possibile dedurre che il modello *Magnet* è associato a migliori, anche se non assoluti, esiti sui pazienti, in particolar modo per quanto riguarda la qualità della degenza percepita, dove cinque studi su cinque mostrano risultati nettamente positivi a favore delle strutture *Magnet*.

**BIBLIOGRAFIA**

- Aiken, L. H., Buchan, J., Ball, J., & Rafferty, A. M. (2008). Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of Clinical Nursing*, vol 17, pag. n.3330-3337.
- American Nurse Credentialing Center <https://www.nursingworld.org/magnet>. Disponibile da <https://www.nursingworld.org/magnet> (u.c. 2.09.2018).
- Barnes, H., Rearden, J., & McHugh, M. D. (2016). Magnet Hospital Recognition Linked to Lower Central Line-Associated Bloodstream Infection Rates. *Research in Nursing & Health*, vol 39, pp 96-104.
- Bekelis, K., Missios, S., & MacKenzie, T. A. (2017). Association of Magnet Status With Hospitalization Outcomes for Ischemic Stroke Patients. *Journal of the American Heart Association*.
- Chen, J., Koren, M. E., Munroe, D. J., & Yao, P. (2014). Is the Hospital's Magnet Status Linked to HCAHPS Scores? *Journal of nursing care quality*, Vol. 29, No. 4, pp. 327–335.
- dit Dariel, O. P. (2015). Do Magnet-accredited hospitals show improvements in nurse and patient outcomes compared to non-Magnet hospitals: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 168 - 219.
- Evans, T., Rittenhouse, K., Horst, M., Osler, T., Rogers, A., Miller, J. A., et al. (2014). Magnet hospitals are a magnet for higher survival rates at adult trauma centers. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 77(1), 89-94.
- Friese, C. R., Xia, R., Ghaferi, A., Birkmeyer, J. D., & Banerjee, M. (2015). Hospitals In 'Magnet' Program Show Better Patient Outcomes On Mortality Measures Compared To Non-'Magnet' Hospitals. *Health Affairs*, 34, no.6 (2015):986-992.
- Goode, C. J., Blegen, M. A., Park, S. H., Vaughn, T., & Spetz, J. (2011). Comparison of Patient Outcomes in Magnet and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, Volume 41, Number 12, pp 517-523.
- Hess, R., DesRoches, C., Donelan, K., Norman, L., & Buerhaus, P. I. (2011). Perceptions of Nurses in Magnet Hospitals, Non-Magnet Hospitals, and Hospitals Pursuing Magnet Status. *The Journal of Nursing Administration*, Volume 41, Number 7/8, pp 315-323.
- Hickson, J. (2013). New Nurses' Perceptions of Hostility and Job Satisfaction, Magnet Versus Non-Magnet. *The Journal of Nursing Administration*, Volume 43, Number 5, pp 293-301.
- Houston, S., Leveille, M., Luquire, R., Fike, A., Ogola, G. O., & Chando, S. (2012). Decisional Involvement in Magnet, Magnet-Aspiring, and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, Volume 42, Number 12, pp 586-591.
- Jayawardhana, J., Welton, J. M., & Lindrooth, R. C. (2014). Is There a Business Case for Magnet Hospitals? *Medical Care*, Volume 52, Number 5, pag. 400-6.
- Kalisch, B. J., & Lee, K. H. (2012). Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing Outlook*, Volume 60, Issue 5, Pages e32-e39.
- Kelly, L., McHugh, M., & Aiken, L. (2012). Nurse Outcomes in Magnet and Non-Magnet Hospitals. *JONA*, Volume 41, Number 10, pp 428-433.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. E. (2005). Best Quality Patient Care, A Historical Perspective on Magnet. *Nurs Admin Q*, 29: 275-87.
- Kramer, M., Maguire, P., & Brewer, B. B. (2011). Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management*, vol 19, pag 5-17.
- Kutney-Lee, A., Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Quinn, L. W., & Aiken, L. H. (2015). Changes in Patient and Nurse Outcomes Associated with Magnet Hospital Recognition. *Medical Care*, volume 53, issue 6, pp. 550–557.
- Lacey, S. R., Cox, K. S., Lorfing, K. C., Teasley, S. L., Carroll, C. A., & Sexton, K. (2007). Nursing Support, Workload, and Intent to Stay in Magnet, Magnet-Aspiring, and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, Volume 37, Number 4, pp 199-205.
- Lacey, S. R., Teasley, S. L., & Cox, K. S. (2009). Differences Between Pediatric Registered Nurses' Perception of Organizational Support, Intent to Stay, Workload, and Overall Satisfaction, and Years Employed as a Nurse in Magnet and Non-Magnet Pediatric Hospitals Implications for Administrators. *Nursing Administration Quarterly*, Vol. 33, No. 1, pp. 6–13.
- Lake, E. T., Shang, J., Klaus, S., & Dunton, N. E. (2010). Patient Falls: Association With Hospital Magnet Status and Nursing Unit Staffing. *Research in Nursing & Health*, volume 33, pp 413–425.
- Lake, E. T., Staiger, D., Horbar, J., Cheung, R., Kenny, M. J., Patrick, T., et al. (2012). Association Between Hospital Recognition for Nursing Excellence and Outcomes of Very Low-Birth-Weight Infants. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 307(16), 1709-1716.
- Lake, E., & Friese, C. (2006). Variations in Nursing Practice Environments, Relation to Staffing and Hospital Characteristics. *Nursing Research*, January/February 2006 Vol 55, No 1.
- Ma, C., & Park, S. H. (2015). Hospital Magnet Status, Unit Work Environment and Pressure Ulcers. *Journal of Nursing Scholarship*, vol 47(6), pp 565-573.

- McCaughey, D., McGhan, G. E., Rathert, C., Williams, J. H., & Hearld, K. R. (2018). Magnetic work environments: Patient experience outcomes in Magnet versus non-Magnet hospitals. *Health care management review*.
- McClure ML, H. A. (2002). Magnet Hospital Revisited: attraction and retention of Professional Nurses. *Silver Spring: American Nursing Association*.
- McClure, M. (2005). Magnet Hospitals: Insights and Issues. *Nursing Administration Quarterly*, 29, p. 195-6.
- McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M., & Aiken, L. H. (2013). Lower Mortality in Magnet Hospitals. *Medical care*, vol 51(5), 382.
- Mills, A. C., & Gillespie, K. N. (2013). Effect of Magnet hospital recognition on 2 patient outcomes. *Journal of nursing care quality*, 28(1), 17-23.
- Missios, S., & Bekelis, K. (2017). Association of Hospitalization for Neurosurgical Operations in Magnet Hospitals With Mortality and Length of Stay. *Neurosurgery*, 82(3), 372-377.
- Saunders, H., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). Evidence-Based Practice and Job-Related Nurse Outcomes at Magnet-Aspiring, Magnet-Conforming, and Non-Magnet University Hospitals in Finland. *The Journal of Nursing Administration*, Volume 46, Number 10, pp 513-520.
- Smith, S. A. (2014). Magnet hospitals: higher rates of patient satisfaction. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(1-2), 30-41.
- Staggs, V. S., & Dunton, N. (2012). Hospital and unit characteristics associated with nursing turnover include skill mix but not staffing level: An observational cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, vol 49 pp. 1138–1145.
- Stimpfel, A. W., Rosen, J. E., & McHugh, M. D. (2014). Understanding the Role of the Professional Practice Environment on Quality of Care in Magnet and Non-Magnet Hospitals. *Journal of Nursing Administration*, vol 44(1): pp. 10–16.
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2016). Hospitals known for nursing excellence associated with better hospital experience for patients. *Health services research*. *Health services research*, 51(3), 1120-1134.
- Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Storr, C. L., Han, K., Liang, Y., Gurses, A. P., et al. (2010). A Comparison of Working Conditions Among Nurses in Magnet and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, Volume 40, Number 7/8, pp 309-315.
- Tubbs-Cooley, H. L., Pickler, R. H., Mara, C. A., Othman, M., Kovacs, A., & Mark, B. A. (2017). Hospital Magnet designation and missed nursing care in neonatal intensive care units. *Journal of pediatric nursing*, 34, 5-9.
- Ulrich, B. T., Buerhaus, P. I., Donelan, K., Norman, L., & Dittus, R. (2007). Magnet Status and Registered Nurse Views of the Work Environment and Nursing as a Career. *The Journal of Nursing Administration*, Volume 37, Number 5, pp 212-220.
- Univeritair Ziekenuis Antwerpen. Disponibile da: <https://www.uza.be/magnet-hospital> (u.c. 19.10.2018).
- Upenieks, V. V. (2003). The Interrelationship of Organizational Characteristics of Magnet Hospitals, Nursing Leadership, and Nursing Job Satisfaction. *Health Care Manager*, Volume 22, Number 2, pp. 83–98.
- Zhu, J., Dy, S. M., Wenzel, J., & Wu, A. W. (2018). Association of Magnet Status and Nurse Staffing With Improvements in Patient Experience With Hospital Care, 2008–2015. *Medical care*, 56(2), 111-120.



## ESPERIENZE

## Il progetto interno voce: dalla laringectomia al palcoscenico

**di Lorenza Ferrante (1), Massimo Ducci (2), Cristina Di Ciancia (3),  
Gabriella Bachiorrini (4)**

(1) *Coordinatrice Infermieristica, ASL ROMA2 - Roma*

(2) *Dirigente medico, ASL ROMA2 - Roma*

(3) *Infermiera, Ospitalità CDR Casale - Casale Monferrato (AL)*

(4) *Logopedista, ASL ROMA2 - Roma*

Corrispondenza: [lorenza.ferrante@tiscali.it](mailto:lorenza.ferrante@tiscali.it)

La comunicazione è lo strumento attraverso il quale l'uomo entra in relazione con l'altro, con l'ambiente, e a volte, con la parte più intima di sé stesso. La narrazione è uno strumento interpretativo e conoscitivo di cui l'uomo si serve nella sua intera esperienza di vita, raccontando di sé all'altro (Bruner, 1993).

La malattia, grazie alla narrazione, sembra alleggerirsi di quel peso o angoscia che trascina dietro di sé: infatti, oltre a incidere fortemente sulla sfera fisica e fisiologica, incide negativamente sulla psiche e sulle abitudini di vita quotidiana, abbandonando la persona ad un totale sconforto da cui sembra non avere via d'uscita (Charon, 2006).

Come riportato da Good (2006), narrare significa raccontare un mondo attraverso una storia: è questo il potere della narrazione che, fin dai tempi più antichi, ha legato i popoli e tramandato le svariate credenze e tradizioni.

Gli scienziati sociali che utilizzano il metodo interpretativo propongono la storia come cornice per organizzare e strutturare l'esperienza vissuta, come mezzo attraverso cui conferire significato all'esperienza. È attraverso le storie che l'esperienza viene interpretata (Elwyn, Gwyn, 1999).

Attraverso l'arte del raccontare si ha la capacità di mostrare in modo differente la nostra vita, di far cogliere, a chi ci ascolta, quelle piccole cose o stati d'animo che tante volte, nella realtà, restano inosservate o tendono ad essere sottovalutate. Le storie sono una sorta di gioco cognitivo e attraverso di esse si possono carpire informazioni e dedurre insegnamenti dalle esperienze altrui, ma fungono anche da collante sociale.

Negli ultimi anni, la narrazione si è affiancata sempre più al concetto di malattia, assumendo una funzione catartica in chi la racconta: è nata così la medicina narrativa. La malattia comporta una rottura biografica in cui la persona avverte di essere, ormai, deturpata e derubata delle capacità che aveva prima dell'evento patologico che l'ha colpita (Meo, 2000). La malattia in sé si presenta sempre come un evento inatteso, che sconvolge drasticamente la persona colpita ma anche la famiglia, un evento che modifica la quotidianità, fatta ormai di camici bianchi, degenze, farmaci e tanto senso di sconforto.

La narrazione, scritta o orale, può essere utilizzata dal malato per dare un significato all'esperienza traumatica e aiutarlo ad essere il protagonista principale della sua vita.

Narrare l'esperienza di malattia è una strategia che può aiutare il paziente a rimettere insieme i suoi pezzi (Jedlowski, 2000), ovvero quelle parti di sé che la malattia spesso prepotentemente frammenta.

L'arte della narrazione, con la sua funzione catartica, è considerata un vero e proprio strumento terapeutico, che è degno di esistere non solo grazie alla storia raccontata dal paziente, ma anche dagli operatori sanitari che ascoltano la storia e si prendono cura del paziente e che, a loro volta, hanno una storia (Grmek, 1985).

La rielaborazione e socializzazione del percorso di cure si concretizza con la nascita dello *storytelling*: questa strategia viene applicata come strumento di supporto nei percorsi di cura sia nell'ambito psichico che fisico. La narrazione permette di co-costruire un percorso di cura che possiamo definire come 'destino condiviso' (Charon, 2001). Questo nuovo percorso non nasce in sostituzione del percorso diagnostico-terapeutico bensì lo affianca dando possibilità, al personale sanitario, di conoscere più a fondo il paziente che sta assistendo. Su questo presupposto il professionista sanitario andrà a porre le basi per il progetto terapeutico, facendo leva sugli aspetti che più possono essere d'aiuto.

Lo storytelling offre la possibilità, al paziente e ai professionisti sanitari, di creare una storia che curi; non una storia immaginaria, fantastica, irrealizzabile, ma una storia reale, scritta o raccontata liberamente dalla persona che l'ha vissuta, ascoltata e compresa dai professionisti che se ne prendono cura, affondando le proprie radici nella scienza della comunicazione efficace che ha una specifica rilevanza terapeutica rispetto i bisogni del paziente, esposta secondo l'arte della buona narrazione (Zannini, 2008).

### **Dalla narrazione di malattia al Teatro Sociale**

Nel 2017 il *Progetto Interno Voce* ha dato vita ad una Associazione Onlus, dalla quale è nata un'esperienza di teatro sociale, che ha coinvolto gli ex pazienti oncologici sottoposti a laringectomia totale o parziale, assistiti dall'equipe di ORL dell'Ospedale Sandro Pertini e riabilitati dal laboratorio di Logopedia del medesimo ospedale.

In questa esperienza di teatro sociale, il racconto e le riflessioni delle persone coinvolte vengono messi in scena mediante, appunto, un'opera teatrale. Al percorso hanno partecipato anche alcuni familiari dei pazienti che hanno vissuto accanto al congiunto la malattia oncologica, e gli operatori sanitari che hanno ridato speranza, e soprattutto, hanno restituito loro una nuova voce dopo l'intervento chirurgico. Questa esperienza ha infatti permesso di far emergere le qualità artistiche date dalla nuova voce, ovvero quella esofagea. L'opera teatrale è stata realizzata attraverso i racconti e le riflessioni di pazienti, familiari, logopedisti, infermieri e medici, condotta per la parte artistica da un gruppo di registi e attori, e per la parte riabilitativa da logopedisti, medici e infermieri.

L'attività teatrale ha permesso ai partecipanti di esprimere le emozioni e i sentimenti legati all'incontro con la malattia oncologica e ha permesso uno scambio di reciproche emozioni, percorrendo l'intero percorso della malattia: diagnosi, ricovero, intervento, riabilitazione e reinserimento sociale.

L'attività teatrale ha rappresentato per i partecipanti un'esperienza educativa, in quanto ha permesso loro di compiere un lavoro su se stessi, mettendosi in gioco ed eliminando le barriere comunicative che la laringectomia aveva procurato.

Il percorso ha attraversato diverse tappe: infatti il teatro sociale è l'esito finale di un percorso che nasce e si fonda sulla malattia, ma è il modo in cui la malattia viene affrontata che è totalmente rivoluzionato.

L'iter diagnostico e terapeutico cammina parallelo con l'attenzione al mondo interiore del paziente; il team multidisciplinare lavora per e con il paziente, in una sorta di condivisione dei propri mondi interiori e di esternazione di emozioni e sensazioni che accompagnano il paziente, ma anche gli operatori.

Spesso però l'ambiente sanitario e ospedaliero non favorisce né la comunicazione né tantomeno lo scambio delle emozioni profonde che scaturiscono dal malato, primo attore, e dagli operatori, coprotagonisti e attori al tempo stesso di una storia di malattia.

Altrettanto disorientante lo è per i familiari e i caregiver, che si ritrovano, loro malgrado, ad avere una parte e a ricoprire un ruolo importante per i loro cari, senza però avere un background scientifico né emotivo per affrontare una situazione a loro sconosciuta fino a quel momento.

L'idea del teatro sociale nasce dunque per mettere insieme mondi diversi che, in un territorio neutro, possono parlare un linguaggio comune, possono confrontarsi alla pari, possono sostenersi a vicenda e unire le loro forze per combattere la malattia.

Attraverso il teatro sociale abbiamo cercato di attrarre più persone possibili, per fare in modo di far conoscere loro, in un modo più *fisiologico*, limiti e potenzialità dei loro cari, caratteristiche e complicità di una malattia a loro sconosciuta.

Il teatro sociale ha aumentato non soltanto la compliance del paziente, ma anche quella dei familiari e dei caregiver, contribuendo a far scoprire a ciascuno di loro quel 'cervello emotivo', in grado di rispondere a una serie di domande introspettive e di spiegare anche che le emozioni esistono sì, come parte di un complesso sistema neurale che si è evoluto per permetterci di sopravvivere, ma anche di vivere e affrontare situazioni di malattia e di sofferenza.

Al fine di verificare se il nostro progetto portasse effettivamente agli esiti che noi constatavamo, abbiamo avviato uno studio, orientandolo all'utilizzo della medicina narrativa, che considera la tridimensionalità (fisica, psicologica e sociale) della salute, la globalità e l'unitarietà della persona, ossia quelle caratteristiche funzionali che portano ad un approccio olistico alla malattia, ad un'assistenza *patient centered*.

Sono state individuate inizialmente 18 persone, di cui: 8 pazienti, 4 familiari, 6 professionisti sanitari. Dopo alcuni ritiri e inserimenti, lo studio si è poi svolto con 4 pazienti, tutti maschi, di cui 3 sottoposti a laringectomia totale, quindi portatori di tracheostomia, e 1 sottoposto a laringectomia parziale, con un'età tra i 45 e i 65 anni.

Tutti i pazienti aderenti sono stati sottoposti ad intervento di laringectomia da più di 5 anni. Tra i familiari hanno aderito una moglie e un figlio.

Dei 6 professionisti, 2 erano infermieri con funzioni di coordinamento, 2 medici dei quali 1 Primario della UOC di ORL e 2 logopediste.

Lo studio si è protratto per circa 6 mesi, dal Gennaio 2018 al Giugno 2018.

Per la raccolta dati è stato fornito materiale dai promotori del Progetto Interno Voce, comprendente: filmati, racconti, poesie e riflessioni scritte dai pazienti, dai familiari e dagli operatori sanitari, materiale utilizzato per la rappresentazione teatrale nella quale la maggior parte dei soggetti è coinvolta.

Lo studio è stato condotto attraverso l'intervista narrativa focalizzata.

Tutte le interviste si sono aperte con uno *small talk*, ovvero una conversazione spicciola che ha permesso alla persona intervistata di sentirsi a suo agio e di mettere da parte l'imbarazzo della situazione. Anche la conclusione dell'intervista è stata tipica dell'intervista focalizzata, in cui sono stati ripresi temi di vita delle persone intervistate.

Le interviste ai pazienti hanno riguardato i diversi momenti del loro percorso: diagnosi; cura; riabilitazione; reinserimento sociale. Durante le interviste è stata valutata la comunicazione non verbale dell'intervistato, che ha reso l'interpretazione delle risposte molto più ricca.

Le interviste ai familiari hanno riguardato soprattutto l'approccio emotivo ad una malattia improvvisa e devastante, che non solo li ha impegnati fisicamente, ma che ha comportato uno stravolgimento della loro vita quotidiana.

Infine le interviste ai professionisti si sono focalizzate soprattutto sulla spiegazione della spinta motivazionale alla base della scelta professionale, sulle difficoltà incontrate quotidianamente nel confronto con la malattia e la morte, sull'espressione dei sentimenti legati alla riconoscenza dei pazienti e dei familiari e sulla gratificazione di fronte alla sconfitta della malattia e della diversità che essa comporta.

Sono stati presi appunti dal rilevatore mentre gli eventi stessi si svolgevano. Le note hanno riguardato la descrizione dei fatti e l'interpretazione che ne ha dato il rilevatore (riflessioni teoriche e reazioni emotive). Le descrizioni, le interpretazioni dell'osservatore e le interpretazioni dei soggetti studiati sono state tenute ben distinte.

Per tutte le sfere di indagine, l'intervistatore si è focalizzato sull'ascolto attento e partecipe, ponendo particolare attenzione alla gestualità e alla comunicazione non verbale nel suo complesso dell'intervistato.

## Risultati

I report delle interviste ad ogni soggetto sono stati organizzati con citazioni dirette dei partecipanti, che forniscono un'illustrazione ricca dei temi dello studio. I temi emergenti sono stati spesso validati insieme ai partecipanti, in quanto il significato da questi attribuito alle proprie esperienze vissute è centrale. In effetti la centralità del racconto nella rappresentazione del proprio stato di salute, del proprio percorso di vita, o meglio di malattia, ha iniziato a farsi strada sin dalle prime domande. Quello che risulta evidente dalle risposte è che la malattia non è una metafora, ma una realtà durissima da affrontare.

Gli intervistati hanno posto l'accento sul rapporto che si viene ad instaurare fra assistito ed assistente, paziente ed infermiere, durante il quale la condivisione del proprio vissuto esperienziale, di una stessa dimensione spaziale e temporale proprio da parte del paziente e dell'infermiere, diventa un'esperienza vissuta tra esseri umani.

Una prospettiva che sottolinea l'irrinunciabile multidimensionalità della costruzione del processo di aiuto, dove le rappresentazioni, le percezioni e i vissuti di malattia dei soggetti interessati, e dei relativi altri significativi (i *caregiver* in particolare), diventano elementi imprescindibili di conoscenza e analisi per la costruzione e la valutazione degli interventi da parte dell'infermiere e, nel campo della ricerca qualitativa, per la valutazione della dimensione emica della malattia da parte del paziente.

I risultati sono stati organizzati suddivisi per narrazioni dei pazienti e dei familiari e narrazioni dei professionisti.

Dall'analisi dei testi narrativi dei pazienti e dei familiari sono state individuate cinque categorie (Tabella 1):

Tabella 1 - Categorie elaborate dalle interviste a pazienti e familiari	
CATEGORIA	
<b>SPERANZA/FIDUCIA</b>	La speranza nella possibile guarigione e la fiducia verso coloro che curano
<b>ANSIA/TIMORE</b>	Ansia per il futuro e timore della morte
<b>SENSO DI IMPOTENZA E SCONFORTO</b>	Non sapere cosa fare
<b>EMPOWERMENT/DETERMINAZIONE</b>	Ricevere la forza ed il coraggio per affrontare una situazione difficile e quindi sentirsi determinati a combatterla
<b>EMPATIA</b>	Sentire cosa prova la persona vicina



Molto significative risultano essere le risposte relative alla sfera 'Reinserimento sociale', dalle quali si desume che:

- 3 pazienti su 4 hanno avuto paura a tornare alla vita di tutti i giorni;
- 2 pazienti su 4 hanno avuto paura del ritorno al lavoro;
- 3 pazienti su 4 hanno avuto la sensazione che i propri colleghi abbiano provato pietà;
- 1 paziente su 4 è stato facilitato nel reinserimento;
- 3 pazienti su 4 affermano che i colleghi non hanno avuto lo stesso atteggiamento che avevano prima della malattia, giustificandoli però per questo;
- 1 paziente su 4 si è sentito accettato;
- 3 pazienti su 4 si sono sentiti rifiutati nel lavoro, soprattutto per le attività lavorative di contatto col pubblico; in un caso il datore di lavoro ha ritenuto opportuno cambiare mansione.

Dall'analisi delle narrazioni dei professionisti sanitari sono emerse quattro categorie (Tabella 2):

Tabella 2 - Categorie elaborate dalle interviste agli operatori	
CATEGORIA	
<b>SPERANZA/FIDUCIA</b>	La speranza e la fiducia nel veder star meglio una persona di cui ci si prende cura
<b>SENSO DI IMPOTENZA E SCONFORTO</b>	Lo sconforto che assale nel non sapere cosa fare e l'impotenza nel sentirsi inutili
<b>EMPATIA</b>	Sentire cosa prova la persona malata
<b>FIDUCIA IN SE STESSI</b>	Capacità di far leva su tutte le proprie potenzialità, conoscenze e competenze per affrontare situazioni apparentemente impossibili

La nostra indagine ci ha permesso di rilevare aspetti spesso trascurati, come l'assistenza psicologica durante il periodo perioperatorio del laringectomizzato, tanto che alcuni vi hanno fatto ricorso successivamente a titolo privato.

L'applicazione del metodo narrativo per i pazienti sottoposti a laringectomia (soprattutto nel caso di laringectomia totale), impossibilitati a comunicare verbalmente, risulta utile per permettere al paziente di raccontarsi e condividere, permettendogli di alleviare la sofferenza di quel momento con l'utilizzo catartico della scrittura.

### Conclusioni

La nostra esperienza ci ha portato a concludere che l'ipotesi di inserire la Medicina Narrativa nel percorso di cura del paziente laringectomizzato: questo permetterebbe al paziente, al familiare e, non di meno, all'operatore sanitario di poter esternare le proprie emozioni e di garantire un'assistenza olistica al paziente. In questo gli strumenti che il Nursing Narrativo mette a disposizione possono essere validi alleati nell'interpretare il reale bisogno di assistenza e nel garantire percorsi terapeutici maggiormente sostenibili da parte di pazienti e familiari.

Il reinserimento sociale si dimostra ancora difficile per le persone laringectomizzate: raccontano spesso, per esempio, la difficoltà del rientro a lavoro. Sarebbero quindi necessari progetti mirati ad opera di professionisti sia dell'area sociale che sanitaria.

Dalle interviste ai pazienti laringectomizzati deriva che all'interno dei servizi di cura sarebbe opportuna l'adozione di una Cartella Clinica Integrata: questa potrebbe permettere ai pazienti, in una fase così critica della loro vita, di avere a disposizione un ambito di ascolto e comunicazione mediante la scrittura, almeno nel primo postoperatorio. Il percorso nato inizialmente per favorire il reinserimento sociale del paziente laringectomizzato, è diventato nel tempo una vera e propria impresa sociale, in cui l'esperienza collettiva dell'espressione del sé non ha valore solo per il paziente, ma anche per tutto il resto dei partecipanti al teatro sociale. I benefici tratti da questa esperienza stanno andando ben oltre le nostre aspettative iniziali; per tale motivo si è deciso di proseguire lo studio con ulteriori iniziative, che sono al momento in via di sperimentazione.

## BIBLIOGRAFIA

- Bruner J. (1993), *La mente a più dimensioni*, Laterza, Bari.
- Charon R. (2006), *Narrative medicine - Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press, New York.
- Charon R. (2001), *Narrative medicine. A model for empathy, reflection and trust*. JAMA 286:1897-1902.
- Elwyn G, Gwyn R. (1999), *Narrative based medicine. Stories we hear and stories we tell. Analysing talk in clinical practice*. Br Med J 318: 186-188.
- Good B.J. (2006), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico nel rapporto medico-paziente*. Einaudi Editore, Torino.
- Grmek M. (1985), *Le malattie all'alba della civiltà occidentale*. Il Mulino Editore, Bologna.
- Jedlowski P. (2000), *Storie comuni. La narrazione nella vita quotidiana*, Bruno Mondatori, Milano.
- Meo A. (2000), *Vite in bilico. Sociologia della reazione a eventi spiazzanti*. Liguori Editore, Napoli.
- Zannini M. (2008), *Medical Humanities e Medicina Narrativa. Nuove prospettive per la formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

## ESPERIENZE

## Relazione tra burnout infermieristico, qualità dell'assistenza ed errore clinico

di **Alessandra Dordoni (1)**, **Stefano Terzoni (2)**, **Giancarlo Celeri Bellotti (3)**,  
**Paolo Ferrara (4)**, **Anne Destrebecq (5)**

(1) Infermiera, Istituto Auxologico italiano - Milano

(2) Tutor CdL in Infermieristica, Polo didattico San Paolo - Milano

(3) Tutor CdL in Infermieristica, Polo didattico San Paolo - Milano

(4) Tutor CdL in Infermieristica, Polo didattico San Paolo - Milano

(5) Professore associato MED/45 Università degli Studi di Milano - Milano

Corrispondenza: [paolo.ferrara@asst-santipaolocarlo.it](mailto:paolo.ferrara@asst-santipaolocarlo.it)

La sindrome da Burnout è da molti anni studiata e sempre più riconosciuta come uno dei principali fattori incidenti sul benessere del lavoratore, in particolare per le professioni di aiuto; la sua diffusione nella professione infermieristica è ampiamente documentata (Basar e Basim, 2016; Li et al., 2018; Monsalve-Reyes et al., 2018).

Studi recenti hanno confermato che la prevalenza della sindrome è compresa tra il 30% e il 60%, (Lahana et al., 2017; Prapanjaroensin et al., 2017; Li et al., 2018; Molero, Jurado et al., 2018) e, pur essendo presente in ogni setting clinico, risulta maggiormente diffusa nei servizi dove l'assistenza e le criticità del paziente sono più intense, vi è un elevato carico di lavoro ed una maggiore esposizione alla morte, tra i quali ad esempio l'Oncologia e le unità di Emergenza e Urgenza (Duarte, Pinto-Gouveia, 2017; Wei et al., 2017; Gomez-Urquiza et al., 2017; Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Monsalve-Reyes et al., 2018).

La prestazione infermieristica è condizionata dalla presenza di numerosi fattori di rischio, che siano essi personali, quali ad esempio variabili demografiche, caratteristiche di personalità, aspettative e valori propri dell'individuo, o organizzativi, come sovraccarico di lavoro, mancanza di personale e/o demansionamento, condizioni lavorative ed organizzative, basso livello di soddisfazione sia economica, sia di riconoscimento delle competenze.

La presenza continuativa di tali variabili può concorrere ad aumentare i livelli di stress sia mentale che fisico nel professionista (Lahana et al., 2017; Pradas-Hernández et al., 2018), con ricadute di natura psicosomatica, fragilità emotive e comportamentali; queste ricadute durante l'attività professionale (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Lahana et al., 2017; Wei et al., 2017; Gomez-Urquiza et al., 2017; Molero Jurado et al., 2018), possono contribuire all'aumento del rischio di commettere errori (Banfi et al., 2008; Rodrigues & Santos, 2017; Petitta et al., 2017; Tawfik et al., 2017; Takayama et al., 2017) e conseguentemente incidere sulla qualità dell'assistenza percepita dal paziente (Ríos-Risquez & García-Izquierdo, 2016; Lahana et al., 2017; Prapanjaroensin et al., 2017; Takayama et al., 2017; Rezaei et al., 2018; Monsalve-Reyes et al., 2018).

La letteratura ha inoltre evidenziato che proprio il Burnout rappresenta il fattore predittivo più rilevante di errore clinico (Hall et al., 2016; Johnson et al., 2017; Kiyamaz e Koç, 2018).

Nonostante queste premesse, ad oggi nel nostro Paese la triade Burnout-errore-qualità dell'assistenza non risulta ancora studiata.

Obiettivo di questo studio è stato quindi quello di valutare la relazione tra sindrome da Burnout nel personale infermieristico, rischio di commettere errori clinici nella pratica clinica e qualità dell'assistenza infermieristica percepita dai pazienti.

### Il nostro percorso

È stato condotto uno studio osservazionale e monocentrico presso l'ASST-Santi Paolo e Carlo, presidio Ospedale San Paolo di Milano.

Sono stati inclusi tutti i pazienti di età  $\geq 18$  anni (nella unità di pediatria la compilazione è stata svolta da un genitore), degenti dal 1 maggio al 31 luglio 2018, in grado di leggere e comprendere la lingua italiana, con un punteggio  $\geq 26$  per la scala *Mini Mental State* e  $\geq 14$  per la *Glasgow Coma Scale*. Sono stati esclusi i soggetti degenti da meno di 2 notti o 48 ore, in quanto, come evinto dalla letteratura, questo è il periodo minimo per poter sviluppare una percezione riguardo la qualità assistenziale (Kol et al., 2018; Freitas et al., 2014; Younas and Sundus, 2018°; Gutysz-Wojnicka et al., 2013; Sharew et al., 2018).

Sono stati inoltre esclusi pazienti che si trovassero in coma, letargia, sedazione e con una capacità cognitiva compromessa o problemi neuropsichiatrici attivi (Ríos-Risquez e García-Izquierdo, 2016; Charalambous et al., 2017; Sharew et al., 2018; Thomas et al., 1996), per tali motivi il Blocco operatorio e l'unità di Psichiatria sono stati esclusi.

Sono stati arruolati tutti gli infermieri con un'esperienza lavorativa di almeno 1 anno al 1 maggio 2018; in accordo con la letteratura che suggerisce un'esperienza minima di 12 mesi per l'insorgenza dei primi segni e sintomi del Burnout (Fong et al., 2016; Boamah et al., 2017; Hong e Lee, 2016; Wei et al., 2017; Jackson et al., 2018; Sillero e Zabalegui, 2018). Sono stati esclusi gli infermieri che lavoravano nelle unità di Psichiatria e nel Blocco operatorio, poiché in tali realtà non è stata somministrata la *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale* in ragione del fatto che i pazienti degenti al loro interno non hanno soddisfatto i criteri di inclusione.

La raccolta dati, effettuata dal 1 maggio al 31 luglio 2018, ha avuto inizio dopo le autorizzazioni del caso. Tutti i soggetti arruolati sono stati preventivamente informati riguardo lo scopo e le modalità di raccolta dei dati ed hanno espresso il loro consenso informato prima di procedere alla somministrazione. Ogni soggetto coinvolto ha restituito i questionari in formato cartaceo in una apposita urna chiusa. Tutti i dati sono stati raccolti ed utilizzati in modo anonimo. Lo studio è stato condotto nel rispetto della vigente normativa sulla privacy e dei principi sanciti dalla Dichiarazione di Helsinki. È stato inoltre sottolineata la possibilità di ritirare il consenso alla partecipazione in qualsiasi momento.

Sono stati scelti tre strumenti:

- *Maslach Burnout Inventory* – MBI (Sirigatti et al., 1988) per indagare i livelli di Burnout del personale infermieristico. Il questionario è costituito da 22 item, con una scala Likert a 7 punti, da 0 a 6 (0 = mai e 6 = ogni giorno) che misurano le tre dimensioni indipendenti della sindrome da Burnout: Esaurimento emotivo (EE - 9 item), Depersonalizzazione (DP - 5 item), Realizzazione professionale (RP - 8 item) (Lahana et al., 2017; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Maslach et al., 1997; Sillero e Zabalegui, 2018). Il punteggio viene ottenuto dalla somma dei valori in ciascuna sottoscala (da Silva et al., 2015). Sia per le sottoscale EE che per quelle DP, punteggi più alti corrispondono a livelli più alti di Burnout, invece punteggi più bassi per la sottoscala PA corrispondono a più alti livelli di Burnout (Maslach et al., 1997).

- *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale* – NSNS (Piredda et al., 2007) limitatamente alla sezione 1 (26 item), per valutare la percezione del paziente riguardo l'esperienza dell'assistenza infermieristica ricevuta. Agli intervistati viene chiesto di indicare il livello di accordo con ciascuna delle situazioni descritte rappresentava la propria esperienza utilizzando una scala Likert a 7 punti (1 = completamente in disaccordo, 7 = sono completamente d'accordo). Ai fini del calcolo del punteggio complessivo della scala è stata invertita la metrica delle domande/affermazioni negative (domande 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 20, 24). È stata inoltre compresa la sezione 3 limitatamente alle domande riguardanti la soddisfazione generale dell'assistenza infermieristica e la soddisfazione per la degenza ospedaliera complessiva.
- Questionario creato dal gruppo di ricerca attraverso la collaborazione con una psicologa clinica dell'Azienda, composto tre domande volte ad analizzare la dimensione inerente la *Patient Safety* e nello specifico l'errore clinico (Figura 1).

**Figura 1** - Area di indagine per errori/quasi errori

Negli ultimi sei mesi di attività lavorativa, le è mai capitato di andare in contro al rischio/ha commesso errori potenzialmente in grado di recare danni al paziente?  
 SI  NO

Se SI, quanto definirebbe questa condizione attribuibile al suo stato di sofferenza psicofisica e/o ad una sua condizione di Burnout?

0 (per nulla),  1,  2,  3,  4,  5,  6,  7,  8,  9,  10 (totalmente)

Negli ultimi sei mesi di attività lavorativa, ha assistito, o le è stato riferito da un collega di avere commesso un errore/quasi errore potenzialmente in grado di recare danni al paziente?

SI  NO

## RISULTATI

### Caratteristiche sociodemografiche degli infermieri

Sono stati reclutati complessivamente 275 infermieri. Di questi 155 hanno aderito all'indagine (tasso di rispondenza 56.36%), con 103 femmine (66.45%) e 52 maschi (33.55%). Circa la provenienza, 49 erano del Dipartimento di Emergenza e Urgenza, 53 del Dipartimento Chirurgico, 39 del Dipartimento Medico e 14 del Dipartimento Materno Infantile. Non sono emerse differenze significative nei tassi di rispondenza tra i diversi dipartimenti coinvolti.

La fascia di età più rappresentata è quella 25 - 29 anni (n=38) seguita da quella 30 - 34 anni (n=27).

L'anzianità di servizio complessiva è risultata pari a 10 anni; l'anzianità nell'attuale servizio/unità operativa è risultata invece pari a 4 anni; anche in questo caso, non sono emerse differenze statisticamente significative stratificando il campione per aree dipartimentali.

### Livelli di burnout infermieristico

Livelli medio-alti di Burnout erano presenti nel 40.0% dei soggetti relativamente alla dimensione dell'Esaurimento Emotivo, nel 49.03% nella dimensione della Depersonalizzazione e nel 41.29% nella dimensione della Realizzazione Personale (Tabella 1).

Tabella 1 - Stratificazione per ogni livello di Burnout			
DIMENSIONI BURNOUT	NUMERO INFERMIERI PER OGNI LIVELLO DI BURNOUT		
	BASSO	MEDIO	ALTO
ESAURIMENTO EMOTIVO (EE)	60.00%	15.48%	24.52%
DEPERSONALIZZAZIONE (DP)	50.97%	22.58%	26.45%
REALIZZAZIONE PERSONALE (PA)	58.71%	16.77%	24.52%

Non sono emerse differenze statisticamente significative nei soggetti con diversi livelli di Burnout in funzione delle variabili età, sesso, dipartimento, anzianità complessiva e anzianità di servizio nella attuale unità operativa.

### Errori

Sono stati il 28.39% del totale gli infermieri che hanno riferito di avere commesso errori/quasi errori durante la pratica clinica negli ultimi 6 mesi; di questi, il 70.45% attribuisce un ruolo significativo (avendo riportato un punteggio maggiore a 5 su scala Likert 1-10) al proprio stato di "malessere psicofisico" al momento dell'evento.

Inoltre il 34.84% ha riportato di aver visto/essere venuti a conoscenza di errori /quasi errori commessi da colleghi della stessa unità operativa negli ultimi 6 mesi.

Il 77.27% dei soggetti che hanno commesso errori/quasi errori presentavano, per tutte le tre dimensioni della MBI, alti livelli di Burnout; 7 presentavano livelli medi, mentre solo 3 hanno presentato bassi livelli di Burnout. Le differenze rispetto ai soggetti che hanno riferito di non aver commesso errori sono statisticamente significative.

### Caratteristiche sociodemografiche dei pazienti

In totale hanno partecipato all'indagine 169 pazienti (tasso di rispondenza 98.26%): 88 soggetti di sesso maschile (52.07%) e 81 di sesso femminile (47.93%).

L'età mediana del campione era pari a 63 anni.

### Qualità dell'assistenza infermieristica percepita

Il punteggio mediano relativo alla soddisfazione complessiva del campione rispetto all'assistenza infermieristica ricevuta ha presentato valori pari a 5. In particolare il 66,86% ha espresso un punteggio maggiore o uguale a 5 (su scala Likert da 1 a 7), indicativo dei più alti livelli di soddisfazione.

La Tabella 2 descrive i punteggi mediani relativi ad ogni item della NSNS; come è possibile notare, gli item 5 (*"Gli infermieri impiegavano molto tempo ad arrivare quando erano chiamati"*), 22 (*"Gli infermieri avevano il tempo di fermarsi e parlare con me, quando ne avevo bisogno"*) e 23 (*"Medici e infermieri lavoravano bene insieme, come una squadra"*) hanno presentato i punteggi mediani più bassi.

Tabella 2 - *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale*: punteggi mediani relativi ad ogni item

	ITEM	Me
1	Gli infermieri mi mettevano facilmente di buon umore	6
2	Gli infermieri trattavano alcuni pazienti meglio di altri	4
3	Gli infermieri non mi hanno informato abbastanza sul mio trattamento	5
4	Gli infermieri prendevano le cose con troppa calma	4
5	Gli infermieri impiegavano molto tempo ad arrivare quando erano chiamati	3
6	Gli infermieri mi davano le informazioni di cui avevo bisogno proprio al momento giusto	6
7	Gli infermieri davano l'impressione di non sapere cosa stavo provando	4
8	Gli infermieri spegnevano le luci troppo tardi la sera	4
9	Gli infermieri mi facevano fare alcune cose prima che io fossi pronto	4
10	Per quanto fossero occupati, gli infermieri trovavano sempre tempo per me	6
11	Vedevo gli infermieri come persone amiche	6
12	Gli infermieri dedicavano del tempo a confortare i pazienti che ne avevano bisogno	5
13	Gli infermieri controllavano regolarmente che non avessi bisogno di nulla	6
14	Gli infermieri non erano in grado di tenere sotto controllo alcune situazioni	4
15	Gli infermieri non si interessavano a me come persona	4
16	Gli infermieri mi informavano sui miei problemi di salute	6
17	Gli infermieri mi spiegavano cosa stavano per farmi	6
18	Gli infermieri riferivano ai colleghi del turno successivo come stavo e di che cosa avevo bisogno	6
19	Gli infermieri sapevano cosa fare prima ancora di consultare i medici	5
20	A volte gli infermieri dimenticavano le richieste dei pazienti	4
21	Gli infermieri garantivano la riservatezza e il pudore dei pazienti	6
22	Gli infermieri avevano il tempo di fermarsi e parlare con me, quando ne avevo bisogno	3
23	Medici e infermieri lavoravano bene insieme, come una squadra	3
24	Alcuni infermieri davano l'impressione di non sapere cosa gli altri colleghi stessero facendo	5
25	Gli infermieri sapevano sempre quale fosse la cosa migliore da fare	6
26	In reparto c'era un'atmosfera serena grazie agli infermieri	6

Sono stati confrontati i punteggi complessivi di soddisfazione rispetto all'assistenza nei differenti dipartimenti; l'analisi ha dimostrato l'assenza di differenze significative. Gli stessi risultati sono emersi analizzando la soddisfazione nei confronti della degenza nel suo complesso.

In ultimo è stata indagata la relazione tra la presenza di Burnout infermieristico e i livelli di soddisfazione complessiva dell'utenza rispetto all'assistenza ricevuta: non sono emerse differenze statisticamente significative per ogni dimensione del Burnout.

## DISCUSSIONE

Questo studio, pur nella sua natura monocentrica, ha previsto il coinvolgimento di un discreto numero di pazienti e infermieri, peraltro appartenenti a differenti setting clinici. Inoltre, in considerazione del soddisfacente tasso di rispondenza, i risultati ottenuti possono considerarsi attendibili nell'inquadramento della triade Burnout-errore-soddisfazione sull'assistenza all'interno del panorama di studio.

Livelli medio-alti di Burnout sono stati riscontrati in oltre il 40% del personale infermieristico, in ogni dimensione della *Maslach Burnout Inventory*: il dato non sorprende, anzi conferma la dimensione del problema con un tasso in linea con la letteratura internazionale (Lahana et al., 2017; Petitta et al., 2017; Li et al., 2018; Molero Jurado et al., 2018; Sasso et al., 2017).

Il fatto che più della metà dei soggetti presi in esame abbia effettivamente dimostrato bassi livelli di Burnout non deve trarre in inganno, ma anzi deve essere posto in relazione con le sue caratteristiche socio anagrafiche; infatti, nonostante l'assenza di differenze statisticamente significative in relazione alle variabili età, anzianità complessiva e anzianità di servizio nella attuale unità operativa, gli infermieri reclutati erano molto giovani, rappresentati prevalentemente la fascia di età compresa tra 25 e 29 anni, con una anzianità di servizio complessiva di 10 anni e, nell'attuale unità operativa, pari a 4 anni.

Ciò lascia supporre che l'età e gli anni di lavoro non influenzino significativamente la sindrome o addirittura che possano essere inversamente correlati ai livelli di Burnout (Pradas-Hernández et al., 2018; Kim e Yeom, 2018).

Il fatto che la sindrome si presenti nei primi anni lavorativi, invece che dopo diversi anni di lavoro, trova conferma con quanto già ribadito dalla letteratura (Chuang et al., 2016; Wei et al., 2017; Pradas-Hernández et al., 2018), ove si ipotizza che gli infermieri giovani abbiano, rispetto ai colleghi più esperti, meno strategie e dunque meno risorse per far fronte allo stress lavorativo e alle richieste del nuovo ruolo professionale, in particolare in ambito sanitario (Molero Jurado et al., 2018; Boamah et al., 2017).

Pare doveroso sottolineare che la problematica, nonostante la sua gravità e dimensione, è oramai oggetto di studio da diversi anni nel panorama sanitario. In particolare il lavoro di Destrebecq et al. (2009), indagante l'associazione tra intenzione di abbandonare la professione, caratteristiche lavorative e socio-demografiche, aveva evidenziato che il 60% degli infermieri aveva preso in considerazione la possibilità di abbandonare la professione e che il dato fosse strettamente in relazione all'insoddisfazione professionale, la situazione del mercato del lavoro ed i livelli di Burnout. Più di recente lo studio RN4CAST, svolto a livello mondiale, coinvolgendo anche l'Italia, ha confermato questi dati, mostrando che il 36,14% degli infermieri, senza significative variazioni tra infermieri novizi e vecchie "leve", ha dichiarato di voler abbandonare il proprio lavoro entro un anno (Sasso et al., 2017). Ciò suggerisce che condizioni e dinamiche lavorative, incidenti sull'insoddisfazione lavorativa e il Burnout, probabilmente non sono cambiate significativamente nel corso degli anni.

Non sono emerse differenze significative nei livelli di Burnout tra gli infermieri appartenenti a differenti setting clinici. Il dato è in linea con quanto già rilevato dalla letteratura che evidenzia come il problema sia globalmente diffuso e non confinato a specifici contesti. Ad influire sul Burnout, infatti, più che il setting clinico specifico sono le condizioni in cui si lavora: la mancanza di personale, orari di lavoro più lunghi, i turni di lavoro, soprattutto quelli notturni, gli eccessivi carichi di lavoro dovuti al rapporto tra il numero degli infermieri, numero dei pazienti e il loro ampio turnover, oltre alla mancanza di tempo per svolgere tutte le attività pianificate (Sasso et al., 2017; Boamah et al., 2017; Sun et al., 2017; Häusler et al., 2018; Cañadas-De la Fuente et al., 2018).



Anche la mancanza di riconoscimento del lavoro, la difficile comunicazione e collaborazione con le diverse figure professionali, la carenza di risorse, l'assenza di supporti psicologici vengono considerati fattori organizzativi associati al Burnout (Rodrigues et al., 2017; Sillero e Zabalegui, 2018; Molero Jurado et al., 2018; Rezaei et al., 2018; Monsalve-Reyes et al., 2018).

Una percentuale non trascurabile di infermieri (28.39%) ha riferito di avere commesso errori/quasi errori durante la pratica clinica negli ultimi 6 mesi; tale dato non sorprende, anzi, si presenta in linea con la letteratura recente da cui si evince che la prevalenza degli operatori che commettono errori nel corso della loro carriera varia tra circa il 10% e il 50% (Johnson et al., 2017; Cabilan e Kynoch, 2017; Delacroix, 2017). Considerando la tendenza degli operatori a non segnalare gli errori commessi (Banfi et al., 2008; Cabilan e Kynoch, 2017; Viflady et al., 2016) il dato emerso pare preoccupante. Non si sono evidenziate differenze rilevanti rispetto agli errori segnalati nei vari dipartimenti, anche se alcuni lavori a livello internazionale riportano che le terapie intensive, le aree di emergenza e di chirurgia sono i setting nei quali gli operatori sembrano essere più vulnerabili a commettere errori (Viflady et al., 2016; Turkelson e Keiser, 2017; Kiyamaz e Koç, 2018).

Il fatto che una percentuale lievemente superiore di infermieri (34.84%) abbia riferito di aver visto/essere venuti a conoscenza di errori commessi da colleghi della stessa unità operativa negli ultimi 6 mesi, da un lato può trovare giustificazione nella già citata difficoltà a riportare un errore personale, dall'altro, in virtù della non eccessiva differenza percentuale, permette di offrire globalmente una panoramica verosimile alla dimensione del "problema-errore" nella pratica assistenziale.

Appare rilevante sottolineare il fatto che la grande maggioranza, oltre il 70% degli infermieri che ha riferito di aver commesso errori/quasi errori negli ultimi 6 mesi, ritiene che questo evento sia attribuibile alla personale condizione di sofferenza psicofisica e/o condizione di Burnout al momento dell'accaduto. Ciò suggerisce che la presenza di segni e sintomi riconducibili al Burnout possa essere in qualche modo associata al verificarsi degli errori; a conferma di quanto detto, il 77,27% dei soggetti che hanno commesso errori/quasi errori presentano alti livelli di Burnout.

Come suggerito in letteratura non è semplice capire la natura del legame tra questi due fenomeni (Burnout ed errore clinico), tuttavia alcuni studi espongono che il Burnout sia il fattore predittivo più rilevante dell'errore clinico, in quanto grava sulla salute, sulla sicurezza, sulla vigilanza degli infermieri, sulla soddisfazione del lavoro e sulle prestazioni lavorative e può portare a condizioni che causano una ridotta empatia e conoscenza del paziente da parte del personale sanitario e quindi condurlo verso l'errore clinico (Canady, 2016; Prapanjaroensin et al., 2017; Ross, 2016; Salyers et al., 2017; Johnson et al., 2017; Kiyamaz e Koç, 2018; Hall et al., 2016) e agli insuccessi di cura (Prapanjaroensin et al., 2017), (Rodrigues et al., 2017).

Al contrario, anche commettere un errore può portare l'operatore a preoccuparsi per la propria carriera lavorativa e a sviluppare un senso di paura, di colpa, di insuccesso e manifestare i segni e sintomi della sindrome da Burnout (Cabilan e Kynoch, 2017).

Passando ad esaminare la soddisfazione nei confronti dell'assistenza ricevuta, sono stati arruolati 169 pazienti; anche in questo caso il campione raggiunto, pur con la limitazione legata alla natura monocentrica dello studio, può ritenersi soddisfacente ai fini in un inquadramento il più possibile reale del vissuto del paziente nel nostro panorama. Inoltre, il fatto che solo 3 soggetti non abbiano voluto partecipare all'indagine riduce enormemente il potenziale bias per il quale solamente i soggetti soddisfatti nei confronti dell'assistenza ricevuta avessero poi desiderato partecipare allo studio.

Complessivamente il 66.86% ha espresso alti livelli di soddisfazione nei confronti dell'assistenza infermieristica ricevuta. Tali risultati possono ritenersi in linea con altri recenti studi all'interno del panorama italiano (Criscuolo et al., 2015; Sasso et al., 2017).

A livello internazionale la situazione pare essere abbastanza eterogenea, caratterizzata da lavori che riportano alti livelli di soddisfazione (Desborough et al., 2015; Kol et al., 2018; Younas and Sundus, 2018a), mentre in altri il giudizio delle persone assistite è stato più negativo (Charalambous et al., 2017; Sharew et al., 2018). L'analisi più approfondita di tali differenze richiederebbe maggiori analisi che prendano in considerazione l'impatto di diversi fattori, quali, ad esempio, l'organizzazione dei servizi sanitari, i percorsi formativi del personale infermieristico, nonché il significato di salute/malattia e le aspettative dell'utenza che possono indubbiamente essere influenzate dai diversi background culturali. Dalla letteratura, infatti, si evince che la soddisfazione può essere influenzata da molti fattori individuali, quali età, sesso, istruzione, condizioni di salute. Più specificatamente gli uomini, gli anziani e coloro che hanno un basso livello d'istruzione, generalmente, si dimostrano più soddisfatti in quanto l'aspettativa che si creano riguardo all'esperienza ospedaliera è molto più bassa (Sharew et al., 2018; Thomas et al., 1996).

Analizzando i singoli item della NSNS, i punteggi più critici sono stati ottenuti dall'item 5 - *“Gli infermieri impiegavano molto tempo ad arrivare quando erano chiamati”* -, 22 - *“Gli infermieri avevano il tempo di fermarsi e parlare con me, quando ne avevo bisogno”* e 23 - *“Medici e infermieri lavoravano bene insieme, come una squadra”*. Questi dati non sorprendono poiché confermati dalla letteratura, che evidenzia come tra i principali determinanti della soddisfazione del paziente, oltre che l'affidabilità, disponibilità, comunicazione e informazione, competenza, sono compresi proprio la necessità di attenzione, supporto e senso di sicurezza, la relazione con gli operatori, tempo condiviso, partecipazione e coinvolgimento (Bandurska et al., 2016; Kol et al., 2018; Charalambous et al., 2017; Sharew et al., 2018). Negli ospedali ove spesso è presente una condizione più o meno marcata di carenza di personale e di elevati carichi lavorativi e quindi una ridotta tempestività nell'assistenza, i pazienti sono risultano meno soddisfatti delle cure ricevute (Kol et al., 2018; Edvardsson et al., 2017; Recio-Saucedo et al., 2018).

Al contrario di quanto suggerito dalla letteratura in cui è emersa una relazione tra livelli più elevati di Burnout e livelli inferiori di qualità dell'assistenza (Canady, 2016; Salyers et al., 2017; Lu et al., 2018), nel presente studio non emerge una relazione statisticamente significativa tra questi due costrutti. Tale risultato però deve essere letto alla luce del fatto che i pazienti non sono stati assistiti, necessariamente, solo da infermieri presentanti alti livelli di Burnout; tale aspetto può per questo motivo essere considerato una limitazione nella corretta interpretazione della relazione tra questi due domini.

## CONCLUSIONI

In conclusione, questo studio ha confermato la dimensione del problema della sindrome da Burnout nel personale infermieristico, peraltro già ampiamente documentata a livello internazionale. Nonostante non sia stato possibile confermare una relazione significativa tra Burnout e soddisfazione del paziente rispetto alla qualità delle cure ricevute, è sensato ipotizzare che il Burnout, influenzando sul benessere del personale infermieristico, possa ripercuotersi sulla qualità delle cure erogate; ciò in aggiunta alla relazione “Burnout-errore” evidenziata nel presente lavoro, può condurre, come logica conseguenza, all'insoddisfazione dei pazienti.

Lavorare con decisione sul Burnout, pertanto, potrebbe rappresentare una strategia vincente sia per migliorare il benessere del lavoratore e dunque la qualità dell'assistenza infermieristica, sia per fornire un ulteriore contributo all'impegno volto a diminuire gli errori clinici commessi dagli infermieri. Un problema di importanza non irrilevante: se non eliminabile del tutto, può almeno essere ridotto in modo significativo, lavorando su tutte le variabili modificabili che conducono al suo verificarsi.

## BIBLIOGRAFIA

- Bandurska, E., Zarzeczna-Baran, M., Zielazny, P. (2016) "Wards in Opinion of Patients - A Comparative Study on the Quality of Nursing Care", *Arch. Psychiatr. Nurs.* 30, p.685–691.
- Banfi, G., Magon, G., Maniaci, V., Vinci, A. (2008) *Metodologia della ricerca infermieristica e rischio clinico: dalla teoria alla pratica: presentazione di un progetto di ricerca infermieristica*. Padova: Piccin.
- Basar, U., Basim, N. (2016) "A cross-sectional survey on consequences of nurses' burnout: moderating role of organizational politics", *J. Adv. Nurs.* 72, p.1838–1850.
- Boamah, S.A., Read, E.A., Spence Laschinger, H.K. (2017) "Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study", *J. Adv. Nurs.* 73, p.1182–1195.
- Cabilan, C.J., Kynoch, K. (2017) "Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review", *JBHI Database Syst. Rev. Implement. Rep.* 15, p.2333–2364.
- Cañadas-De la Fuente, G.A., Gómez-Urquiza, J.L., Ortega-Campos, E.M., Cañadas, G.R., Albendín-García, L., De la Fuente-Solana, E.I. (2018) "Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-analytic study", *Psychooncology*. 27, p.1426–1433.
- Cañadas-De la Fuente, G.A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G.R., De la Fuente, E.I. (2015) "Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession", *Int. J. Nurs. Stud.* 52, p.240–249.
- Canady, V.A. (2016) "Provider burnout, quality of care and patient safety analyzed", *Ment. Health Wkly.* 26, p.3–5.
- Charalambous, A., Adamakidou, T., Cloconi, C., Charalambous, M., Tsitsi, T., Vondráčková, L., et al. (2017) "The quality of oncology nursing care: A cross sectional survey in three countries in Europe", *Eur. J. Oncol. Nurs.* 27, p.45–52.
- Chuang, C.-H., Tseng, P.-C., Lin, C.-Y., Lin, K.-H., Chen, Y.-Y. (2016) "Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review", *Medicine (Baltimore)* 95, e5629.
- Criscuolo M.A., Girotti S., Pelusi G., Mercanti R. (2015) "Soddisfazione della persona assistita relativa alle cure infermieristiche ricevute: PSS e NSNS. Studio pilota", *Confronto professionale*. 1, p.26.
- Disponibile da: [http://www.ipasviancona.it/wp-content/uploads/2016/09/RIV\\_ipasvi\\_N1\\_2015\\_-full-text.pdf](http://www.ipasviancona.it/wp-content/uploads/2016/09/RIV_ipasvi_N1_2015_-full-text.pdf) (u.c. 2 ottobre 2018).
- Da Silva, J.L.L., Soares, R. da S., Costa, F. dos S., Ramos, D. de S., Lima, F.B., Teixeira, L.R. (2015) "Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units", *Rev. Bras. Ter. Intensiva* 27, p.125–133.
- Delacroix, R. (2017) "Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: A phenomenological approach", *J. Am. Assoc. Nurse Pract.* 29, p.403–409.
- Desborough, J., Phillips, C., Banfield, M., Bagheri, N., Mills, J. (2015) "Impact of nursing care in Australian general practice on the quality of care: A pilot of the Patient Enablement and Satisfaction Survey (PESS)", *Collegian* 22, p.207–214.
- Destrebecq, A., Terzoni, S., Colosio, C., Neri, L., Brabilla, G. (2009) "Intention to leave nursing in a major Milan Hospital: current situation and future perspectives", *La Medicina del Lavoro*. 100 (2), p.109-19.
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J. (2017) "The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms", *Eur. J. Oncol. Nurs.* 28, p.114–121.
- Edvardsson, D., Watt, E., Pearce, F. (2017) "Patient experiences of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality", *J. Adv. Nurs.* 73, p.217–227.
- Fong, T.C.T., Ho, R.T.H., Au-Yeung, F.S.W., Sing, C.Y., Law, K.Y., Lee, L.F., Ng, S.M. (2016) "The relationships of change in work climate with changes in burnout and depression: a 2-year longitudinal study of Chinese mental health care workers", *Psychol. Health Med.* 21, p.401–412.
- Freitas, J.S. de, Silva, A.E.B. de C., Minamisava, R., Bezerra, A.L.Q., Sousa, M.R.G. de (2014) "Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital", *Rev. Lat. Am. Enfermagem* 22, p.454–460.

- Gómez-Urquiza, J.L., De la Fuente-Solana, E.I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E.M., Cañadas-De la Fuente, G.A. (2017) "Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis", *Crit. Care Nurse* 37, e1–e9.
- Gutysz-Wojnicka, A., Dyk, D., Cudak, E., Ozga, D. (2013) "Measuring patient satisfaction with the Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: Measuring patient satisfaction", *Scand. J. Caring Sci.* 27, p.311–318.
- Hall, L.H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., O'Connor, D.B. (2016) "Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review", *PLOS ONE* 11, e0159015.
- Häusler, N., Bopp, M., Hämmig, O. (2018) "Effort–Reward Imbalance, Work–Privacy Conflict, and Burnout Among Hospital Employees", *J. Occup. Environ. Med.* 60, e183–e187.
- Hong, E., Lee, Y.S. (2016) "The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention: Effects of emotional intelligence", *Int. J. Nurs. Pract.* 22, p.625–632.
- Jackson, J., Vandall-Walker, V., Vanderspank-Wright, B., Wishart, P., Moore, S.L. (2018) "Burnout and resilience in critical care nurses: A grounded theory of Managing Exposure", *Intensive Crit. Care Nurs.* 48, p.28–35.
- Johnson, J., Louch, G., Dunning, A., Johnson, O., Grange, A., Reynolds, C., *et al.* (2017) "Burnout mediates the association between depression and patient safety perceptions: a cross-sectional study in hospital nurses", *J. Adv. Nurs.* 73, p.1667–1680.
- Kim, H.S., Yeom, H.-A. (2018) "The association between spiritual well-being and burnout in intensive care unit nurses: A descriptive study", *Intensive Crit. Care Nurs.* 46, p.92–97.
- Kiyamaz, D., Koç, Z. (2018) "Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors", *J. Clin. Nurs.* 27, p.1160–1169.
- Kol, E., Arıkan, F., İlaslan, E., Akıncı, M.A., Koçak, M.C. (2018) "A quality indicator for the evaluation of nursing care: determination of patient satisfaction and related factors at a university hospital in the Mediterranean Region in Turkey", *Collegian* 25, p.51–56.
- Lahana, E., Papadopoulou, K., Roumeliotou, O., Tsounis, A., Sarafis, P., Niakas, D. (2017) "Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled", *BMC Nurs.* 16.
- Li, H., Cheng, B., Zhu, X.P. (2018) "Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis", *Int. Emerg. Nurs.* 39, p.46–54.
- Lu, D.W., Weygandt, P.L., Pinchbeck, C., Strout, T.D. (2018) "Emergency Medicine Trainee Burnout Is Associated With Lower Patients' Satisfaction With Their Emergency Department Care", *AEM Educ. Train.* 2, p.86–90.
- Maslach, C. Jackson S.E., Leiter, M.P. (1997) "The Maslach Burnout Inventory manual" in Zalaquett C.P., Wood R.J. (3rd ed.) *Evaluating stress: a book of resources*. Palo Alto (CA): The Scarecrow press, p.191-218.
- Molero Jurado, M.D.M., Pérez-Fuentes, M.D.C., Gázquez Linares, J.J.G., Simón Márquez, M.D.M., Martos Martínez, Á. (2018) "Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides", *Int. J. Environ. Res. Public Health* 15.
- Monsalve-Reyes, C.S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J.L., Albendín-García, L., Aguayo, R., Cañadas-De la Fuente, G.A. (2018) "Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis", *BMC Fam. Pract.* 19.
- Petitta, L., Jiang, L., Härtel, C.E.J. (2017) "Emotional contagion and burnout among nurses and doctors: Do joy and anger from different sources of stakeholders matter?: Contagion and burnout among nurses and doctors", *Stress Health* 33, p.358–369.
- Piredda, M., Cossu, L., Amato, S., Alvaro, R., Tartaglini, D., Spiga, F., *et al.* (2007) "Misura della soddisfazione del paziente per l'assistenza infermieristica ricevuta: versione italiana del "Newcastle Satisfaction with Nursing Scales", *International nursing perspectives.* 7(2-3), p.25-31.
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J.L., Albendín-García, L., De la Fuente, E.I., Cañadas-De la Fuente, G.A. (2018) "Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis", *PLOS ONE* 13, e0195039.
- Prapanjaroensin, A., Patrician, P.A., Vance, D.E. (2017) "Conservation of resources theory in nurse burnout and patient safety", *J. Adv. Nurs.* 73, p.2558–2565.
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., *et al.* (2018) "What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature", *J. Clin. Nurs.* 27, p.2248–2259.
- Rezaei, S., Karami Matin, B., Hajizadeh, M., Soroush, A., Nouri, B. (2018) "Prevalence of burnout among nurses in Iran: a systematic review and meta-analysis", *Int. Nurs. Rev.* 65, p.361–369.
- Ríos-Risquez, M.I., García-Izquierdo, M. (2016) "Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study", *Int. J. Nurs. Stud.* 59, p.60–67.

- Rodrigues, C.C.F.M., Santos, V.E.P., Sousa, P. (2017) "Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome", *Rev. Bras. Enferm.* 70, p.1083–1088.
- Ross, J. (2016) "The Connection Between Burnout and Patient Safety. J. Perianesth", *Nurs.* 31, p.539–541.
- Salyers, M.P., Bonfils, K.A., Luther, L., Firmin, R.L., White, D.A., Adams, E.L., *et al.* (2017) "The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis", *J. Gen. Intern. Med.* 32, p.475–482.
- Sasso, L., Bagnasco, A., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Santullo, A., *et al.* (2017) "The general results of the RN4CAST survey in Italy", *J. Adv. Nurs.* 73, p.2028–2030.
- Sharew, N.T., Bizuneh, H.T., Assefa, H.K., Habtewold, T.D. (2018) "Investigating admitted patients' satisfaction with nursing care at Debre Berhan Referral Hospital in Ethiopia: a cross-sectional study", *BMJ Open* 8, e021107.
- Sillero, A., Zabalegui, A. (2018) "Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses", *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health CP EMH* 14, p.132–142.
- Sirigatti, S., Stefanile, C., Menoni, E. (1988) "Per un adattamento italiano del Maslach Burnout Inventory (MBI)", *Bollettino di Psicologia Applicata*. p.187-188, p.33-39.
- Sun, J.-W., Bai, H.-Y., Li, J.-H., Lin, P.-Z., Zhang, H.-H., Cao, F.-L. (2017) "Predictors of occupational burnout among nurses: a dominance analysis of job stressors", *J. Clin. Nurs.* 26, p.4286–4292.
- Takayama, Y., Suzuki, E., Kobiyama, A., Maruyama, A., Sera, Y. (2017) "Factors related to the burnout of Japanese female nurses with children under 3 years old: Burnout in nurses with young children", *Jpn. J. Nurs. Sci.* 14, p.240–254.
- Tawfik, D.S., Phibbs, C.S., Sexton, J.B., Kan, P., Sharek, P.J., Nisbet, C.C., *et al.* (2017) "Factors Associated With Provider Burnout in the NICU", *Pediatrics* 139.
- Thomas, L.H., McColl, E., Priest, J., Bond, S., Boys, R.J. (1996) "Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care", *Qual. Health Care QHC* 5, p.67–72.
- Turkelson, C., Keiser, M. (2017) "Using Checklists and Repetitive Simulation to Improve Patient Safety: A Pilot Project with the Impella® Left Ventricular Assist Device", *Clin. Simul. Nurs.* 13, p.53–63.
- Vifladt, A., Simonsen, B.O., Lydersen, S., Farup, P.G. (2016) "The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units", *Intensive Crit. Care Nurs.* 36, p.26–34.
- Wei, R., Ji, H., Li, J., Zhang, L. (2017) "Active Intervention Can Decrease Burnout In Ed Nurses", *J. Emerg. Nurs.* 43, p.145–149.
- Younas, A., Sundus, A. (2018a) "Patients' experiences and satisfaction about care provided by male nurses in medical surgical units in Islamabad, Pakistan: A pilot study", *Nurs. Forum (Auckl.)* 53, p.12–19.

## ESPERIENZE

## Re-audit clinico sull'implementazione delle evidenze per la prevenzione delle infezioni correlate a catetere venoso centrale

**di Lucia Mauro (1), Lavinia Spada (2), Claudia Lorenzetti (3), Fabrizio d'Alba (4), Daniela Orazi (5), Francesca Milito (6), Lucia Mitello (7), Stefano Casciato (8), Maria Matarese (9), Angela Peghetti (10)**

(1) Infermiera AO S. Camillo Forlanini - Roma

(2) Infermiera UPMC Salvador MundiInternational Hospital - Roma

(3) Coordinatore Infermieristico AO S. Camillo Forlanini - Roma

(4) Direttore Generale AO S. Camillo Forlanini - Roma

(5) Direttore Sanitario AO S. Camillo Forlanini - Roma

(6) Direttore Amministrativo AO S. Camillo Forlanini - Roma

(7) Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie AO S. Camillo Forlanini - Roma

(8) Coordinatore Infermieristico AO S. Camillo Forlanini - Roma

(9) Professore Associato in Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi Campus Biomedico di Roma - Roma

(10) Infermiera AO S. Orsola Malpighi - Bologna

Corrispondenza: [lucia.mauro81@gmail.com](mailto:lucia.mauro81@gmail.com)

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA), infezioni acquisite nelle strutture sanitarie in seguito ad una attività assistenziale, rappresentano la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria (WHO, 2011). Ogni anno in Europa, le ICA provocano 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza e 37.000 decessi, con un costo sanitario pari a 7 miliardi di Euro (Rodriguez, 2017). I contesti assistenziali in cui c'è un maggior rischio di contrarre una ICA sono le Terapie Intensive (TI), sia per l'elevato numero di procedure invasive che vengono effettuate, sia perché ospitano pazienti maggiormente vulnerabili alle infezioni (Reyesa, 2017).

Nelle TI italiane si stima che le infezioni ematiche correlate a catetere venoso centrale (CVC) siano 1,8 casi per 1.000 giorni (gg) di permanenza del dispositivo; le polmoniti correlate a intubazione endotracheale siano 7,1 casi per 1.000 gg di permanenza del dispositivo e le infezioni delle vie urinarie correlata a catetere vescicale siano 2,6 casi per 1.000 gg di permanenza del dispositivo (Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2018). Nelle TI le infezioni del flusso sanguigno associate alla linea venosa centrale (CLABSI) sono un'importante causa di morbilità e mortalità dei pazienti che hanno bisogno di accessi venosi centrali per garantire infusioni di liquidi, farmaci, emoderivati, nutrizioni parenterali e misurazioni emodinamiche complesse (ECDC, 2017).

Il percorso di miglioramento, effettuato nel 2018 e presentato in questo articolo, descrive il monitoraggio del mantenimento delle misure introdotte con l'audit clinico realizzato presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo di Roma nel 2014. Sia l'audit clinico 2014 che il re-audit 2018 sono stati promossi dal Polo 4 della pratica clinica del Centro di Eccellenza per la Pratica Clinica e la Ricerca Infermieristica (CECRI). Il re-audit è stato effettuato nel periodo maggio-ottobre 2018.

Il gruppo di lavoro era composto da personale esperto in Evidence based-practice (EBP) e ha operato in collaborazione con i referenti del progetto per l'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma e la Direzione Sanitaria dell'Azienda che ha autorizzato il progetto.

L'obiettivo generale del progetto è stato quello di monitorare il mantenimento nel tempo delle misure di best practice, introdotte con l'audit clinico realizzato nel 2014, finalizzate all'implementazione delle evidenze per la prevenzione delle infezioni correlate a CVC (Palombi et al., 2016).

Obiettivi specifici del progetto sono stati:

- rilevare il rispetto nella pratica clinica delle raccomandazioni del protocollo aziendale relativo alla gestione dei CVC;
- verificare l'utilizzo della scheda per il monitoraggio delle medicazioni dei CVC;
- monitorare il mantenimento delle conoscenze da parte del personale nella gestione dei CVC;
- rilevare la riduzione del rischio di complicanze e di eventi avversi nei pazienti portatori di CVC tunnellizzati e non tunnellizzati.

La raccolta dati, effettuata dal 15 Agosto al 15 settembre 2018, è stata realizzata con gli stessi strumenti utilizzati nell'audit clinico del 2014. La scheda di rilevazione dati ha permesso di reperire attraverso le fonti documentarie, quali cartella clinica informatizzata o cartacea, i dati inerenti agli interventi assistenziali.

Il questionario sulle conoscenze somministrato agli infermieri ha permesso di valutare le conoscenze dei medesimi afferenti alle unità operative arruolate. Anche se il questionario era composto da 26 domande rispetto all'audit clinico del 2014 che ne conteneva 23 (Palombi et al., 2016).

Le 4 unità operative coinvolte sono state le stesse dell'audit clinico del 2014, per un totale di 29 posti letto di Terapia Intensiva e 78 infermieri coinvolti, che non risultano invariati in termini di presenze e di nominativi rispetto al 2014. Gli indicatori di struttura, processo ed esito utilizzati sono stati gli stessi dell'audit clinico precedente (Palombi et al., 2016).

La raccolta dei dati ha permesso di analizzare ogni indicatore in relazione al target di riferimento prestabilito, confrontando i risultati del pre-audit e dell'audit clinico 2014 e del re-audit 2018. I dati sono stati elaborati attraverso l'uso di Excel® e sono stati analizzati attraverso la statistica descrittiva.

## RISULTATI

Sono state analizzate 58 cartelle cliniche dei pazienti transitati nelle 4 unità operative (4 cartelle in TI ematologica, 11 cartelle in T.I. Chirurgia Toracica, 29 cartelle della T.I. Cardiochirurgia e 14 cartelle in T.I. Post-chirurgica) e 62 questionari compilati dagli infermieri afferenti alle unità operative coinvolte.

Indicatori. Di seguito sono riportati i risultati suddivisi per indicatori di struttura, processo ed esito secondo la classificazione di Donabedian (1990), confrontati con quelli del pre-audit e audit del 2014.

Il re-audit 2018 ha evidenziato che in tutte le unità operative è presente sia il protocollo per la gestione degli AVC, sia la scheda di monitoraggio delle medicazioni dei CVC, come già segnalato nell'audit clinico 2014, confermando il mantenimento del target del 100% (Tabella 1).

Tabella 1 - Indicatori di struttura					
Indicatore	Categoria esaminata	Struttura	Pre-audit 2014	Audit 2014	Re-Audit 2018
<b>1. È PRESENTE NELLA U.O. IL PROTOCOLLO DI GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI CENTRALI</b>	Target	Si/No			
	Fonte dati	Presenza del documento nella UO	Si	Si	Si
<b>2. È PRESENTE NELLA U.O. LA SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE MEDICAZIONE DEI CVC</b>	Target	Si/No			
	Fonte dati	Presenza del documento nelle UO	Si	Si	Si

I criteri e gli indicatori di processo sulla gestione della medicazione del CVC sono stati rilevati sulle schede di monitoraggio di 58 pazienti in un periodo di 30 giorni; 8 schede di monitoraggio sono risultate incomplete o non compilate e per questo escluse. Dall'analisi dei dati del re-audit 2018 è emerso dalle 50 schede di monitoraggio che sono state effettuate 140 medicazioni di cui il 51% con medicazione trasparente-semipermeabile sterile e il 49% con medicazione con garza sterile (Tabella 2).

Tabella 2 - Indicatori di processo					
Indicatore	Categoria esaminata	Esito/efficacia	Pre-audit 2014	Audit 2014	Re-Audit 2018
<b>1. LA SOSTITUZIONE DELLA MEDICAZIONE CON GARZE STERILI, DEVE ESSERE ESEGUITA OGNI 2 GIORNI (1A)</b>	Target	75% (accettabilità) 90% (eccellenza)			
	Numeratore	n° medicazioni in garza sostituite ogni 48h	Assente scheda	0%	0,3%
	Fonte dati	documentazione sanitaria			
	Denominatore (in)	n° pz. portatori CVC medicato con garza			
	Fonte dati	documentazione sanitaria			
<b>2. LA SOSTITUZIONE DELLA MEDICAZIONE TRASPARENTE-SEMIPERMEABILE STERILE DEVE ESSERE ESEGUITA OGNI 7 GIORNI (1A)</b>	Target	75% (accettabilità) 90% (eccellenza)	0,06 (1 TI)	78%	0.5%
	Numeratore	n° medicazioni con medicazione trasparente – semipermeabile sterile sostituite ogni 7 gg			
	Fonte dati	documentazione sanitaria			
	Denominatore (in)	n° pz. portatori di CVC con medicazione trasparente – semipermeabile			
	Fonte dati	documentazione sanitaria			



<b>3. LA MEDICAZIONE DELL'EXIT-SITE DEVE ESSERE SOSTITUITA SEMPRE SE BAGNATA, STACCATA O SPORCA (1B)</b>	Target	75% (accettabilità) 90% (eccellenza)	0,15%	90%	94%
	Numeratore	numero di medicazioni sostituite prima del tempo indicato poiché bagnate o staccate			
	Fonte dati	documentazione sanitaria			
	Denominatore (in)	n° pz. portatori di CVC con medicazione in garza o medicazione trasparente – semipermeabile sterile			
	Fonte dati	documentazione sanitaria			
<b>4. ISPEZIONARE VISIVAMENTE IL SITO DI EMERGENZA DEL CATETERE AD OGNI MEDICAZIONE E/O PALPARE IL SITO DI EMERGENZA ATTRAVERSO LA MEDICAZIONE INTATTA CON REGOLARITA' (1B)</b>	Target	75% (accettabilità) 90% (eccellenza)	0.06%	72%	0%
	Numeratore	n° di ispezioni o palpazioni del sito di inserzione CVC ad ogni cambio medicazione			
	Fonte dati	documentazione sanitaria			
	Denominatore (in)	n° pz. portatori di CVC con medicazione in garza o medicazione trasparente – semipermeabile sterile			
	Fonte dati	documentazione sanitaria			
<b>5. PULIRE LA CUTE CON SOLUZIONE A BASE DI CLOREXIDINA &gt; 0,5% IN ALCOOL DURANTE LA MEDICAZIONE DELL'EXIT SITE DEL CVC (1A)</b>	Target	75% (accettabilità) 90% (eccellenza)	0%	0%	92%
	Numeratore	n° pz con pulizia della cute con soluzione a base di clorexidina >0.5% in alcool durante medicazione dell'exit site del CVC			
	Fonte dati	documentazione sanitaria			
	Denominatore (in)	n° pz. portatori di CVC			
	Fonte dati	documentazione sanitaria			
<b>6. PULIRE LA CUTE CON SOLUZIONE A BASE DI CLOREXIDINA &gt; 0,5% IN ALCOOL PRIMA DELL'IMPIANTO DEL CVC (1A)</b>	Target	75% (accettabilità) 90% (eccellenza)	0.06%	65%	50%
	Numeratore	n° pz con pulizia della cute con soluzione a base di clorexidina >0.5% in alcool prima dell'impianto del CVC			
	Fonte dati	documentazione sanitaria			
	Denominatore (in)	n° pz candidati all'impianto del CVC			
	Fonte dati	documentazione sanitaria			

<b>7. GLI INFERMIERI ESEGUONO LA MEDICAZIONE DOCUMENTANDO LA PROCEDURA SULLA SCHEDA DEDICATA DI GESTIONE DELLE MEDICAZIONI DEL CVC (1B)</b>	Target	75% (accettabilità) 90% (eccellenza)	0.06%	80%	86%
	Numeratore	n° di documentazioni delle medicazioni CVC			
	Fonte dati	documentazione sanitaria			
	Denominatore (in)	n° pz. portatori di CVC			
	Fonte dati	documentazione sanitaria			

*Indicatore 1 - la sostituzione della medicazione con garze sterili deve essere eseguita ogni 2 giorni.* Nel re-audit 2018 si è evidenziato che solo per lo 0,3% delle medicazioni con garze sterile è stata segnalata la sostituzione dopo 48 ore. Nel pre-audit 2014 non esisteva la scheda di monitoraggio, e nell'audit clinico 2014, nonostante l'introduzione della scheda di monitoraggio, essa non veniva compilata con un valore pari allo 0%. Il target non è stato raggiunto.

*Indicatore 2 - la sostituzione della medicazione trasparente-semipermeabile sterile deve essere eseguita ogni 7 giorni.* Nel re-audit 2018 solo lo 0,5% delle medicazioni con medicazione trasparente-semipermeabile è stata effettuata ogni 7 giorni. Nel pre-audit 2014 1 sola TI documentava la sostituzione, mentre nell'audit clinico 2014 il 78% delle medicazioni è stato effettuato ogni 7 giorni. Il 94% delle medicazioni trasparenti-semipermeabili sterile sono state sostituite perché non aderenti prima del tempo indicati dalle raccomandazioni. Il target non è stato raggiunto.

*Indicatore 3 - la medicazione dell'exit-site deve essere sostituita se bagnata, staccata o sporca.* Nel re-audit 2018, delle 140 medicazioni effettuate è risultato che il 22% sono state sostituite perché la medicazione era bagnata, il 48% perché non aderente e il 24% perché sporca. Complessivamente il 94% delle medicazioni è stata effettuata quando bagnata, non aderente o sporca. Inoltre, solo il 6% delle medicazioni su 140 sono state sostituite rispettando la tempistica raccomandata. La percentuale di sostituzione è pari al 94%. Nel pre-audit 2014 avevamo registrato un valore dello 0,15%, che ha raggiunto il 90% nell'audit clinico 2014. Il target di eccellenza è stato pertanto raggiunto.

*Indicatore 4 - L'ispezione visiva e/o palpazione attraverso la medicazione del sito di emergenza del catetere deve essere effettuato ad ogni medicazione con regolarità.* Nel re-audit 2018, su 50 schede di monitoraggio non è mai stato registrato tale dato in nessuna delle TI considerate. Nel pre-audit 2014 è stata registrata in 1 sola TI mentre nell'audit clinico 2014 si è arrivati ad un 72%. Il target non è stato raggiunto.

*Indicatore 5 - l'antisepsi della cute dell'exit-site del CVC deve essere effettuata con soluzione a base di clorexidina alcolica > 0.5%.* Dai dati raccolti nel 2018 risulta dalle 50 schede di monitoraggio che sono state registrate 142 procedure di antisepsi, di cui 131 con soluzione a base di clorexidina e 11 effettuate con Iodopovidone; 11 volte è stata effettuata l'antisepsi ma non risulta la sostituzione della medicazione. Risulta pertanto che il 92% delle medicazioni e delle sostituzioni prevedevano una antisepsi della cute con soluzione a base di clorexidina alcolica > 0,5% dell'exit site del CVC. Nel pre-audit 2014 e nell'audit clinico 2014 non era stato documentato questo dato. Il target di eccellenza è stato raggiunto.

*Indicatore 6 - l'antisepsi della cute prima dell'impianto del CVC è effettuata con soluzione a base di clorexidina alcoolica > 0,5%. Nel 2018 in nessuna delle 50 schede di monitoraggio è indicato il tipo di antisettico utilizzato e nel 50% risulta la data e la sede di impianto a differenza dello 0,06% del pre-audit 2014 e del 65% nell'audit clinico 2014. Il target non è stato raggiunto.*

*Indicatore 7 - gli infermieri documentano la medicazione del CVC sulla scheda di gestione delle medicazioni del CVC. Nel re-audit 2018 in 30 giorni di raccolta dati su 58 cartelle analizzate il 14% delle schede sono state trovate in bianco o compilate parzialmente, l'86% compilate correttamente di cui il 22% riguardano pazienti degenti nelle TI per un periodo inferiore a 3 giorni. Nel pre-audit 2014 abbiamo avuto valori pari allo 0.06% e nell'audit clinico 2014 all'80%. Il target è stato raggiunto in misura accettabile.*

I criteri e gli indicatori di esito hanno preso in considerazione l'incidenza di CLABSI e la valutazione delle conoscenze al re-audit 2018 attraverso lo stesso questionario utilizzato per il pre e post test somministrato al personale infermieristico delle unità operative coinvolte durante l'audit clinico 2018.

*Indicatore 1 - i pazienti portatori di CVC non sviluppano infezioni. Nel re-audit 2018 sono stati segnalati solo 2 casi di sostituzione del CVC per infezione in atto, quindi solo il 3% dei pazienti ha sviluppato un'infezione documentata. Nel pre-audit 2014 il valore era stato stimato allo 0,01% passando allo 0% nell'audit clinico 2014. Il target di eccellenza è stato raggiunto.*

*Indicatore 2 - partecipazione del personale infermieristico alla valutazione delle conoscenze. Il 79% degli infermieri delle 4 unità operative ha compilato e riconsegnato il questionario sulle conoscenze, mentre nell'audit clinico 2014 la partecipazione è stata del 75%. Il target è stato raggiunto.*

**Tabella 3 - Indicatori di esito**

Indicatore	Categoria esaminata	Esito/efficacia	Pre-audit 2014	Audit 2014	Re-Audit 2018
<b>1. I PAZIENTI PORTATORI DI CVC NON DOVREBBERO SVILUPPARE INFEZIONI</b>	Target	5%	0.01%	0%	0.3%
	Numeratore	n° infezioni portatori CVC			
	Fonte dati	Documentazione sanitaria			
	Denominatore (in)	n° pz. Portatori di CVC			
	Denominatore (OUT)	Pazienti con infezioni prima dell'impianto di CVC			
	Fonte dati	Documentazione sanitaria			

<b>2. PARTECIPAZIONE DA PARTE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO COINVOLTO NEL PROGETTO DI RE-AUDIT</b>	Target	75% (accettabilità) 90% (eccellenza)	-	75%	79%
	Numeratore	n° infermieri partecipanti al progetto Re-Audit			
	Fonte dati	fogli di presenza al corso			
	Denominatore (in)	n° totale infermieri afferenti alle aree di studio			
	Denominatore (out)	infermieri non partecipanti per assenze programmate (es. ferie, aspettative, etc.) o impreviste (es. malattie, l.104, etc..)			
	Fonte dati	programma aziendale rilevazione presenze			
<b>3. VALUTAZIONE DELLE CONOSCENZE DEL TEST SOMMINISTRATO AL PERSONALE INFERMIERISTICO CHE HA PARTECIPATO AL PROGETTO RE-AUDIT</b>	Target	85% (accettabilità) 95% (eccellenza)	60%	71%	81%
	Numeratore	n° totale risposte esatte			
	Fonte dati	questionari compilati			
	Denominatore	n° totale domande questionario			

*Indicatore 3 - valutazione delle conoscenze tramite questionario somministrato al personale infermieristico che ha partecipato al progetto re-audit.* Nel 2018 i 62 infermieri hanno risposto esattamente ad una media di 21 domande su 26, ovvero 81%. Le domande con il maggior numero di errori riguardavano le conoscenze sullo scopo del protocollo operativo assistenziale, cosa controllare dopo l'inserzione del CVC e nella valutazione dell'exit-site a quale situazione attribuiamo uno score 2 (Figura 1). Nel pre-audit 2014 la media dei punteggi si attestava a 12 risposte esatte su 20 (60%) che dopo la formazione nell'audit clinico 2014 è passata a 14 risposte esatte (71%). Il target non è stato raggiunto, seppur migliorato rispetto al 2014.

## DISCUSSIONE

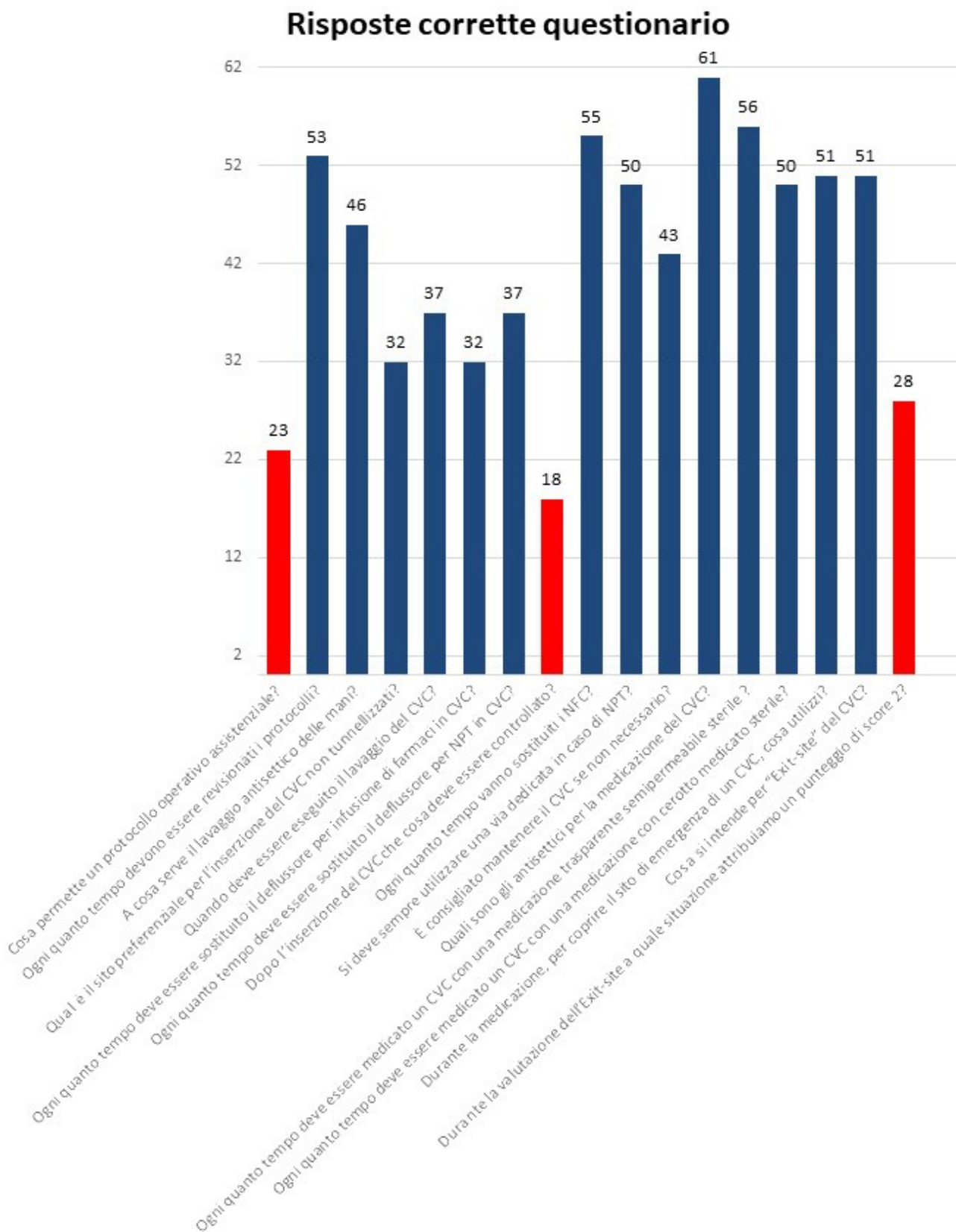
Il re-audit effettuato nel 2018 ha permesso di evidenziare quali misure introdotte nel 2014 sono state mantenute e quali perse o modificate nel tempo.

Per quanto riguarda l'obiettivo relativo al mantenimento del rispetto dell'applicazione del protocollo aziendale, abbiamo potuto verificare in tutte le unità operative coinvolte la presenza del protocollo di gestione degli accessi venosi centrali e della scheda di monitoraggio delle medicazioni dei CVC.

Le schede di monitoraggio analizzate dimostrano una discreta applicazione del protocollo e dell'uso della scheda di monitoraggio.

Le medicazioni dei CVC sono sostituite, come da raccomandazione, se bagnate, non aderenti o sporche. Delle 140 medicazioni effettuate nei 30 giorni di rilevazione, il 48% delle medicazioni è stata sostituita perché non aderente.

Figura 1 - Dettaglio del questionario somministrato agli infermieri



Tale dato potrebbe essere correlato al tipo di medicazione in uso all'interno dell'azienda, che non garantisce un'ottimale aderenza e richiede perciò sostituzioni più frequenti, determinando un incremento della spesa per i materiali usati e del carico assistenziale infermieristico in termini di minuti di assistenza erogati. Inoltre, la necessità di sostituire la medicazione del CVC più frequentemente giustifica il perché gli indicatori di processo riguardanti la tempistica di sostituzione delle medicazioni non abbiano raggiunto il target di accettabilità.

La palpazione e l'ispezione, aspetti raccomandati all'interno del protocollo, non sono mai stati registrati, presumibilmente a causa delle numerose sostituzioni della medicazione del CVC che non permettono il processo di monitoraggio della medicazione stessa.

Si evidenzia un corretto e regolare uso della clorexidina al 2% per la pulizia del sito di inserzione del CVC e della cute pre-impianto, anche se in molte schede di monitoraggio sono assenti i dati che riguardano la fase di impianto, come la data, l'antisettico utilizzato e la sede di inserzione. Questo potrebbe derivare dal fatto che i pazienti della TI spesso provengono dalle sale operatorie in cui il CVC viene posizionato dall'anestesista e dove la scheda di monitoraggio CVC non viene compilata, ma viene registrato solo l'avvenuto impianto del presidio nella scheda infermieristica. Sarebbe auspicabile coinvolgere tutti gli attori del processo di inserzione e gestione del CVC per condividere le modalità operative da applicare in modo condiviso ed omogeneo.

Per quanto riguarda l'obiettivo relativo all'utilizzo della scheda per il monitoraggio delle medicazioni dei CVC, l'analisi delle schede ha evidenziato un corretto uso della stessa per l'annotazione delle medicazioni del CVC, ma anche che in molti casi la scheda viene utilizzata per annotare informazioni che riguardano altri accessi vascolari dei pazienti delle terapie intensive, quali l'accesso arterioso radiale o femorale, o l'accesso dell'arteria polmonare. Questo fa pensare che sia necessario introdurre una scheda di monitoraggio che riguardi tutti gli accessi vascolari, per garantire una rilevazione completa della gestione degli accessi.

Per quanto riguarda il mantenimento delle conoscenze da parte del personale infermieristico sulla gestione dei CVC è emerso dall'analisi dei questionari somministrati un buon mantenimento delle conoscenze, con una risposta corretta in media a 21 domande su 26 (81%), anche se alcune informazioni avrebbero bisogno di un ulteriore aggiornamento in linea con le nuove raccomandazioni sulla gestione del CVC.

Per quanto riguarda l'ultimo obiettivo relativo alla riduzione del rischio di complicanze e di eventi avversi nei pazienti portatori di CVC tunnellizzati e non tunnellizzati, esso si è mantenuto nel tempo, dimostrando la corretta applicazione della procedura per la gestione dei CVC.

## **CONCLUSIONI**

Le ICA rappresentano un indicatore importante di qualità delle cure e i setting maggiormente interessati sono le terapie intensive in cui il rischio infettivo è più alto in riferimento anche ad una condizione multi-patologica e alla pluralità di dispositivi invasivi.

La corretta gestione della medicazione del CVC rappresenta un elemento indispensabile per ridurre l'insorgenza di infezioni circolatorie e l'audit clinico condotto nel 2014 e nel 2018 ha voluto influire sull'aspetto culturale-formativo in relazione alla corretta gestione e alla sensibilizzazione degli operatori del settore sul rischio a cui si sottopone il paziente se non si opera secondo evidenza scientifica. Studi di questo tipo sono fondamentali per garantire e mantenere la corretta implementazione delle procedure, monitorando la pratica clinica nel tempo, al fine di fornire un'assistenza infermieristica basata sulle evidenze scientifiche e volta a garantire una standardizzazione dei comportamenti.

È altresì fondamentale una maggiore collaborazione tra le varie unità operative facenti parte dello stesso percorso clinico-assistenziale, attraverso un attento controllo dei processi e condivisione delle modalità operative. Indispensabile la collaborazione attiva e costante tra professionisti e direzione sanitaria, per far sì che queste analisi/verifiche delle attività clinico-assistenziali vengano percepite come una occasione per un confronto intelligente e costruttivo, volte a far emergere difficoltà e problematiche specifiche alle quali porre rimedio per garantire il miglioramento della qualità delle cure e del contesto lavorativo.

Questo studio ha dimostrato inoltre la necessità di effettuare una formazione sul campo, per rendere consapevoli gli operatori dell'importanza professionale e legale della registrazione delle proprie attività e richiamare l'attenzione sul coordinatore infermieristico che ha un ruolo fondamentale sul controllo, verifica e monitoraggio nel tempo della corretta applicazione delle procedure.

Un elemento critico da segnalare è la difficoltà del personale delle terapie intensive a collaborare con il personale di rilevazione a causa della percezione dell'aumento di carico di lavoro che la raccolta dati poteva causare e la mancata abitudine alla valutazione tra pari da parte del personale. Sarebbe necessario sensibilizzare il personale maggiormente ai processi di valutazione e cambiamento, necessari per l'attivazione di una politica di implementazione delle buone pratiche e di miglioramento della qualità dell'assistenza erogata. Inoltre, la rilevazione ha previsto, come nell'audit clinico del 2014, un solo mese di raccolta dati. Se la rilevazione potesse essere estesa per un tempo più lungo potrebbe ulteriormente apportare informazioni e convalidare quelle emerse. Per i progetti futuri è auspicabile, quindi, la scelta di una rilevazione dati di tipo retrospettiva e un tempo minimo di 3/6 mesi di raccolta dati; inoltre, dato il continuo evolversi della conoscenza, sarebbe opportuno effettuare l'intervento di re-audit a due anni dalla realizzazione dell'audit stesso.

## BIBLIOGRAFIA

- World Health Organization. (2011). Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Disponibile da: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf) (u.c. 20.1.2019).
- Rodríguez-Acelas AL, de Abreu Almeida M, Engelman B, Cañon-Montañez W (2017) Risk factors for health care-associated infection in hospitalized adults: Systematic review and meta-analysis. *Am J Infect Control*,45(12),149-156.
- Velasquez Reyes DC, Bloomer M, Morpheta J (2017) Prevention of central venous line associated bloodstream infections in adult intensive care units: A systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*,43,12-22.
- Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna (2018) Sorveglianza nazionale delle infezioni in terapia intensiva (progetto SITIN) Rapporto dati 2016. Disponibile da: <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/report-sitin-2016> (u.c. 22.1.2019).
- European Centre for Disease Prevention and Control (2017) Healthcare-associated infections acquired in intensive care units - Annual Epidemiological Report 2016. Disponibile da: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/infections-acquired-intensive-care-units-annual-report-2016> (u.c. 22.1.2019).
- Palombi M, Lorenzetti C, Marchesani G, Peghetti A, Casciato S, Matarese M. (2016). Risultati dell'audit clinico condotto dal C in tre Aziende sanitarie di Roma. *L'Infermiere*, 3-4.

SCAFFALE

## La cronicità. Come prendersene cura, come viverla

di Laura D'Addio

Dagmar Rinnenburger  
Il Pensiero Scientifico Editore  
2019



L'opera di Dagmar Rinnenburger, maneggevole e accattivante nella sua impostazione, anche grafica, può essere inizialmente scambiata per un libro di agile lettura, tipo quelli che si possono scegliere per passare il tempo mentre si viaggia, in treno o metropolitana, come si dice per sviarsi dal tran tran del viaggio.

Mai apparenza è stata più ingannevole. Perché fin dalle prime pagine il tema di cui tratta, annunciato da un titolo essenziale e per questo ancor più forte, ci giunge davanti con tutta la sua rilevanza: la cronicità. Uno dei cambiamenti più epocali della storia della medicina e della salute, con cui le nostre generazioni non hanno ancora fatto i conti, qui si dipana in tutte le sue sfaccettature.

Il medico, ovvero Rinnenburger stessa, lascia che alla sua competenza si accompagni l'esperienza, con una parte del racconto, della esemplificazione che deriva dalle storie e dalle parole stesse dei pazienti che ha incontrato nella sua

lunga esperienza di pneumologo e allergologo. Ma lo fa traducendo concetti e percorsi clinici in modo affabile, comprensibile ai più, senza tuttavia svuotare in alcun modo la complessità del fenomeno che affronta.

Per esempio ci racconta come i tratti tipici dell'essere cronico diventino noti solo quando il viaggio è già iniziato, senza alcuna *guida*: quegli strumenti che sono ormai consueti in tanti ambiti, lo sono assai meno in altri, commenta Rinnenburger, che sottolinea come la quotidianità dei cronici passi spesso in sordina. Se ne parla poco, e spesso male, si informa anche meno, si punta sull'acuzie invece che sulla cronicità. Nella sua conversazione, l'autrice riporta le serie televisive internazionali che hanno messo sotto gli occhi di tutti la vita e i problemi di importanti ospedali e dei loro professionisti, impegnati sulle malattie *acute* e sull'emergenza, con interventi importanti quanto cruciali per la vita dei propri assistiti: "Mi augurerei - afferma l'autrice - una serie che si svolgesse in una residenza per anziani o in un ambulatorio di medicina generale, dove persone 'normali' vengono curate con piccoli interventi" (pag. 30).

Cosa dicono i cronici di sé? Il sogno di ogni paziente, suffragato dalla cultura odierna del *tutto è possibile*, è di trovarsi, se proprio si deve, con una malattia "(...) anche se grave, dalla quale si esca, tornando allo stato precedente, senza deficit, senza dover fare sacrifici e senza modificare il proprio stile di vita". Un sogno che dobbiamo ormai abbandonare, in un'epoca in cui la *restitutio ad integrum* è ormai di altri tempi in medicina.



Rispetto a ciò, Rinnenburger tratteggia il profilo della cronicità e del paziente cronico (spesso con più patologie croniche!) a chiare tinte, senza indugi e ombre, così come le caratteristiche che di conseguenza deve assumere il professionista che prende in carico le persone con cronicità. Il peso più importante della malattia cronica per il malato è rappresentato dalla fatica di costruirsi una nuova identità, con un processo di lutto, ovvero di elaborazione della perdita, che contraddistingue le fasi iniziali della nuova identità, a volte anche quelle successive, soprattutto se non si ha la fortuna di incontrare un bravo professionista.

Il mondo della cronicità, come dicevamo, è affrontato da varie prospettive: l'autrice rileva, da bravo medico, come il *sintomo* tangibile di questo nuovo corso della medicina e del sistema sanitario italiano arrivi nel 2016, quando il Piano Nazionale della Cronicità pone in primo piano un indispensabile cambiamento di paradigma, verso cui Rinnenburger rivolge uno sguardo attento quanto critico. Pur trattandosi di un importante progresso, viene da domandarsi se è più importante elencare le patologie croniche verso cui impostare un approccio Chronic care model, oppure considerare che le malattie, nessuna esclusa, compreso il semplice raffreddore, possono oggi essere tutte potenzialmente croniche, ovvero trovarci ad un certo punto della nostra vita e non lasciarci più, chiedendoci di entrare in un territorio diverso, spesso caratterizzato da un giorno dopo giorno alle prese con piccoli (ma grandi per chi li vive) problemi di coping.

Il volume, come abbiamo fin qui commentato, è ricco di storie, di spunti, di considerazioni che possono aiutare pazienti e operatori a vivere meglio in questo territorio fatto di 'doppiezze': cronici che si sentono comunque sani, nonostante la malattia, e professionisti (vedi il cap. 'La fatica di curare i cronici') e modelli di cura (vedi il cap. 'Le cure primarie, la medicina incrementale e la medicina d'iniziativa') che possono fare la differenza, senza scordare una terza componente, ovvero la rete dei cronici offerta da internet oggi (vedi il cap. 'Cronici alla ricerca di altri cronici: le opportunità del web 2.0').

Non va scordata la magnifica prefazione di Gavino Maciocco, che anche in questo caso introduce il volume della collega con pagine ricche di sapienza e di uno sguardo riflessivo sui fenomeni del nostro tempo.

**Laura D'Addio**

## COLOPHON

**Direttore responsabile**

Barbara Mangiacavalli

**Comitato editoriale**

Cosimo Cicia, Giancarlo Cicolini, Nicola Draoli, Barbara Mangiacavalli,  
Beatrice Mazzoleni, Auslia Pulimeno, Franco Vallicella

**Redazione**

Laura D'Addio, Alberto Dal Molin, Annamaria Ferraresi, Silvestro Giannantonio,  
Marina Vanzetta

**Segreteria di redazione**

Antonella Palmere

**Progetto grafico**

Ennio De Santis  
Vladislav Popov

**Editore**

Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi  
Via Agostino Depretis, 70 – 00184 Roma  
tel. 06 46200101 fax 06 46200131

**Internet**

[www.fnopi.it](http://www.fnopi.it)

**Periodicità**

Bimestrale

**Registrazione**

del Tribunale di Roma n. 181 del 17/6/2011

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'Editore

Indicizzata su **CINAHL** (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) in **Ebscohost**

Le norme editoriali sono pubblicate sul sito [www.fnopi.it](http://www.fnopi.it), nella sezione "Formazione e Ricerca".

I lavori vanno inviati a: [federazione@cert.fnopi.it](mailto:federazione@cert.fnopi.it)