



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina Molecolare

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

Presidente CCL-Prof. Renzo Zanotti

TESI DI LAUREA

**MORAL DISTRESS NELLA FORMAZIONE
DEGLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA**

UN'INDAGINE ESPLORATIVA NELLA REGIONE VENETO

Relatrice: Prof. sa Piera Poletti

Laureando: Pontarollo Livio

Matricola: 2031075

Anno Accademico 2021-2022

INDICE

ABSTRACT	1
CAPITOLO I. IL MORAL DISTRESS	3
1.1 INTRODUZIONE	3
1.2 STATO DELLA FORMAZIONE ETICA.....	4
CAPITOLO II. DEFINIZIONE DEL FENOMENO	7
2.1 SOFFERENZA MORALE NEL NURSING.....	7
2.2 STUDENTI DI INFERMIERISTICA E SOFFERENZA MORALE.....	13
2.3 QUESITI DI RICERCA	15
CAPITOLO III. REVISIONE DELLA LETTERATURA	17
3.1 METODOLOGIA	17
3.2 RISULTATI.....	18
CAPITOLO IV. METODOLOGIA DELLA RICERCA	29
4.1 TIPOLOGIA D'INDAGINE	29
4.2 DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO DI RACCOLTA DATI	29
4.3 CONTESTO E CAMPIONAMENTO.....	31
4.4 ELABORAZIONE DEI DATI	31
4.5 LIMITI	32
CAPITOLO V. RISULTATI DELLA RICERCA	33
5.1 CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE.....	33
5.2 BACKGROUND E CURRICOLO FORMATIVO DEL CAMPIONE.....	35
5.3 LIVELLI DI MORAL DISTRESS DEGLI STUDENTI.....	38
5.5 DISCUSSIONE DEI RISULTATI	48
CAPITOLO VI. STRATEGIE OPERATIVE	55
6.1 PROPOSTE EMERSE DALLA RICERCA.....	55
6.1 LINEE FORMATIVE DI STRUTTURAZIONE.....	57
6.2 LINEE FORMATIVE RISPETTO AI CONTENUTI E AI FORMATORI.....	59
6.3 CONCLUSIONI	62
BIBLIOGRAFIA	63
ALLEGATI.....	71

ABSTRACT

Motivazione

La pratica clinica con le relative problematiche etiche può esporre gli infermieri al *moral distress*. Comprendere la significatività del fenomeno e la sua percezione a livello degli studenti di infermieristica è fondamentale per fornire loro gli strumenti educativi adeguati durante il percorso universitario, atti a facilitare la riflessione e affrontare la sofferenza morale in cui si può incorrere nell'esercizio della professione. Nella tesi viene presentata un'indagine sul vissuto di *moral distress* degli studenti che frequentano due sedi del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Padova.

Obiettivi

Gli obiettivi dello studio consistono nel descrivere il vissuto di *moral distress* (situazioni e fattori) degli studenti nel periodo della formazione di base e nel redigere una proposta di programma per gli studenti del Corso di Laurea Infermieristica relativamente al disagio morale.

Metodologia

È stata svolta un'indagine esplorativa trasversale con campione di convenienza; lo strumento per la raccolta dei dati è un questionario con la scala di misurazione del disagio morale degli autori Sinclair, Papps & Marshall (2016).

Risultati

L'indagine ha rilevato come la violazione del rispetto della persona sia una delle principali fonti di disagio morale vissute dagli studenti. All'interno di tale ambito vi sono situazioni quali il non rispetto della dignità della persona e forme di comunicazione irrispettosa nei confronti dei pazienti. Inoltre, l'incongruenza tra teoria e pratica osservata o messa in atto durante il tirocinio clinico viene evidenziata come fonte molto importante di disagio morale. Gli studenti percepiscono mediamente durante il loro percorso di studi livelli moderati di disagio morale.

Sembra importante ampliare la conoscenza del fenomeno e creare momenti di riflessione e discussione allo scopo di sviluppare competenza etica in modo trasversale nel percorso didattico. I risultati hanno permesso di elaborare delle linee formative in cui le situazioni rilevate dall'indagine possono costituire sussidi utili per l'apprendimento e lo sviluppo di abilità di ragionamento e discussione.

CAPITOLO I. IL MORAL DISTRESS

1.1 INTRODUZIONE

Il profilo deontologico delle professioni sanitarie ha portato ad una piena assunzione di una specifica responsabilità etica. Il rispetto dei principi alla base dei codici deontologici sembra avere però un ruolo marginale di fronte al pluralismo etico e morale che caratterizza la nostra società. Oggigiorno vi è la difficoltà di definire una base di dialogo interprofessionale comune su cui poter risolvere le complesse sfide etiche che la sanità moderna propone. Per questo motivo agli infermieri e ai professionisti sanitari viene richiesta dal proprio profilo di competenza la conoscenza dei principi caratterizzanti i propri codici deontologici e il possesso di una metodologia di analisi che consenta di affrontare i problemi etici della quotidianità, argomentando e contrastando così la sofferenza morale intrinseca alle sfide etiche a cui sono sottoposti. Ciò sottolinea l'importanza di educare gli studenti al riconoscimento e alla gestione della sofferenza morale. Infatti, gli studenti una volta inseriti all'interno dei contesti clinici possono sperimentare di fronte a problemi di natura etica stress emotivo e psicologico che può compromettere il loro percorso di apprendimento e lavorativo se non vengono forniti degli strumenti utili alla rielaborazione dell'evento.

Data la complessità del fenomeno *moral distress* e le relative conseguenze non solo sul piano morale ma anche psicologico, che può portare in taluni casi al burn-out o all'abbandono della professione, risulta di rilievo comprendere se a livello accademico venga offerta agli studenti l'opportunità di maturare la consapevolezza del fenomeno sofferenza morale. Inoltre, risulta essere importante ai fini delle implicazioni nella pratica clinica descrivere il ruolo della formazione nel contribuire a formare i futuri professionisti come agenti morali attivi, in grado di agire grazie al possesso di capacità critiche e riflessive.

Il percorso di studi ha il ruolo fondamentale di sviluppare le competenze necessarie all'esercizio del ruolo professionale. In questo senso le competenze etiche sono uno dei tanti elementi che completano il percorso curricolare del futuro infermiere; tali competenze, data la loro complessità di sviluppo, non possono essere poste in secondo piano e delegate all'esperienza maturata solo durante il tirocinio clinico o una volta acquisito il diploma di laurea. Educare i futuri infermieri a riconoscere ed affrontare tale fenomeno permetterà di implementare le competenze necessarie per difendere e mantenere una solida integrità morale allo scopo di rispondere nel modo più appropriato ai bisogni della persona assistita, difendendo i principi e i valori etici alla base dell'agire professionale.

1.2 STATO DELLA FORMAZIONE ETICA

La formazione etica nella professione infermieristica risulta essere fondamentale nel curriculum formativo degli infermieri in quanto permette lo sviluppo di competenze necessarie per affrontare con maggior lucidità le sfide in campo etico che si sono inserite con prepotenza nel contesto sanitario odierno.

L'appropriatezza delle cure, i dilemmi legati al fine vita e l'equa distribuzione delle risorse sono solo alcune delle sfide etiche che gli infermieri di oggi devono affrontare.

Per questo motivo l'acquisizione di competenze in campo etico viene riconosciuta come necessaria per il conseguimento del titolo professionale.

All'interno dei descrittori di Dublino inoltre vengono identificati degli elementi che gli studenti devono sviluppare per il conseguimento della laurea di primo livello ovvero "capacità di raccogliere e interpretare i dati (normalmente nel proprio campo di studio) ritenuti utili a determinare giudizi autonomi, inclusa la riflessione su temi sociali, scientifici o etici ad essi connessi".

A livello accademico la riflessione etica è prevista all'interno di programmi didattici con contenuto etico o bioetico (Martins, Santos, & Duarte, 2020; Park et al., 2012; Harvey, MacLean & Catena, 2021). Tali attività didattiche vengono prevalentemente affrontate al secondo e terzo anno del Corso di Laurea ed i relativi contenuti sono focalizzati spesso sulla comprensione dei principi deontologici alla base dell'assistenza infermieristica e a temi legati alla medicina legale.

Nell'allegato 1 viene descritta l'attività didattica rivolta all'etica/bioetica/deontologia delle principali Università italiane.

Nel programma didattico dei corsi di etica vengono utilizzate metodologie educative quali la discussione a piccoli gruppi sulle sfide etiche incontrate dallo studente nel tirocinio clinico. Ciò risulta importante ai fini di promuovere lo sviluppo di competenze etiche e di ragionamento critico, oltre a far emergere degli eventuali vissuti dello studente.

Risulta assente nella descrizione dei contenuti dei corsi di natura etica o bioetica delle varie Università italiane il riferimento esplicito al *moral distress*. Tuttavia, vengono spesso menzionati nei syllabus riferimenti a sfide etiche quali l'assistenza nel fine vita o l'equa distribuzione delle risorse nell'assistenza sanitaria in vari contesti di cura.

I corsi di etica/bioetica sono solo uno dei molti metodi per poter sviluppare capacità di pensiero critico nello studente infermiere.

Vista la trasversalità del fenomeno del disagio morale è utile che la riflessione etica venga estesa anche ad altri ambiti non solo d'aula ma anche di tirocinio clinico.

Il tirocinio clinico proprio per le sue caratteristiche permette di porre lo studente di fronte alla realtà lavorativa rendendo visibile le complessità di varia natura legate alla realtà professionale. Il limite principale può essere rappresentato da un monte ore molto concentrato nell'arco dei tre anni. Ciò potrebbe portare ad avere un'attenzione focalizzata solo su determinati aspetti della realtà clinica che si ritengono prioritari per la formazione del neoprofessionista e che sono spesso legati ad una dimensione tecnico-pratica piuttosto che di ragionamento etico critico. La sofferenza morale attribuita alla professione infermieristica può quindi trovare la ratio in una formazione universitaria molto circoscritta in campo etico.

Tale affermazione può essere evidenziata dalla criticità legata al passaggio dalla realtà accademica alla realtà lavorativa: in primo luogo questo è dovuto al fatto che la realtà professionale è spesso diversa dalle aspettative dello studente. Tale disillusione potrebbe essere dovuta ad una formazione universitaria non in grado di fornire la totalità degli elementi necessari per comprendere fattori critici caratterizzanti la professione e di conseguenza determinare una sorta di riluttanza per alcuni aspetti non approfonditi o approfonditi poco nel percorso formativo (Park et al., 2012).

In secondo luogo, la conoscenza del codice deontologico e dei principi alla base della deontologia e della bioetica, trattati nei programmi analizzati, potrebbero non essere sufficienti ad aiutare lo studente infermiere a far fronte alle sfide etiche odierne legate alla professione. La mancanza di consapevolezza e di competenze nella gestione della sofferenza morale potrebbe comportare gravi conseguenze sul piano lavorativo per il futuro professionista infermiere.

Ciò rappresenta una sfida per il sistema formativo universitario che deve essere presa in considerazione con maggior attenzione non solo da parte dei docenti di etica e/o bioetica ma anche da tutor e guide di tirocinio.

CAPITOLO II. DEFINIZIONE DEL FENOMENO

2.1 SOFFERENZA MORALE NEL NURSING

Il termine *moral distress* descrive un sentimento di impotenza, derivante dall'incapacità di compiere un'azione percepita come eticamente adeguata. Pertanto, "l'angoscia morale sorge quando gli individui non possono agire secondo il loro giudizio e i loro valori e vedono la loro partecipazione morale come inadeguata" (Rennò et al.,2018).

Il primo autore che ha definito la sofferenza morale è stato Jameton descrivendola come una sensazione dolorosa e/o uno squilibrio psicologico che si manifesta quando gli infermieri sono consci dell'azione morale più appropriata alla situazione, ma non la possono svolgere a causa di ostacoli istituzionali, quali mancanza di tempo, mancanza di supporto direttivo, per l'esercizio del potere medico, per limiti dovuti a politiche istituzionali e limiti legali (Jameton, 1984). Jameton sviluppa il *moral distress* in due fasi: angoscia iniziale e angoscia reattiva. La prima (*distress* morale che si riferisce alla fase acuta) si prova nel momento in cui si ha di fronte una situazione inevitabile che, una volta conclusa, azzerava la sofferenza provata, la seconda (residuo morale) rimane.

Western e Bayliss ampliano la definizione di *moral distress* di Jameton considerando tale fenomeno come il mancato perseguimento del giusto corso d'azione per errori di giudizio, mancanze individuali, circostanze fuori dal proprio controllo (Corley, 2002).

Il *moral distress* ha assunto negli anni un ruolo sempre più importante a livello delle professioni sanitarie ma in particolar modo per quella infermieristica.

Vi sono numerosi studi e modelli teorici che descrivono tale fenomeno.

Il modello di Corley riprende i concetti e la definizione di Jameton (1984) del *moral distress* individuando uno specifico *framework* descritto in Figura 1.

Secondo Corley la sofferenza morale comporta una serie di conseguenze che non coinvolgono solo il professionista sanitario ma che si ripercuotono inevitabilmente sul paziente e sull'organizzazione sanitaria di appartenenza.

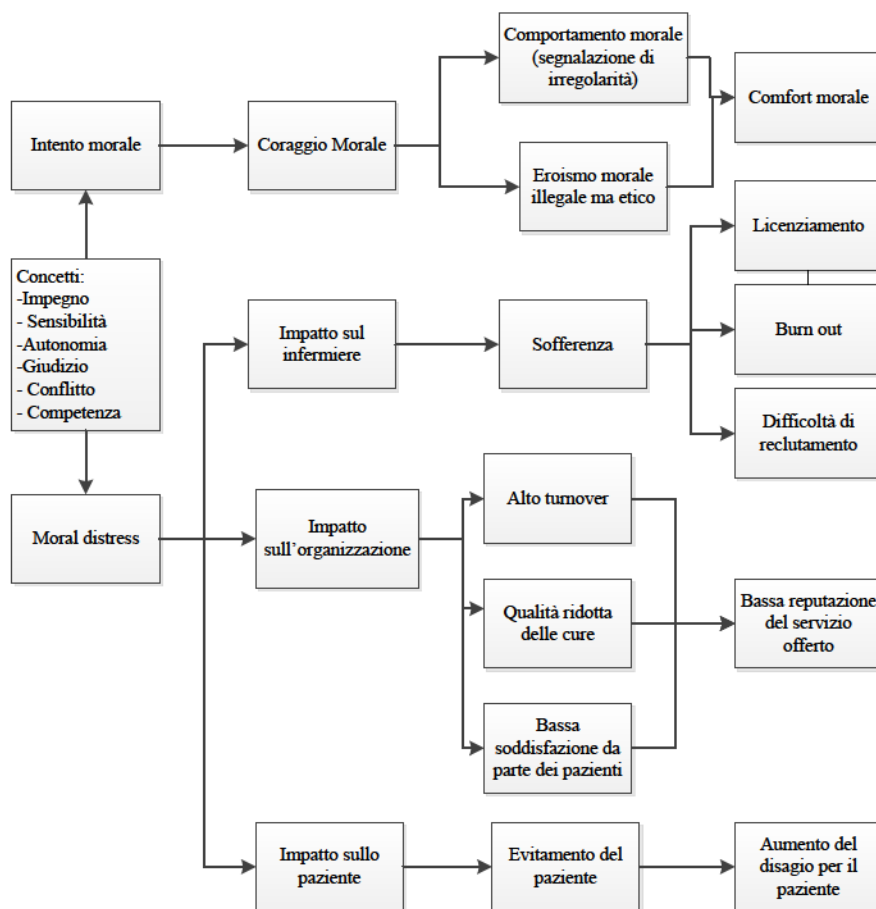


Figura 1: Framework moral distress secondo Corley (2002)

Barlem & Ramos (2015) introducono nel loro modello concetti quali l'*advocacy*, la resistenza morale e la deliberazione morale.

Con il termine *advocacy* si intende il processo di “tutela, promozione e ottimizzazione della salute, della prevenzione di malattia e degli infortuni, della riduzione della sofferenza mediante la diagnosi e il trattamento ed il sostegno nella cura delle persone, delle famiglie, delle comunità e delle popolazioni” (ANA, 2001). La deliberazione morale è considerata come l’approccio etico dialogico basato su una prospettiva ermeneutica che mira a risolvere casi reali attraverso la discussione e la riflessione critica, mentre la resistenza morale rappresenta quel processo di difesa da parte degli operatori sanitari nei confronti di situazioni moralmente inaccettabili. Per questo motivo secondo l’autore sarebbe utile “interrogarsi sui motivi per cui gli infermieri accettano determinati contesti come immutabili o naturali, rinunciando alla possibilità di resistere eticamente a situazioni che provocano disagio morale” (Barlem & Ramos, 2015). Il *framework* di Barlem & Ramos (2015) viene descritto in Figura 2.

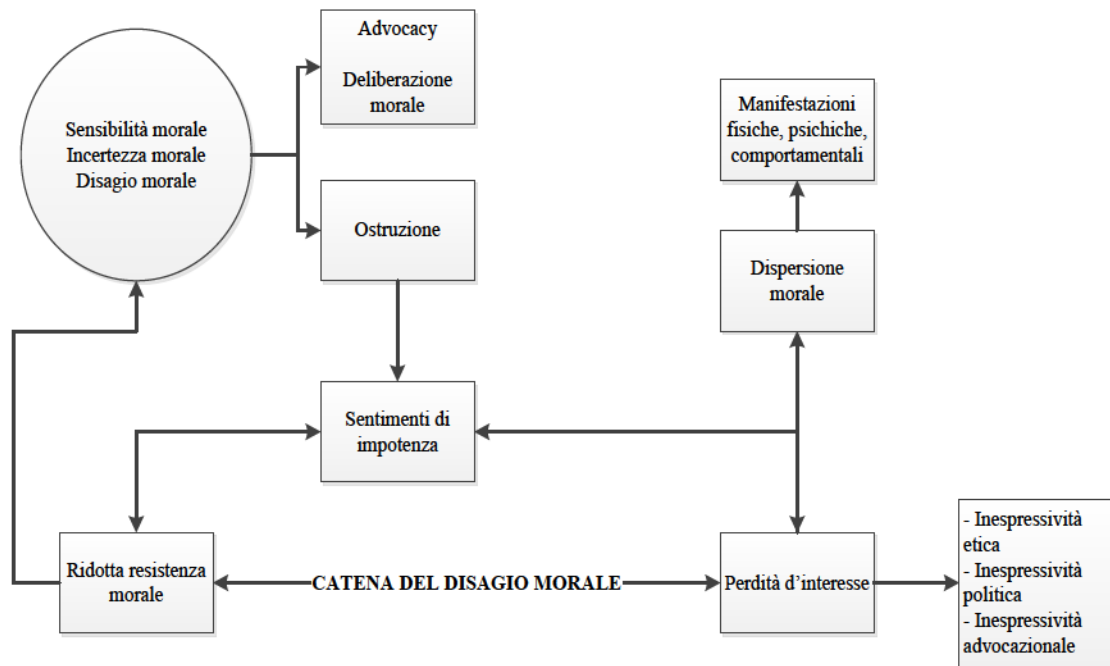


Figura 2: Framework moral distress secondo Barlem & Ramos (2015)

In accordo con tale affermazione sembra essere il modello concettuale del *moral distress* descritto dagli autori Morley, Bradbury-Jones & Ives (2022). Tale modello presenta un approccio più olistico nei confronti del fenomeno, proponendo delle strategie di gestione della sofferenza morale orientate alla comprensione della reazione emotiva scatenata da un evento clinico caratterizzante la pratica assistenziale. Il disagio morale per gli autori è rappresentato, infatti, dallo stress psicologico che è correlato ad un evento morale. Questa definizione fa cardine su tre elementi basilari: evento morale, disagio psicologico ed infine la relazione causale tra questi due elementi.

Gli autori descrivono all'interno del modello cinque fattori che influiscono come eventi di composizione del fenomeno *moral distress*. Tali fattori vengono classificati in evitabili ed inevitabili; nel primo caso gli autori fanno riferimento ad eventi caratterizzati ad esempio da scarsa comunicazione, nel secondo caso si fa riferimento ad eventi legati alla sfera organizzativa e gestionale come, ad esempio, mancanza di risorse adeguate.

I fattori aggravanti il disagio morale individuati all'interno del modello sono:

- Ingiustizia epistemica ovvero la percezione che nasce quando nel gruppo di lavoro non vi è un apprezzamento reciproco del bagaglio esperienziale dei colleghi. Tale fattore si divide in due categorie: in primo luogo, gli autori descrivono l'ingiustizia

testimoniale che rappresenta una forma in eccesso o in difetto di credibilità, in cui l'oratore può ricevere più o meno attenzione e credibilità di quanto realmente gli spetterebbe. Questa forma di ingiustizia caratterizza non solo le relazioni lavorative ma anche le relazioni con i familiari e *caregiver* delle persone assistite, come ad esempio quando vi è una carenza o incompletezza delle informazioni fornite alla famiglia rispetto alla prognosi del proprio caro. In secondo luogo, l'ingiustizia ermeneutica rappresenta un pregiudizio strutturato, a livello collettivo che impedisce di comprendere ed oscura l'esperienza sociale del singolo. Negli esempi portati dagli autori vi è la descrizione di come medici e personale infermieristico più esperto ignorino i punti di vista dei professionisti meno esperti. Ciò può favorire il disagio e la sofferenza in coloro che non si sentono ascoltati riducendo la fiducia nelle proprie potenzialità instaurando così un senso di impotenza e inadeguatezza.

- "*Roster lottery*" ovvero la variabilità del livello di gestione dei pazienti dovuta alla presenza di molteplici punti di vista professionali che influenzano il processo decisionale e che possono determinare ritardi nella presa in carico della persona assistita. Gli autori sottolineano come dallo studio emerge una preoccupazione da parte degli infermieri per gli effetti che tale variabilità può avere nei confronti dei pazienti.
- Conflitto tra responsabilità personale e professionale, in questo caso il contrasto tra valori personali e professionali può esacerbare l'evento morale e provocare sofferenza morale nel professionista. Tale fattore viene inquadrato dagli autori come inevitabile in quanto gli infermieri sono obbligati a rispondere ai bisogni delle persone assistite, tenendo conto delle loro preferenze anche quando queste entrano in contrasto con i propri valori personali. In tali situazioni non rientrano però i casi in cui il professionista può esprimere obiezione di coscienza.
- Advocacy per cui l'infermiere prende posizione per l'assistito, tuttavia, può aumentare il disagio morale qualora i tentativi e le proposte degli infermieri rivolte a sostenere le preferenze e la volontà del paziente vengano vanificate da un'autorità decisionale considerata gerarchicamente superiore.
- Dinamiche di gruppo centrate su una scarsa considerazione e fiducia tra i componenti del *team* possono esacerbare eventi morali e aumentare quindi la sofferenza.

Il modello del *moral distress* descritto da Morley, Bradbury-Jones & Ives (2022) va a definire le relazioni causali tra gli eventi morali e le risposte emotive ad essi connesse. Tra tali nessi causali si riscontrano in primo luogo il sentimento di empatia e di riconoscimento del senso di responsabilità personale/professionale nei confronti dei soggetti coinvolti nell'evento morale ovvero pazienti e personale sanitario. In secondo luogo, la vicinanza prolungata a pazienti che provano dolore e sofferenza può provocare secondo gli autori un aumento del disagio morale. Ciò può far emergere sentimenti di angoscia, rimpianto e rabbia associati a sensi di colpa. Tale relazione aiuta a comprendere il meccanismo con cui si instaura il residuo morale ovvero un sentimento di angoscia che va oltre il fattore causale iniziale. Infine, dallo studio di Morley, Bradbury-Jones & Ives (2022) emerge come alcuni professionisti provino sentimenti di angoscia, e sensi di colpa dovuti alla continua ricerca di una forma di difesa all'evento morale come, ad esempio, il focalizzare l'attenzione su aspetti tecnici nel tentativo di ridurre la risposta emotiva dell'evento. Tuttavia, gli autori evidenziano come la risposta emotiva può in alcuni casi rimanere intatta e comportare ulteriore disagio. Questo tentativo di evitare la risposta emotiva legata all'evento morale viene descritta come una forma di resilienza che permette agli infermieri di poter continuare a svolgere i propri obblighi lavorativi. Il modello descrive ulteriori risposte al *moral distress* quali:

- accettazione ovvero, il professionista percepisce angoscia morale ma accetta l'evento senza obiezione ed essa rappresenta una forma passiva dell'evitamento sopra descritto;
- contrasto, il quale si manifesta quando il professionista è determinato ad affrontare le questioni morali. In questo caso l'evento morale assume un valore educativo per l'infermiere stimolando la discussione con i colleghi e con altri professionisti al fine di migliorare l'assistenza erogata;
- risoluzione soddisfacente, che avviene quando alcuni professionisti possono percepire angoscia nonostante si sia fatta "la cosa giusta". In questo caso emerge come gli individui interessati dall'evento morale sviluppino del residuo morale di fronte a veri e propri dilemmi etici.

Infine, gli autori sottolineano come la mancata consapevolezza etica di responsabilità di una determinata situazione nel contesto clinico potrebbe essere un fattore riduttivo dell'angoscia morale.

Viene infatti descritto come la sensibilità morale rappresenti un precursore del disagio morale in quanto la consapevolezza etica è direttamente correlata al senso di responsabilità professionale. Ciò entra in contrasto al modello descritto da Corley che definiva la sensibilità morale come un elemento importante per ridurre la sofferenza correlata a determinati eventi. Il modello, quindi, descrive il fallimento morale e il residuo morale come due condizioni inevitabili. Tale affermazione conduce gli autori a focalizzare l'attenzione sull'importanza di interventi di natura preventiva e di riconoscimento delle emozioni oltre che di sensibilizzazione rispetto al fenomeno, promuovendo capacità comunicative e coraggio morale.

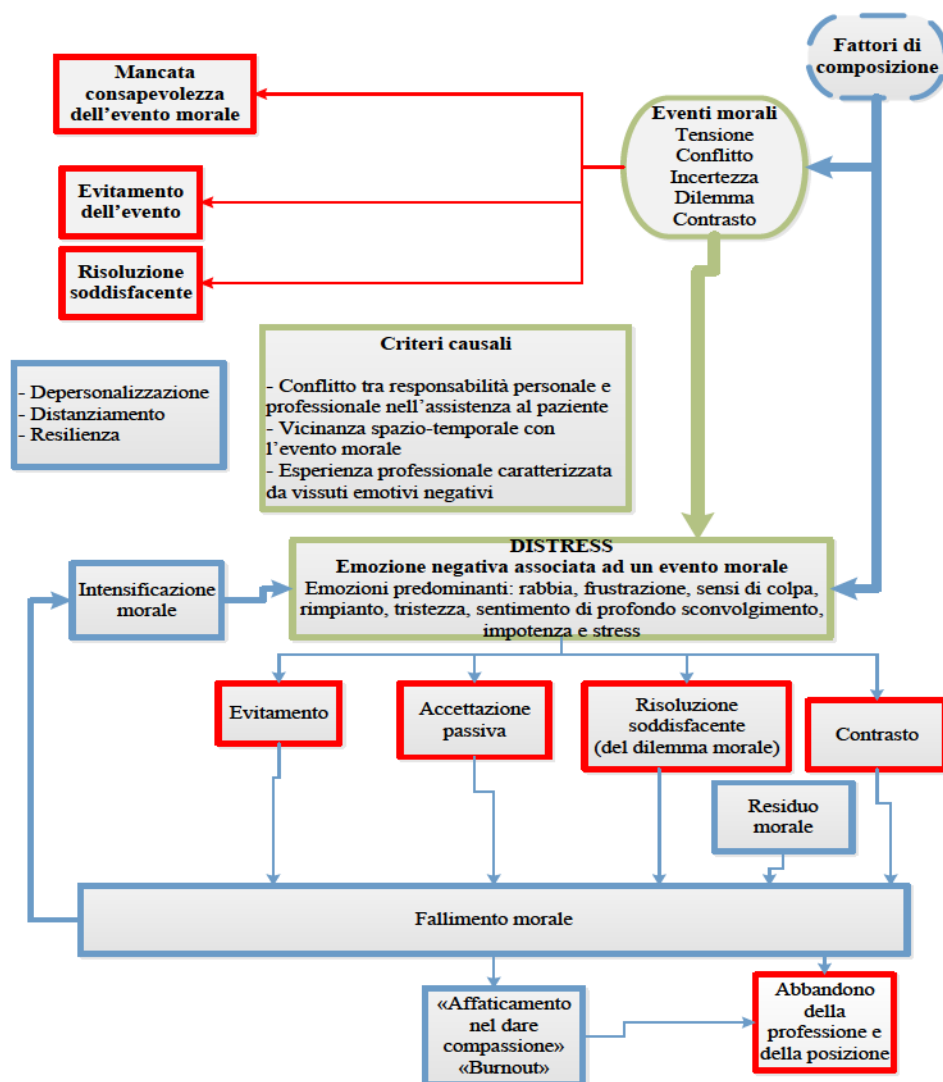


Figura 3: Framework del modello del moral distress secondo Morley, Bradbury-Jones & Ives (2022)

Risulta quindi importante sviluppare strategie educative volte “[...] a proteggere gli infermieri dal danno del disagio morale piuttosto che mitigarlo quando si verifica” (Morley, Bradbury-Jones & Ives, 2022).

Un obiettivo della formazione infermieristica è quello di sviluppare i valori professionali degli studenti infermieri e di migliorarne le capacità di ragionamento e di decisione in situazioni difficili, dando gli elementi affinché possano mettere in pratica comportamenti professionali sicuri, legali ed etici.

Il Codice Deontologico delle professioni infermieristiche 2019 all’articolo 5 sottolinea come “l’Infermiere si attiva per l’analisi dei dilemmi etici e contribuisce al loro approfondimento e alla loro discussione. Promuove il ricorso alla consulenza etica e al confronto, anche coinvolgendo l’Ordine Professionale”.

L’articolo 34 del Codice Deontologico evidenzia come “l’infermiere, qualora l’organizzazione chiedesse o pianificasse attività clinico assistenziali, gestionali o formative, in contrasto con principi, valori e con le norme della professione, a tutti i livelli di responsabilità, segnala la situazione agli organi competenti e si attiva per proporre soluzioni alternative”.

2.2 STUDENTI DI INFERMIERISTICA E SOFFERENZA MORALE

Inserire gli studenti all’interno dei contesti clinici significa anche esporli direttamente a situazioni che presentano problemi etici rilevanti, che potenzialmente potrebbero causare loro stress psicologico che può compromettere il percorso formativo. Il disagio morale può privare gli studenti universitari del loro potenziale d’azione, trasformandoli in soggetti passivi, favorendo lo sviluppo di problemi fisici e mentali (Rennò et al., 2018).

Corley (2002) sottolinea come il problema del *moral distress* coinvolga non solo gli infermieri esperti ma sia una problematica che interessa educatori e studenti di infermieristica.

Nel suo modello teorico Corley spiega come gli educatori infermieristici siano concentrati nell’insegnare agli studenti i principi etici che sono alla base della bioetica ovvero beneficenza, maleficenza, giustizia e autonomia.

Tuttavia, tale insegnamento non risulta essere sufficiente in quanto le difficoltà sorgono quando i principi si confrontano con le realtà istituzionali della pratica infermieristica o quando nasce un conflitto tra uno e più principi.

Lo stesso autore evidenzia come sia urgente che gli educatori infermieristici siano attenti a preparare gli studenti a gestire il loro ambiente di lavoro anche considerando il relativo contesto etico, poiché “gli studenti di infermieristica non sono preparati per etichettare i loro sentimenti e per identificare modi efficaci per prevenire o gestire il disagio morale” (Corley, 2002). Tale affermazione trova molti elementi in comune con i modelli descritti da Barlem & Ramos (2015) e da Morley, Bradbury-Jones & Ives (2022), nei quali viene sottolineato come vi siano più fattori che caratterizzano il disagio morale e la risposta emotiva del soggetto rappresenta il fulcro su cui si può agire.

Gli studenti infermieri che sviluppano disagio morale prima del termine degli studi possono entrare nel mondo del lavoro avendo già sperimentato apatia e affaticamento ed essere quindi più inclini alle manifestazioni della sofferenza morale come il *burn out* o l’abbandono della professione. Queste e altre conseguenze del disagio morale sono state associate alla diminuzione della qualità dell’assistenza e all’aumento del *turnover* (Reader et al., 2015).

La consapevolezza dei dilemmi etici legati alla pratica clinica è di fondamentale importanza: in primo luogo in quanto il disagio morale non ha solamente un’accezione negativa, ma la sua percezione è utile per preparare gli studenti a quello che successivamente sarà la loro realtà lavorativa. In secondo luogo, stimolare la riflessione etica e morale negli studenti sulla base di episodi di sofferenza morale potrebbe permettere di aggiungere maggior competenza per quanto riguarda il ragionamento critico nei confronti della persona assistita (Rennò et al., 2018).

Il Codice Deontologico delle professioni infermieristiche del 2019 all’art. 8 avvalorata tale affermazione sottolineando l’importante ruolo dell’infermiere nell’educare gli studenti e il nuovo personale inserito nell’ambito lavorativo. Ciò risulta fondamentale non solo per le guide di tirocinio clinico ma viene anche declinato al ruolo dei tutor universitari e di tutti i docenti che hanno la responsabilità di aiutare gli studenti a riflettere e analizzare i dilemmi etici percepiti. Comprendere se gli studenti di infermieristica sono consapevoli delle sfide etiche e del fenomeno della sofferenza morale associato alla professione infermieristica è fondamentale in quanto consente di sviluppare strategie formative mirate allo sviluppo di competenze argomentative e riflessive per colmare il probabile divario tra realtà universitaria e realtà lavorativa dato dalla non conoscenza del fenomeno. Ciò avvalorata la necessità di offrire agli studenti opportunità di riflessione su quanto osservato nelle esperienze di

tirocinio clinico (Palese et al., 2019) allo scopo di renderli pronti ad affrontare le sfide etiche e morali della professione.

La tesi vuole richiamare l'attenzione sull'esigenza di formare al *moral distress* visto come occasione di apprendimento e di sviluppo di una parte rilevante delle competenze professionali, lungo tutto il percorso accademico, sia in aula sia in tirocinio.

Frequenza, intensità e condizioni scatenanti del fenomeno *moral distress* sono le variabili d'interesse che si vogliono indagare.

2.3 QUESITI DI RICERCA

I quesiti di ricerca sono i seguenti:

1. Che livello di conoscenza è presente tra gli studenti del fenomeno *moral distress*?
2. Quale formazione viene fornita nel Corso di Laurea in Infermieristica sul *moral distress*?
3. Quali episodi e con che frequenza gli studenti di infermieristica sperimentano *moral distress* lungo il loro percorso formativo?
4. Che giudizio di intensità di *moral distress* attribuiscono gli studenti alle diverse situazioni in cui incorrono nel percorso formativo?
5. Come vengono gestite nella formazione sia in aula sia nel tirocinio le situazioni percepite dagli studenti come *moral distress*?
6. Quali fattori influiscono sul *moral distress degli studenti*?

CAPITOLO III. REVISIONE DELLA LETTERATURA

3.1 METODOLOGIA

Al fine di rispondere ai quesiti di ricerca individuati è stata condotta una revisione bibliografica interrogando le banche dati elettroniche PUBMED, CINAHL/EBSCO, SCOPUS con varie combinazioni delle seguenti parole chiave: moral distress, moral injury, student nurse, baccalaureate, undergraduate, clinical practice, ethical dilemmas.

Criteri d'inclusione:

- articoli incentrati sul disagio morale degli studenti universitari di infermieristica;
- articoli incentrati sulle questioni etiche degli studenti universitari di infermieristica che portano a disagio morale;
- lingua italiana o inglese.

Non è stato preso in considerazione alcun limite temporale visto il ristretto corpo di conoscenza in merito a tale fenomeno negli studenti di infermieristica. Inoltre, il metodo a cascata è stato utilizzato per identificare ulteriori studi utili per inquadrare il fenomeno da un punto di vista generale e macroscopico.

Gli articoli selezionati come attinenti al tema di ricerca sono stati letti e analizzati. Una valutazione preliminare degli articoli selezionati ha comportato la considerazione dei titoli e/o degli abstract e il confronto degli stessi con i criteri di inclusione. Un totale di 852 articoli è stato analizzato inizialmente e da questi sono stati eliminati tutti gli articoli duplicati, gli articoli non rilevanti e quelli che non soddisfacevano i criteri di inclusione. Dopo aver escluso gli articoli non rilevanti, si è passati alla lettura dei testi completi di quegli articoli che soddisfacevano i criteri di inclusione. Al termine di questa selezione 799 articoli sono stati rimossi. Tutti i dettagli del processo di identificazione e selezione degli articoli sono riportati nel diagramma di flusso PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Figura 4).

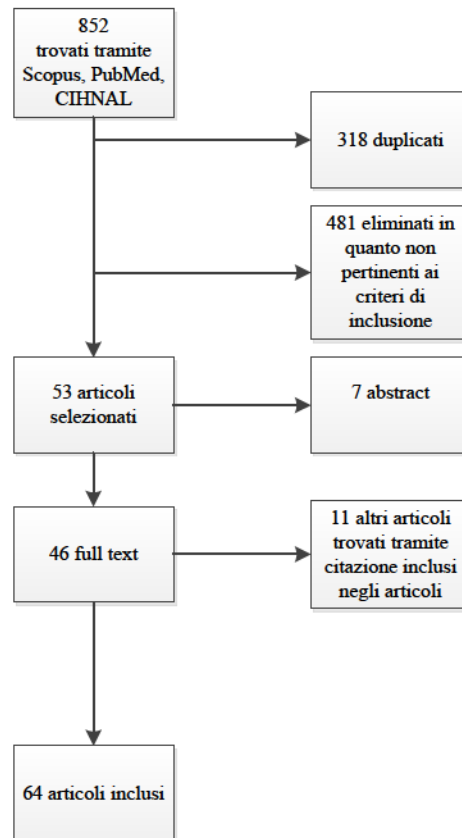


Figura 4: PRISMA

3.2 RISULTATI

a) Sofferenza morale nell'educazione infermieristica

La maggior parte della letteratura analizzata risulta essere di natura qualitativa ed evidenzia la presenza del fenomeno negli studenti di infermieristica.

La letteratura sottolinea il ruolo fondamentale del tirocinio clinico nel fungere da banco di prova per lo sviluppo dell'integrità morale degli studenti. "La formazione professionale offre agli studenti universitari l'opportunità di sperimentare problemi etici durante la formazione infermieristica e consente loro di praticare la risoluzione dei conflitti e dei dilemmi etici nell'assistenza. Tali esperienze possono contribuire allo sviluppo delle competenze etiche degli studenti universitari, che sono fondamentali per la pratica clinica" (Remnò et al., 2018). La letteratura sottolinea come durante il percorso universitario gli studenti vivano il *moral distress* ma non siano in grado di affrontarlo, associando ad esso sentimenti di vergogna ed imbarazzo (Reader et al., 2015).

Mehdipour et al., (2019) evidenziano nel loro studio come il 97% degli studenti di infermieristica abbia provato sofferenza morale durante il loro percorso; inoltre descrivono

come il 48% di essi presenti a distanza di tempo ancora conflitti morali non risolti. Tuttavia, Escolar Chua et al., (2018) e Lewis & Jarvis (2019) descrivono come, nonostante sia riconosciuta la presenza di tale fenomeno a livello accademico e clinico, la maggior parte degli studenti, per la loro poca esperienza e conoscenza tende ad ignorare situazioni moralmente complesse allo scopo di evitare conflitti e confronti. Tale affermazione trova supporto dal modello teorico di Barlem & Ramos (2015), per il quale si denota come i sentimenti di imbarazzo e la paura ad entrare in contrasto con il sistema organizzativo o con la guida di tirocinio possano influire nel diminuire la resistenza morale e sviluppare fenomeni di perdita d'interesse e di conseguenza portando alla manifestazione di inespressività etica dei futuri professionisti. Un ulteriore studio avvalorava tale affermazione descrivendo un basso livello di coraggio morale negli studenti, spesso spettatori passivi di pratiche assistenziali moralmente in contrasto con il proprio sistema di valori (Bickhoff, Sinclair & Levett-Jones, 2017). Il coraggio morale viene descritto come elemento fondamentale per determinare il comfort morale nel modello teorico di Corley (2002). Mentre rappresenta un elemento da potenziare e su cui agire per il modello di Morley, Bradbury-Jones & Ives (2022) allo scopo di ridurre la tensione emotiva correlata all'evento morale.

Una migliore comprensione del disagio morale può favorire negli studenti di infermieristica lo sviluppo di misure preventive per le conseguenze correlate ad alti livelli di *moral distress* (Sasso et al., 2016; Ko et al., 2018; Albert, Younas & Sana, 2020)

Dalla letteratura analizzata emergono numerosi fattori che influenzano lo sviluppo della sofferenza morale negli studenti.

Le principali cause di *moral distress* emerse dall'analisi degli studi analizzati sono:

- scarso rispetto della sicurezza nei confronti del paziente e basso livello di assistenza fornita (Janatolmakan et al., 2021);
- scarsa attenzione osservata nel rispetto delle preferenze espresse dal paziente (Mehdipour et al., 2019);
- conflitto tra bisogni del paziente e politiche organizzative quali scarsa allocazione di risorse (Han & Ahn, 2000)
- scarsa professionalità da parte degli infermieri guida (Escolar Chua & Magpantay, 2019; Theobald, 2013);

- scarsa conoscenza e sentimenti di impotenza (Bordignon et al., 2018; Mæland, et al., 2021);
- mancanza del rispetto della dignità umana (Peluso, 2017; Krautscheid et al., 2017);
- incongruenza tra ciò che hanno imparato durante le lezioni e ciò che eseguono durante il tirocinio (Fagan et al., 2021);
- esecuzione di pratiche cliniche sul paziente non giustificate ma messe in atto solo per sviluppare abilità tecniche dello studente (Monrouxe et al., 2015).

Gli studi selezionati inoltre descrivono come tale fenomeno venga percepito in modo molto diverso durante il percorso universitario.

Il numero di esperienze di tirocinio clinico svolte in un anno accademico sembra influire sulla percezione del disagio morale negli studenti di infermieristica. In letteratura, infatti, vengono descritti livelli più alti di sofferenza morale negli studenti del secondo anno in quanto soggetti ad un numero di esperienze maggiore rispetto agli studenti del primo e del terzo anno (Sinclair, Papps & Marshall, 2016).

Wojtowicz & Hagen & Van Daalen-Smith (2014) hanno rilevato come il *moral distress* possa essere percepito negli studenti di infermieristica anche quando svolgono esperienze di tirocinio piuttosto brevi.

Dagli studi analizzati risulta come l'esperienza in ambito clinico sembra non influire positivamente sulla capacità di far fronte alle sfide etiche legate alla professione e di conseguenza non migliora la capacità di affrontare la sofferenza morale ad esse correlata.

Ham (2004) sottolinea come vi sia una correlazione negativa tra anni di esperienza e livello di riflessione sulle questioni etiche. L'autore infatti descrive nella sua ricerca come gli studenti di infermieristica ottengano punteggi di riflessione morale più alti rispetto agli infermieri esperti. Tale correlazione negativa viene descritta da altri studi in quanto sembra che man mano che gli studenti progrediscono con il loro percorso di studi e si avvicinano al mondo del lavoro “vi sia un aumento dell'inerzia e della passività per paura di subire ripercussioni o entrare in conflitto con le guide di tirocinio o con l'ambiente lavorativo in cui sono stati inseriti” (Escolar-Chua, 2018). Tuttavia, dalla letteratura analizzata emerge come la sofferenza morale negli studenti di infermieristica non sia solo correlata all'esperienza clinica. Infatti, alcune situazioni legate al percorso accademico potrebbero promuovere lo sviluppo di sofferenza morale come, ad esempio, favoritismi messi in atto

dagli insegnanti nei confronti di alcuni studenti o il plagio (Bordignon et al., 2019; Mazzotta et al., 2021).

La letteratura inoltre sottolinea come vi siano alcune caratteristiche sociodemografiche associate al *moral distress*. Range & Rotherham (2010) nel loro studio evidenziano come vi sia una correlazione tra etnia e disagio morale percepito dallo studente.

In primo luogo, gli autori sottolineano come gli studenti europei-americani hanno riportato in media un moderato disagio morale mentre gli studenti afroamericani hanno riportato livelli neutri di disagio morale.

In secondo luogo, vi è una differenza statisticamente significativa tra studenti con *background* religioso cattolico, i quali hanno riportato un disagio morale significativamente maggiore rispetto a coloro che hanno riferito di appartenere ad altre religioni (Range & Rotherham, 2010).

Un'ulteriore variabile concomitante correlata a tale fenomeno è rappresentata dal sesso. Il genere femminile sembra più incline alla percezione del *moral distress* mentre il sesso maschile sembra più orientato allo sviluppo di forme di resilienza o al contrario di passività o accomodamento (Monrouxe et al., 2015).

Viene descritto inoltre dalla letteratura come gli studenti sviluppino durante il loro percorso universitario resilienza morale ovvero capacità di resistere alla sofferenza morale.

Le differenze nella resilienza auto-dichiarata dagli studenti universitari di infermieristica potrebbero essere attribuite a fattori personali (ad esempio, differenze nei valori e nelle credenze personali), fattori interpersonali e contestuali (ad esempio, dinamiche di genere, supporto sociale). Tuttavia, i risultati non affermano la supposizione che le differenze nei punteggi di resilienza siano legate all'ideologia etica degli studenti (Arries-Kleyenstüber, 2021).

A livello della letteratura nazionale la ricerca bibliografica ha evidenziato in particolar modo due studi: il primo, di natura qualitativa trasversale, rileva una mancanza di opportunità degli studenti di discutere dilemmi etici durante il tirocinio (Palese et al., 2019).

Il secondo studio di carattere quantitativo trasversale valuta le proprietà psicometriche di una scala di valutazione del *moral distress* sviluppata in Brasile adattata al contesto italiano (it-ESMEE) (Mazzotta et al., 2021).

b) Instruments/scale

La valutazione del *moral distress* negli studi analizzati è avvenuta tramite utilizzo di questionari validati tra cui la *moral distress scale* di Corley, la *moral distress scale* rivisitata secondo Hamric et al., (2012), l'ESMEE (Bordignon et al., 2020), l'it-ESMEE (Mazzotta et al., 2021) ed infine il *moral distress thermometer* (MDT) secondo Wocial & Weather (2013). Inoltre, sono state analizzate, in alcuni studi, la riflessione etica e la capacità di rispondere alle questioni etiche tipiche della professione infermieristica attraverso il *nursing dilemmas test* (Crisham, 1979).

Infine, per quanto riguarda gli studi qualitativi è stata utilizzata prevalentemente l'intervista per la raccolta dati. Sulla base dell'evidenza attuale, gli strumenti di Corley sul disagio morale sembrano essere i più utili e più appropriati al contesto clinico per scopi pratici e di ricerca (Giannetta et al., 2020).

Alcuni autori però sostengono che tali strumenti non siano abbastanza sensibili per la misurazione del disagio morale negli studenti di infermieristica in quanto strutturati sulla base di situazioni etiche espresse e percepite da infermieri esperti che sono diverse nella fattispecie da quelle manifestate dagli studenti di infermieristica (Sinclair, Papps & Marshall 2016).

L'intensità del *moral distress* in letteratura ha significati eterogenei tra i diversi studi, probabilmente per l'utilizzo di diverse scale di misurazione oppure per il diverso contesto sociodemografico in cui sono stati svolti.

A livello italiano è stata sottoposta la it-ESMEE a 282 studenti di infermieristica nelle Università del centro Italia; tale strumento però nonostante abbia una buona affidabilità non ha potuto definire risultati generalizzabili con altre realtà (Mazzotta et al., 2021).

Inoltre, tale strumento include cinque dimensioni che misurano fattori anche non inerenti al contesto di tirocinio.

Tabella I: Scale di misurazione moral distress

Strumento di misurazione	Autore	Struttura	Scopo
<i>Moral distress scale</i> (MDS)	Corley et al., (2001)	Scala Likert da 0-5 relativa a tre fattori: - responsabilità individuale - non nell'interesse del paziente - inganno 32 items (Corley, 1995; 2001) 38 items (Corley, 2005)	Misurare la frequenza e l'intensità della sofferenza morale negli infermieri di terapia intensiva
<i>Moral distress scale revisited</i> (MDS-R)	Hamric et al. (2012)	Scala Likert 0-4 Composta da 30 item	Valutare la frequenza, la gravità e le cause del moral distress.
<i>Moral distress thermometer</i> (MDT)	Wocial & Weaver (2013)	Scala analogico-visiva da 0 a 10 con annesse specificazioni verbali in merito al concetto della sofferenza morale	Misurare l'intensità del moral distress percepito negli ultimi sette giorni su scala visiva.
<i>Moral Distress Scale for Nursing Students</i> (ESMEE)	Bordignon et al., (2020)	Scala Likert 0-7 composta da 41 item riguardanti vari ambiti tra cui: -Ambiente accademico -Ambiente organizzativo -Pratica clinica Gli elementi sono organizzati su 6 costrutti	Misurare frequenza, intensità del moral distress in ambito accademico.
Versione italiana della <i>moral distress scale for nursing students</i> (It-ESMEE)	Mazzota et al., (2021)	l'It-ESMEE è composta da cinque dimensioni: condizioni istituzionali improprie per insegnare, la cura dell'utente, pratiche didattiche autoritarie, mancanza di rispetto per la dimensione etica della formazione professionale, mancanza di competenza dell'insegnante	Misurare frequenza e intensità del moral distress in ambito accademico a livello di diverse università del centro Italia.
<i>Nursing dilemmas test</i> (NDT)	Crisham (1979)	Costruita su sei dilemmi che sono stati organizzati in 3 ambiti/scenari: Sezione A relativa a dilemmi etici legati alla pratica clinica. Sezione B relativa a sei problemi comuni che gli infermieri prendono spesso in considerazione in situazioni simili. Sezione C misura con scala Likert l'esperienza vissuto in passato con un dilemma	Misurazione del livello di riflessione etica dei professionisti
<i>Moral Competence Test</i> (MCTxt)	Lind (2000)	Mette a confronto tre dilemmi etici che richiedendo argomentazioni valutative a favore o contrarie rispetto all'atteggiamento del personaggio principale. Il partecipante è invitato a giudicare il comportamento del personaggio principale nel dilemma su una scala Likert da 1 (rifiuto) a 4 (accetto)	Misurazione del livello di competenza morale

c) Formazione etica

Dalla letteratura analizzata emerge inoltre il tema della formazione etica negli studenti di infermieristica per sviluppare negli studenti le competenze necessarie per affrontare il *moral distress*.

Le guide di tirocinio assieme ai docenti e ai tutor universitari sono responsabili di formare gli studenti alle dimensioni morali nella pratica cercando di sviluppare la resilienza morale necessaria per evitare le conseguenze negative del *moral distress*.

A tale scopo sono riportati in letteratura alcuni programmi educativi, come per esempio *I-CAN* utilizzato per mitigare il disagio morale negli studenti di infermieristica impegnati in contesti clinici riguardanti la salute pubblica (Wros et al., 2021).

La progettazione di interventi formativi come quello di sottoporre dilemmi etici agli studenti e di stimolare la successiva riflessione comporta una riduzione dei livelli di *moral distress* tra il *baseline* e la successiva misurazione dopo tali interventi (Monteverde, 2016).

Tra gli approcci educativi viene descritto dalla letteratura il *tag team simulation* (TTS) ovvero un approccio che consente di conciliare la teoria alla pratica. Il vantaggio di tale approccio è rappresentato dal fornire un immediato *feedback* agli studenti, motivandoli e creando momenti di riflessione fondamentali nella gestione del potenziale disagio correlato ai dilemmi etici (Harvey et al., 2021).

La simulazione etica si concentra sul sostegno della crescita professionale degli studenti di infermieristica e contribuisce allo sviluppo di competenze non tecniche nell'affrontare le sfide etiche legate alla pratica clinica. L'uso di tale tecnica nella formazione infermieristica mira a salvaguardare un'assistenza clinica sicura, centrata sul paziente oltre che basata sull'evidenza. Gli esercizi di simulazione si svolgono all'interno di specifiche circostanze simili a quelle di un laboratorio in modo sicuro, controllato e ripetitivo. L'articolazione di tale modello di apprendimento è caratterizzata da un briefing introduttivo seguito dalla rappresentazione di uno specifico scenario ed infine da un debriefing.

La simulazione etica contribuisce allo sviluppo di capacità di riflessione, argomentazione, analisi e ragionamento (Donnelly et al., 2017). Tale modello educativo promuove nello studente una migliore conoscenza di sé e una riflessione morale; offre inoltre l'acquisizione di strumenti utili per poter fare scelte etiche nel miglior interesse della persona assistita e rispettando la propria integrità morale (Honkavuo, 2021).

Ko et al., (2018) sottolineano l'importanza di incoraggiare gli studenti ad utilizzare il *case study* per stabilire valori morali adeguati, migliorare la cognizione morale e le capacità di giudizio e promuovere azioni morali per gestire meglio le pressioni regolari del disagio morale in futuri contesti clinici o di lavoro. Ciò viene sottolineato dalla letteratura che definisce come miglior approccio educativo rivolto all'acquisizione di competenze etiche l'approccio costruttivista.

Tale modello di apprendimento è orientato al pieno coinvolgimento degli studenti nelle questioni etiche e ad una formazione basata sul vissuto esperienziale dello studente stesso.

Un ulteriore approccio educativo è rappresentato dall'utilizzo di pazienti simulati: tale modalità educativa è stata descritta dagli autori Kucckkelepce, Dinc & Elcin (2020) i quali hanno riscontrato nel loro studio quasi sperimentale un miglioramento della sensibilità morale nel gruppo di studenti sottoposto a educazione etica con pazienti simulati rispetto al gruppo di studenti sottoposto ad analisi dei casi.

Alcuni autori sottolineano l'importante ruolo degli educatori infermieristici nel formare studenti come soggetti attivi moralmente. Ciò si evidenzia dal fatto che il *setting* clinico permette un apprendimento autentico e coinvolgente per gli studenti (Wojtowicz & Hagen, 2014; Reader et al., 2015).

Le guide di tirocinio/tutor clinici/*mentor* hanno un importante ruolo nell'aiutare gli studenti ad elaborare gli episodi legati alla pratica clinica che possono comportare sofferenza morale. A ciò si aggiunge un'ulteriore responsabilità da parte delle figure formative, ovvero aiutare gli studenti ad essere consapevoli dell'aspetto etico legato all'assistenza e al riconoscimento della sofferenza morale. Il ruolo della guida come promotore di sviluppo di riflessione su questioni etiche è di fondamentale importanza in quanto permette allo studente di superare il senso di imbarazzo o paura (Reader et al., 2015), aiutandolo così ad affrontare il disagio morale percepito.

Wojtowicz & Hagen (2014) descrivono l'esperienza di otto educatori infermieristici che nell'ambito clinico psichiatrico hanno riconosciuto la responsabilità di aiutare gli studenti ad affrontare le questioni etiche.

Altri autori Mehdipour et al., (2019) sottolineano il ruolo fondamentale degli educatori nell'essere guida per gli studenti nell'aiutarli a comprendere i dilemmi etici legati alla professione.

La mancanza di tale responsabilità assunta dagli educatori rappresenterebbe una delle cause, secondo gli autori, di sviluppo di disagio morale negli studenti di infermieristica.

Le tensioni morali negli studenti, quindi, sembrano sorgere quando vi sono dei contrasti tra i principi etici che vengono insegnati nel loro percorso formativo e quando gli educatori infermieristici non li aiutano a comprendere queste dinamiche conflittuali (Song, 2019).

Il tirocinio clinico potrebbe essere il principale ma non l'unico luogo dove poter sviluppare competenze etiche. Infatti, dallo studio condotto da Lee et.al (2020) emerge come gli studenti di infermieristica necessitino di avere maggiori informazioni dal punto di vista etico prima dello svolgimento del tirocinio in quanto “senza la conoscenza etica, gli studenti non riconoscerebbero nemmeno le questioni etiche nei contesti clinici [...]”.

Programmi formativi svolti prima dell'inserimento nei contesti clinici, quindi, potrebbero servire allo scopo di aumentare la sensibilità morale degli studenti infermieri. L'insegnamento di etica, quindi, in ambito accademico risulta essere fondamentale sia prima che al termine del tirocinio clinico.

Uno studio qualitativo descrittivo sottolinea come gli infermieri di oggi spesso sono impreparati nell'affrontare dilemmi etici e per questo motivo vi è la necessità di strutturare per gli studenti dei programmi formativi che possano analizzare le questioni etiche incontrate nel tirocinio clinico (Woods, 2005).

La formazione etica svolta in aula ha lo scopo di aiutare gli studenti a comprendere meglio i dilemmi morali che pongono in contrasto i principi etici che sono alla base dell'integrità morale professionale ed ha un ruolo cruciale nella prevenzione del moral distress. Una migliore comprensione in merito all'apprendimento di abilità etiche negli studenti allo scopo di guidare gli educatori nella strutturazione di corsi di etica è necessaria per il curriculum infermieristico (Cannaerts, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2014). Tuttavia, è bene sottolineare come la soluzione alla sofferenza morale richiede qualcosa di più dell'insegnamento della bioetica a studenti di infermieristica e infermieri: “A contrasto della sofferenza morale serve una risposta più ampia che includa l'intero sistema sanitario allo scopo di rispondere alle odierne sfide etiche a cui la professione infermieristica è esposta” (Hardingham, 2004).

Il ruolo della formazione però alla luce dei risultati della letteratura non è marginale in quanto nonostante si riconosca l'ampiezza del fenomeno e la sua complessità, l'unico

strumento per poter cambiare la sanità futura è quello di formare professionisti sanitari competenti che siano in grado di dimostrare coraggio morale e resilienza morale.

Sono necessarie conoscenze, abilità e competenze bioetiche derivate da un solido percorso formativo e costruite sulla base di una metodologia che comporti non solo il rispetto dei principi bioetici ma anche la capacità di analizzare situazioni eticamente complesse allo scopo di fornire le cure più appropriate e sicure per il paziente e ridurre così il carico di tensione morale legato alla professione. “È di fondamentale importanza il modo in cui i valori professionali vengono appresi all’interno della cultura infermieristica. Le tensioni nella pratica clinica devono essere meglio comprese per evitare il disagio morale causato dalla dissonanza tra aspettativa ed esperienza” (Krautscheid, 2017).

Un’identità professionale ben sviluppata già a partire dall’ambito universitario può migliorare l’assistenza infermieristica, in quanto contribuisce a promuovere indirettamente il benessere e la competenza del futuro infermiere.

CAPITOLO IV. METODOLOGIA DELLA RICERCA

4.1 TIPOLOGIA D'INDAGINE

Lo studio consiste in un'indagine esplorativa trasversale in merito alle opinioni degli studenti di infermieristica relativamente alla frequenza e ai livelli di disagio morale rispetto a questioni etiche.

4.2 DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO DI RACCOLTA DATI

Per l'indagine è stata utilizzata la scala proposta da Sinclair, Papps & Marshall (2016), che misura per 15 item tramite scala Likert a 5 fattori frequenza ed intensità dove un punteggio più alto indica una maggior frequenza ed intensità dell'evento presentato.

Tale strumento è stato scelto per le sue caratteristiche di peculiarità per gli studenti. Gli autori evidenziano come altri strumenti quali ad esempio la scala del *moral distress* di Corley risultano appropriati per i professionisti ma non specifici a rilevare il fenomeno per gli studenti universitari.

Per questo motivo la scala elaborata dagli autori dello studio neozelandese di riferimento è stata ritenuta più appropriata al fine di poter ottenere una descrizione del fenomeno che tenesse conto delle peculiarità del campione stesso. Lo strumento sviluppato da Sinclair, Papps & Marshall (2016) è stato tradotto in italiano seguendo le regole richieste per ottenere una traduzione che potesse garantire la coerenza di significato tra la versione italiana e quella originale. Una volta ottenuta la traduzione definitiva, la scala è stata somministrata in primo luogo ad un gruppo di infermieri esperti ed in secondo luogo ad un gruppo di studenti di infermieristica per verificarne la comprensibilità.

Questa prima prova di compilazione della scala da parte di un gruppo ristretto di infermieri e studenti ha fatto emergere alcune difficoltà di comprensione permettendo così di migliorare la chiarezza linguistico-culturale dei singoli item.

Sono stati quindi adattati alcuni item allo scopo di evitare dei *bias* nella compilazione della scala da parte degli studenti di infermieristica.

L'item relativo alla situazione descritta "essersi preso cura di una persona che si riteneva essere stata vittima di maltrattamenti" è stato suddiviso in due item specificando il contesto della situazione descritta ovvero se prima dell'ingresso in ospedale/struttura residenziale o durante il ricovero in ospedale/struttura residenziale.

Un secondo item è stato modificato dopo la revisione da parte del gruppo di studenti e di infermieri esperti. Le domande descritte dalla scala neozelandese “hai sperimentato condizioni di lavoro non sicure?” e “hai sperimentato pratiche sanitarie non sicure per il paziente?”, sono state trasformate in un singolo item ovvero “hai lavorato in condizioni che ritenevi non ti permettessero di garantire la sicurezza tua e del paziente?”.

Nel presente studio, quindi, sono stati mantenuti un numero di 15 item come nello strumento originale. Allo scopo di identificare ulteriori situazioni di disagio negli studenti di infermieristica, non incluse nella scala, è stata mantenuta anche nello strumento di indagine la domanda aperta presentata nello studio neozelandese di riferimento. È stato inoltre chiesto agli studenti di indicare se durante il tirocinio clinico vi è stata la necessità di discutere con alcune figure di riferimento di situazioni etiche. Tale quesito ha permesso di comprendere con quali figure gli studenti prediligono confrontarsi in merito a situazioni moralmente stressanti avvenute in tirocinio, nonché raccogliere ulteriori elementi in merito all’esperienza vissuta. Agli item descritti da Sinclair Marshall & Papps (2016) sono state aggiunte alcune domande relative a caratteristiche sociodemografiche e alle modalità formative in campo etico in merito al tema del disagio morale. Non è stato ritenuto opportuno rilevare l’etnia dei partecipanti, in primo luogo, perché a livello del contesto italiano non vi è, a differenza della Nuova Zelanda, la coesistenza così marcata di molteplici etnie. In secondo luogo, nello studio neozelandese l’etnia non ha comportato differenze significative in termini di livelli d’intensità di disagio morale tra gli studenti di etnia diversa.

In aggiunta alla versione originale dello strumento neozelandese sono stati inserite alcune domande relative al *background* dello studente. Tali domande prevedevano la raccolta di informazioni in merito a pregresse esperienze lavorative o di volontariato in ambito sanitario. Queste informazioni sono state ritenute importanti al fine di comprendere la natura della relazione tra caratteristiche del campione e livelli di *moral distress* presentati.

Il questionario è stato sottoposto ad autorizzazione da parte della Commissione del Corso di Laurea in Infermieristica dell’Università degli Studi di Padova. Una volta ricevuta l’autorizzazione, il questionario è stato inviato a tutti gli studenti del primo, secondo, terzo anno di due delle sedi del Corso di Laurea. La compilazione è avvenuta tramite piattaforma di *Google forms*.

4.3 CONTESTO E CAMPIONAMENTO

Il campione di convenienza è costituito da studenti di infermieristica delle due sedi universitarie.

Sono stati inclusi nel campione tutti gli studenti appartenenti al primo, secondo e terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica che hanno svolto almeno una esperienza di tirocinio.

Il non avere quindi svolto alcuna esperienza di tirocinio clinico è stato scelto come criterio di esclusione. Non è stato ritenuto opportuno fissare un numero minimo di settimane di esperienza di tirocinio in quanto in letteratura viene descritto come il disagio morale possa essere percepito nonostante un limitato numero di settimane di tirocinio clinico.

Sono state scelte due sedi che adottano come modello educativo di tirocinio il modello di sviluppo delle competenze come dichiarato nel documento di indirizzo sul tirocinio adottato dal Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Padova. Ciò al fine di evitare *bias* legati a caratteristiche peculiari e/o troppo diverse tra i due contesti formativi.

Tale modello prevede lo sviluppo delle competenze suddiviso in tre macroaree:

- area tecnico-operativa;
- gestione di casistica con assistenza standard;
- gestione di casistica con assistenza avanzata.

Il monte ore di tirocinio e i laboratori preclinici tra le due sedi sono pressoché equivalenti.

4.4 ELABORAZIONE DEI DATI

Sono state effettuate elaborazioni di statistica descrittiva proposte nell'articolo in cui è stata pubblicata la scala utilizzata. Tali elaborazioni hanno riguardato la comprensione dei livelli di frequenza ed intensità di disagio morale percepito dagli studenti. Inoltre, sono state indagate differenze tra i livelli d'intensità di *moral distress* sia per quanto riguarda gli anni di corso di studi sia per quanto riguarda la didattica svolta dagli studenti. Tali elaborazioni sono state eseguite attraverso l'utilizzo di test statistici non parametrici quali Mann-Whitney e Kruskal Wallis. Sono state analizzate situazioni e tematiche percepite angoscianti dagli studenti e non comprese nelle situazioni descritte all'interno dello strumento d'indagine. Infine, attraverso l'utilizzo di tabelle di contingenza si è valutata l'associazione tra le diverse variabili categoriche di interesse quali ad esempio la discussione di dilemmi etici durante il corso di etica e/o durante corsi di altra natura e l'aver sentito parlare del *moral distress*. Sono stati ritenuti statisticamente significativi i risultati con p-value inferiore a 0,05.

4.5 LIMITI

I limiti dello studio sono i seguenti:

- a) gli studenti afferivano al Corso di Laurea in Infermieristica di un'unica università, quella di Padova, anche se in due sedi diverse e in un'unica regione, il Veneto;
- b) il campione, di convenienza;
- c) il periodo scolastico in cui è stata effettuata la raccolta dati, che non ha permesso di ottenere una distribuzione omogenea di studenti tra i diversi anni del Corso di Laurea in Infermieristica.

CAPITOLO V. RISULTATI DELLA RICERCA

5.1 CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE

Il campione è costituito da 138 studenti infermieri afferenti a due sedi del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Padova. Tale campione è suddiviso rispettivamente con un numero di 55 studenti per la prima sede e di 83 studenti per la seconda sede. In riferimento alla prima sede il campione è costituito da 28 studenti del primo anno, 16 del secondo, 9 del terzo, 2 studenti fuori corso. Mentre per la seconda sede vi sono 39 studenti del primo anno, 1 del secondo anno, 42 del terzo anno ed 1 fuori corso.

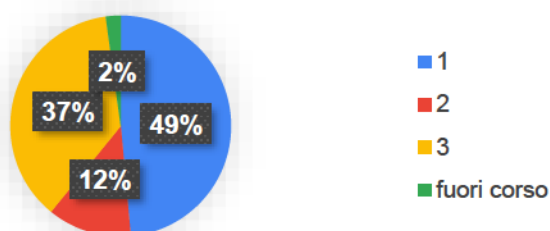


Grafico 1: Distribuzione degli studenti per anno di corso nell'intero campione

Entrambi i gruppi presentano una predominanza del genere femminile rappresentato per la prima sede dal 69% e per la seconda sede dal 84%. L'età della sede 1 è per il 71% inferiore a 25 anni, per il 13% compresa tra i 26 e i 30 anni e per il 16% superiore ai 30 anni. Il secondo gruppo (sede 2) presenta delle categorie di età simili al primo gruppo ovvero l'85,5% presenta un'età inferiore ai 25 anni, l'8,4% presenta un'età compresa tra 26 e 30 anni e il 6% superiore ai 30 anni. Gli studenti della sede 1 e sede 2 hanno svolto prevalentemente il tirocinio in ambito medico-geriatrico 36% (sede 1) e 28% (sede 2). Inoltre, entrambi i gruppi hanno svolto per il 32% (sede 1) e per il 25% (sede 2) tirocinio in ambito chirurgico. A seguire, emerge l'ambito territoriale con il 18% per la prima sede mentre per la sede 2 si evidenzia il 18% per l'ambito emergenza/urgenza. Alcuni studenti per la sede 1 hanno dichiarato di aver svolto tirocinio in ambito residenziale ovvero RSA, Casa di Cura, Ospedale di Comunità COVID. Questi studenti e coloro che hanno dichiarato di aver svolto tirocinio in unità operative quali neurologia, emodialisi sono stati inclusi all'interno dell'ambito medico/geriatrico. Il Grafico 2 descrive gli ambiti di tirocinio prevalenti dell'intero campione.

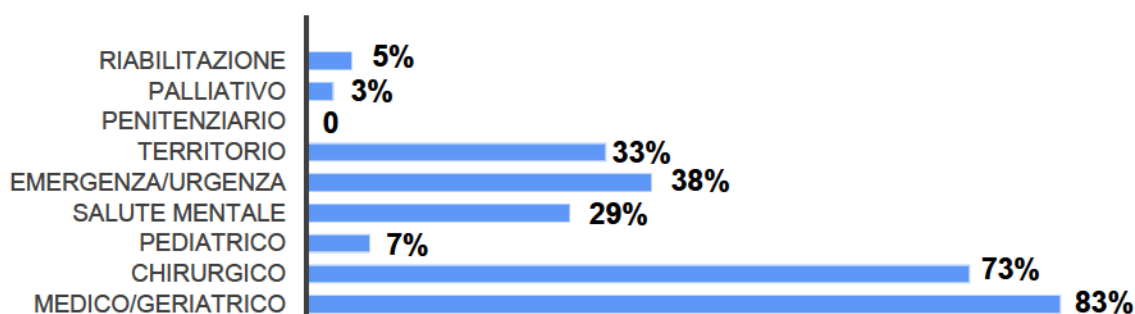


Grafico 2: Ambiti di tirocinio dell'intero campione

Le settimane di tirocinio sono molto simili tra i due gruppi in quanto emerge che nella sede 1 il 76% e nella sede 2 il 73% ha svolto tirocinio per un periodo uguale o superiore alle 9 settimane. Tale dato può essere determinato dal fatto che il questionario è stato sottoposto agli studenti al termine dell'anno accademico ad esperienze di tirocinio concluse. Infatti, nessuno studente all'interno del gruppo relativo alla sede 2 ha svolto tirocinio per un periodo inferiore alle 5 settimane, mentre nel gruppo della sede 1 vi è uno studente che ha svolto tirocinio da una a 4 settimane. La Tabella II descrive le caratteristiche analizzando il campione completo delle due sedi.

Tabella II: Caratteristiche sociodemografiche del campione

Descrizione campione		Sede 1	Sede 2	Complessivo
Anno di corso	Primo	28	39	67
	Secondo	16	1	17
	Terzo	9	42	51
	Fuori corso	2	1	3
Genere	Femminile	38	70	108
	Maschile	17	13	30
Categoria età	Fino a 25	39	71	110
	Da 26 anni a 30 anni	7	7	14
	31 anni e oltre	9	5	14
Ambiti di tirocinio	Medico/geriatrico	47	68	115
	Chirurgico	41	60	101
	Pediatrico	0	10	10
	Salute mentale	4	37	41
	Emergenza/urgenza	11	42	53
	Territorio	23	23	46
	Penitenziario	0	0	0
	Palliativo	3	1	4
	Riabilitazione	1	6	7
Categoria settimane di tirocinio	Da 1 a 4 settimane	1	0	1
	Da 5 a 8 settimane	12	22	34
	Da 9 e oltre settimane	42	61	103

5.2 BACKGROUND E CURRICULUM FORMATIVO DEL CAMPIONE

Sono state raccolte informazioni in merito al *background* degli studenti relativamente a:

- avere almeno un familiare che lavora in ambito sanitario;
- aver lavorato in ambito sanitario;
- aver svolto esperienze di volontariato in ambito sociosanitario.

Per quanto riguarda il primo punto, il 33% del campione ha un familiare che lavora in ambito sanitario; il 49% riferisce di aver avuto esperienze lavorative e tra questi il 28% in ambito sanitario. Infine, il 41% ha svolto volontariato in ambito sociosanitario. A livello del profilo formativo emerge come il 20% degli studenti della sede 1 abbia svolto un corso di etica mentre si sottolinea una percentuale più elevata nella sede 2, infatti in tale sede il 57% riferisce di aver svolto un corso di etica.

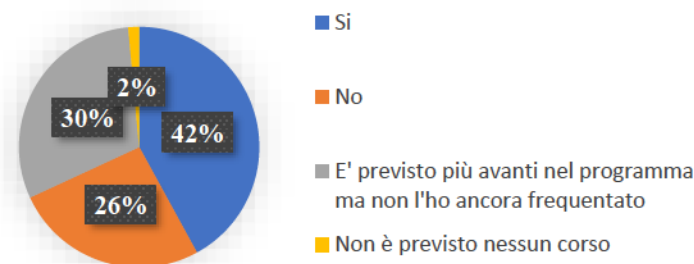


Grafico 3: Distribuzione complessiva del campione per la variabile "svolgimento corso di etica"

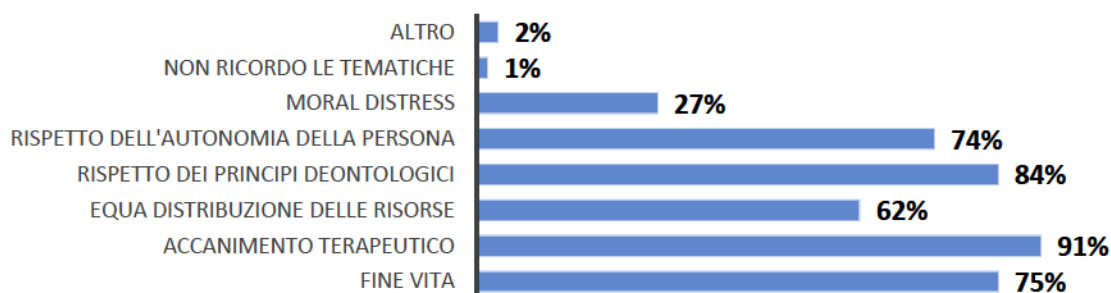


Grafico 4: Temi trattati nel corso di etica svolto in entrambe le sedi

Si può notare dal Grafico 4 come la tematica del *moral distress* nei corsi di etica risulti essere stata affrontata dal 27% degli studenti. Inoltre, dall'analisi dei dati emergono ulteriori tematiche inerenti, in primo luogo, all'ambito della palliazione come la terapia del dolore e l'accompagnamento terapeutico. In secondo luogo, emergono temi quali la contenzione e l'ambito del rispetto del principio di autodeterminazione dell'individuo per il quale alcuni studenti hanno approfondito il tema delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT). Il

37% degli studenti riferisce di aver sentito parlare del *moral distress* solamente dopo la lettura del questionario, mentre il 43% riferisce di aver ricevuto informazioni generiche sul disagio morale durante le lezioni in aula. Emerge come il *moral distress* sia stato trattato nelle lezioni in aula per il 37% nella sede 1 e per il 44% nella sede 2. Altri ambienti in cui il fenomeno del disagio morale è stato discusso sono i laboratori preclinici per il 9% per la sede 1 e per il 6% nella sede 2.

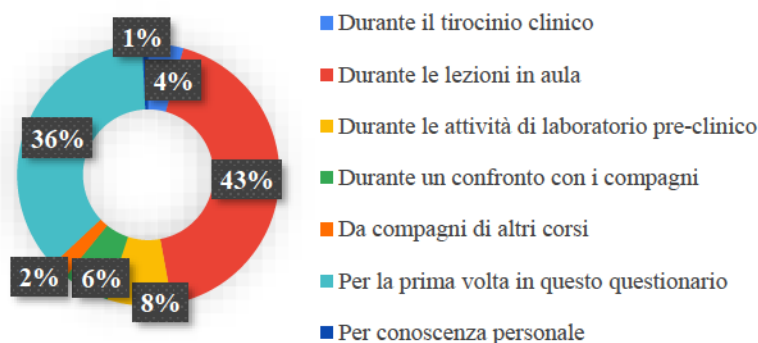


Grafico 5: Distribuzione del campione secondo la variabile “aver sentito parlare del *moral distress*”

Dal Grafico 5 si evidenzia come il tirocinio clinico non rappresenti uno degli ambienti prevalenti in cui gli studenti sono entrati a conoscenza del fenomeno; ciò può essere correlato a degli ambienti clinici poco preparati nell'affrontare tematiche etiche e nel creare opportunità di dialogo e confronto (Palese, 2019). Tuttavia, gli ambienti clinici hanno permesso agli studenti di incontrare il *moral distress* e di riconoscerlo a livello del personale sanitario. Emerge dai dati analizzati come il 52% degli studenti abbia riconosciuto durante l'esperienza di tirocinio, specialmente nell'ambito medico/geriatrico, problematiche relative al *moral distress* nel personale sanitario. Il Grafico 6 rappresenta gli ambiti in cui gli studenti hanno percepito e/o riconosciuto il disagio morale.

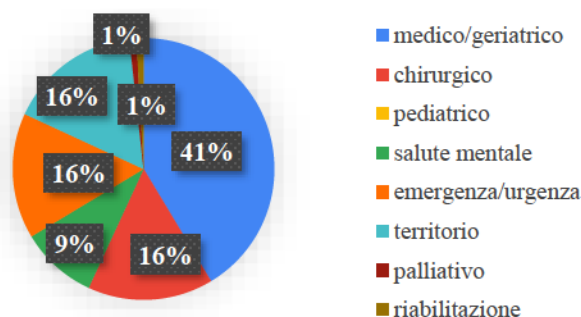


Grafico 6: Ambiti di riconoscimento del disagio morale nel personale sanitario

Il 30% del campione complessivo riferisce di non essere sicuro di aver riconosciuto il *moral distress* mentre il 9% è sicuro di non averlo identificato nel personale sanitario. In merito a

questo punto in entrambe le sedi la metà degli studenti ha riconosciuto il disagio morale nel personale sanitario ovvero il 55% per la sede 1 e il 50% per la sede 2. Anche se circa la metà dell'intero campione è in grado di riconoscere una forma di disagio morale, il 42% non ha mai cercato opportunità di confronto con figure di riferimento quali tutor e/o guide di tirocinio. Ciò risulta essere rilevante in quanto si evidenzia come le principali figure con cui gli studenti cercano un confronto siano gli stessi compagni di classe.

Infatti, si sottolinea come il 37% del campione abbia spesso cercato confronto con i compagni di classe in merito a questioni etiche sorte durante il tirocinio a fronte del 13% che ha spesso cercato momenti di dialogo e confronto con figure educative di riferimento. Il 58% di coloro che non hanno mai cercato un dialogo con tutor o altre figure di riferimento collocano la motivazione sul non avere avuto una reale problematica da discutere mentre il 25% riferisce di non aver cercato un confronto a seguito di una carenza di conoscenza in merito alla tematica. Tra coloro che invece non hanno ricercato opportunità di discussione con i compagni il 53% definisce la motivazione nel non possedere una problematica da discutere mentre il 40% riferisce che non vi è stata mai l'occasione per poterne parlare. Il 7% del campione riferisce di temere il giudizio dei compagni di classe e per questo motivo non si è mai esposto a cercare un dialogo.

Ulteriore dato riguarda i momenti di discussione in aula in merito a tematiche etiche anche nella frequentazione di corsi non direttamente a sfondo etico; infatti, il 75% del campione riferisce di aver avuto opportunità di dialogo e discussione in tema di dilemmi etici anche al di fuori di attività didattiche propriamente centrate sull'etica.

Il 50% di questi studenti riferisce di aver trattato nei momenti di discussione in aula situazioni inerenti al tirocinio clinico di quattro ambiti:

- fine vita e appropriatezza delle cure;
- rispetto dei valori della persona assistita;
- rispetto dei principi deontologici nella pratica clinica;
- altre tematiche quali contenzione, consenso informato.

Nella prima categoria rientrano temi quali l'accanimento terapeutico e la palliazione, nella seconda categoria alcuni studenti descrivono situazioni moralmente stressanti legate al non rispetto delle usanze del paziente o alla cattiva gestione delle informazioni relative allo stato di salute del paziente, spesso gestite dai familiari e non dalla persona assistita. Nella terza categoria rientrano situazioni in cui vi è stata una violazione dei principi deontologici in

particolare modo di autonomia e beneficenza. In questa categoria uno studente riporta la difficile gestione dei pazienti covid positivi e il delicato contrasto tra principio di beneficenza (ovvero fare il meglio possibile per il paziente e non recare danno) e il principio di autonomia (rispetto del diritto di autodeterminazione dell'individuo). Tali principi sono stati messi in contrasto in questo ambito in quanto lo studente descrive la difficile gestione dei pazienti negazionisti durante la pandemia. Relativamente a questa situazione lo studente descrive la somministrazione d'ossigenoterapia a persona negazionista anche senza espressione di esplicita volontà. Infine, nell'ultima categoria rientrano le situazioni relative alla medicina difensiva, contenzione, consenso informato e difficoltà relazionali. Dall'analisi dei dati emerge come più della metà del campione (53%) ritenga molto utile approfondire la tematica del *moral distress*; si consideri inoltre che il 21% dell'intero campione è rappresentato da studenti che a seguito di problematiche etiche hanno pensato di abbandonare il percorso di studi.

5.3 LIVELLI DI MORAL DISTRESS DEGLI STUDENTI

L'utilizzo della scala di Sinclair, Papps & Marshall (2016) nella presente indagine ha permesso di individuare la frequenza e l'intensità di disagio morale nel corso di situazioni avvenute durante il tirocinio che hanno visto coinvolti gli studenti di infermieristica.

Tutte le quindici situazioni sono state codificate tramite la denominazione di F_n.situazione_argomento per le frequenze di avvenimento dello stesso evento e I_n.situazione_argomento per l'intensità di *moral distress* percepito.

Nell'analisi dei dati relativi all'intensità sono stati considerati gli studenti con frequenza maggiore di 1 (mai) della scala Likert ovvero sono stati esclusi gli studenti che non hanno mai vissuto nello specifico la situazione descritta negli item. Ciò è stato fatto allo scopo di evitare di influenzare i risultati includendo studenti che non hanno mai vissuto quella determinata situazione e pertanto il valore dell'intensità non deve essere tenuto in considerazione. L'analisi della frequenza in merito alle quindici situazioni ha fatto emergere che otto situazioni sono state vissute per più della metà del campione (Tabella III).

Gli studenti riferiscono di aver vissuto durante il tirocinio situazioni inerenti la *violazione dei principi alla base del rispetto della persona assistita* quali ad esempio privacy, dignità, sicurezza. Inoltre, si denota come l'aggressività intesa come espressione verbale, offensiva ed irrispettosa da parte degli operatori sanitari nei confronti dei pazienti rappresenta una

delle situazioni avvenuta con maggior frequenza dopo il mancato rispetto della dignità. Un'ulteriore situazione che gli studenti riferiscono con frequenza elevata è l'item relativo alla sfera della *competenza*.

Tale item descrive la situazione per cui agli studenti è stato richiesto di eseguire procedure per le quali non vi era sufficiente competenza da parte degli stessi.

Tabella III: Distribuzione percentuale, media, mediana per variabile frequenza delle 15 situazioni

Item	%	Media	Mediana
F2_Non rispetto della dignità	88	2.51	2.00
F3_Comunicazione irrispettosa nei confronti del paziente	84	2.46	2.00
F1_Condizioni di lavoro non sicure	76	2.23	2.00
F10_Percezione di maltrattamenti avvenuti prima dell'ingresso della struttura	64	2.12	2.00
F7_Prestazioni sanitarie che pongono a rischio il paziente	62	2.06	2.00
F6_Erogazione di procedure per cui non si aveva la competenza	65	2.01	2.00
F9_Mancanza di informazioni date ai pazienti	53	1.96	2.00
F13_Discussione sull'uso della contenzione	58	1.95	2.00
F4_Violazione della privacy	49	1.69	1.00
F5_Discriminazione nei confronti dei pazienti	41	1.61	1.00
F14_Discussione sulla segnalazione di errori farmacologici	43	1.59	1.00
F11_Percezione di maltrattamenti avvenuti durante la degenza in struttura	39	1.56	1.00
F8_Erogazione di cure senza raccolta del consenso del paziente	38	1.57	1.00
F12_Pratiche sanitarie messe in atto contro la volontà del soggetto	36	1.48	1.00
F15 Ordine di non rianimare senza disposizioni del paziente o familiari	15	1.18	1.00

**percentuale sul totale dei soggetti che hanno sperimentato la situazione con frequenza maggiore di 1 su scala Likert*

Tali dati risultano essere per alcuni item simili ai risultati ottenuti da Sinclair, Papps & Marshall (2016).

Per quanto riguarda l'analisi dell'intensità emerge un livello di disagio morale moderato nonostante la frequenza relativamente bassa del verificarsi delle situazioni designate.

Ciò risulta essere coerente con i risultati dello studio neozelandese di riferimento in cui sono stati ottenuti dei livelli simili ai dati presentati in Tabella IV.

Inoltre, sono stati rappresentati in Tabella V le medie e mediane stratificate per anno di corso di studi.

Tabella IV: Distribuzione medie, mediane per l'intensità percepita nelle 15 situazioni presentate

Item	%*	Media	Mediana
I3_ Comunicazione irrispettosa nei confronti del paziente	99	3.59	4.00
I2_ Non rispetto della dignità	99	3.54	4.00
I11_ Percezione di maltrattamenti avvenuti durante la degenza in struttura	88	3.53	3.00
I10_ Percezione di maltrattamenti avvenuti prima dell'ingresso della struttura	96	3.40	4.00
I9_ Mancanza di informazioni date ai pazienti	96	3.38	3.00
I5_ Discriminazione nei confronti dei pazienti	98	3.33	3.00
I6_ Erogazione di procedure per cui non si aveva la competenza	95	3.20	3.00
I4_ Violazione della privacy	97	3.19	3.00
I7_ Prestazioni sanitarie che pongono a rischio il paziente	93	3.14	3.00
I12_ Pratiche sanitarie messe in atto contro la volontà del soggetto	88	3.04	3.00
I8_ Erogazione di cure senza raccolta del consenso del paziente	92	3.00	3.00
I1_ Condizioni di lavoro non sicure	95	2.93	3.00
I15_ Ordine di non rianimare senza disposizioni del paziente o familiari	90	2.85	2.50
I13_ Discussione sull'uso della contenzione	91	2.81	3.00
I14_ Discussione sulla segnalazione di errori farmacologici	86	2.76	3.00

**percentuale sul totale dei soggetti che hanno sperimentato la situazione (con frequenza maggiore di 1), con intensità maggiore di 1 su scala Likert*

Tabella V: Distribuzione delle medie e mediane per anno di corso dell'intensità percepita

Item		1° Anno	2° Anno	3° Anno	Fuori corso
		N=67	N=17	N=51	N=3
I1_ Condizioni di lavoro non sicure	N*	47 (70%)	15 (88%)	41 (80%)	2 (67%)
	Media	2.79	3.07	2.78	3.00
	Mediana	3.00	3.00	3.00	3.00
I2_ Non rispetto della dignità	N*	55 (82%)	16 (94%)	49 (96%)	2 (67%)
	Media	3.49	4.00	3.61	3.50
	Mediana	4.00	4.00	4.00	3.50
I3_ Comunicazione irrispettosa nei confronti del paziente	N*	49 (73%)	16 (94%)	49 (96%)	2 (67%)
	Media	3.47	3.75	3.63	4.00
	Mediana	4.00	4.00	4.00	4.00
I4_ Violazione della privacy	N*	29 (43%)	10 (59%)	28 (55%)	1 (33%)
	Media	3.10	3.50	3.18	3.00
	Mediana	3.00	3.00	3.00	3.00
I5_ Discriminazione nei confronti dei pazienti	N*	16 (24%)	8 (47%)	31 (61%)	2 (67%)
	Media	3.25	3.63	3.26	4.00
	Mediana	3.00	4.00	3.00	4.00
I6_ Erogazione di procedure per cui non si aveva la competenza	N*	32 (48%)	16 (94%)	40 (78%)	2 (67%)
	Media	2.97	3.50	3.27	3.00
	Mediana	3.00	3.50	3.00	3.00
I7_ Prestazioni sanitarie a rischio per il paziente	N*	34 (51%)	14 (82%)	36 (71%)	2 (67%)
	Media	2.94	3.57	3.14	3.50
	Mediana	3.00	3.50	3.00	3.50
I8_ Erogazione di cure senza raccolta del consenso del paziente	N*	20 (30%)	5 (29%)	26 (51%)	1 (33%)
	Media	2.50	3.80	3.23	3.00
	Mediana	2.00	4.00	4.00	3.00
I9_ Mancanza di informazioni date ai pazienti	N*	28 (42%)	13 (77%)	30 (59%)	2 (67%)
	Media	2,96	3.69	3.57	4.50
	Mediana	3.00	4.00	4.00	4.50
I10_ Percezione di maltrattamenti avvenuti prima dell'ingresso della struttura	N*	39 (58%)	13 (77%)	36 (71%)	1 (33%)
	Media	3.10	4.15	3.44	4.00
	Mediana	3.00	4.00	3.50	4.00
I11_ Percezione di maltrattamenti avvenuti durante la degenza	N*	25 (37%)	8 (47%)	18 (35%)	2 (67%)
	Media	3.56	3.63	3.39	4.00
	Mediana	3.00	3.00	3.00	4.00
I12_ Pratiche sanitarie messe in atto contro la volontà del soggetto	N*	22 (33%)	5 (29%)	22 (43%)	1 (33%)
	Media	2.73	3.20	3.32	3.00
	Mediana	3.00	3.00	3.50	3.00
I13_ Discussione sull'uso della contenzione	N*	34 (51%)	11 (65%)	33 (65%)	2 (67%)
	Media	2.38	3.73	2.88	4.00
	Mediana	2.00	4.00	3.00	4.00
I14_ Discussione sulla segnalazione di errori farmacologici	N*	28 (42%)	11 (65%)	19 (37%)	1 (33%)
	Media	2.50	3.36	2.79	3.00
	Mediana	2.00	3.00	2.00	3.00
I15_ Ordine di non rianimare senza disposizioni del paziente o familiari	N*	5 (8%)	1 (6%)	14 (28%)	0
	Media	2.60	2.00	3.00	0
	Mediana	2.00	2.00	3.00	0

*(numero studenti che hanno vissuto la situazione con frequenza maggiore di 1)

Le situazioni legate al rispetto della persona e della sua dignità risultano avere le medie e mediane più elevate; infatti, dai Grafici 7 e 8 emerge come per l'item I2 (non rispetto della dignità) ed I3 (comunicazione irrispettosa nei confronti del paziente), circa l'80% degli

studenti che hanno vissuto queste situazioni hanno provato *moral distress* con un livello da 3 a 5 su scala Likert. I livelli descritti per le situazioni riportate nell'item I2 e I3, di seguito graficamente presentati, evidenziano una frequenza superiore ai tre quarti del campione stesso. L'item I1 relativo alla sicurezza evidenzia livelli di disagio morale percepito da abbastanza a moltissimo per circa il 59% degli studenti.



Grafico 7 (a sinistra): Distribuzione percentuale dei livelli di disagio morale percepiti per l'item 2 "non rispetto della dignità"

Grafico 8 (a destra): Distribuzione percentuale dei livelli di disagio morale percepiti per l'item 3 "comunicazione irrispettosa nei confronti del paziente"

Un ulteriore fonte di disagio viene descritta dai dati relativi all'item I7_prestazioni sanitarie a rischio per il paziente che descrive la situazione in cui gli studenti hanno vissuto pratiche poco sicure messe in atto nei confronti delle persone assistite. Da tali dati emerge come più della metà del campione (62%) ha presentato livelli di disagio morale da 3 a 5 su scala Likert per il 70%. Per quanto riguarda la sfera della competenza viene sottolineato nell'item 6 la situazione relativa alla messa in pratica di procedure per cui lo studente non si sente sufficientemente preparato: ciò può essere fonte di disagio morale. Il Grafico 9 descrive i livelli di disagio morale presentati da più della metà del campione che ha vissuto la situazione descritta. Dal grafico emerge come il 64% degli studenti ha percepito un livello di *moral distress* da 3 a 5 su scala Likert.

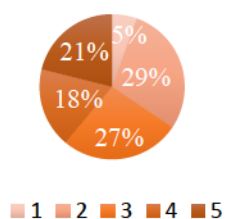


Grafico 9: Distribuzione percentuale dei livelli di disagio morale percepiti per item 6 "erogazione di procedure senza competenza"

Un ulteriore dato rilevante è infatti rappresentato dai livelli di disagio morale percepito per la situazione descritta nell'item I10 ovvero aver avuto la percezione di avvenuti

maltrattamenti della persona assistita prima dell'ingresso struttura. Da tale item emerge un livello di disagio morale da 3 a 5 su scala Likert per circa i tre quarti del campione.

Emerge inoltre un livello di disagio morale simile per l'item I11 relativo alla percezione di avvenuti maltrattamenti durante il ricovero nella struttura sanitaria. Infatti, si evidenzia come circa l'80% dei soggetti che hanno percepito situazioni di maltrattamento all'interno della struttura ospitante il tirocinio clinico nei confronti dei pazienti, riferiscono livelli da 3 a 5 di disagio morale.

Entrambi gli item vengono descritti nei Grafici 10 e 11 dove, nonostante la frequenza più bassa per l'item I11 rispetto all'item I10, si denota una percentuale leggermente maggiore di soggetti con un livello moderato di *moral distress*.

Inoltre, tali item presentano la percentuale più alta di tensione morale percepita dagli studenti con il 24% per I10 e con il 25% per I11 di studenti che hanno provato *moral distress* con livello 5 su scala Likert.



Grafico 10 (a sinistra): Distribuzione percentuale dei livelli di disagio morale percepiti per item 10 "percezione di maltrattamenti avvenuti prima dell'ingresso in struttura"

Grafico 11 (a destra): Distribuzione percentuale dei livelli di disagio morale percepiti per item 11 "percezione di maltrattamenti avvenuti durante la degenza in struttura"

Dai dati emerge come alcune situazioni quali la corretta informazione della persona assistita e il rispetto della privacy, molto rilevanti nella pratica clinica, abbiano un impatto sull'integrità morale del campione, nonostante tali situazioni siano vissute da circa il 50% degli studenti. Infatti, per gli item I4 ed I9 si denota come i tre quarti di coloro che hanno sperimentato le relative situazioni hanno percepito dei livelli di *moral distress* da 3 a 5 su scala Likert (Grafici 12 e 13).

Livelli simili di disagio morale si evidenziano per l'item I5_discriminazione nei confronti dei pazienti che descrive una situazione in cui lo studente ha assistito ad atteggiamenti discriminatori nei confronti delle persone assistite. Tale item registra il 73% di livelli di disagio morale compreso tra il 3 e 5 su scala Likert.



Grafico 12 (a sinistra): Distribuzione percentuale dei livelli di disagio morale percepiti per item 4 “violazione della privacy”

Grafico 13 (a destra): Distribuzione percentuale dei livelli di disagio morale percepiti per l’item 9 “mancanza di informazioni date al paziente”

Un’ulteriore situazione vissuta dal 57% degli studenti è rappresentata dall’aver assistito alla discussione di personale infermieristico relativamente alla messa in atto di contenzione fisica o farmacologica. Dai dati relativi all’item I13 _discussione sull’uso della contenzione emerge come il 54% dei soggetti che hanno vissuto la situazione presenti dei livelli di disagio da 3 a 5 su scala Likert.

Tematiche simili al tema della contenzione sono state esplorate tramite l’item I12_ pratiche sanitarie messe in atto contro la volontà del soggetto in cui si è indagato la percezione degli studenti nella messa in pratica di procedure avvenute contro la volontà dei soggetti assistiti. Tale item seppur vissuto dal 36% del campione presenta dei livelli di disagio morale considerevoli ovvero circa il 68% di coloro che hanno vissuto la situazione presenta dei livelli di tensione da 3 a 5 su scala Likert.

Altre tematiche esplorate dall’indagine sono le situazioni in cui vengono messe in atto pratiche senza una adeguata acquisizione di consenso (item I8) e situazioni di errore durante la somministrazione di farmaci (item I14); tali situazioni, pur presentando una frequenza inferiore al 50%, mostrano dei livelli di disagio morale rilevanti come descrivono i Grafici 14 e 15.

Entrambe le situazioni, infatti, presentano dei livelli di *moral distress* da 3 a 5 su scala Likert superiore al 50%.



Grafico 14 (a sinistra): Distribuzione percentuale dei livelli di disagio morale percepiti per item 8 “erogazione di cure senza raccolta del consenso del paziente”

Grafico 15 (a destra): Distribuzione percentuale dei livelli di disagio morale percepiti per item 14 “discussione sulla segnalazione di errori farmacologici”

Infine, la situazione in cui gli studenti hanno assistito al mancato inizio di manovre salva vita senza avere delle chiare disposizioni da parte del paziente o dei familiari (item I15) risulta essere stata vissuta per sole 20 persone; questa determinata situazione presenta dei livelli di tensione da 3 e 5 su scala Likert per il 50%.

Successivamente è stato calcolato uno *score* (media ponderata) sia per quanto riguarda il parametro frequenza sia per l'intensità, ottenendo un punteggio totale da 0 a 100.

In Tabella VI vengono riportate le situazioni mettendo a confronto due graduatorie dove al primo posto vi sono le situazioni maggiormente rilevanti fino alla meno rappresentata sia in termini di frequenza sia d'intensità.

Tabella VI: Distribuzione punteggi e confronto di due graduatorie

Posizione	Frequenza	Score frequenza	Intensità	Score intensità
1	Non rispetto della dignità	37	Non rispetto della dignità	58
2	Comunicazione irrispettosa nei confronti del paziente	36	Comunicazione irrispettosa nei confronti del paziente	54
3	Condizioni di lavoro non sicure	31	Percezione di maltrattamenti avvenuti prima dell'ingresso della struttura	39
4	Percezione di maltrattamenti avvenuti prima dell'ingresso della struttura	28	Erogazione di procedure per cui non si aveva la competenza	36
5	Prestazioni sanitarie che pongono a rischio il paziente	26	Condizioni di lavoro non sicure	35
6	Erogazione di procedure per cui non si aveva la competenza	25	Prestazioni sanitarie che pongono a rischio il paziente	33
7	Mancanza di informazioni date ai pazienti	24	Mancanza di informazioni date ai pazienti	32
8	Discussione sull'uso della contenzione	24	Violazione della privacy	27
9	Violazione della privacy	18	Discussione sull'uso della contenzione	26
10	Discriminazione nei confronti dei pazienti	15	Percezione di maltrattamenti avvenuti durante la degenza in struttura	24
11	Discussione sulla segnalazione di errori farmacologici	15	Discriminazione nei confronti dei pazienti	24
12	Erogazione di cure senza raccolta del consenso del paziente	14	Discussione sulla segnalazione di errori farmacologici	19
13	Percezione di maltrattamenti avvenuti durante la degenza in struttura	14	Erogazione di cure senza raccolta del consenso del paziente	19
14	Pratiche sanitarie messe in atto contro la volontà del soggetto	12	Pratiche sanitarie messe in atto contro la volontà del soggetto	18
15	Ordine di non rianimare senza disposizioni del paziente o familiari	5	Ordine di non rianimare senza disposizioni del paziente o familiari	6

Le 15 situazioni sono state analizzate raggruppandole in tre aree omogenee:

- rispetto della persona;
- fattori legati al contesto clinico;
- violazione dei principi deontologici e diritti della persona (Tabella VII).

Tabella VII: Distribuzione dei punteggi complessivi per area

AREE	F	I
Rispetto della persona		
Non rispetto della dignità		
Comunicazione irrispettosa nei confronti del paziente		
Prestazioni sanitarie che pongono a rischio il paziente		
Percezione di maltrattamenti avvenuti prima dell'ingresso della struttura		
Percezione di maltrattamenti avvenuti durante la degenza in struttura		
TOTALE PUNTEGGIO	141	210
Fattori legati al contesto clinico		
Condizioni di lavoro non sicure		
Erogazione di procedure per cui non si aveva la competenza		
Discussione sull'uso della contenzione		
Discussione sulla segnalazione di errori farmacologici		
Ordine di non rianimare senza disposizioni del paziente o familiari		
TOTALE PUNTEGGIO	100	122
Violazione dei principi deontologici e diritti della persona		
Violazione della privacy		
Discriminazione nei confronti dei pazienti		
Erogazione di cure senza raccolta del consenso del paziente		
Mancanza di informazioni date ai pazienti		
Pratiche sanitarie messe in atto contro la volontà del soggetto		
TOTALE PUNTEGGIO	83	120

L'indagine ha preso in considerazione la possibile presenza di ulteriori situazioni di disagio morale negli studenti di infermieristica attraverso una domanda aperta. A quest'ultima hanno risposto in totale 54 studenti di entrambe le sedi.

Le risposte sono state organizzate in aree omogenee raggruppando le situazioni per tematica.

Le cinque aree tematiche sono elencate di seguito:

- spersonalizzazione dell'assistenza;
- assenza di presa in carico della persona;
- ridotto orientamento all'appropriatezza delle cure;
- carenza di competenza e aggiornamento professionale;
- problemi comunicativi.

All'interno della prima e della seconda area vengono classificate tutte quelle risposte che hanno visto una mancata considerazione dei valori della persona assistita come ad esempio espressioni verbali poco congrue al ruolo professionale, mancanza di interesse ai reali bisogni della persona e/o ridotta informazione fornita agli assistiti in merito al loro stato di salute. Nella categoria "ridotto orientamento all'appropriatezza delle cure" rientrano le situazioni in cui si sono verificati eventi quali: l'accanimento terapeutico o pratiche non coerenti con il reale stato della salute della persona. La quarta categoria rappresenta un'area tematica molto enunciata dagli studenti e rientrano in essa tutte quelle situazioni di discordanza tra pratica clinica e realtà accademica, come ad esempio l'esecuzione di procedure non aggiornate e poco sicure per il paziente.

Tabella VIII: Distribuzione delle frequenze categorizzate della risposta alla domanda aperta

Categoria	Frequenza
Spersonalizzazione dell'assistenza	18
Ridotto orientamento all'appropriatezza delle cure	16
Assenza di presa in carico della persona;	11
Carenza di competenza e aggiornamento professionale	6
Problemi comunicativi	3

5.5 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'indagine dimostra, come evidenziato dalla Tabella IV e V, una coerenza con i risultati dello studio neozelandese. Per molti item, infatti si denotano medie e mediane molto simili e inoltre si evince un aumento del punteggio medio dal primo al secondo anno, mentre emerge una diminuzione dello stesso punteggio nel passaggio al terzo anno. Ciò potrebbe essere dovuto ad una maggior esposizione degli studenti a più ambiti clinici: infatti, il monte ore di tirocinio per gli studenti del secondo anno risulta essere maggiore rispetto a quello del primo e del terzo anno.

La diminuzione delle medie e mediane dal secondo al terzo anno risulta inoltre coerente con gli studi di Escolar-Chua, (2018) in quanto ciò può essere legato al fatto che la paura degli studenti di essere giudicati può comportare ad una forma di conformismo con il sistema in cui sono inseriti riducendo e non sviluppando il loro coraggio morale per timore di essere giudicati o di vedere la loro esperienza di tirocinio inficiata da una valutazione negativa

denunciando situazioni di disagio. Le differenze in termini di punteggio di intensità percepita del disagio morale dagli studenti stratificata per anno di studio sono statisticamente significative per 10 situazioni su 15.

Tabella IX: Item per i quali è stata rilevata una differenza significativa nel punteggio tra primo, secondo, terzo anno

Item	p-value*
I3_ Comunicazione irrispettosa nei confronti del paziente	0.010
I5_ Discriminazione nei confronti dei pazienti	< .001
I6_ Erogazione di procedure per cui non si aveva la competenza	< .001
I7_ Prestazioni sanitarie che pongono a rischio il paziente	0.003
I8_ Erogazione di cure senza raccolta del consenso del paziente	0.014
I9_ Mancanza di informazioni date ai pazienti	< .001
I10_ Percezione di maltrattamenti avvenuti prima dell'ingresso della struttura	0.015
I13_ Discussione sull'uso della contenzione	0.003
I14_ Discussione sulla segnalazione di errori farmacologici	0.015
I15_ Ordine di non rianimare senza disposizioni del paziente o familiari	0.008

*test di Kruskal Wallis

L'indagine non ha evidenziato risultati statisticamente significativi in termini di differenze di punteggi per intensità di disagio morale tra genere, età, numero di settimane di tirocinio e altre variabili quali l'aver sentito o meno parlare di *moral distress*.

Risulta esserci una differenza significativa relativamente al livello di disagio morale percepito in cinque situazioni tra coloro che hanno svolto un corso di etica e bioetica rispetto a coloro che non hanno frequentato il corso.

Queste situazioni sono:

- I3_ Comunicazione irrispettosa nei confronti del paziente (p-value 0,005);
- I5_ Discriminazione nei confronti dei pazienti (p-value <0.001);
- I6_ Erogazione di procedure per cui non si aveva la competenza (p-value 0,012);
- I8_ Erogazione di cure senza raccolta del consenso del paziente (p-value 0,004);
- I15_ Ordine di non rianimare senza disposizioni del paziente o familiari (p-value 0,005).

Tale dato risulta essere coerente con le assunzioni presentate dal modello Morley, Bradbury-Jones & Ives, (2022) per cui un più alto livello di competenza etica offerto dalla didattica dei corsi propri della materia, può esporre lo studente ad una maggior sensibilità morale in termini di percezione della sofferenza morale.

Dalla Tabella VI emerge come per le prime due posizioni vi sia corrispondenza nella graduatoria tra frequenza ed intensità degli stessi item. Il verificarsi con maggior frequenza di una situazione non è sempre direttamente proporzionale ad una maggior intensità: ciò si verifica ad esempio per l'item relativo a condizioni di lavoro non sicure che si presenta in terza posizione come frequenza ma in quinta posizione in termini di intensità.

Tale dato risulta in contrasto con gli studi di Janatolmakan et al. (2021) che descrivono la mancanza di sicurezza come principale fonte di disagio.

Emerge inoltre come per l'item "Erogazione di procedure per cui non si aveva la competenza" rappresentato in sesta posizione in termini di frequenza risulti in quarta posizione per intensità percepita. Tale aspetto viene a verificarsi anche per altre situazioni quali "Violazione della privacy" e "Percezione di maltrattamenti avvenuti durante la degenza in struttura".

Sono state successivamente indagate eventuali associazioni rispetto alle aree individuate in Tabella VII e variabili presentate.

Dalla tabella emerge come le situazioni inerenti all'area del rispetto della persona siano maggiormente rappresentate sia in termini di frequenza sia di intensità. Tali risultati sembrano essere coerenti con i risultati definiti da Krautscheid et al., (2017) che sottolineano come dilemmi legati al rispetto dei principi e dei valori della persona siano una delle principali fonti di disagio morale per gli studenti.

L'"aver frequentato o meno un corso di etica/bioetica" presenta un'associazione statisticamente significativa con l'area prevalente di disagio morale percepita (p-value 0,032). Inoltre, dall'indagine emerge come il riconoscimento del *moral distress* da parte degli studenti all'interno degli ambienti clinici non abbia un'associazione statisticamente significativa con la variabile "aver sentito parlare di *moral distress*".

Un ulteriore dato riguarda il legame significativo tra l'aver svolto il corso di etica e l'aver sentito parlare di *moral distress* (p-value 0,031), mentre l'aver discusso casi clinici al di fuori di tale corso sembra non aver alcuna associazione con la conoscenza del fenomeno.

Ciò potrebbe essere legato al fatto che la discussione dei casi dichiarata anche nei programmi didattici dei corsi di etica vada a trattare in maniera più approfondita le questioni etiche rispetto alla trattazione di casi svolta in aula. Questo sottolinea come sia necessario sviluppare competenza etica in modo trasversale al fine di far conoscere il fenomeno e definire strategie in risposta al disagio percepito. Non vi è alcuna altra associazione

statisticamente significativa tra l'aver eseguito attività di volontariato e l'aver sentito parlare di *moral distress*.

Ulteriori tematiche di disagio morale sono state rilevate attraverso la domanda aperta relativa all'analisi di situazioni etiche non comprese all'interno della scala utilizzata per la misurazione del *moral distress* (Tabella VIII, sopra riportata); di seguito vengono confrontate con quanto riportato in letteratura.

Per quanto riguarda i risultati relativi all'area "problemi comunicativi" si evidenzia come possibile fonte di disagio l'essere spettatori di commenti e giudizi da parte del gruppo di infermieri nei confronti di colleghi non presenti in turno: "Lo sparlare di infermieri nei confronti di altri infermieri quando l'interessato non era presente in turno" (ID 124); oppure emergono conflitti tra infermieri e operatori come fonte di disagio morale. Tali dati introducono situazioni già riscontrate in letteratura: Erdil & Korkmaz (2009), infatti, sottolineano come tali problemi comunicativi potrebbero tradursi in fattori aggravanti dei dilemmi etici e del disagio percepito dagli studenti e per questo motivo rappresentano situazioni da tenere in considerazione al fine di far comprendere i comportamenti che possono essere favorevoli al disagio morale e su cui si devono implementare capacità comunicative e coraggio morale. A differenza dello studio svolto da Sinclair, Papps & Marshall (2016) non emerge come tematica rilevante il bullismo nei confronti degli studenti. Infatti, solo uno studente indica "aggressione verbale di personale medico e infermieristico contro tirocinanti" come risposta alla domanda "quali di questi comportamenti ti hanno creato disagio?".

La tematica "spersonalizzazione dell'assistenza" risulta essere quella maggiormente espressa da parte degli studenti in quanto emerge in accordo con gli studi di Mehdipour et al., (2019), Escolar Chua & Magpantay, (2019), Theobald, (2013) come fonte di disagio morale essere partecipi di situazioni in cui la persona non viene posta al centro dell'assistenza ovvero "il fatto che il paziente rappresentasse un'interruzione del lavoro e non il lavoro in sé. La poca empatia e compassione" (ID 9). Un altro studente riferisce di aver provato sofferenza morale per "la poca attenzione che si riesce a dare ai pazienti, senza pensare che una parola in più fatta insieme a loro potrebbe alleviare la solitudine ospedaliera" (ID128). L'eccessivo distacco della persona, quindi, fa percepire allo studente un'assistenza che vede il paziente "[...] oggetto di somministrazione di terapia e non una persona che ha bisogno di cure" (ID128). Il non rispetto dei valori della persona, considerandola mero

oggetto di cura, viene sottolineata anche da parte degli autori Erdil & Korkmaz (2009) e da Krautscheid et al., (2017). Nella presente indagine la violazione dei principi di beneficenza e di autodeterminazione assieme alla violazione del diritto dei pazienti di essere informati sul proprio stato di salute rappresenta un tema ricorrente.

Uno studente riporta un episodio: “[...] Il medico annuncia la terminalità di una paziente affetta da malattia neurodegenerativa in modo poco professionale e fuori luogo, ignorando che la paziente comprendeva perfettamente ciò che stava dicendo. È stata poi ignorata dal personale medico, non potendo esprimersi a parole per chiedere chiarimenti. Ha ricevuto però la vicinanza del personale infermieristico” (ID 38). Dall’analisi delle risposte si denota come l’esclusione del paziente nelle decisioni riguardanti la propria salute ed il coinvolgimento dei familiari nel processo decisionale risulta essere spesso dichiarata come fonte di sofferenza morale. Alcuni studenti riportano di aver percepito *moral distress* in episodi quali: “la consapevolezza che la volontà del paziente non viene rispettata nelle decisioni prese dai figli” e la “volontà del paziente terminale non rispettata, con la decisione dei familiari di non informare il paziente sulla diagnosi e sulla prognosi di malattia” (ID 87). Inoltre, emerge in accordo con lo studio di Escolar Chua & Magpantay, (2019) come un atteggiamento poco professionale da parte del personale sanitario può risultare fonte di disagio morale negli studenti di infermieristica. Una studentessa definisce “tremenda” una situazione vissuta durante il tirocinio riferendosi ad un episodio: “Una dottoressa attuava un trattamento doloroso senza anestesia ad una paziente, mi ha obbligata a tenere ferma la testa della paziente con tutta la mia forza. La paziente piangeva e chiedeva di fermarsi, la dottoressa continuava e non mi permetteva di lasciare andare la signora” (ID 14).

La sottovalutazione del dolore è un tema spesso enunciato come fonte di disagio da parte degli studenti che lo percepiscono come una mancanza di rispetto e di presa in carico della persona: uno studente dichiara di aver provato disagio morale a seguito di pratiche dolorose messe in atto su pazienti non coscienti o non in grado di esprimersi senza un’adeguata copertura antalgica.

Relativamente all’area “ridotto orientamento all’appropriatezza delle cure”, gli studenti si sono dimostrati sensibili nel cogliere alcune situazioni quali “la messa in atto di interventi, come l'idratazione in un paziente terminale in grado di bere autonomamente, che hanno comportato lo svilupparsi di ulteriori sofferenze come l'aumento degli edemi declivi e rottura dei relativi flitteni” (ID 99). In merito a questa tematica viene sottolineato da uno studente

come fonte di sofferenza morale il fatto di “ricorrere all'accanimento terapeutico o alla medicina difensiva solo per non avere problemi con la famiglia dell'assistito invece di preoccuparsi dell'accompagnamento alla morte e al sostegno psicologico di paziente e famiglia” (ID 82).

Altre situazioni relative a quest'area che riprendono alcune tematiche degli studi di Han & Ahn (2000) riguardano l'allocazione delle risorse: uno studente riferisce di aver percepito disagio quando non si è messo in atto un trattamento in quanto troppo costoso e per un paziente troppo anziano.

La tematica “carenza di competenza e aggiornamento professionale” si riscontra in modo rilevante nella presente indagine. Ciò risulta essere coerente con gli studi di Bordignon et al., (2019), Fagan et al., (2021), Krautscheid et al., (2017), dove l'incongruenza tra mondo accademico e pratica clinica viene definita come fonte di disagio morale. Tale dato viene confermato non solo nella risposta alla domanda aperta dove vengono descritte varie situazioni ma anche a livello della domanda “quali dei seguenti comportamenti ti hanno creato disagio morale?”. In quest'ultima, infatti, “incongruenza tra ciò che è stato insegnato a lezione in aula o nei laboratori clinici e pratiche osservate o eseguite durante il tirocinio” risulta essere causa di disagio morale per l'82% degli studenti.

In merito a tale tematica vengono descritte alcune situazioni quali:

- “Ho assistito a procedure, considerate da sempre sterili, eseguite da personale infermieristico ritenuto esperto, senza neanche cercare di fare una tecnica *no touch*, deliberatamente contaminando presidi sterili impiantati” (ID 28);
- “Non essere seguita da un tutor nel periodo di tirocinio, entrare in turno e non sapere con chi stare e dover sempre fare tutto da capo con ogni infermiere nuovo. Non seguire le linee guida, una volta che hanno imparato una tecnica non la vogliono cambiare anche se le procedure si aggiornano. Non vedere applicate bene del tutto le procedure.” (ID 73).

Altre tematiche emerse dalla risposta alla domanda aperta sono rappresentate da situazioni in cui gli studenti sono stati spettatori di errori farmacologici non segnalati da parte degli infermieri guida; inoltre emerge da parte di uno studente l'esplicita difficoltà nella gestione dell'assistenza di natura palliativa: “[...]riuscire a gestire le emozioni nell'accompagnare una persona nella sua fase terminale è stato un fattore su cui ho dovuto lavorare molto perché mi provocava disagio e impotenza” (ID 125). Tutte le situazioni descritte rappresentano temi

su cui si deve riflettere e implementare la discussione non solo a livello del tirocinio ma anche a livello accademico. Altri comportamenti osservati durante il tirocinio clinico da parte degli studenti e percepiti come fonte di disagio morale sono rappresentati in ordine di maggior frequenza da:

- incongruenza tra ciò che è stato insegnato a lezione in aula o nei laboratori clinici e pratiche osservate o eseguite durante il tirocinio (113 studenti);
- banalizzare le preoccupazioni dei pazienti (82 studenti);
- rispondere in modo superficiale o non rispondere alle domande del paziente (78 studenti);
- scarsa attenzione alle preferenze del paziente (63 studenti);
- comportamenti non appropriati/non educati/aggressivi da parte del personale sanitario nei confronti dei pazienti (62 studenti);
- trattare diversamente i pazienti in base alle loro caratteristiche etniche o di genere o altro (32 studenti);
- esecuzione di pratiche su pazienti non giustificate solo per sviluppare le proprie capacità tecniche (11 studenti).

Tali dati sono a supporto di quanto descritto dalla domanda aperta in quanto emerge come essere spettatori di un atteggiamento poco professionale e poco competente da parte degli infermieri guida può essere una fonte importante di disagio morale per gli studenti, ciò risulta coerente con gli studi di Erdil & Korkmaz (2009), Monrouxe et al., (2015).

CAPITOLO VI. STRATEGIE OPERATIVE

6.1 PROPOSTE EMERSE DALLA RICERCA

I risultati emersi dall'analisi dimostrano che gli studenti vivono e sperimentano in qualche modo una forma di disagio morale. Dall'indagine sono emerse numerose proposte in merito a più tematiche. In primo luogo, gli studenti sottolineano come vi sia la necessità di agire in modo proattivo e non reattivo al disagio morale. Ciò risulta essere coerente con gli assunti del modello presentato da Morley, Bradbury-Jones & Ives (2022). Uno studente nell'indagine propone: “[...] Penso che si debba agire sia sul disagio morale/problematiche etiche che a monte del problema” (ID75). A tale affermazione lo studente aggiunge come vi sia la necessità di definire e curare una professionalità che percepisce spesso venir meno in ambito sanitario. Un aspetto evidenziato da alcuni studenti nell'indagine è stata la difficoltà comunicativa tra le varie professioni coinvolte nell'assistenza alla persona e risulta quindi utile implementare competenze relazionali a favore di un dialogo interprofessionale e intraprofessionale che ponga al centro il benessere per il paziente. In secondo luogo, sono emerse alcune proposte relative ad un approccio legato a fattori organizzativi del *moral distress*. Uno studente sottolinea come potrebbe essere utile “prevedere spazi di dialogo sul tirocinio in contesto non valutativo” (ID30) e ciò evidenzia come la paura del giudizio emersa nell'indagine possa limitare il confronto e la discussione con i tutor o con guide di tirocinio. Tale mancanza di dialogo su questioni etiche potrebbe portare al verificarsi del residuo morale con conseguenze a lungo termine per il futuro professionista. A ciò si aggiunge il desiderio da parte di alcuni studenti di avere durante il percorso accademico un supporto psicologico per far fronte al disagio morale (ID35). Infine, emerge dall'indagine la percezione che i limiti organizzativi quali risorse umane ridotte possano comportare un'assistenza non equa e non sicura per le persone assistite. Alcuni studenti evidenziano come strategia risolutiva al disagio morale un maggior dialogo tra professionisti e componente direttiva aziendale al fine di costruire linee guida che possano implementare la professionalità ma soprattutto il benessere della persona assistita.

A fronte di quanto emerso dall'indagine risulta fondamentale implementare le cosiddette *soft skills* al fine di promuovere un'educazione etica rivolta all'appropriatezza delle cure e al rispetto della dignità della persona. Lo sviluppo, ad esempio, di abilità comunicative come il miglioramento dello scambio di informazioni tra professionisti sanitari e l'apprendimento

di tecniche di feedback adeguate potrebbero incidere sulle conseguenze del *moral distress* (Deghani, Sobhanian & Faseleh Jahromi, 2022).

Secondo la letteratura la strategia migliore per l'educazione dell'etica è quella dell'approccio costruttivista, che mira a coinvolgere gli studenti direttamente all'interno di questioni bioetiche, basandosi su problemi reali contestualizzati alla realtà professionale e clinica. Secondo la teoria costruttivista ogni studente costruisce il proprio corpo di conoscenza in base al suo vissuto esperienziale individuale. Gli ambienti di pratica clinica si presentano come contesti dinamici, imprevedibili e richiedono reattività professionale nell'esercizio del ruolo. Tali ambienti hanno un ruolo trasformativo per gli studenti consentendo lo sviluppo di capacità critiche. Tuttavia, il poter discutere e far emergere i vissuti degli studenti durante il tirocinio clinico risulta molto complesso nelle realtà odierne: in primo luogo, tale complessità è dovuta alla presenza di ambienti clinici spesso con limitate risorse da poter dedicare alla formazione. In secondo luogo, vi è una carenza trasversale di competenza etica a livello del personale sanitario. Tuttavia, implementare il dialogo e la discussione risulta essere importante allo scopo di aumentare la consapevolezza del fenomeno *moral distress* andando a individuare le strategie formative migliori per aiutare lo studente nella gestione dei dilemmi etici.

Andersson et al., (2022) evidenziano nella loro revisione sistematica come sia necessario strutturare delle “strategie educative basate sulla creazione di condizioni favorevoli all'apprendimento rendendo possibile lo sviluppo di competenza etica, sviluppare abilità di comunicazione e di gestione delle emozioni oltre che di consapevolezza delle proprie percezioni e dei punti di vista altrui tutto in un'ottica rivolta al miglior interesse per la persona assistita”. Ciò sottolinea l'importanza di strutturare delle linee formative con solide basi metodologiche e che ricoprono diversificate aree d'intervento.

Le principali aree individuate sono:

- aumentare la conoscenza del fenomeno;
- favorire opportunità di dialogo e discussione con personale esperto;
- favorire lo sviluppo di una maggior competenza etica per le guide di tirocinio e tutor didattici.



Figura 5: Fattori determinanti la linea formativa proposta

Tale strategia educativa presenta i seguenti obiettivi:

- al termine del triennio di studi gli studenti saranno in grado di riconoscere i principi deontologici ed etici alla base della professione infermieristica;
- al termine del triennio di studi gli studenti saranno in grado di riconoscere il *moral distress* relativo a diverse situazioni cliniche;
- al termine del triennio di studi gli studenti saranno in grado di applicare una metodologia di analisi dei conflitti e dilemmi etici attraverso il dialogo e la discussione con i vari interlocutori del processo di assistenza.

6.1 LINEE FORMATIVE DI STRUTTURAZIONE

Dall'indagine è emerso come gli studenti riferiscano la necessità di aver bisogno fin dall'inizio del loro percorso di studi degli strumenti educativi che possano favorire lo sviluppo della professionalità. Tale concetto risulta essere basilare al fine di ottenere dei professionisti in grado di argomentare le proprie decisioni e far emergere le loro idee nel rispetto di un'assistenza centrata sull'appropriatezza delle cure. Risulta quindi fondamentale rendere gli studenti consapevoli dell'ambiente sanitario attraverso video e/o testimonianze prima ancora dell'inizio dell'esperienza di stage. Ciò può favorire lo sviluppo di sensibilità morale e può permettere la presa visione e la consapevolezza di standard assistenziali dal punto di vista etico e deontologico.

Oltre alla lezione esistono vari metodi con cui poter sviluppare la competenza del fenomeno.

Tali metodi fanno riferimento al *problem based learning* e includono:

- analisi di caso (*case study*);
- discussione, sia in aula sia nel tirocinio, in particolare nelle occasioni di debriefing. Infatti, al termine dell'esperienza di tirocinio emergono difficoltà o problemi. Tale modalità di discussione deve possedere determinate caratteristiche: in primo luogo deve essere lontano da qualsiasi momento valutativo allo scopo di ridurre la paura del giudizio nello studente. In secondo luogo, il debriefing deve essere privo di giudizi personali in merito all'accaduto e deve essere orientato allo scopo di far emergere il vissuto dello studente nella sua totale interezza e promuovere così lo sviluppo di sensibilità morale. Tale affermazione viene sottolineata anche da Andersson et al., (2022), i quali sottolineano la necessità di creare un clima psico-sociale in cui lo studente si possa sentire al sicuro e libero da ogni fonte di giudizio;
- simulazione, anche nella forma del *role playing*, una metodologia educativa in cui vi è la messa in scena di eventi a rilevanza etica. Gli studenti li vivono, agendo come attori all'interno della scena.

Aumentare la conoscenza del fenomeno non solo a livello dei corsi di etica/bioetica ma anche in altre didattiche di varia natura, come ad esempio laboratori dedicati, può influenzare la sensibilità morale degli studenti. Ciò risulta essere fondamentale in quanto l'apprendimento di una competenza etica richiede molto tempo e per questo non può essere circoscritta alle sole attività didattiche in ambito etico ma deve essere estesa trasversalmente all'intera didattica, nell'arco del triennio. A tal proposito, è rilevante progettare un'educazione etica con modalità che prevedano l'integrazione tra contenuti teorici e pratici allo scopo di fornire elementi esperienziali di vita reale. Infine, risulta necessario sviluppare anche strategie volte a ridurre e/o limitare le conseguenze della sofferenza morale. L'apprendimento delle competenze etiche può aiutare gli studenti a dirigere la loro attenzione su problemi etici di cui non erano a conoscenza in precedenza. Tale apprendimento può infatti comprendere atteggiamenti ed emozioni che influenzano inevitabilmente le reazioni ai problemi etici a cui gli studenti sono sottoposti.

Le situazioni emerse dall'indagine permettono di avere degli strumenti di discussione e sensibilizzazione degli studenti soprattutto per quelle tematiche maggiormente rappresentate come il non rispetto della dignità del paziente, la comunicazione irrispettosa nei confronti

della persona assistita, la percezione di presunti maltrattamenti avvenuti al paziente prima dell'ingresso in struttura.

6.2 LINEE FORMATIVE RISPETTO AI CONTENUTI E AI FORMATORI

I tutor didattici e le guide di tirocinio rappresentano delle figure di riferimento per gli studenti. Il tutor didattico riveste un ruolo centrale nel processo di formazione dello studente all'interno del *setting* di tirocinio in quanto si occupa della pianificazione del suo apprendimento in uno o più contesti clinici.

Per questo motivo il tutor didattico risulta essere la prima figura con la quale lo studente può confrontarsi al fine di ricevere aiuto e/o informazioni per poter comprendere le dinamiche etiche che lo possono vedere soggetto attivo o passivo della situazione presente o vissuta.

Il tutor ha l'importante ruolo di identificare le opportunità di apprendimento all'interno dei contesti clinici allo scopo di proporre allo studente occasioni formative nelle quali identificare i problemi di rilevanza etica e discuterli assieme.

Ciò al fine di creare uno spazio di apprendimento nel quale gestire dubbi, stress e preoccupazioni generate dalla natura complessa del caso.

Dall'indagine emerge come solo una piccola parte di studenti veda tutor e guide di tirocinio come figure con cui poter discutere di problematiche etiche.

Emerge che, tra gli studenti che hanno presentato problematiche etiche, le figure con cui confrontarsi sono rappresentate dai compagni di classe. Ciò orienta allo sviluppo di strategie che possano favorire la discussione in aula tra pari seguita da dei momenti di riflessione supervisionati e guidati dai tutor e/o dai docenti.

La discussione immediata dei casi etici attualmente non presenta una metodologia strutturata ma piuttosto la sua applicazione è correlata alla discrezionalità del formatore.

È inoltre necessario sottolineare la necessità di definire quali siano gli eventi che necessitano di una rielaborazione immediata all'interno del contesto clinico e quali invece possono essere trattati in un secondo momento all'interno di un setting formativo d'aula o di laboratorio didattico. Ad esempio, l'analisi di un evento come il fine vita, la contenzione di un paziente o l'esecuzione di pratiche assistenziali non sicure appartengono ad una categoria di eventi con uno specifico inquadramento normativo e bioetico di riferimento.

Tali argomenti possono essere affrontati in *setting* d'aula al di fuori del contesto clinico in forma integrata da tutor e docenti esperti della materia.

Un confronto immediato può essere necessario al fine di analizzare gli aspetti del vissuto emotivo dello studente. Ciò può aiutare lo studente a identificare e a sciogliere i nodi che causano stress andando a renderlo capace di agire in merito al problema specifico.

Il confronto con il tutor crea un'occasione di apprendimento significativa per lo studente e per il contesto clinico, riducendo la probabilità che lo studente possa sviluppare una forma di stress morale derivante dalla mancata elaborazione degli eventi sperimentati durante il tirocinio clinico.

Tale momento rappresenta un'occasione per il tutor per poter intercettare stati di disagio morale non manifestati in precedenza dagli studenti. Questo approccio educativo risulta essere integrante di un'educazione all'etica strutturata trasversalmente e non circoscritta a corsi di natura etica o bioetica d'aula.

Al fine di promuovere momenti di discussione risulta essere fondamentale sensibilizzare gli studenti nei confronti del fenomeno *moral distress* ampliandone la conoscenza in riferimento al ruolo professionale.

Le esperienze reali vissute nella pratica clinica possono essere utilizzate nell'apprendimento delle competenze etiche. Ciò al fine di sensibilizzare gli studenti alla tematica. A tal proposito la ricerca ha fornito rilevanti situazioni: in primo luogo la violazione del rispetto della dignità della persona rappresenta una delle tematiche principali che gli studenti hanno vissuto e per la quale hanno provato i punteggi più alti di *moral distress*.

In secondo luogo, va implementato il coraggio morale anche attraverso lo sviluppo di abilità comunicative che posso aiutare a gestire situazioni in cui si manifesti una forma di aggressività verbale o non verbale nei confronti del paziente.

Tali abilità possono aiutare lo studente a esprimere la propria opinione anche di fronte a situazioni di maltrattamento della persona assistita avvenute prima o durante il ricovero nella struttura sanitaria.

Altra importante tematica riscontrata dall'indagine e riportata in letteratura è l'incongruenza tra ciò che gli studenti imparano nelle lezioni in aula e ciò che vedono e mettono in pratica nel tirocinio clinico.

Risulta quindi utile fornire agli studenti strategie per poter risolvere queste situazioni che possono creare disagio e confusione nello sviluppo della competenza professionale.

La discussione e la comprensione del fenomeno da parte degli studenti di infermieristica attraverso la riflessione sui casi e lo studio del Codice Deontologico può contrastare la situazione per cui “gli studenti che sono maggiormente esposti a modelli di ruolo professionale scadenti e al non rispetto della dignità della persona assistita possono soccombere a vincoli esterni ed interni, favorendo la consapevolezza di un incongruenza di fatto tra codice etico e realtà lavorativa” (Krautscheid et al., 2017).

Ciò evidenzia come sia necessario discutere di situazioni concrete estese a livello di tutti gli ambiti clinici comprendendo anche quelli meno rappresentati come ad esempio l’ambito pediatrico e quello relativo alla salute mentale.

Le stesse esperienze degli studenti, vissute negli ambienti clinici, si traducono nei sussidi che possono sostenere lo sviluppo di competenza etica e di conseguenza di coraggio morale, componenti essenziali del futuro professionista della salute.

La capacità dello studente di discutere di questioni etiche e di agire su queste risulta essere dipendente dalle sue capacità morali intrinseche e dalle capacità relazionali possedute dal tutor. Ciò presuppone uno sviluppo di competenza etica anche a livello del personale formatore allo scopo di poter sviluppare abilità di riflessione e di giudizio appropriate negli studenti di infermieristica.

Risulta fondamentale una maggior attenzione, da parte delle aziende sanitarie, ai bisogni formativi del personale infermieristico in particolare al personale con funzione di guida di tirocinio e tutor didattico su tematiche a sfondo etico allo scopo di creare a sua volta le possibilità formative per coloro che saranno i futuri professionisti della salute.

6.3 CONCLUSIONI

La ricerca condotta ha permesso di evidenziare con che frequenza si verificano situazioni che possono creare disagio morale agli studenti e con quale intensità viene percepito tale disagio. Viene quindi sottolineata l'importanza di trattare tale fenomeno a livello accademico allo scopo di fornire modalità e strategie per meglio interpretare e gestire tale fenomeno e poter limitare le conseguenze ad esso connesse.

Lo studio ha sollevato notevole interesse da parte degli studenti; ciò si nota, oltre che dalle espressioni esplicite aggiunte che sottolineavano l'importanza di affrontare tale argomento, anche dal contributo offerto dagli stessi nel rispondere al questionario nella risposta libera, andando a descrivere situazioni spesso con un elevato carico emotivo. I dati raccolti attraverso le esperienze degli studenti, soprattutto per quanto riguarda la domanda aperta, descrivono come tale fenomeno assuma caratteristiche di trasversalità sia per quanto riguarda gli ambiti clinici sia per quanto riguarda gli anni di studio. Ciò deve essere tenuto presente nel programma didattico del Corso di Laurea, che deve promuovere una didattica trasversale, permettendo agli studenti di sviluppare competenza nella identificazione e gestione del moral distress, rielaborare le proprie emozioni e sviluppare coraggio morale. Ciò al fine di maturare una competenza etica che risulta, nel panorama sanitario attuale, un importante tassello per essere professionisti della salute rivolti al benessere della persona e in difesa di cure ed interventi nel rispetto dell'appropriatezza e della dignità della persona assistita. Una specifica formazione dovrebbe essere fornita anche ai tutor e alle guide di tirocinio, affinché possano accompagnare il percorso di maturazione etica degli studenti. Sembra fondamentale promuovere un'ulteriore ricerca sulla tematica, allo scopo di evidenziare ulteriori elementi che possano definire il fenomeno stesso, come, per esempio, fattori legati al contesto quali ambienti di tirocinio o legati all'ambito clinico.

BIBLIOGRAFIA

1. Albert, J. S., Younas, A., & Sana, S. (2020). Nursing students' ethical dilemmas regarding patient care: An integrative review. *Nurse education today*, 88, 104389. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104389>
2. Andersson, H., Svensson, A., Frank, C., Rantala, A., Holmberg, M., & Bremer, A. (2022). Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: an integrative systematic review. *BMC medical ethics*, 23(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00766-z>
3. Arries-Kleyenstüber E. J. (2021). Moral Resilience in Nursing Education: Exploring Undergraduate Nursing Students Perceptions of Resilience in Relation to Ethical Ideology. *SAGE open nursing*, 7, 23779608211017798. <https://doi.org/10.1177/23779608211017798>
4. Barlem, E. L., & Ramos, F. R. (2015). Constructing a theoretical model of moral distress. *Nursing ethics*, 22(5), 608–615. <https://doi.org/10.1177/0969733014551595>
5. Bickhoff, L., Sinclair, P. M., & Levett-Jones, T. (2017). Moral courage in undergraduate nursing students: A literature review. *Collegian*, 24(1), 71-83. doi: 10.1016/j.colegn.2015.08.002
6. Bordignon, S. S., Lunardi, V. L., Barlem, E. L., Dalmolin, G. L., Silveira, R., Souza Ramos, F. R., & Barlem, J. T. (2020). Development and Validation of a Moral Distress Scale for Nursing Students. *Journal of nursing measurement*, 28(3), 583–597. <https://doi.org/10.1891/JNM-D-19-00001>
7. Bordignon, S. S., Lunardi, V. L., Barlem, E., Dalmolin, G. L., da Silveira, R. S., Ramos, F., & Barlem, J. (2019). Moral distress in undergraduate nursing students. *Nursing ethics*, 26(7-8), 2325–2339. <https://doi.org/10.1177/0969733018814902>
8. Bordignon, S. S., Lunardi, V. L., Barlem, E. L., Silveira, R. S. D., Ramos, F. R., Dalmolin, G. D. L., & Barlem, J. G. T. (2018). Nursing students facing moral distress: strategies of resistance. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 1663-1670.
9. Cannaerts, N., Gastmans, C., & Dierckx de Casterlé, B. (2014). Contribution of ethics education to the ethical competence of nursing students: educators' and students' perceptions. *Nursing ethics*, 21(8), 861–878. <https://doi.org/10.1177/0969733014523166>

10. Chen, Q., Su, X., Liu, S., Miao, K., & Fang, H. (2021). The relationship between moral sensitivity and professional values and ethical decision-making in nursing students. *Nurse education today*, 105, 105056. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105056>
11. Corley M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing ethics*, 9(6), 636–650. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa>.
12. Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*, 33(2), 250–256. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x>
13. Dehghani, A., Sobhanian, M., & Faseleh Jahromi, M. (2022). The effect of communication skills training on nurses' moral distress: A randomized controlled trial. *Electron J Gen Med.* 2022; 19 (6): em404. <https://doi.org/10.29333/ejgm/12313>
14. Donnelly, M. B., Horsley, T. L., Adams, W. H., Gallagher, P., & Zibricky, C. D. (2017). Effect of Simulation on Undergraduate Nursing Students' Knowledge of Nursing Ethics Principles. *The Canadian journal of nursing research*, 49(4), 153–159. <https://doi.org/10.1177/0844562117731975>
15. Giannetta, N., Villa, G., Pennestrì, F., Sala, R., Mordacci, R., & Manara, D. F. (2020). Instruments to assess moral distress among healthcare workers: A systematic review of measurement properties. *International journal of nursing studies*, 111, 103767. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103767>
16. Erdil, F., & Korkmaz, F. (2009). Ethical problems observed by student nurses. *Nursing ethics*, 16(5), 589–598. <https://doi.org/10.1177/0969733009106651>
17. Escolar Chua, R. L., & Magpantay, J. (2019). Moral distress of undergraduate nursing students in community health nursing. *Nursing ethics*, 26(7-8), 2340–2350. <https://doi.org/10.1177/0969733018819130>
18. Escolar-Chua R. L. (2018). Moral sensitivity, moral distress, and moral courage among baccalaureate Filipino nursing students. *Nursing ethics*, 25(4), 458–469. <https://doi.org/10.1177/0969733016654317>
19. Fagan, A., Lea, J., & Parker, V. (2021). Conflict, confusion and inconsistencies: Pre-registration nursing students' perceptions and experiences of speaking up for patient safety. *Nursing inquiry*, 28(1), e12381. <https://doi.org/10.1111/nin.12381>

20. Feeg, V. D., Mancino, D. J., Rushton, C. H., Waligora Mendez, K. J., & Baierlein, J. (2021). Ethical Dilemmas for Nursing Students and Faculty: In Their Own Voices. *Nursing education perspectives*, 42(1), 29–35. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000730>
21. Gibson, E., Duke, G., & Alfred, D. (2020). Exploring the Relationships Among Moral Distress, Moral Courage, and Moral Resilience in Undergraduate Nursing Students. *The Journal of nursing education*, 59(7), 392–395. <https://doi.org/10.3928/01484834-20200617-07>
22. Gibson E. (2018). Student courage: An essential for today's health education. *Nursing forum*, 10.1111/nuf.12254. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/nuf.12254>
23. Ham K. (2004). Principled thinking: a comparison of nursing students and experienced nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(2), 66–73. <https://doi.org/10.3928/0022-0124-20040301-08>
24. Hamric, A. B., Borchers, C. T., & Epstein, E. G. (2012). Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*, 3(2), 1-9. <https://doi.org/10.1080/21507716.2011.652337>
25. Han, S. S., & Ahn, S. H. (2000). An analysis and evaluation of student nurses' participation in ethical decision making. *Nursing ethics*, 7(2), 113–123. <https://doi.org/10.1177/096973300000700204>
26. Hardingham L. B. (2004). Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals*, 5(2), 127–134. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00160.x>
27. Harvey, G., MacLean, H., & Catena, R. (2021). Using Tag Team Simulation for Ethics Education in Undergraduate Nursing Students. *Clinical Simulation in Nursing*, 56, 121–124. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.04.006>.
28. Honkavuo L. (2021). Ethics simulation in nursing education: Nursing students' experiences. *Nursing ethics*, 28(7-8), 1269–1281. <https://doi.org/10.1177/0969733021994188>
29. Janatolmakan, M., Dabiry, A., Rezaeian, S., & Khatony, A. (2021). Frequency, severity, rate, and causes of moral distress among nursing students: A cross-sectional study. *Education Research International*, 2021 doi: 10.1155/2021/6673292

30. Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Clin Issues Perinat Womens Health Nurs.* 1993;4(4):542-51.
31. Krautscheid, L., DeMeester, D. A., Orton, V., Smith, A., Livingston, C., & McLennon, S. M. (2017). Moral Distress and Associated Factors Among Baccalaureate Nursing Students: A Multisite Descriptive Study. *Nursing education perspectives*, 38(6), 313–319. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000214>
32. Krautscheid, L., Mood, L., McLennon, S. M., Mossman, T. C., Wagner, M., & Wode, J. (2020). Examining Relationships Between Resilience Protective Factors and Moral Distress Among Nursing Students. *Nursing education perspectives*, 41(1), 43–45. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000471>
33. Ko, H. K., Chin, C. C., & Hsu, M. T. (2018). Moral Distress Model Reconstructed Using Grounded Theory. *The journal of nursing research: JNR*, 26(1), 18–26. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000189>
34. Kucukkelepce, G. E., Dinc, L., & Elcin, M. (2020). Effects of using standardized patients on nursing students' moral skills. *Nursing ethics*, 27(7), 1587–1602. <https://doi.org/10.1177/0969733020935954>
35. Lee, W., Choi, S., Kim, S., & Min, A. (2020). A Case-Centered Approach to Nursing Ethics Education: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7748. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217748>
36. Lewis, L. F., & Jarvis, L. (2019). Undergraduate nursing students' experiences and attitudes towards working with patients with opioid use disorder in the clinical setting: A qualitative content analysis. *Nurse education today*, 73, 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.001>
37. Macpherson, I., Roqué, M. V., & Segarra, I. (2020). Moral dilemmas involving anthropological and ethical dimensions in healthcare curriculum. *Nursing ethics*, 27(5), 1238–1249. <https://doi.org/10.1177/0969733020914382>
38. McLeod-Sordjan R. (2014). Evaluating moral reasoning in nursing education. *Nursing ethics*, 21(4), 473–483. <https://doi.org/10.1177/0969733013505309>
39. Mæland, M. K., Tingvatn, B. S., Rykkje, L., & Drageset, S. (2021). Nursing Education: Students' Narratives of Moral Distress in Clinical Practice. *Nursing reports*, 11(2), 291–300. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020028>

40. Martins, V., Santos, C., Bataglia, P., & Duarte, I. (2021). The Teaching of Ethics and the Moral Competence of Medical and Nursing Students. *Health care analysis: HCA: journal of health philosophy and policy*, 29(2), 113–126. <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00401-1>
41. Martins, V., Santos, C., & Duarte, I. (2020). Bioethics education and the development of nursing students' moral competence. *Nurse education today*, 95, 104601. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104601>
42. Mazzotta, R., De Maria, M., Bove, D., Badolamenti, S., Saraiva Bordignon, S., Silveira, L., Vellone, E., Alvaro, R., & Bulfone, G. (2021). Moral distress in nursing students: Cultural adaptation and validation study. *Nursing ethics*, 9697330211030671. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/09697330211030671>
43. Mehdipour Rabori, R., Dehghan, M., & Nematollahi, M. (2019). Nursing students' ethical challenges in the clinical settings: A mixed-methods study. *Nursing ethics*, 26(7-8), 1983–1991. <https://doi.org/10.1177/0969733018810766>
44. Milton C. L. (2003). The American Nurses Association Code of Ethics: a reflection on the ethics of respect and human dignity with nurse as expert. *Nursing science quarterly*, 16(4), 301–304. <https://doi.org/10.1177/0894318403257027>
45. Monrouxe, L. V., Rees, C. E., Dennis, I., & Wells, S. E. (2015). Professionalism dilemmas, moral distress and the healthcare student: insights from two online UK-wide questionnaire studies. *BMJ open*, 5(5), e007518.
46. Monteverde S. (2016). Caring for tomorrow's workforce: Moral resilience and healthcare ethics education. *Nursing ethics*, 23(1), 104–116. <https://doi.org/10.1177/0969733014557140>
47. Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2022). The moral distress model: An empirically informed guide for moral distress interventions. *Journal of clinical nursing*, 31(9-10), 1309–1326. <https://doi.org/10.1111/jocn.15988>
48. Nash, W., Mixer, S. J., McArthur, P. M., & Mendola, A. (2016). The moral courage of nursing students who complete advance directives with homeless persons. *Nursing ethics*, 23(7), 743–753. <https://doi.org/10.1177/0969733015583926>

49. Ong, R., Wong, R., Chee, R., Quek, C., Burla, N., Loh, C., Wong, Y. A., Chok, A. K., Teo, A., Panda, A., Chan, S., Shen, G. S., Teoh, N., Chin, A., & Krishna, L. (2022). A systematic scoping review moral distress amongst medical students. *BMC medical education*, 22(1), 466. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03515-3>
50. Palacios-Ceña, D., Velarde-García, J. F., Espejo, M. M., González-Hervías, R., Álvarez-Embarba, B., Rodríguez-García, M., Oliva-Fernández, O., González-Sanz, P., Moro-López-Menchero, P., Fernández-de-Las-Peñas, C., & Cachón-Pérez, J. M. (2022). Ethical challenges during the COVID-19 pandemic: Perspectives of nursing students. *Nursing ethics*, 29(2), 264–279. <https://doi.org/10.1177/09697330211030676>
51. Palese, A., Gonella, S., Destrebecq, A., Mansutti, I., Terzoni, S., Morsanutto, M., Altini, P., Bevilacqua, A., Brugnolli, A., Canzan, F., Ponte, A. D., De Biasio, L., Fasci, A., Grosso, S., Mantovan, F., Marognolli, O., Nicotera, R., Randon, G., Tollini, M., Saiani, L., ... Dimonte, V. (2019). Opportunity to discuss ethical issues during clinical learning experience. *Nursing ethics*, 26(6), 1665–1679. <https://doi.org/10.1177/0969733018774617>
52. Park, M., Kjervik, D., Crandell, J., & Oermann, M. H. (2012). The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nursing ethics*, 19(4), 568–580. <https://doi.org/10.1177/0969733011433922>
53. Peluso J. (2017). Moral Distress and Associated Factors among Baccalaureate Nursing Students: A Multi-Site Descriptive Study. *Nursing education perspectives*, 38(6), E1. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000229>
54. Rabori, R., Dehghan, M., & Nematollahi, M. (2019). Nursing students' ethical challenges in the clinical settings: A mixed-methods study. *Nursing ethics*, 26(7-8), 1983–1991. <https://doi.org/10.1177/0969733018810766>
55. Ramos, F. R., Brehmer, L. C., Vargas, M. A., Trombetta, A. P., Silveira, L. R., & Drago, L. (2015). Ethical conflicts and the process of reflection in undergraduate nursing students in Brazil. *Nursing ethics*, 22(4), 428–439. <https://doi.org/10.1177/0969733014538890>
56. Range, L. M., & Rotherham, A. L. (2010). Moral distress among nursing and non-nursing students. *Nursing ethics*, 17(2), 225–232. <https://doi.org/10.1177/0969733009352071>

57. Rennó, H., Ramos, F., & Brito, M. (2018). Moral distress of nursing undergraduates: Myth or reality? *Nursing ethics*, 25(3), 304–312. <https://doi.org/10.1177/0969733016643862>
58. Reader, R. L. (2015). Students' experiences in associate degree nursing programs: A qualitative study looking at moral distress. *Teaching and Learning in Nursing*, 10(3), 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2015.05.001>
59. Sasso, L., Bagnasco, A., Bianchi, M., Bressan, V., & Carnevale, F. (2016). Moral distress in undergraduate nursing students: A systematic review. *Nursing Ethics*, 23(5), 523–534. <https://doi.org/10.1177/>
60. Sedgwick, M., Yanicki, S., Harder, N., & Scott, D. (2021). A scoping review of the integration of ethics education in undergraduate nursing high-fidelity human simulation-based learning. *Journal of clinical nursing*, 30(5-6), 605–614. <https://doi.org/10.1111/jocn.15552>
61. Sinclair, J., Papps, E., & Marshall, B. (2016). Nursing students' experiences of ethical issues in clinical practice: A New Zealand study. *Nurse education in practice*, 17, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.01.005>
62. Song, J. (2018). Ethics Education in Nursing: Challenges for Nurse Educators. *Kai Tiaki Nursing Research*, 9(1), 1217. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=133618886&lang=it-it&site=ehost-live>.
63. Theobald A. (2013). Moral distress in baccalaureate nursing students. *Kentucky nurse*, 61(2), 5–6.
64. Tian, X., Jin, Y., Chen, H., & Jiménez-Herrera, M. F. (2021). Instruments for Detecting Moral Distress in Clinical Nurses: A Systematic Review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. <https://doi.org/10.1177/0046958021996499>
65. Woods M. (2014). Beyond moral distress: preserving the ethical integrity of nurses. *Nursing ethics*, 21(2), 127–128. <https://doi.org/10.1177/0969733013512741>
66. Wojtowicz, B., & Hagen, B. (2014). A guest in the house: nursing instructors' experiences of the moral distress felt by students during inpatient psychiatric clinical rotations. *International journal of nursing education scholarship*, 11, 2013–2086. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2013-0086>

67. Wocial, L. D., & Weaver, M. T. (2013). Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer. *Journal of advanced nursing*, 69(1), 167–174. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06036.x>
68. Wojtowicz, B., Hagen, B., & Van Daalen-Smith, C. (2014). No place to turn: nursing students' experiences of moral distress in mental health settings. *International journal of mental health nursing*, 23(3), 257–264. <https://doi.org/10.1111/inm.12043>
69. Wros, P. L., Mathews, L. R., Beiers-Jones, K., & Warkentin, P. (2021). Moral distress in public health practice: Case studies from nursing education. *Public health nursing*, 38(6), 1088–1094. <https://doi.org/10.1111/phn.12948>

SITOGRAFIA

- <https://www.medicinadimed.unipd.it/corsi/corsi-di-laurea-0/infermieristica> data consultazione 08/03/22
- <https://www.uniud.it/it/didattica/corsi/area-medica/laurea/infermieristica/corso/piano-di-studio/2021-2022/view> data consultazione 08/03/22
- <https://www.corsi.univr.it/?ent=cs&id=471> data consultazione 08/03/22
- <https://www.unimi.it/it/corsi/corsi-di-laurea/infermieristica> data consultazione 08/03/22
- <http://www.unife.it/medicina/infermieristica> data consultazione 08/03/22
- <https://corsi.unibo.it/laurea/Infermieristica> data consultazione 08/03/22
- <https://www.infermieristica.unifi.it/p-cor2-2021-101228-B162-GEN-1.html> data consultazione 08/03/22
- <https://corsidilaurea.uniroma1.it/it/corso/2022/29969/home> consultazione 08/03/22
- <http://www.gfingrassia.unict.it/corsi/lsnt1> data consultazione 08/03/22
- https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf data consultazione 25/02/22-01/03/22

DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- Documento di indirizzo sul tirocinio (2016) Università degli Studi di Padova.
- International Council of Nursing. (2021). The ICN code of ethics for nurses. <https://www.cnai.pro/post/codice-deontologico-icn-2021>
- Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2019) Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche.

ALLEGATI

Allegato 1: Tabella riassuntiva corsi di formazione in ambito etico

CdLtriennale Infermieristica	Corso in etica o bioetica o deontologia previsto dal curriculum formativo?	Nei corsi di etica, bioetica deontologia viene trattato l'argomento moral distress?	Anno di svolgimento	C F U
Università degli Studi di Udine	SI (bioetica all'interno di "Gestione del rischio clinico e tutela del paziente")	NO	Terzo Anno	1
Università degli Studi di Verona	SI integrato nel corso di Principi legali, bioetici e deontologici dell'esercizio professionale	NO	Terzo anno (Bioetica)	2
			Terzo anno (Deontologia e regolamentazione dell'esercizio professionale)	1
Università degli Studi di Padova	SI (bioetica integrato con teoria e filosofia del nursing)	NO	Terzo anno	5
Università degli Studi di Milano	SI all'interno del corso scienze infermieristiche e generali	NO	Primo anno	4
Università degli Studi di Bologna	SI integrato nel corso salute e cure territoriali	NO	Terzo anno	1
Università degli Studi di Ferrara	SI integrato nel corso di infermieristica in area medica)	NO	Secondo anno (Deontologia professionale)	1
Università degli Studi di Firenze	SI integrato nel corso di organizzazione e gestione dei processi assistenziali	NO	Terzo anno	1
Università La Sapienza Roma	SI integrato nel corso di fondamenti delle scienze infermieristiche	NO	Primo anno	1
Università degli Studi di Catania	SI integrato nel corso scienze infermieristiche e modelli teorici del nursing	NO	Primo anno	2
Università degli Studi di Bari	SI integrato nel corso di aspetti etico-giuridici della professione infermieristica	NO	Terzo anno	1