

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

Chiara Muccio<sup>1</sup>, Paolo Ferrara<sup>2</sup>, Stefano Terzoni<sup>3</sup>, Giulia Lamiani<sup>4</sup>, Loris Bonetti<sup>5</sup>, Luca Meani<sup>6</sup>, Anne Destrebecq<sup>7</sup>

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

Corrispondenza: stefano.terzoni@asst-santipaolocarlo.it

## RIASSUNTO

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

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

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

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

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

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

### ABSTRACT

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

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

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

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

**Keywords:** moral distress, correctional nurses, correctional facilities

## INTRODUZIONE

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

La sofferenza e il disagio che possono derivare dal *distress* morale si manifestano con una grossa varietà di sintomi psicologici quali, per esempio, la paura, la frustrazione, il senso di colpa e di impotenza, la perdita di autostima e la depressione, oltre che con sintomi fisici quali l'inappetenza, il pianto, le palpitazioni, la diarrea e la cefalea (Austin W et al., 2005; CNA, 2003; De Villers MJ et al., 2013). Tali aspetti, oltre a influenzare la qualità di vita dell'infermiere, possono chiaramente impattare sulla sua attività professionale, riducendo in modo significativo la qualità delle prestazioni assistenziali (De Villers MJ et al., 2013). Infatti, un vissuto di *distress* morale può indurre a una compromissione dei valori e del proprio senso del dovere, ingredienti fondamentali dell'integrità morale dell'individuo (Corley MC, 2002). Se protratta nel tempo, questa condizione può avere effetti negativi e duraturi e portare l'infermiere a un distacco emotivo dal proprio lavoro e addirittura a lasciarlo (Borhani F et al., 2014; Hamric et al., 2012). In quest'ottica, alcuni studi recenti hanno dimostrato la relazione esistente tra *distress* morale e *burnout* (Austin W et al., 2005; Corley MC, 2002; Dalmolin G et al., 2014; Hamaideh SH, 2014; Lamiani et al., 2017; Rathert C et al., 2016; Whitehead PB et al., 2015).

Considerando che il *distress* morale è una componente sempre più presente e impattante sull'esperienza professionale dell'infermiere e stante la necessità di sviluppare un valido strumento in grado di misurarne l'intensità e la frequenza, nel 2001 Corley e colleghi hanno creato la Moral Distress Scale (MDS) (Corley MC et al., 2001) per valutare il fenomeno negli infermieri di terapia intensiva. Lo strumento è stato successivamente modificato dalla stessa Corley (Corley MC et al., 2005) e validato in differenti paesi (Barlem ELD et al., 2013; Silén M et al., 2011); Hamric e colleghi (Hamric et al., 2012) hanno prodotto una versione modificata della sca-

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

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

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

## Obiettivo

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

## MATERIALI E METODI

### Creazione e validazione dello strumento

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

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

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

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

#### Analisi dell'affidabilità dello strumento

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

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

#### Considerazioni etiche

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

#### Considerazioni statistiche

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

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

## RISULTATI

### Validità e affidabilità dello strumento

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

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

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

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

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

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

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

### Diffusione del *distress* morale

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

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

In merito al legame tra *distress* morale e le altre variabili, la regressione logistica ha mostrato un'associazione protettiva tra *distress* più basso della mediana e l'intenzione di abbandonare ( $OR = 0,11$ ,  $IC_{95\%}: 0,02-0,54$ ,  $p = 0,006$ , test di Hosmer-Lemeshow,  $p = 0,02$ ).

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

Nello stesso modello statistico è stato studiato anche l'impatto della formazione, che non ha mostrato legami significativi con i punteggi di *distress* morale. L'esperienza carceraria è l'unica variabile che influisce sul *distress* morale, con un'associazione forte e statisticamente significativa ( $OR = 4,57$ ,  $IC_{95\%}: 1,45-14,39$ ,  $p = 0,0094$ ,  $R^2 = 0,80$ ).

## DISCUSSIONE

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

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

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

\*distress morale rilevante, con valori  $\geq 3$

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CONCLUSIONI

Questo studio ha reso disponibile alla comunità professionale il primo strumento in grado di indagare il *distress* morale nella popolazione infermieristica penitenziaria italiana, fenomeno presente ma scarsamente esplorato anche a livello internazionale; allo stato attuale, l'unicità del lavoro rende impossibile effettuare confronti, che sono auspicabili in futuro. La Moral Distress Scale for Correctional nurses (MDS-CN) si è dimostrata valida e affidabile nello studio di un fenomeno in grado di impattare significativamente sul benessere fisico e psicologico dell'infermiere, sulla tendenza all'abbandono e, nell'ottica della qualità delle cure, sull'appropriatezza degli interventi assistenziali. La piena conoscenza della dimensione del *distress* morale rappresenta il primo passo per poter individuare strategie organizzative in grado di gestire efficacemente o addirittura prevenire il fenomeno.

## BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

continua a pag e87 →



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

# L'advocacy nella professione infermieristica: un'analisi concettuale

Rita Ventimiglia<sup>1</sup>, Paola Arcadi<sup>2</sup>

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

Corrispondenza: paola.arcadi@gmail.com

## RIASSUNTO

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

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

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

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

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

## Advocacy in nursing practice: a conceptual analysis

### ABSTRACT

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

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

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

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

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

## INTRODUZIONE

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

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

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

Infatti, sebbene gli assistiti non debbano essere considerati fragili in quanto tali, questi potrebbero incontrare difficoltà nell’esprimere liberamente le loro opinioni e le loro scelte, per via della fragilità legata allo stato di malattia, dell’ospedalizzazione e/o di un vissuto di dipendenza nei confronti dei sanitari (Mahlin M, 2010). Proprio in virtù di ciò che gli assistiti e i *caregiver* percepiscono c’è la necessità di identificare qualcuno che li supporti nel percorso decisionale legato al proprio stato di salute e che ne favorisca l’autodeterminazione (Choi PP, 2015). Pertanto, riconoscendo all’infermiere le conoscenze tecnico scientifiche e relazionali peculiari della professione, unitamente al ruolo di maggiore prossimità nei confronti dell’assistito rispetto ad altre figure sanitarie, è facile intuire come il paziente, inevitabilmente, elegga l’infermiere come colui che è in grado di difendere e sostenere se stesso, le rispettive famiglie e le comunità (Arcadi P et al., 2016; Kaur Khalsa SG, 2016).

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

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

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

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

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

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

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

### Obiettivo

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