

L'INFERMIERE

Notiziario Aggiornamenti Professionali

ONLINE

Anno LXII

4

ISSN 2038-0712

**LUGLIO-AGOSTO
2018**



FNOPI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

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

INDICE

● EDITORIALE

Carenza infermieri: puntare a un sistema che garantisca maggiore occupazione ma soprattutto maggiori competenze

di Barbara Mangiacavalli

● INFERMIERE & LAVORO

Dividendo aziendale: una possibilità di incrementare i fondi aziendali per la contrattazione integrativa aziendale

di Saverio Proia

● SCIENZE INFERMIERISTICHE

Le competenze distintive del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche in Italia: survey con il metodo Delphi

di Elena Lovicu, Giulio Bizzaglia, Caterina Galletti

L'aderenza del paziente con malattia renale cronica e in dialisi. Esiti di interventi educativi. Il ruolo dell'Infermiere. Una revisione di revisioni

di Patrizia Quaranta, Antonello Pizzolante, Fernando Rizzo, Francesco Caccetta, Vincenzo Montinaro

● CONTRIBUTI

Home therapy per l'angioedema ereditario: Responsabilità infermieristiche

di Lucia Esposito

● ESPERIENZE

Il Caring Massage®: un valore aggiunto all'assistenza infermieristica

di Paola Di Paolo

Le flebiti correlate ai CVP: utilizzo della Visual Infusion Phlebitis Score per un'efficace prevenzione

di Fabio Mozzarelli, Valentina Ferrari

Alimentazione sana, consapevolezza e conoscenze: una web-survey tra infermieri e studenti in infermieristica

di Diletta Calamassi, Chiara Carmignani, Letizia da Vico, Ludovica Tamburini

L'infermiere per il controllo qualità dei servizi esternalizzati: un ruolo emergente con funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo

di Melissa Teodorini

Il tutorato pedagogico infermieristico: una funzione da valorizzare

di Andreina Zavaglio, Giuseppe Marmo, Gina Ballella, Barbara Banchio, Lucia Baruffaldi, Anna Maria Bergui, Debora Bologna, Marisa Bonino, Paola Caggiano, Silvana Cecchin, Luana Chiantor, Fabrizia Cogo, Daniela Depaoli, Antonella Fanello, Beatrice Graziani, Silvano Gregorino, Federica Ilari, Roberta Oriani, Silvana Paoletti, Daniela Pozzati, Mariantonietta Quartagno, Patrizia Sampietro Coen, Valerio Dimonte

● SCAFFALE

Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica

di Silvia Marcadelli, Paola Obbia, Cesarina Prandi

Legislazione sanitaria

di Maria Teresa Camera, Giampiero Camera



EDITORIALE

Carenza infermieri: puntare a un sistema che garantisca maggiore occupazione ma soprattutto maggiori competenze*di Barbara Mangiacavalli**Presidente Federazione Nazionale Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI)*

Abbiamo pochi infermieri assunti nel SSN o chiaramente stabilizzati dentro altri istituti privati, è un dato di fatto. E spesso sono anche utilizzati impropriamente in attività e competenze che non sono caratterizzanti la nostra professione.

Assistiamo a un uso inappropriato di professionisti per colmare le carenze con cooperative e lavoro interinale che penalizzano soprattutto i giovani e creano un effetto placebo sugli organici di alcune Regioni non consentendo il loro reale adeguamento ma soprattutto non garantendo lo sviluppo di competenze avanzate spendibili nel sistema.

Il ministro della Salute Giulia Grillo, nell'incontro che abbiamo sollecitato perché non si può parlare solo di carenza di medici - ci ha garantito la costituzione di un gruppo di lavoro a cui, oltre al ministero e alla FNOPI, parteciperanno anche i cittadini, primi destinatari della nostra professionalità.

Ministro che ha spontaneamente sollevato la questione delle retribuzioni contrattuali nel momento in cui abbiamo sottolineato che siamo gli infermieri peggio pagati d'Europa e che rischiamo di vedere anche ridotta nei prossimi anni la nostra busta paga.

Un gruppo di lavoro che dovrà dare soluzioni concrete al problema e riconoscere quanto più sarà possibile le specializzazioni infermieristiche e in molti casi l'infungibilità di queste, proprio per garantire un'assistenza non casuale e di compromesso organizzativo, ma di elevata qualità e che risponda ad obiettivi di salute di medio lungo termine.

Il problema, ovviamente, resta quello delle risorse, nonostante i tentativi in atto di superare il vincolo della riduzione rispetto ai valori di spesa del 2004.

In questo quadro, quello che secondo noi va messo in campo è uno scenario in cui avvenga una trasformazione strutturale nell'organizzazione del lavoro che deve riuscire a produrre un sistema, come indicano anche i parametri e le organizzazioni internazionali, a minore densità medica (con una loro maggiore focalizzazione e specializzazione) per lasciare Possibilità di espressione ad altri professionisti.

Si deve riuscire ad aumentare rapidamente l'assunzione di infermieri per accompagnare l'evoluzione dei bisogni e migliorare appropriatezza e sostenibilità del sistema, soprattutto nelle regioni in cui demografia ed epidemiologia rendono il gap bisogni offerta più ampio.

Per realizzare l'obiettivo Intanto è necessario:

1. definire target espliciti di rapporto infermieri rispetto agli assistiti e agli abitanti e nello skill mix con le altre professioni da raggiungere entro periodi determinati;
2. accompagnare i cambiamenti con azioni (sperimentazioni, formazione, trasferimento di esperienze e così via) che aiutino l'evoluzione del sistema verso una Densità diversa tra professionisti come già avviene ad esempio nei modelli anglosassoni.

Questo perché da qui al futuro:

- la cronicità e la demografia in genere aumentano e aumenteranno i bisogni di assistenza ed in particolare di assistenza infermieristica;
- la crescita professionale degli infermieri permette di allargare i le nostre competenze e il nostro ambito di azione consentendo per altro ad altre professioni, come quella medica, di focalizzarsi sulle aree di cura in cui fanno realmente la differenza (i medici sono una risorsa più scarsa e costosa e vanno impiegati dopo avere "saturato" le potenzialità infermieristiche) e permettere così a noi di concentrarsi sulla nostra specifica professionale.

Naturalmente il discorso da fare è complessivo e deve coinvolgere tutte le professioni, non solo quella infermieristica.

Ma il parametro di riferimento è e deve restare il paziente.

In questo senso parla chiaro l'Ocse: "Gli italiani invecchiano e la domanda di assistenza sanitaria sale. La popolazione italiana è una delle più vecchie al mondo: quasi il 20% supera i 65 anni di età e, secondo i dati Istat, nel 2050 circa l'8% degli italiani avrà più di 85 anni. Il sistema sanitario italiano, al momento, potrebbe non essere in grado di far fronte a questi cambiamenti, in particolare per quanto riguarda il rinnovo e l'assunzione del personale infermieristico. Si calcola che la carenza di infermieri, già importante soprattutto al Nord, aumenti ogni anno a causa dello squilibrio tra i pensionamenti (17 mila all'anno) e le nuove assunzioni (8 mila all'anno). L'Italia ha meno infermieri che medici la maggior parte dei quali (70%) lavorano in strutture pubbliche. L'università italiana non forma abbastanza infermieri: dovrebbe incrementare la capacità dei corsi per le professioni infermieristiche, ma le domande di ammissione rimangono più alte dei posti disponibili, soprattutto al Sud. La carenza è dovuta alla mancata copertura dei posti di lavoro di circa il 15 per cento".

Per farlo secondo l'Oms l'Italia deve rispondere ad alcune sfide tra cui oltre a difendere meglio l'accesso universale all'assistenza ("una parte della popolazione ha esigenze sanitarie che non ricevono assistenza" secondo l'Oms, specie in alcune Regioni creando diversità e disuguaglianze), deve aumentare ancora una volta il numero di infermieri: Il numero degli operatori del sistema sanitario è cresciuto negli ultimi dieci anni. La percentuale di medici è di 3.8 ogni 1000 abitanti, un valore più elevato rispetto alla media UE (3.6). Invece il numero di infermieri rimane basso: 6.5 ogni 1000 abitanti.

Il cambiamento demografico ed epidemiologico legato all'invecchiamento e all'aumento dei fattori di rischio tra gli adolescenti, richiede un riorientamento dei servizi sanitari verso l'assistenza di base e i servizi di prevenzione, entrambi meno sviluppati in Italia rispetto ad altri Paesi dell'Ocse.

Oggi l'Italia, dove di infermieri ne mancano almeno 53mila, è tra i paesi Ocse al 24° posto (su 35 paesi) nel rapporto infermieri ogni 1000 abitanti (al 15° nell'Ue-28) e dopo di lei, Spagna a parte, ci sono nazioni che non brillano per l'organizzazione dei servizi sanitari, mentre ai primi posti ci sono i Paesi del Nord Europa (Norvegia, Svizzera, Danimarca, Islanda, Finlandia, la stessa Germania e così via), tutti a partire dai 7,9 infermieri per mille abitanti del Regno Unito (che pure chiede infermieri all'Italia) fino ai 17,7 della Norvegia.

In Italia in realtà la situazione va ogni anno peggiorando e si perdono in media tra i 2.500 e 4.500 infermieri l'anno.

La carenza di infermieri è considerata un grave rischio per i sistemi sanitari oltre che per la salute dei cittadini anche a livello internazionale.

La campagna "Nursing Now", avviata quest'anno da Oms e Icn, l'International Council of Nurses, Consiglio internazionale delle infermiere, sottolinea anzitutto che senza interventi - ritenuti necessari e urgenti - nel 2030 mancheranno nel mondo 9 milioni di infermieri e aggiunge che è necessario migliorare la percezione degli infermieri, migliorare la loro influenza e massimizzare il loro contributo per garantire che tutti abbiano accesso alla salute e all'assistenza sanitaria.

La campagna Oms-ICN prevede entro la fine del 2020 di raggiungere cinque obiettivi, analoghi in gran parte a quelli già evidenziati nella ricerca Oasi 2017 dalla Sda Cergas Bocconi:

1. maggiori investimenti per migliorare l'istruzione, lo sviluppo professionale, gli standard, la regolamentazione e le condizioni di lavoro per gli infermieri;
2. maggiore e migliore diffusione di pratiche efficaci e innovative nell'infermieristica;
3. maggiore influenza per infermieri sulla politica sanitaria globale e nazionale, come parte di un più ampio sforzo per garantire che la forza lavoro della salute sia maggiormente coinvolta nel processo decisionale;
4. più infermieri in posizioni di comando e maggiori opportunità di sviluppo a tutti i livelli;
5. fornire ai responsabili politici e decisionali riferimenti per comprendere dove l'infermieristica può avere il maggiore impatto, cosa impedisce agli infermieri di raggiungere il loro pieno potenziale e come affrontare questi ostacoli.

E questi sono anche i nostri obiettivi che ci prepariamo a raggiungere mettendoci al lavoro con il ministro, i cittadini e le altre professioni. Tutti dobbiamo puntare ad un sistema dove non solo si garantisca una maggiore occupazione ma soprattutto maggiori competenze e rispetto nell'assolvere i mandati professionali specifici di ogni professione. Oggi così non è e, non solo noi infermieri, rischiamo di perdere specificità e appropriatezza per rincorrere i deficit economici organizzativi, rinunciando quindi allo sviluppo di assistenza e cura del nostro paese.



INFERMIERE & LAVORO contratti – normativa e giurisprudenza

Dividendo aziendale: una possibilità di incrementare i fondi aziendali per la contrattazione integrativa aziendale

di Saverio Proia

Una premessa

Una delle modalità nella contrattazione integrativa aziendale, per incrementare i fondi “premierali e fasce” che in parte possono essere annualmente trasferiti ai fondi “condizioni di lavoro ed incarichi” e quindi, poter finanziare ulteriori incarichi professionali di esperto e/o di specialista, può derivare dalla programmazione concertata di iniziative per evitare sprechi e dispersione di risorse economiche attraverso la compartecipazione del personale nella lotta agli sprechi nel sistema sanitario.

Infatti, all'interno di una rinnovata e riaffermata politica di contenimento della spesa, coniugata ad un investimento nella risorsa principale del Settore che è rappresentata dal patrimonio delle professionalità, sarebbe quanto mai opportuno verificare e dar corso all'opzione prevista dall'art. 16 del decreto legge n. 98/2011 (convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 111/2011) che rappresenta uno strumento legislativo in grado di incentivare la partecipazione attiva dei professionisti e degli operatori.

L'articolo 16

Il suddetto articolo recita così:

“Omissis 5. In relazione ai processi di cui al comma 4, le eventuali economie aggiuntive effettivamente realizzate rispetto a quelle già previste dalla normativa vigente, dall'articolo 12 e dal presente articolo ai fini del miglioramento dei saldi di finanza pubblica, possono essere utilizzate annualmente, nell'importo massimo del 50 per cento, per la contrattazione integrativa, di cui il 50 per cento destinato alla erogazione dei premi previsti dall'articolo 19 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150”.

Si tratta pertanto, di uno strumento legislativo in grado di incentivare la partecipazione attiva dei professionisti e degli operatori. Questo, con la previsione per la quale una quota dei risparmi derivanti da processi di ristrutturazione, riorganizzazione e innovazione possa essere destinata, secondo criteri definiti dalla contrattazione integrativa, al personale direttamente coinvolto.

E ancora, alla stessa contrattazione decentrata, idea forza, contenuta nell'art. 81 del vigente CCNL già prevista dall' art. 38, comma 4, lettera b) del CCNL Sanità 1998/2001 e l'art. 30, comma 2, lettera b) del CCNL Sanità 2002/2005 e relativamente al personale medico e degli altri profili dirigenziali l'art. 9 - Coordinamento Regionale CCNL 2002 – 2005 biennio economico 2002 – 2003 Area III e IV e precisamente al comma 1. dell'art. 9 lettere D. F e G. e l'art. 55, comma 1, lettera d, comma 2 del CCNL 8 giugno 2000.

Tali disposti normativi disciplinano la possibilità di incremento dei salari individuali ed indirettamente dei fondi del salario accessorio, in presenza di processi di razionalizzazione della spesa.

La previsione descritta rappresenta la conferma delle disposizioni tutt'ora vigenti e che trovano origine nell'art. 38 del precedente CCNL per il comparto nonché dell'analogo art. 52 dell'area della dirigenza medica-veterinaria dei CC.CC.NN.LL. 1998/2001. Non si tratta quindi né di risorse né di costi aggiuntivi, ma di semplice riaffermazione delle disposizioni contrattuali già in essere.

L'ambito contrattuale

In questa logica e all'interno del nuovo modello di relazioni sindacali andrebbe potenziato l'ambito contrattuale che favorisca:

- Il raggiungimento degli obiettivi di produttività ed efficienza delle Aziende Sanitarie tale da potenziare il margine della produttività medesima;
- Lo sviluppo della partecipazione e la condivisione al processo di aziendalizzazione in grado di determinare nei distretti, negli ospedali, nei dipartimenti di prevenzione e nelle funzioni direzionali, azioni volte a rendere più adeguato ed appropriato l'intervento di tutela della salute individuale e collettiva;
- L'individuazione "delle migliori pratiche" che contribuiscano al coinvolgimento ed alla responsabilizzazione delle parti sociali come condizione per favorire e concretizzare istituti partecipativi e, parimenti, aumentare la produttività. Tutto ciò, coinvolgendo i lavoratori nei risultati economici aziendali attraverso l'erogazione economica del contro valore del maggior impegno profuso, che si qualifichi come vero e proprio "dividendo aziendale" da ripartire tra Azienda e "risorsa umana e professionale".

Lo sviluppo della contrattazione integrativa di secondo livello dovrebbe considerare la necessità di corrispondere a figure professionali sempre più specializzate, autonome e responsabilizzate, un conseguente adeguamento delle retribuzioni tendendo ad un sistema retributivo, che sappia individuare un giusto riconoscimento a capacità e competenze e che sappia valorizzare il merito favorendo la crescita professionale di chi vuole fare di più.

Ne conseguirebbe l'indispensabilità di costruire un sistema che consideri le modifiche dell'organizzazione del lavoro e l'evoluzione delle professionalità come patrimonio di valorizzazione del lavoro e di tutti i professionisti, ciascuno con la sua professionalità, ruolo e responsabilità, con un connotato meritocratico che sia supportato da un modello di valutazione oggettiva, trasparente e permanente che preveda forme di un qualche coinvolgimento degli utenti.

E' evidente che un confronto su questo obiettivo da realizzare con le OO.SS. del Comparto avrebbe maggior valore strategico se potesse svilupparsi anche con la presenza delle organizzazioni sindacali della dirigenza.

Questo, perché la lotta agli sprechi può trovare maggior forza, convinzione e compartecipazione non solo da un possibile accordo quadro a livello aziendale ma anche da un chiarimento dello scenario di riferimento che indichi procedure e modalità per avviare e concludere le rispettive contrattazioni aziendali e che, se in presenza di risparmi dimostrati e certificati da soggetti terzi, possano definire modalità di riparto di quote premiali al personale direttamente coinvolto nel conseguimento di tali risultati e, di quote destinate al miglioramento dei servizi resi ai cittadini.

Come ho precedentemente ricordato, parte di questi fondi possono essere annualmente dirottati nel “fondo degli incarichi” così da finanziare nuovi incarichi di esperto e di specialista, visto che l’aspetto più critico di questa innovativa realtà contrattuale è proprio la questione risorse economiche per darne corso.

Le competenze distintive del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche in Italia: survey con il metodo Delphi

Elena Lovicu¹, Giulio Bizzaglia², Caterina Galletti³

¹Dottore magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, infermiera Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, ²PhD, sociologo, docente a contratto di sociologia dei processi economici e del lavoro e di metodi e tecniche per la ricerca sociale qualitativa presso l'UCSC, sede di Roma, ³Coordinatore attività pratiche e di tirocinio, laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica del S. Cuore di Roma

Corrispondenza: caterina.galletti@unicatt.it

RIASSUNTO

Introduzione I sistemi sanitari hanno bisogno di professionisti formati e competenti per adeguarsi ai cambiamenti sociodemografici, agli effetti della globalizzazione e all'evoluzione delle tecnologie. Le competenze sono uno snodo strategico, consentono di far dialogare diversi sottosistemi (istituzioni, università, imprese e lavoro) per definire i traguardi di specifiche tipologie di corsi di studio.

Il presente lavoro, a dodici anni dall'avvio in Italia della laurea specialistica/magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, ha la finalità di fare il punto riguardo le competenze che distinguono il professionista laureato così da riuscire a individuare la visione condivisa degli esperti e prefigurare il futuro della figura del laureato magistrale.

Materiali e metodi E' stato utilizzato il metodo Delphi con la formazione di un *panel* di 8 esperti a cui sono stati somministrati 2 questionari. Il primo con 10 temi di indagine su cui esprimere liberamente il proprio pensiero; il secondo, risultante dalla sintesi delle risposte del primo, sulle quali esprimere il grado di accordo con le singole affermazioni.

Risultati Gli esperti concordano nel ritenere che la formazione ha un ruolo prioritario per lo sviluppo delle competenze distintive; trovano maggior consenso e uniformità di giudizio, *leadership* e lavoro di squadra. Le competenze che sono state delineate tratteggiano la figura di un *middle manager* i cui margini di attività sono: organizzare, coordinare e supervisionare un *team* di persone e anche interi processi clinico/organizzativi.

Conclusioni Questa indagine consente di tracciare nuove linee di discussione per lo sviluppo del profilo del laureato magistrale e del suo *core curriculum*.

Parole chiave: competenza avanzata, *core competencies*, metodo Delphi, scienze infermieristiche e ostetriche, sviluppo professionale

Core competencies after master's degree in nursing and midwifery in Italy: a Delphi study

ABSTRACT

Introduction Health systems need trained and competent professionals to meet socio-demographic changes, the effects of globalization and the evolution of technology. Professional skills are a strategic hub to put in communication different subsystems (education, university, work) to define what goals of specific types of study courses should be considered.

Twelve years after starting the master's degree in nursing, this study aims to focus on the distinctive skills of the professional graduate, so as to be able to identify the shared vision of the experts and prefigure the future of the master's degree.

Methods For this survey, we used Delphi method: a panel of 8 experts was formed, to whom two questionnaires were administered. The first one was composed of 10 topics of investigation on which they can express freely their opinion; the second one, the result from the synthesis of the first answers, to express the degree of agreement on individual statements.

Results Experts agree that education plays a major role in contributing to the development of core com-

petencies. Among the skills required the “teamwork” and the “leadership” have greater consensus and uniformity of opinion.

The outlined skills present a middle manager who has the role of organizing, coordinating and supervising not only a team of people, but also entire clinical/organizational processes.

Conclusions This survey allows to draw new lines of discussion for the development of the master's degree and its core curriculum.

Keywords: advanced competence, core competencies, Delphi method, nursing and midwifery science, professional development

INTRODUZIONE

La formazione infermieristica e ostetrica, nell'attuale configurazione dei cicli universitari (laurea triennale, laurea magistrale, dottorato di ricerca) delineata dal processo di Bologna (1999), promuove per infermieri e ostetriche una progressiva preparazione culturale, tecnico-scientifica e organizzativo-gestionale per elevare le competenze sia clinico-assistenziali, sia di docenza, di ricerca, di direzione e gestione di servizi sanitari.

Nel contesto italiano, l'evoluzione del percorso formativo delle professioni sanitarie ha richiesto il riordino complessivo e armonico dei cicli formativi universitari (D. MIUR n. 270/2004) e la rivisitazione del ruolo, delle competenze, delle funzioni di questi professionisti (D.M. n. 739/199; D.M. n. 740/1994; D.M. n. 70/1997; L. n. 42/1999; L. n. 43/2006).

Il dibattito in ambito formativo sullo sviluppo delle competenze è avvenuto in numerosi e svariati contesti nazionali e internazionali (Commissione Europea, 2009; Da Re F, 2013) e l'adozione di modelli di apprendimento basati sulle competenze (*core competence*) è considerata uno snodo strategico in grado di mettere in comunicazione e far dialogare tra loro diversi subsistemi (istituzioni, università, imprese e lavoro) per definire i traguardi di specifiche tipologie di corsi di studio (Paparella N, 2009).

Il tema dell'accrescimento e del riconoscimento delle competenze è molto attuale ma un'analisi della letteratura di settore fa emergere quanto sia arduo definire in modo univoco competenza “esperta”, competenza “specialistica” e competenza “avanzata” (Benner P, 2003; Meretoja et al., 2004; Galletti et al., 2008; ICN 2008; ICN-CNAI 2010) in quanto il termine ha molte sfaccettature e racchiude diversi significati, secondo il contesto e la cultura in cui viene utilizzato (Tognoni G, 2016).

I sistemi sanitari hanno bisogno di professionisti formati e competenti per adeguarsi ai cambiamenti sociodemografici, agli effetti della globalizzazione e all'evoluzione delle tecnologie (Longo F, 2016). I mutamenti in atto nella sanità, creando incertezza su quali siano i confini dell'esercizio professionale, i modelli assistenziali, l'*accountability* e le responsa-

bilità professionali, richiedono che venga individuata la natura, l'appropriatezza e il livello di formazione dei professionisti sanitari che operano nei differenti settori assistenziali, formativi e manageriali (Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting, 2016; Michelutti et al., 2016).

In Italia, l'attivazione dei corsi di laurea specialistica/magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, avvenuta in tempi diversi, ha reso alquanto disomogenea l'articolazione del piano di studio (Sansoni et al., 2007) e non pienamente rispondente alle necessità emergenti dai nuovi assetti sociosanitari. Infatti, tra gli anni accademici 2004/05 e 2016/17 l'offerta formativa orientata alla formazione di professionisti con prevalente competenza manageriale (Rega et al., 2015) ha avuto un incremento percentuale del 96,5% e gli atenei che hanno attivato i corsi sono passati da 16 a 32 (dati MIUR).

Questa è una tematica complessa e di importanza basilare. La definizione delle competenze in generale e più nello specifico delle competenze distintive del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche esige non solo rigore metodologico per intercettare i mutamenti sociali in accelerazione, le innovazioni tecnologiche e le trasformazioni del quadro di riferimento istituzionale ma anche creatività per tentare di comprenderne il *mainstream*.

Un'accurata revisione della letteratura è sicuramente valida dal punto di vista scientifico, ma risulta insufficiente per comprendere e analizzare la tematica dello sviluppo delle competenze distintive del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche a livello nazionale; d'altra parte tentare di cogliere i nodi, i passaggi cruciali e le intersezioni tra la miriade di pareri, singole voci e discussioni attorno al tema, risulterebbe dispersivo e privo di valore scientifico. Pertanto per esplorare la tematica si è scelto di utilizzare una tecnica qualitativa di sintesi, ovvero il metodo Delphi (Bizzaglia G, 2015).

Obiettivo

L'obiettivo di questo lavoro è identificare le competenze distintive richieste al laureato in scienze

infermieristiche e ostetriche dai nuovi contesti socio-sanitari e professionali e individuare la visione condivisa dal gruppo di esperti per prefigurare il futuro della figura del laureato magistrale.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

E' stato utilizzato il metodo Delphi (Habibi et al., 2014; Jones J et al., 1995). Il processo prevede 4 fasi:

1. identificazione dei temi e delle domande relative alle competenze distintive del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche;
2. costituzione del *panel*;
3. conduzione dei 2 *round* di indagine con gli esperti;
4. formulazione del documento finale con le posizioni del *panel*.

Fase 1, identificazione dei temi e delle domande relative alle competenze distintive del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche.

Sono state acquisite informazioni sul fenomeno con un'analisi della letteratura, che ha consentito di identificare differenti aree di studio che sono state utilizzate dal gruppo di ricerca per elaborare una

griglia di 10 temi o dimensioni d'indagine (Tabella 1), la cui validità di facciata è stata valutata da 2 cultori della materia (Corbetta P, 1999). Tale griglia è stata sottoposta agli esperti, nel primo *round*, per rilevare la loro opinione.

Fase 2, costituzione del panel.

Per la costituzione del *panel* (Habibi A et al., 2014; Clayton MJ, 1997) si è deciso di coinvolgere soggetti, non solo infermieri e ostetriche, che a vario titolo conoscono sia il profilo del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche sia l'ambito della sua formazione.

Sono stati selezionati, con l'aiuto di un coordinatore didattico, 10 testimoni qualificati che lavorano in differenti ambiti professionali (organizzativo-gestionale; dirigenziale; formazione-ricerca; rappresentanza professionale) e in 6 diverse Regioni italiane al fine di ottenere idee e opinioni, sul tema d'indagine, quanto più possibili significative e approfondite.

Sono stati invitati a far parte del *panel* 10 esperti con i seguenti profili: dirigente delle professioni sanitarie; direttore di Unità Operativa Complessa (UOC) delle professioni sanitarie; operatore professionale

Tabella 1. Griglia dei temi di indagine

T. 1	La formazione del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (SIO) oggi è orientata, essenzialmente, a sviluppare contenuti di direzione e <i>management</i> . Come valuta questa curvatura del percorso di studi?
T. 2	Considerando la riorganizzazione del sistema sanitario in corso, può indicare in quali ambiti il laureato magistrale (SIO) potrebbe/dovrebbe sviluppare competenze che rispondano alle nuove, mutate necessità organizzative?
T. 3	Quali potrebbero essere gli obiettivi formativi di un corso di laurea magistrale (SIO), nella prospettiva di offrire risposte alle nuove esigenze del sistema sanitario?
T. 4	Di fronte a una domanda di salute in continua evoluzione e diversificazione, quali sono le competenze specifiche che deve sviluppare il laureato magistrale (SIO)?
T. 5	A fronte delle competenze (indicate nella domanda precedente), quali modifiche è necessario apportare all'iter formativo del laureato magistrale (SIO) per rispondere alle mutate esigenze del contesto socio-sanitario?
T. 6	In che modo la disciplina infermieristica può portare un contributo specifico all'avanzamento delle competenze del laureato magistrale (SIO)?
T. 7	Con riferimento all'apprendimento delle competenze avanzate del laureato magistrale (SIO) quale ruolo attribuisce all'insegnamento e allo studio, quale all'esperienza?
T. 8	Come e in quale misura le altre professioni sanitarie (mediche e non mediche) possono influenzare l'avanzamento delle competenze del laureato magistrale (SIO)?
T. 9	A suo avviso, l'attuale struttura della formazione universitaria della professione infermieristica/ostetrica (laurea di primo e secondo livello) riesce a intercettare e a rispondere alle richieste del mercato del lavoro?
T. 10	L'avanzamento delle competenze del laureato magistrale (SIO) è perseguibile anche attraverso nuove norme, nuovi investimenti, nuove prospettive? Quali?

sanitario esperto-ostetrica; *manager* sanitario; dirigente medico; rappresentante dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (allora Collegio IPASVI); rappresentante dell'Ordine della Professione Ostetrica (allora Collegio delle ostetriche); professore universitario di prima fascia; professore universitario di seconda fascia; docente a contratto.

Il reclutamento degli esperti è avvenuto con l'invio per *email* di una lettera di presentazione dello studio contenente le informazioni sul tempo loro richiesto e i passaggi relativi ai 2 *round* del metodo Delphi.

Per aderire allo studio i partecipanti hanno sottoscritto e inviato, per *email*, il proprio consenso informato. Due degli esperti selezionati si sono ritirati dallo studio.

Fase 3, conduzione dei 2 round di indagine.

La terza fase è consistita nel condurre 2 *round* con il metodo Delphi, il primo nel mese di luglio 2016 il secondo nel mese di settembre 2016.

Primo *round*: per *email* è stata inviata, agli esperti che avevano aderito allo studio, la griglia (elaborata nella prima fase, Tabella 1) con i 10 temi e la richiesta di scrivere liberamente le proprie opinioni rispetto a ciascun tema. Per le risposte non sono stati dati limiti né di spazio né di numero parole.

Il tempo dato agli esperti per inviare, tramite *email*, le risposte ai temi del primo *round* è stato di 5 settimane.

La finalità del primo *round* è stata quella di raccogliere, per ciascuna dimensione di indagine, le idee e le posizioni degli esperti che, vagliate e sintetizzate, sono state utilizzate per il secondo *round*.

Ricevute le risposte del *panel*, per l'analisi, il gruppo di ricerca ha operato nel presente modo:

1. tutte le risposte sono state raccolte e selezionate riferendole a ognuno dei 10 temi di indagine, avendo cura di disporle nel testo in modalità *random* per evitare la possibile identificabilità degli esperti;
2. i testi sono stati letti più volte per comprendere a fondo il contenuto e successivamente sono stati oggetto di un *editing* che ha condotto a interventi stilistici lievi e all'eliminazione di alcune ripetizioni;
3. si è proceduto a sintetizzare e in alcuni casi frammentare le singole risposte per poterle utilizzare in occasione del secondo *round*. In merito alle risposte molto articolate è stata condotta un'analisi che cercasse di cogliere il punto focale della risposta che è stato poi sintetizzato in una o più affermazioni. Le risposte molto schematiche sono state modificate nella strutturazione logica per renderle più chiare e comprensibili al *panel*;
4. con le sintesi delle risposte ricavate dal primo

round, sono stati creati 10 quadri, corrispondenti ai 10 temi di indagine; in ogni quadro si è posta, di fianco a ciascuna affermazione sintetica, una stringa di 4 caselle numerate da 4 a 1 (scala Likert), dove 4 corrisponde a "molto d'accordo" e 1 "per niente d'accordo", in riferimento al contenuto dell'affermazione. E' stato inoltre chiesto di indicare a fianco di ciascuna affermazione il livello di priorità.

Secondo *round*: la finalità è stata quella di valutare il grado di accordo/disaccordo del *panel* su ciascuna affermazione sintetica individuata dalle risposte ai 10 temi di indagine del primo *round* e di rilevare il livello di priorità attribuito dagli esperti, per ogni domanda, a 3 affermazioni.

Al *panel* è stato inviato per *email* il documento con la sintesi delle risposte ricavate nel primo *round*; il tempo dato agli esperti per inviare, tramite *email*, le risposte alle affermazioni sintetiche dei 10 temi di indagine del secondo *round* è stato di 2 settimane. Una volta acquisiti i materiali con le scelte degli esperti, si è proceduto a raccogliere tutti i dati su foglio Excel® e ad analizzarli con metodi di statistica descrittiva.

In particolare, per rendere uniforme l'analisi si è proceduto a definire i seguenti parametri: per valutare l'andamento delle risposte date dal *panel* su scala Likert e definire il livello di accordo è stato utilizzato l'indice di variabilità, indicando un indice pari o inferiore a 1 come accordo "alto", pari a 2 come accordo "medio", pari a 3 come accordo "debole". Per valutare il livello di priorità si è proceduto alla trasformazione delle frequenze relative in percentuali e all'assegnazione della priorità: $\geq 60\%$ "alta"; tra 59% e 34% "media"; $\leq 33\%$ "bassa".

Fase 4, formulazione del documento finale con le posizioni del panel

Nell'ultima fase Delphi i ricercatori hanno proceduto all'esame e alla valutazione delle opzioni degli esperti riguardo alle competenze distintive del laureato magistrale per circostanziare lo stato dell'arte e dare rilevanza e valore a ipotesi di sviluppo.

Per la stesura dei risultati ci si è avvalsi dell'esame delle occorrenze lessicali, della valutazione delle opzioni di concordanza e del tentativo di intendere le discordanze, del loro raggrupparsi o disperdersi segnalando così elementi di valutazione diversi.

RISULTATI

Nella sua definizione il *panel* è risultato composto da 8 testimoni qualificati: un professore universitario di seconda fascia (SSD MED/45); un *manager* sanitario; un operatore professionale sanitario esperto-

ostetrica; un dirigente delle professioni sanitarie; un medico specializzato-azienda ospedaliera pubblica; un professore universitario di prima fascia (SSD SECS-P/07); un rappresentante dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche; un rappresentante dell'Ordine della Professione Ostetrica. Tutti hanno risposto sia al primo sia al secondo *round*. Trattandosi di un *panel* eterogeneo composto da 4 uomini e 4 donne, di età compresa tra i 40 e i 64 anni, con diverse specificità professionali, non sono stati reclutati altri esperti, secondo le indicazioni della letteratura (Habibi A et al., 2014; Clayton MJ, 1997).

Risultati del primo round

Per ciascuno dei 10 temi, tutte le risposte del primo *round* sono state raccolte con *report* appositamente costruiti su un file *Word*[®].

Dalla lettura delle risposte si comprende come gli esperti abbiano espresso liberamente il proprio pensiero, infatti si caratterizzano per l'eterogeneità stilistica e strutturale: da frasi brevi e schematiche a descrizioni più ricche e argomentate.

Per ogni singola domanda i ricercatori hanno tratto dalle risposte date le affermazioni sintetiche che affrontano i differenti aspetti del tema, per un totale di 118 affermazioni¹.

Le affermazioni non sono uniformemente distribuite per ciascun tema, dimostrando quindi che vi sono stati temi che hanno avuto una maggior ricchezza di argomentazione: il tema 2 sulle nuove competenze richieste al laureato magistrale con 20 *af.*; il 3 su come dovrebbe cambiare la formazione per rispondere alle nuove competenze con 18 *af.*; il 10 sulla necessità di nuove norme o investimenti per le competenze avanzate con 16 *af.*; il 4 sull'identificazione delle competenze specialistiche del laureato magistrale con 12 *af.*; il tema 1 sull'attuale impostazione dei corsi di laurea magistrale con 10 *af.* Per i restanti temi sono state individuate dalle 9 alle 7 *af.*

Risultati del secondo round

I risultati del secondo *round* sono stati tabulati per determinare sia il livello di accordo sia il livello di priorità dato alle singole affermazioni dal *panel* (Tabella 2).

Il livello di priorità "alto" ($\geq 60\%$) è stato riscontrato in 8 *af.* e in particolare: "è necessario omogeneizzare le finalità del percorso di studi" (tema 1, *af.* 2); "leadership e management" (tema 4, *af.* 55); "la disciplina infermieristica e ostetrica hanno necessità di nuova linfa e ammodernamento strutturale partendo dalla revisione della declaratoria delle discipline stesse";

"sulla base dei nuovi modelli assistenziali/organizzativi con il coinvolgimento di colleghi esperti anche nella ricerca scientifica, la disciplina infermieristica può portare un contributo specifico all'avanzamento delle competenze del laureato magistrale" (tema 6, *af.* 73 e 76); "è necessario un buon bilanciamento e coordinamento"; "lo studio costante è la base per ogni ambito di attività" e "la necessità di adottare un approccio blended" (tema 7, *af.* 77, 82 e 83); "poco adeguata la responsività della laurea magistrale" (tema 9, *af.* 95).

Gli esperti hanno fatto convergere un "alto" accordo (con un indice di variabilità ≤ 1) su 44 *af.*, un "debole" accordo su 21 *af.* e un "medio" accordo su 53 *af.* In particolare:

- tema 1, formazione del laureato magistrale, "alto" accordo su "è necessario omogeneizzare le finalità del percorso di studi"; "è necessario sviluppare l'area del management"; "gli obiettivi dovrebbero essere quelli di avviare alla progettazione e sviluppo di modelli assistenziali"; "il linguaggio economico aziendale deve far parte del patrimonio del professionista sanitario" (*af.* 2; 4; 5; 6); "debole" accordo sulle "modifiche da apportare secondo le nuove convinzioni della comunità professionale" (*af.* 1);
- tema 2, nuove competenze, "alto" accordo su "innovazione"; "organizzazione"; "comunicazione"; "gestione del personale"; "progettualità"; "competenze organizzative e gestionali che impattano sulla clinica"; "continuità assistenziale"; "progetti innovativi e transazionali"; "lavoro di squadra"; "leadership di gruppi multidisciplinari"; "problemi assistenziali e organizzativi complessi"; "leadership clinica" (*af.* 13; 14; 15; 16; 17; 19; 20; 21; 22; 23; 26; 30); "debole" accordo su "marketing"; "valutazione aziendale"; "partecipazione alle politiche sanitarie" (*af.* 12; 18; 25);
- tema 3, nuovi obiettivi formativi, "alto" accordo su "obiettivi di ambito manageriale"; "leadership e lavoro di squadra"; "metodologia e strumenti di ricerca"; "miglioramento della qualità"; "organizzazione/clinica" (*af.* 32; 39; 40; 41; 42); "debole" accordo su "obiettivi di ambito infermieristico (60%) e materie affini (40%)"; "obiettivi di ambito umanistico" (*af.* 31; 33);
- tema 4, competenze per rispondere all'evoluzione della domanda di salute, "alto" accordo su "gestione della continuità assistenziale"; "leadership e management"; "sostenere dal punto di vista organizzativo e formativo l'acquisizione e sviluppo di nuove competenze"; "tradurre in cambiamento competenze ed esperienza" (*af.* 53; 55; 59; 60). Non vi è nessuna affermazione con un grado di accordo "debole";

¹ Nell'articolo indicate anche con l'abbreviazione *af.*

Tabella 2. Report di sintesi dei risultati del secondo round (livello di accordo e priorità)

Secondo round	Per ciascuna affermazione il 100% delle risposte su Likert			Priorità	
	moda	range	indice di variabilità	n	%
Temi e affermazioni sintetiche					
T. 1. La formazione del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (SIO) oggi è orientata, essenzialmente, a sviluppare contenuti di direzione e <i>management</i>. Come valuta questa curvatura del percorso di studi?					
1. Andrebbe modificata secondo le nuove convinzioni che la comunità professionale sta affinando (vedi le competenze avanzate della Federazione IPASVI)	3	4-1	3	1	12
2. E' necessario omogeneizzare le finalità del corso sull'intero territorio nazionale essendo notevolmente variegato	4	4-3	1	5	62
3. E' necessario sviluppare contenuti pedagogici legati alla formazione, in particolare: metodologia didattica e formazione degli adulti	3	4-2	2	1	12
4. E' necessario sviluppare ulteriormente l'area del <i>management</i> , in particolare: sistemi di programmazione e controllo, pianificazione strategica e innovazione tecnologica	4	4-3	1	2	25
5. Gli obiettivi dovrebbero essere quelli di avviare alla progettazione e allo sviluppo dei modelli assistenziali in ogni ambito sociale e sanitario	4	4-3	1	2	25
6. Il linguaggio economico aziendale e la consapevolezza che tutte le scelte poste in essere hanno un impatto sugli aspetti economico finanziari e più in generale sull'economicità della gestione deve far parte del patrimonio del professionista sanitario	4 e 3	4-3	1	4	50
7. La formazione resta carente nell'ambito clinico/assistenziale	4	4-2	2	1	12
8. La specializzazione clinica e assistenziale può essere acquisita in altra forma: corsi di perfezionamento e master	4	4-2	2	3	37
9. Partendo dalla complessità assistenziale, andrebbe modificata secondo un modello a rastrello: 5 anni di base e successivamente una formazione <i>ad hoc</i> per chi intenda perseguire una carriera dirigenziale o un'ulteriore specializzazione clinica	4 e 2	4-2	2	2	25
10. Prima di accedere a contenuti di direzione e <i>management</i> , per ricoprire ruoli dirigenziali, l'infermiere dovrebbe aver sviluppato solide basi scientifiche e culturali disciplinari e ancor più sperimentato cosa voglia dire avere una responsabilità clinica avanzata	4	4-2	2	3	37
T. 2. Considerando la riorganizzazione del sistema sanitario in corso, può indicare in quali ambiti il laureato magistrale (SIO) potrebbe/dovrebbe sviluppare competenze che rispondano alle nuove, mutate necessità organizzative?					
11. Competenze economiche: <i>budgeting</i> , previsioni di spesa eccetera	3	4-2	2	0	0
12. Competenze nell'area del <i>marketing</i>	2	4-1	3	0	0
13. Competenze nell'area dell'innovazione	4	4-3	1	3	37
14. Competenze nell'area dell'organizzazione	4	4-3	1	1	12
15. Competenze nell'area della comunicazione	4	4-3	1	1	12
16. Competenze nell'area della gestione del personale	4	4-3	1	2	25
17. Competenze nell'area della progettualità	4	4-3	1	2	25



18. Competenze nell'area della valutazione aziendale	2	4 -1	3	0	0
19. Competenze organizzative e gestionali che impattano sulla clinica	4	4-3	1	3	37
20. Gestione della continuità assistenziale	4	4-3	1	2	25
21. Gestione di progetti innovativi e transazionali	4	4-3	1	0	0
22. Lavoro di squadra	4	4-3	1	1	12
23. <i>Leadership</i> di gruppi professionali multidisciplinari	4	4-3	1	1	12
24. <i>Nudging</i> ("spinta gentile", per migliorare il benessere delle persone orientando le loro decisioni ma mantenendo la libertà di scelta)	3	4-2	2	1	12
25. Partecipazione allo sviluppo delle politiche sanitarie	2	4 -1	3	0	0
26. Progettazione e intervento su problemi assistenziali e organizzativi complessi	4	4-3	1	2	25
27. Programmazione e controllo	3	4-2	2	0	0
28. Promozione della salute	3	4-2	2	1	12
29. Strutturazione di progetti di miglioramento	3	4-2	2	1	12
30. Sviluppo di <i>leadership</i> clinica in ambito di ricerca, formazione e implementazione dell'EBP per promuovere la qualità delle cure	4	4-3	1	3	37
T. 3. Quali potrebbero essere gli obiettivi formativi di un corso di laurea magistrale (SIO), nella prospettiva di offrire risposte alle nuove esigenze del sistema sanitario?					
31. Obiettivi di ambito infermieristico (60%) e materie affini (40%)	3	4 -1	3	1	12
32. Obiettivi di ambito manageriale per sviluppare capacità organizzativa e renderla più duttile possibile	3	4-3	1	0	0
33. Obiettivi di ambito umanistico per favorire le relazioni	3	4 -1	3	1	12
34. Consulenza professionale	3	4-2	2	0	0
35. Esperienze in paesi stranieri per attività di <i>benchmarking</i>	4	4-2	2	1	12
36. Gestione della continuità assistenziale	4	4-2	2	1	12
37. Governo di sistemi complessi	4	4-2	2	3	37
38. Innovazione organizzativa	4	4-2	2	1	12
39. <i>Leadership</i> e lavoro di squadra	4	4-3	1	2	25
40. Metodologia e strumenti di ricerca	4 e 3	4-3	1	2	25
41. Miglioramento continuo della qualità (pianificazione, organizzazione, direzione, controllo)	4	4-3	1	3	37
42. Organizzazione/clinica	3	4-3	1	0	0
43. Promozione della salute	4	4-2	2	0	0
44. Sistemi di valutazione delle <i>performance</i> aziendali attraverso indicatori	4	4-2	2	2	25
45. Strumenti e tecnologie a supporto dei processi decisionali	3	4-2	2	0	0
46. Sviluppo delle risorse umane	4	4-2	2	2	25
47. Unire due esigenze contrapposte o comunque non omogenee: cliniche, che vengono dai pazienti e organizzative, gestionali che vengono dall'azienda o più in generale dal sistema	4	4-2	2	4	50
48. Valorizzazione delle aree di prevenzione e riabilitazione in ambito territoriale	4	4-2	2	1	12
T. 4. Di fronte a una domanda di salute in continua evoluzione e diversificazione, quali sono le competenze specifiche che deve sviluppare il laureato magistrale (SIO)?					
49. Clinica infermieristica	2	4-2	2	0	0



50. EBN e ricerca	4	4-2	2	2	25
51. Educazione e relazione	4	4-2	2	1	12
52. Elasticità e comprensione	4 e 3	4-2	2	2	25
53. Gestione della continuità assistenziale	4	4-3	1	2	25
54. Identità professionale ed etica	4 e 3	4-2	2	3	37
55. <i>Leadership e management</i>	4	4-3	1	5	62
56. Promozione della salute	4	4-2	2	1	12
57. Specializzazione in ambito clinico assistenziale	2	4-2	2	0	0
58. Specializzazione in ambito economico-aziendale	4	4-2	2	2	25
59. Sviluppare metodologia per sostenere dal punto di vista organizzativo e formativo l'acquisizione e sviluppo di nuove competenze	4 e 3	4-3	1	3	37
60. Tradurre in cambiamento competenze ed esperienza	4	4-3	1	3	37
T. 5. A fronte delle competenze (indicate nella domanda precedente), quali modifiche è necessario apportare all'iter formativo del laureato magistrale (SIO) per rispondere alle mutate esigenze del contesto sociosanitario?					
61. Eliminare le replicazioni e le ridondanze che annoiano e non stimolano adeguatamente lo studente	8	nc	0	4	50
62. Essere inseriti nei comuni processi assistenziali di ASL e AO	4	4-3	1	3	37
63. Implementazione di competenze avanzate rispetto a quelle dell'infermiere generalista	4	4-2	2	3	37
64. Introdurre insegnamenti che orientino all'acquisizione delle competenze nell'area della comunicazione, dell'innovazione, della progettualità, della valutazione aziendale	4	4-3	1	4	50
65. L'ordinamento didattico è da ribaltare completamente	2	4-2	2	0	0
66. Lavorare sulla comunicazione e il rispetto tra professionisti	3	4-3	1	2	25
67. Potenziare stage in servizi sanitari non ospedalieri	4	4-3	1	2	25
68. Ridurre insegnamento <i>ex cathedra</i> e ampliare l'apprendimento attivo	4	4-2	2	3	37
69. Una biforcazione dei percorsi a seconda delle attitudini personali: clinica e <i>management</i>	4	4 - 1	3	3	37
T. 6. In che modo la disciplina infermieristica può portare un contributo specifico all'avanzamento delle competenze del laureato magistrale (SIO)?					
70. Con uno stretto raccordo tra formazione e mondo del lavoro, in particolare con le direzioni aziendali delle professioni sanitarie	4	4-3	1	3	37
71. E' necessario definire quali conoscenze e competenze disciplinari infermieristiche (assistenziali e scientifiche) servano per formare un infermiere laureato magistrale compiutamente clinico	3	4 - 1	3	3	37
72. Il contributo è essenziale, bisogna dare più spazio a questo rispetto a quello fornito dal docente medico	3	4-3	1	3	37
73. Le discipline infermieristica e ostetrica hanno necessità di nuova linfa e ammodernamento strutturale partendo dalla revisione della declaratoria delle discipline stesse	4	4-2	2	5	62
74. Non tanto nell'aspetto "tecnico" quanto nel profilo di partecipazione	3	4-2	2	4	50
75. Può contribuire in merito a competenze cliniche ma ha bisogno di contaminazione da parte di altre discipline per le competenze economico manageriali	4	4-2	2	1	12



76. Sulla base dei nuovi modelli assistenziali/organizzativi con il coinvolgimento di colleghi esperti anche nella ricerca scientifica	3	4-3	1	5	62
T. 7. Con riferimento all'apprendimento delle competenze avanzate del laureato magistrale (SIO) quale ruolo attribuisce all'insegnamento e allo studio, quale all'esperienza?					
77. E' necessario un buon bilanciamento e coordinamento	4	4-2	2	5	62
78. Il ruolo dominante è rappresentato dalla teoria che va integrata successivamente con la pratica	3	4-2	2	2	25
79. La pratica deve essere se non prioritaria, quantomeno equiparabile all'aspetto teorico	3 e 2	4-2	2	0	0
80. La teoria non basta e la sola esperienza non serve a nulla	4	4-2	2	1	12
81. Le competenze sono frutto della formazione e dell'esperienza finalizzata in misura equivalente	4	4-2	2	3	37
82. Lo studio costante è la base per ogni ambito di attività in quanto l'obsolescenza della competenza viaggia a ritmi vertiginosi	4	4-3	1	5	62
83. Passare dall'insegnamento all'apprendimento significa adottare un approccio <i>blended</i> : competenza è conoscenza, abilità pratica e atteggiamento	4	4-3	1	5	62
84. Rispettivamente: insegnamento 20, studio 30 e esperienza 50	3 e 2	4 -1	3	0	0
85. Sono elementi determinanti	4	4-2	2	2	25
T. 8. Come e in quale misura le altre professioni sanitarie (mediche e non mediche) possono influenzare l'avanzamento delle competenze del laureato magistrale (SIO)?					
86. Attraverso una maggiore apertura alla multidisciplinarietà, elemento determinante nel lavoro in <i>team</i>	4	4 -1	3	3	50
87. Il moderno operatore sanitario dovrebbe acquisire intelligenza emotiva, competenze per la promozione della salute e per il <i>nudging</i>	4	4-3	1	3	50
88. Interferenze e invasioni di campo	nc	4 -1	3	2	25
89. L'ingerenza delle altre professioni storicamente deriva da una nostra mancanza di chiarezza interna o impreparazione/immaturità nel presidiare i nostri ambiti di azione	4 e 3	4 -1	3	3	37
90. Le altre professioni possono dare il loro contributo e saranno capaci di influenzare l'avanzamento delle competenze in funzione della validità o debolezza del gruppo professionale infermieristico	2	4-2	2	1	12
91. Maggiore è il contributo di soggetti di altre discipline e più è ampio il bagaglio di conoscenze che ci si porta dietro	4	4 -1	3	4	50
92. Negativamente se non vi è il rispetto delle diverse competenze	4 e 3	4 -1	3	3	37
93. Può essere molto importante per una formazione a 360°	nc	4 -1	3	0	0
94. Quotidianamente e moltissimo in una rete di rispetto reciproco	4 e 3	4 -1	3	2	25
T. 9. A suo avviso, l'attuale struttura della formazione universitaria della professione infermieristica/ostetrica (laurea di primo e secondo livello) riesce a intercettare e a rispondere alle richieste del mercato del lavoro?					
95. Appare poco adeguata la responsività della laurea magistrale, poco valorizzata e indistinta	4	4-3	1	6	75
96. In buona parte sì, ma c'è molto da lavorare soprattutto nella laurea magistrale	4	4-2	2	4	50

97. L'esubero di personale dipende, oltre che dall'impostazione dei piani di studio, dalla L. 43/2006 che non riconosce la sovrapposizione di competenze tra infermieri con master in coordinamento e laureati magistrali	4	4 -1	3	3	37
98. No perché troppo centrata sull'ospedale, individualista, legata al modello biomedico	3	4-2	2	4	50
99. No, per le ostetriche è necessario un corso di studi a ciclo unico (5 anni) solo per poter svolgere la professione, successivamente possono approfondire le tematiche del <i>management</i>	2	4 -1	3	2	25
100. Non credo sia un problema di formazione quanto piuttosto di capacità di assorbimento da parte del mercato del lavoro	3	4-2	2	1	12
101. Per l'ostetrica sicuramente no	nc	4 -1	3	1	12
102. Solo in parte perché carente di contenuti indispensabili data la complessità del sistema	3	4-2	2	2	25
T. 10. L'avanzamento delle competenze del laureato magistrale (SIO) è perseguibile anche attraverso nuove norme, nuovi investimenti, nuove prospettive? Quali?					
103. Abolizione dell'esclusività della L. 43/2006	2	4-2	2	3	37
104. Dovrebbero essere applicate le norme già in vigore per vedere rappresentati i bisogni di cura dei cittadini, non tanto per il desiderio dei gruppi professionali	3	4-2	2	2	25
105. E' indispensabile che la Commissione Nazionale dei Corsi di laurea magistrale si adoperi per esplorare l'attuale sistema formativo del laureato magistrale	4	4-2	2	2	25
106. E' necessaria una revisione della normativa finalizzata al riconoscimento delle competenze, non valorizzate dagli aspetti fattuali e operativi	4	4-2	2	2	25
107. E' necessario collegare veramente il sistema educativo (accademico) con quello sanitario (SSN)	4	4-2	2	2	25
108. Investimenti utili in ambito di ricerca infermieristica	4	4-3	1	2	25
109. Investimenti utili in ambito di tecnologie destinate all'assistenza	4	4-3	1	0	0
110. Istituzione di nuovi profili professionali	1	4 -1	3	0	0
111. Le norme che vengono calate dall'alto non fanno le riforme, le riforme le fanno le persone	4	4-3	1	1	12
112. Le norme ci sono, basterebbe applicarle in ogni regione	4	4 -1	3	0	0
113. Modifiche degli ordinamenti didattici del corso di laurea	4	4-3	1	1	12
114. Nuovi contratti di lavoro che permettano lo sviluppo di una carriera orizzontale	4	4-3	1	3	37
115. Passare dalle attuali associazioni professionali a delle vere e proprie società scientifiche che fungano da referenti privilegiati di un'area professionale per pazienti, professionisti e istituzioni	3	4 -1	3	0	0
116. Più cattedre universitarie per gli infermieri	4	4-3	1	3	37
117. Più consapevolezza e capacità di mettersi in gioco da parte degli stessi infermieri	4	4-2	2	1	12
118. Sarebbe auspicabile destinare investimenti per favorire la mobilità internazionale	4	4-2	2	2	25

- tema 5, modifiche all'iter formativo, "alto" accordo su *"eliminare le replicazioni e le ridondanze"; "essere inseriti nei processi assistenziali"; "introdurre insegnamenti che orientino all'acquisizione delle competenze nell'area della comunicazione, dell'innovazione, della progettualità, della valutazione aziendale"; "lavorare sulla comunicazione e il rispetto tra professionisti"; "stage in servizi sanitari non ospedalieri"* (af. 61; 62; 64; 66; 67); "debole" accordo su *"una biforcazione dei percorsi a seconda delle attitudini personali: clinica e management"* (af. 69);
- tema 6, avanzamento delle competenze dato dalla disciplina infermieristica, "alto" accordo su *"raccordo tra formazione e mondo del lavoro"; "il contributo è essenziale, bisogna dare più spazio a questo rispetto a quello fornito dal docente medico"; "sulla base dei nuovi modelli assistenziali/organizzativi con il coinvolgimento di colleghi esperti anche nella ricerca scientifica"* (af. 70; 72; 76); "debole" accordo su *"è necessario definire conoscenze e competenze disciplinari infermieristiche per formare un laureato magistrale compiutamente clinico"* (af. 71);
- tema 7, ruolo dell'insegnamento, dello studio e dell'esperienza, "alto" accordo su *"lo studio costante è la base per ogni ambito di attività"; "approccio blended"* (af. 82; 83); "debole" accordo su *"insegnamento 20%, studio 30% e esperienza 50%"* (af. 84);
- tema 8, come le altre professioni influenzano l'avanzamento delle competenze, "alto" accordo su *"intelligenza emotiva, competenze per la promozione della salute e per il nudging"* (af. 87); "debole" accordo su *"apertura alla multidisciplinarietà"; "l'ingerenza delle altre professioni storicamente deriva da una nostra mancanza di chiarezza interna o impreparazione/immaturità nel presidiare i nostri ambiti di azione"; "maggiore è il contributo di soggetti di altre discipline e più ampio è il bagaglio di conoscenze che ci si porta dietro"; "negativamente se non vi è rispetto delle diverse competenze"; "può essere molto importante per una formazione a 360°"; "quotidianamente in una rete di rispetto reciproco"* (af. 86; 89; 91; 92; 93; 94);
- tema 9, se l'attuale formazione risponde alle richieste del mercato del lavoro, "alto" accordo su *"poco adeguata la responsività della laurea magistrale"* (af. 95); "debole" accordo su *"per le ostetriche è necessario un corso di studi a ciclo unico (5 anni)"; "per l'ostetrica sicuramente no"* (af. 99; 101);
- tema 10, formulazione di nuove norme e investimenti, "alto" accordo su *"investimenti per la ricerca infermieristica e per le tecnologie destina-*

te all'assistenza"; "le norme che vengono calate dall'alto non fanno le riforme, le riforme le fanno le persone"; "modifiche ordinamenti didattici"; "nuovi contratti di lavoro"; "più cattedre per gli infermieri" (af. 108; 109; 111; 113; 114; 116); "debole" accordo su *"nuovi profili professionali"; "le norme ci sono, basterebbe applicarle in ogni Regione"; "passare dalle attuali associazioni professionali a delle vere e proprie società scientifiche che fungano da referenti privilegiati di un'area professionale per pazienti, professionisti e istituzioni"* (af. 110; 112; 115).

DISCUSSIONE

Il panel ha esplorato con risposte articolate, accurate e approfondite le dimensioni di indagine relative all'attuale curvatura del percorso di studi della laurea magistrale e alla proposta di nuove norme e prospettive per un avanzamento delle competenze. In particolare, i corsi in scienze infermieristiche e ostetriche appaiono tra loro variegati e un intervento da attuare è quello di rendere più omogenee le finalità del corso di studi. Infatti, il profilo professionale e gli obiettivi formativi qualificanti della laurea magistrale sono ben delineati dalla norma (D.M. n. 270/2009) nella quale vengono stabilite anche le attività formative indispensabili, ma l'autonomia degli atenei (D.M. n. 509/1999) rende possibile che le singole università costruiscano percorsi di studio con differenti specificità (Vesperini G, 2009). Su quest'ultimo punto lo studio di Rega et al. (2015) ha trovato differenze significative nell'offerta formativa dei corsi di laurea magistrale degli atenei italiani anche se è emerso come gli ambiti manageriale e formativo rappresentino il core dei piani di studio. Tale aspetto è coerente con le finalità iniziali con cui questi corsi sono stati attivati nell'a.a. 2004/2005: formare un profilo di dirigente-manager per i servizi infermieristici/ostetrici così come richiesto dagli articoli 5 e 6 della Legge n. 251/2000. Connotazione, questa, di particolare rilevanza in quanto in molte SUA-CdL² viene indicato che il corso prepara alla qualifica di "Dirigenti ed equiparati nella sanità" (ISTAT codice 1.1.2.6.3³), rappresentando come sbocco lavorativo l'alta dirigenza ed escludendo ogni altra possibilità legata a uno "sviluppo intellettuale e scientifico di elevata specializzazione" professionale (come per esempio il coordinamento di processi assistenziali complessi). E' quindi necessario, contestualmente a una revisione delle competenze avanzate del

² Scheda Unica Annuale del Corso di Studio, D.M. n. 47 del 2013.

³ Sistema informativo delle classificazioni ufficiali.

laureato magistrale, indicare contrattualmente il loro riconoscimento in ambito lavorativo.

Il *panel* si è dichiarato favorevole affinché la conferenza permanente delle classi di laurea delle professioni sanitarie si adoperi per esplorare l'attuale sistema formativo; avanza la richiesta di una revisione del profilo di competenza del laureato magistrale, anche se ha espresso un debole grado di accordo circa il modello presentato dalla Federazione IPASVI, ora Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche – FNOPI (2015) probabilmente perché poco conosciuto dagli esperti non appartenenti alla professione di infermiere.

Il *panel* ha espresso un debole grado di accordo circa la necessità di prevedere per il solo profilo dell'ostetrica un corso di studi a ciclo unico di 5 anni, che potrebbe intercettare meglio la collocazione lavorativa nonché la prospettiva e la rappresentanza sociale della professione ostetrica (Pellegrini et al., 2017). La risposta potrebbe essere motivata dal fatto che si inserisce in una area di dibattito specifica portata avanti dalla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO), forse non conosciuta da coloro che non sono ostetriche. Il *panel* è concorde nel sostenere che tra gli interventi da attuare vi è quello di rafforzare la presenza in università di docenti infermieri e rivedere le modalità didattiche introducendo l'*e-learning/blended learning*. Quest'ultima affermazione è in linea con gli studi sulla *evidence-based education* che orientano lo sviluppo di percorsi di insegnamento/apprendimento attraverso l'uso critico di tecnologie didattiche (Calvani et al., 2014).

Sulla base dei dati ottenuti dall'indagine Delphi si delineano quelle che dovrebbero essere le competenze distintive del laureato magistrale, competenze che alcuni esperti hanno ripetuto indicandole in più temi, probabilmente a causa del fatto che la riorganizzazione del sistema sanitario e la domanda di salute hanno bisogno delle medesime competenze.

In sintesi: progettualità, organizzazione, innovazione e capacità di tradurre in cambiamento competenze ed esperienza sono le caratteristiche su cui il *panel* converge, indicando anche come aree di intervento i problemi assistenziali e organizzativi complessi e la continuità assistenziale. Tali competenze rientrano in un dominio che può essere definito manageriale ma non sono strettamente riferibili a un *top management*. Infatti, quello che si va a delineare è la creazione di una figura intermedia, ovvero di un *middle management* che ha il ruolo di organizzare, coordinare e supervisionare non solo un *team* di persone, ma anche interi processi clini-

co/organizzativi; si configura quindi come una sorta di mediatore tra la visione strategica espressa dal *top management* e le attività quotidiane promosse dalle figure operative (Fadda et al., 2009).

Tra le competenze da sviluppare rientrano anche quelle attinenti all'area della comunicazione, della relazione e comprensione. Su questo aspetto vi è sicuramente da lavorare per migliorare il livello formativo, anche a fronte dei risultati dello studio di Brundu et al., (2015) in cui sono rilevate carenze sulle competenze di relazione e comunicazione nei laureati più giovani.

Le competenze in ambito clinico non sono considerate rilevanti e la specializzazione clinica, sebbene sia una questione centrale per l'assistenza, può essere acquisita attraverso corsi di perfezionamento o master. Questa affermazione è in linea con il concetto di competenza clinica nel *nursing*, cioè un insieme di capacità, conoscenze, attitudini e abilità che ciascun infermiere deve possedere per assistere il paziente in uno specifico contesto clinico e in specifiche circostanze, con lo scopo di promuovere, mantenere e ristabilire la salute dei pazienti (Notarnicola et al., 2016).

Il *panel* è concorde nel ritenere che gli ambiti formativi debbano essere centrati sul *management*, sul governo di sistemi complessi e sul miglioramento della qualità. Inoltre, ritiene che il corso di laurea magistrale possa offrire risposte alle nuove competenze richieste dal sistema sanitario nell'ambito della *leadership* e del lavoro di squadra. E' anche concorde nel ritenere necessario, per lo sviluppo di dette competenze, il potenziamento di *stage* in servizi sanitari ospedalieri e non, anche perché è prioritario che il laureato magistrale riesca a mediare due esigenze: quelle cliniche, che vengono dai pazienti, e quelle organizzative-gestionali, che vengono dall'azienda o più in generale dal sistema. La posizione espressa sull'importanza dei tirocini curriculari per affinare le scelte professionali con la conoscenza diretta del mondo del lavoro (D.M. n. 142/1998) rafforza la necessità di lavorare per eliminare le disomogeneità (relative soprattutto a pianificazione, obiettivi e tipologia di attività proposte) che caratterizzano tirocini/*stage* dal percorso di studi (Galletti et al., 2012).

In ultima sintesi, dalle risposte analizzate si può desumere come la laurea magistrale appaia oggi poco valorizzata e indistinta ma che abbia delle potenzialità che vanno colte e sviluppate.

Per fare ciò è importante *in primis* poter fare una distinzione tra competenze specialistiche e competenze avanzate. Premettendo che per ciascuno dei due termini è possibile una definizione precisa solo se re-

lativi a contesti specifici (Tognoni G, 2016), il concetto di specializzazione (*know that*) privilegia il possesso di competenze dettagliate in un ambito specifico mentre il concetto di avanzamento (*advanced*) è riferibile a competenze di ragionamento critico con forti implicazioni ontologiche ed epistemologiche relative all'ambito culturale di riferimento (Dellai M, 2004; Dal Molin et al., 2014; Zanotti et al., 2016).

Pertanto, la competenza avanzata va oltre il semplice ambito dell'approfondimento clinico. Sebbene richieda alti livelli di sviluppo di conoscenze e di competenze anche in ambiti clinici specifici si contraddistingue per la padronanza legata alla gestione totale del fenomeno inerente la salute, dalla cura assistenziale alla *leadership* gestionale (Sansoni J, 2007). Infatti, le competenze avanzate non sono immediatamente collegabili a saperi specifici ma all'acquisizione della capacità di apertura mentale, della capacità critica di leggere e situarsi in contesti complessi (Dal Molin et al., 2014) utili per accedere anche ad ambiti formativi e di ricerca (Galletti et al., 2013; Massimi et al., 2017).

Per contribuire all'appropriatezza di un sistema complesso come quello sanitario, non bastano doti umane come equilibrio e autorevolezza, né le conoscenze tipiche dell'infermiere, ma si rendono necessarie competenze, modelli e linguaggi che bisogna mutuare dalle scienze organizzative. Non si tratta di diventare *manager* puri, bensì infermieri dirigenti che, non dimenticando le proprie origini, seguono gli sviluppi della scienza infermieristica, sono incentrati sull'applicazione nelle varie situazioni dei fondamentali principi del prendersi cura e del curare persone in difficoltà (Calamandrei C, 2004).

L'attenzione quindi deve essere centrata anche sulla *leadership*, che significa passare da una logica del "legittimare potere e controllo" a una di "*empowerment* e cambiamento". Mentre un tempo le posizioni manageriali erano basate sull'autorità e sul potere, i *leader* futuri si misureranno sulla loro capacità di influenza. Questo significa che se i modelli del passato erano basati su gerarchia, potere, controllo, autorità, formalizzazione e centralizzazione in un ambiente organizzativo stabile e a bassa competizione, oggi devono essere totalmente diversi e richiedono competenze di trasformazione, gestione dell'incertezza e della complessità (Palese A, 2006).

Limiti

Lo studio proposto ha presentato alcune difficoltà. Innanzitutto, la gestione del tempo a disposizione: ottenere le risposte alle domande del primo *round* ha richiesto più tempo di quello preventivato facendoci diminuire di conseguenza il tempo per risponde-

re al secondo *round*; poi i temi di indagine che, sebbene costruiti sulla base degli argomenti individuati in letteratura e testati da 2 cultori della materia, potrebbero non essere stati pienamente comprensibili per tutti i componenti del *panel*.

CONCLUSIONI

Questa *survey* consente di tracciare nuove e proficue linee di discussione per lo sviluppo del profilo del laureato magistrale e del suo *core curriculum*.

Al termine del lavoro si può ragionevolmente concludere affermando che il laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche dovrebbe sviluppare un'attitudine a condurre il suo futuro professionale, sviluppando un pensiero innovativo rispetto a un'organizzazione che si sta modificando e una popolazione di riferimento in continua crescita, evoluzione e diversificazione.

La laurea magistrale in quest'ottica costituisce un volano per attivare potenzialità e fornire strumenti affinché queste vengano usate secondo scienza e coscienza: dunque la formazione gioca un ruolo fondamentale e imprescindibile così come in ogni altro campo della conoscenza.

Dall'analisi delle risposte fornite dal *panel* di esperti si rileva l'impellente necessità che differenti *stakeholder* (istituzioni, professionisti, cittadini) possano dialogare per rispondere ai cambiamenti in atto, sia a livello nazionale sia internazionale, che riguardano i sistemi sanitari, il sistema delle professioni e i sistemi formativi. Dialogare, perché i cambiamenti dei sistemi complessi non procedono con proposte e normative unilateralmente espresse ma attraverso la concertazione tra i differenti portatori di interesse. Sapendo bene che, in sanità, in ultima istanza (ma prima per importanza), i portatori di interesse sono i cittadini tutti, nessuno escluso.

Le politiche di *public health*, che ormai incrociano i processi di globalizzazione con spostamenti di milioni di persone; la necessaria rivisitazione di una medicina dell'età avanzata; le criticità in merito al *trend* della natalità e alla correlata problematica della fertilità con lo sviluppo di una "medicina del concepimento assistito"; l'esacerbazione di forme di aggressività e violenza nei confronti di "soggetti deboli", sono temi che impongono a tutto il sistema e a tutti i professionisti che ne fanno parte di adottare una cultura di interpretazione e gestione di questa nuova, inedita, cangiante conformazione dei bisogni.

Considerazioni etiche

Per questo tipo di studio non è stata necessaria l'approvazione etica.

La partecipazione è avvenuta su base volontaria e nel pieno rispetto (attuale e futuro) della *privacy* dei soggetti partecipanti (D. Lvo n. 196 del 2003), nessun membro è venuto a conoscenza dell'identità degli altri.

Al *panel* è stata inviata una lettera informativa che comprendeva la spiegazione dello studio e del suo scopo. Inoltre, è stato indicato che la partecipazione era di natura volontaria e che la divulgazione delle informazioni raccolte sarebbe avvenuta in forma anonima e in ordine casuale, non collegabile alle singole persone, per garantire il mantenimento dell'anonimato.

Tutti i partecipanti hanno sottoscritto il consenso informato.

BIBLIOGRAFIA

- Benner P (2003) *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*. (Trad. it. a cura di Calamandrei C, Rasero L). Ed. McGraw-Hill, Milano.
- Bizzaglia G (2015) *L'opinione degli esperti: metodo Delphi*. In Bisi N, Porro N (Eds). Contro l'individualismo. Solidarietà e diritti in Italia. Ed Bordeaux, Roma.
- Brundu T, Pinna R, Nonnis M, et al. (2015) *Il laureato, il coordinatore, il dirigente infermieristico. Una ricerca descrittiva sulle competenze professionali dei neolaureati*. Professioni Infermieristiche, 68, 44-51.
- Calamandrei C (2004) *Servono gli "infermieri capi"? Una risposta*. Management Infermieristico, 3, 3-5.
- Calviani A, Vivanet G (2014) *Evidence based education e modelli di valutazione formativa nelle scuole*. ECPS Journal, 9, 127-146.
- Clayton MJ (1997) *Delphi: a technique to harness expert opinion for critical decision-making tasks in education*. Educational Psychology, 17, 373-384.
- Commissione Europea (2009) *Quadro europeo delle qualifiche per l'apprendimento permanente (EQF)*. Comunità Europea, Lussemburgo.
- Consolidating the EHEA. Cicli di studio e quadri dei titoli. Disponibile all'indirizzo: <http://www.processodibologna.it/cicli-di-studio-e-quadri-dei-titoli> (consultato il 26 giugno 2017).
- Corbetta P (1999) *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Il Mulino, Bologna.
- Da Re F (2013) *La didattica per competenze. Apprendere competenze, descriverle, valutarle*. Pearson Italia, Milano.
- Dal Molin A, Galletti C, Marmo G, et al. (2014) *Il corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche. Riflessioni e prospettive sul percorso formativo e sulla figura del laureato magistrale*. Medicina e Chirurgia, 61, 2747-2752.
- Decreto 14 settembre 1994, n. 739. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*. G.U. n. 6 del 09 gennaio 1995.
- Decreto 14 settembre 1994, n. 740. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica*. G.U. n. 6 del 09 gennaio 1995.
- Decreto 17 gennaio 1997, n. 70. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico*. G.U. n. 72 del 27 marzo 1997.
- Decreto Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale 25 marzo 1998, n. 142. *Regolamento recante norme di attuazione dei principi e dei criteri di cui all'articolo 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196, sui tirocini formativi e di orientamento*. G.U. n. 108 del 12 maggio 1998.
- Decreto Ministeriale 03 novembre 1999, n. 509. *Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*. G.U. n. 2 del 04 gennaio 2000.
- Decreto Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 22 ottobre 2004, n. 270. *Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*. G.U. n. 266 del 12 novembre 2004.
- Decreto Ministeriale 08 gennaio 2009, n. 270. *Determinazione delle classi delle lauree magistrali delle professioni sanitarie*. G.U. n. 122 del 28 maggio 2009.
- Dellai M (2004) La formazione infermieristica avanzata in geriatria: l'esperienza del master dell'Università di Verona in Trento. G Gerontol 52, 483-489.
- Fadda M, Furlano L (2009) *Middle manager: sempre più in prima linea*. Dirigente, 1-2, 24-26.
- Federazione Nazionale Collegio IPASVI (2015) Evoluzione delle competenze infermieristiche. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ipasvi.it/attualita/infermiere-specialista-il-modello-della-federazione-ipasvi-id1537.htm> (consultato il 14 agosto 2017).
- Galletti C, Marmo G, Schirru MA (2008) *L'infermiere in prospettiva. Dalla formazione all'esercizio professionale*. Ed Medico Scientifiche, Torino.
- Galletti C, Zanotti R, Merlo E, et al. (2012) *Il tirocinio e i laboratori nel curriculum del corso di laurea specialistica/magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche*. Medicina e Chirurgia, 55:2459-2464.
- Galletti C, Tedino G, Morchio MG, et al. (2013) *Curriculum formativo del laureato specialista e mondo del lavoro: Indagine su infermieri e ostetriche dell'Università Cattolica*. Professioni Infermieristiche, 66, 195-204.
- Habibi A, Sarafrazi A, Izadyar S (2014) *Delphi technique theoretical framework in qualitative Research*. The International Journal of Engineering and Science (IJES) 3, 8-13.
- International Council of Nurses (2008) *Nursing care continuum framework and competencies*. Ginevra: International Council of Nurses.

- International Council of Nurses, Consociazione nazionale associazioni infermiere (ICN-CNAI) (2010) *La struttura e le competenze del continuum dell'assistenza infermieristica del Consiglio internazionale degli infermieri*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Joint Action europea Health Workforce Planning and Forecasting 2016. Disponibile all'indirizzo <http://healthworkforce.eu/> (consultato il 14 agosto 2017).
- Jones J, Hunter D (1995) *Consensus methods for medical and health services research*. British Medical Journal, 311, 376-380.
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*. G.U. n. 50 del 2 marzo 1999.
- Legge 1 febbraio 2006, n.43. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali*. G.U. n. 40 del 17 febbraio 2006.
- Legge 23 dicembre 2014, n. 190. *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)*. G.U. n. 300 del 29 dicembre 2014, SO n. 99.
- Longo F (2016) *Welfare futuro. Scenari e strategie*. Egea, Milano.
- Massimi A, Marzuillo C, Di Muzio M, et al. (2017) *Quality and relevance of master degree education for the professional development of nurses and midwives*. Nurse Education Today, 53, 54-60.
- Meretoja R, Eiksson E, Leino-Kipli H (2004) *Nurse Competence Scale: development and psychometric testing*. Journal of Advanced Nursing, 47, 124-133.
- Michelutti P, Malgieri A (2016) Relazione di sintesi. Il fabbisogno dei professionisti sanitari nei prossimi 20 anni: l'esperienza italiana nell'ambito del progetto europeo. Quotidiano Sanità, 1-17. Disponibile all'indirizzo <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4752348.pdf> (consultato il 14 agosto 2017)
- Notarnicola I, Petrucci C, De Jesus Barbosa MR, et al. (2016) *Clinical competence in nursig: a concept analysis*. Professioni Infermieristiche 69: 182-189.
- Palese A (2006). *Esiste il management infermieristico?* Assistenza infermieristica e ricerca 25: 6-9.
- Paparella N (2009) *Il Progetto educativo. (Volume secondo) Comunità educante, opzioni, curricula e piani*. Armando Editore, Roma.
- Pellegrini V, Cavada G, Guana M (2017) *Indagine nazionale sull'occupazione delle ostetriche neolaureate e loro rappresentazione della professione*. SYRIO in press.
- Rega ML, Gallo R, Marmo G, et al. (2015) *Il profilo del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche in Italia: dall'analisi dei regolamenti didattici d'ateneo alle competenze distintive*. L'Infermiere, 52, 27-37.
- Sansoni J, Saiani L, Marognoli O (2007) *Riflessioni sull'applicazione del nuovo ordinamento didattico del corso di laurea specialistica in scienze infermieristiche e ostetriche nei primi tre anni di avvio (a.a. 2004-2007)*. Medicina e Chirurgia, 35, 1608-1616.
- Tognoni G (2016) *La indefinizione-indefinibilità come problema-opportunità metodologica: a proposito di competenze avanzate*. Assistenza infermieristica e ricerca, 35, 159-162.
- Vesperini G (2009) *Per uno studio delle tendenze di riforma del sistema universitario*. Giornale di diritto amministrativo, 2, 197-202.
- Zanotti R, Chiffi D (2016) *A normative analysis of nursing knowledge*. Nursing Inquiry, 23, 4-11.

L'aderenza del paziente con malattia renale cronica e in dialisi. Esiti di interventi educativi.

Il ruolo dell'Infermiere. Una revisione di revisioni

Patrizia Quaranta¹, Antonello Pizzolante², Fernando Rizzo³, Francesco Caccetta⁴, Vincenzo Montinaro⁵

¹Infermiera coordinatrice presso servizio pericoveri, AO Card. G. Panico di Tricase; ²Infermiere coordinatore presso CAD Santa Marcellina, Santa Maria di Leuca; ³Infermiere coordinatore presso UO di emodialisi, AO Card. G. Panico di Tricase; ⁴medico responsabile presso UO di dialisi, AO Card. G. Panico di Tricase; ⁵Medico responsabile presso UO di nefrologia e dialisi, AO Card. G. Panico di Tricase

Corrispondenza: patriziaq66@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione I pazienti con insufficienza renale all'ultimo stadio (ESKD) e con malattia renale cronica (CKD) sono esposti a fattori di rischio come il diabete, l'ipertensione, le alterazioni del metabolismo del calcio e del fosforo. La scarsa aderenza al regime terapeutico è un problema in questa popolazione di pazienti, contribuendo a un aumento di morbidità e mortalità. La Foundation Kidney Disease Outcome Quality Initiative, KDOQI (2003) e la Kidney Disease Improving Global Outcomes, KDIGO (2012) raccomandano che i pazienti ricevano consigli dietetici e siano seguiti con regolari *follow up* nell'ambito di un programma di educazione terapeutica (ET) e dietetica. L'obiettivo di questo lavoro è dimostrare quanto l'educazione terapeutica, adottata in particolare dagli infermieri, migliori l'aderenza del paziente alla dieta, alla terapia e alla restrizione di liquidi.

Materiali e metodi E' stata condotta una ricerca sulle banche dati Cochrane Library, Pubmed e Google scholar.

Risultati Sono state ritenute pertinenti 10 revisioni. La qualità e il rigore metodologico delle revisioni sono stati valutati attraverso l'utilizzo della *checklist* AMSTAR (Assessment of Multiple Systematic Reviews): solo una revisione ha utilizzato un metodo appropriato per effettuare una sintesi statistica. Dall'analisi è emersa una maggiore adesione alla terapia e alla dieta nei pazienti più anziani rispetto ai giovani. Oltre all'età avanzata (>65 anni) sono fattori predittivi l'istruzione, la riduzione dei costi dei farmaci e la minore preoccupazione degli effetti negativi. Per migliorare l'aderenza alla terapia e alla dieta sembra efficace un approccio centrato sul paziente ma nessuna strategia singola ha mostrato miglioramenti di lunga durata. Gli interventi educativi hanno mostrato una maggiore efficacia quando attuati in fase precoce predialitica.

Conclusioni La malattia renale cronica e in particolare l'emodialisi richiedono una formazione costante, sia per il personale sia per i pazienti, sui benefici di un'adeguata aderenza alle raccomandazioni dietetiche e terapeutiche e sui rischi della non aderenza. Gli infermieri di nefrologia e di dialisi giocano un ruolo fondamentale per condurre interventi di ET e per avviare programmi multidisciplinari.

Parole chiave: paziente in emodialisi, interventi educativi, aderenza, revisione

Compliance in patient with CKD and HD. Outcomes of educational interventions. The role of the nurse. A review of reviews

ABSTRACT

Introduction Patients with end stage kidney disease (ESKD) or with chronic kidney disease (CKD) are exposed to some risk factors as diabetes, hypertension, calcium and phosphate metabolic changes. The poor compliance to therapies is a problem in these patients, with an increase of morbidity and mortality. The Foundation Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI, 2003) and the Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO, 2012) recommend to give dietary advices to the patients with periodic follow up as part of an education therapy (ET) dietary program.

The aim of this study is to evaluate if the therapeutic education by nurses can improve the CKD and HD patient's compliance to diet, drugs and fluid restriction.

Methods We did a research in the Cochrane Library, Pubmed and Google scholar.

Results We have selected 10 specific reviews. The methodological quality of reviews had been evaluated with AMSTAR checklist (Assessment of Multiple Systematic Reviews): only one review used an appropriate

method to perform a statistic synthesis. The analysis showed a greater compliance to therapy and diet in older patients compared to young people. In addition to the advanced age (>65 years), predictive factors are education, the reduction of the costs of drugs and the lower concern of the negative effects. To improve compliance to therapy and diet, a patient-centered approach seems to be effective, but no single strategy has shown long-lasting improvements. Educational interventions have shown greater effectiveness when implemented in an early pre-dialysis phase.

Conclusions Chronic kidney disease and in particular hemodialysis require constant education addressed to patients and health professionals to underline the health benefits of a good compliance to dietary advices and to drug therapies, and the risks associated to a poor compliance. Nurses of nephrology and dialysis departments have a fundamental role to manage and realize education therapy programs in a multidisciplinary approach.

Keywords: hemodialysis patients, hemodialysis, educational interventions, adherence, review

INTRODUZIONE

Aderenza ed educazione terapeutica

In letteratura è ampiamente dimostrato che la collaborazione tra il paziente, i sanitari, i familiari e il medico di riferimento migliora l'aderenza del paziente alla terapia (Russmann S et al., 2010). Tutti i membri dell'*équipe* di trattamento devono essere a conoscenza dell'importanza dell'aderenza alla terapia e di come cercare il dialogo con i pazienti e con i loro familiari per sviluppare strategie comuni (Schäfer-Keller P et al., 2010). "E' in questo spazio operativo che si inserisce il lavoro di educazione terapeutica che consiste in: informazione tecnica, supporto psicologico, interazione relazionale, personalizzazione del messaggio, concertazione delle possibilità e coinvolgimento del paziente" (Pegoraro M, 2009). Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 1998: "L'educazione terapeutica del paziente è affidata a operatori sanitari a loro volta formati sulla materia ed è destinata a far sì che il paziente (o un gruppo di pazienti e familiari) diventino capaci di gestire il trattamento delle proprie malattie e di prevenire le complicanze evitabili, nel contempo mantenendo o migliorando la qualità della propria vita. Lo scopo principale è produrre un effetto terapeutico che vada a sommarsi a quello di altri interventi (farmacologici, terapia fisica, eccetera)". La stessa OMS nel 2003 nell'*adherence project* (progetto per l'adesione al trattamento) ha adottato la seguente definizione per adesione alla terapia a lungo termine: "Il grado con il quale il comportamento di un soggetto (assumere un farmaco, seguire una dieta e/o modificare il proprio stile di vita) corrisponde a quanto concordato con l'operatore sanitario", identificandola come uno dei pilastri fondamentali per la prevenzione della mortalità e per il contenimento dei costi dei sistemi sanitari. Gli obiettivi principali dell'ET sono due: uno è quello di migliorare l'adesione, la gestione della malattia cronica e la qualità della vita, l'altro è quello di migliora-

re la collaborazione con i *caregiver*. L'ET comprende attività organizzate, tra cui supporti psicosociali progettati per rendere i pazienti e i familiari pienamente consapevoli della loro malattia, informandoli sulla cura, sull'organizzazione ospedaliera e sulle procedure, nonché sui comportamenti relativi alla salute e alle malattie. I programmi e le pubblicazioni di ET più sviluppati sono quelli in endocrinologia. Le prime attività di educazione terapeutica sono state intraprese in diabetologia dopo la scoperta dell'insulina (Albano MG et al., 2008) mentre nei pazienti con CKD e in emodialisi è più recente. La prima revisione sull'argomento è stata pubblicata nel 2000 da Morgan L e fa riferimento ai diversi approcci utilizzati per migliorare l'aderenza del paziente alla dieta. L'emodialisi è la tecnica più frequente di terapia sostitutiva per pazienti con ESKD che, secondo il protocollo *standard*, devono sottoporsi al trattamento per 4 ore, 3 volte alla settimana. Ciò comporta numerose alterazioni e regolazioni nella vita del paziente e della sua famiglia: occorre riorganizzare la propria vita per adattarsi al ritmo delle sedute dialitiche, il regime dietetico è restrittivo (basso contenuto di sale, di fosforo, di potassio e di fluidi), inoltre i pazienti con ESKD sono esposti a fattori di rischio come il diabete, l'ipertensione, le alterazioni del metabolismo del calcio e del fosforo. Per modificare questi fattori di rischio il numero medio di farmaci da assumere varia da 6 a 12 compresse al giorno (Manley HJ et al., 2005; Kammerer J et al., 2007). La necessità di sottoporsi ai trattamenti depurativi e la forzata restrizione dell'apporto di liquidi costituisce un ulteriore elemento che condiziona la qualità di vita (Kugler C et al., 2005). La non adesione allo schema dialitico a causa di eccessivi incrementi ponderali interdialitici (IDWG, *Interdialytic Weight Gain*) può causare crampi muscolari, dispnea, edema polmonare e cardiomiopatie (Saran R et al., 2003; Goodman WG, 2002). Inoltre l>IDWG costringe spesso durante il trattamento dialitico a una deplezione rapida dei

liquidi (ultrafiltrazione) che con un inadeguato riempimento vascolare, unitamente ad alterazioni delle risposte vasoattive o simpatiche e della riserva cardiaca, svolge un ruolo fondamentale nella genesi dell'ipotensione indotta dalla dialisi (IDH). L'IDH determina una riduzione rilevante dell'efficienza dialitica, aumenta il rischio cardiovascolare ed è associata a una sintomatologia aspecifica: crampi agli arti inferiori o addominali, nausea, vomito, vertigini, sbadigliamento (Marchi G, 2011). Recentemente l'elenco dei problemi causati da IDH si è ulteriormente allungato per l'aggiunta della trombosi dell'accesso vascolare (Chang TI et al., 2011).

I risultati degli studi sulle malattie renali, la dialisi e i trapianti confermano una bassa adesione a terapia e dieta (Denhaerynck K et al., 2007; Carter S et al., 2003), con una percentuale che varia dal 9,8% al 34,5% (Hecking E et al., 2004; Saran R et al., 2003), con uno 0-7,9% di sedute disattese e un 7-32% di riduzione della durata della seduta dialitica (Kugler C et al., 2005a; Denhaerynck K et al., 2007). L'adesione alle terapie di lunga durata è al 60%, alla dieta e all'assunzione di liquidi a meno del 40% (Kugler C et al., 2011b). Numerose restrizioni possono provocare *stress* con conseguente aumento di depressione, ansia e minore qualità di vita rispetto alla popolazione generale (Cukor D et al., 2008; Fukuhara S et al., 2003; Kimmel PL et al., 2005). La scarsa adesione al regime terapeutico complesso è un problema ampiamente riconosciuto nella cura quotidiana dei pazienti in dialisi, contribuendo a un aumento di morbidità e mortalità. Tuttavia pochi studi cercano di comprendere le ragioni alla base della scarsa adesione alla terapia (Cavanaugh KL et al., 2010). Nonostante i recenti progressi il rischio di morte (cardiovascolare e non) nei pazienti emodializzati cronici è 8 volte maggiore rispetto alla popolazione generale (Constantini L 2006; De Jager DJ et al., 2009). In particolare l'aumentata incidenza di malattie cardiache è stata associata a iperfosforemia e più specificatamente a un elevato rapporto calcio fosforo, rendendo il controllo del fosforo un importante obiettivo di trattamento. Le strategie che aiutano a tenere sotto controllo il fosforo sierico in ESKD sono: la dialisi, le restrizioni dietetiche e il chelante del fosforo (Block AG et al., 1998). Se le persone in cura non assumono i farmaci e non si attengono alla dieta significa che fornire migliori cure e migliore assistenza non è sufficiente, infatti i pazienti hanno un comportamento non in linea con le attese. A questo punto il problema diviene clinico e il personale sanitario ha l'esigenza di convincere il paziente a seguire le prescrizioni. Il solo modo per convincere qualcuno è parlare, negoziare

Tabella 1. Quesito clinico secondo la metodologia PICO

P	pazienti	pazienti in emodialisi
I	intervento	interventi educativi
C	controllo	
O	esiti (<i>outcome</i>)	aderenza

e concordare. La comunicazione diventa quindi uno strumento dal quale non si può prescindere (Bertone B, 2011). La Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, KDOQI (2003) e la Kidney Disease Improving Global Outcomes, KDIGO (2012) raccomandano che i pazienti siano accompagnati da frequenti e costanti consigli dietetici da parte di esperti così come da regolari *follow up* nel contesto di un programma di educazione nutrizionale. Tuttavia nessuna delle linee guida descritte ha spiegato le strategie educative necessarie per raggiungere l'adesione ottimale (Karavetian M et al., 2014).

Obiettivo

L'obiettivo di questo lavoro è dimostrare quanto l'educazione terapeutica, adottata in particolare dagli infermieri, migliori l'aderenza del paziente con CKD e in HD alla dieta, alla terapia e alla restrizione di liquidi.

MATERIALE E METODI

Per ottenere un ottimale reperimento della documentazione pertinente è stato sviluppato un quesito clinico nel rispetto della metodologia PICO (Richardson WS et al., 1995) (Tabella 1).

Sono state interrogate alcune banche dati biomediche quali Cochrane Library, Pubmed, Google scholar tramite parole chiave (termini MESH, *subheading*), operatori booleani e filtri (Tabella 2).

Criteri di inclusione

Sono stati inclusi studi che contengono:

- testo completo disponibile in inglese o in italiano;
- interventi educativi;
- popolazione adulta;
- revisioni;
- studi pubblicati negli ultimi 16 anni;
- risultati centrati sugli esiti.

Criteri di esclusione

Sono state escluse revisioni che contengono:

- argomenti che si discostano dalla domanda di ricerca;
- studi su pazienti con trapianto renale;
- studi su pazienti trattati con dialisi peritoneale o domiciliare;
- studi su pazienti in età pediatrica.

Tabella 2. Strategia di ricerca

Banca dati	Parole chiave	Filtro
Cochrane Library	<i>hemodialysis patients AND educational interventions</i>	- all - other reviews
Pubmed	<i>"hemodialysis patients" AND "therapeutic education" AND (adherence OR compliance)</i>	- review - free full text - dal 2000 al 2016
Google scholar	<i>hemodialysis AND education AND adherence (review)</i>	- in qualsiasi lingua - ordina per pertinenza - dal 2000 al 2016

Strategia di ricerca

E' stata sviluppata una metodologia di ricerca per recuperare interventi educativi diretti alla gestione della dieta, della terapia e della restrizione di liquidi nei pazienti con malattia renale cronica e pazienti sottoposti a emodialisi cronica. E' stata condotta una ricerca sulle banche dati Cochrane Library, Pubmed e Google scholar nel mese di aprile 2017 utilizzando diversi operatori booleani (AND, OR, NOT). Sono stati inclusi solo gli articoli pubblicati

negli ultimi 16 anni, assicurando così che la ricerca riguardasse le scoperte più recenti su questo argomento. La strategia di ricerca includeva le seguenti parole chiave: *hemodialysis patients*, *hemodialysis*, *educational interventions*, *adherence*, *review*. Gli *abstract* di tutti gli studi sono stati identificati ed esaminati dal primo autore (PQ; Figura 1). La qualità e il rigore metodologico delle revisioni sono stati valutati in maniera indipendente da due revisori (PA e RF) attraverso l'utilizzo della *cecklist* AMSTAR

Figura 1. Metodologia di ricerca bibliografica

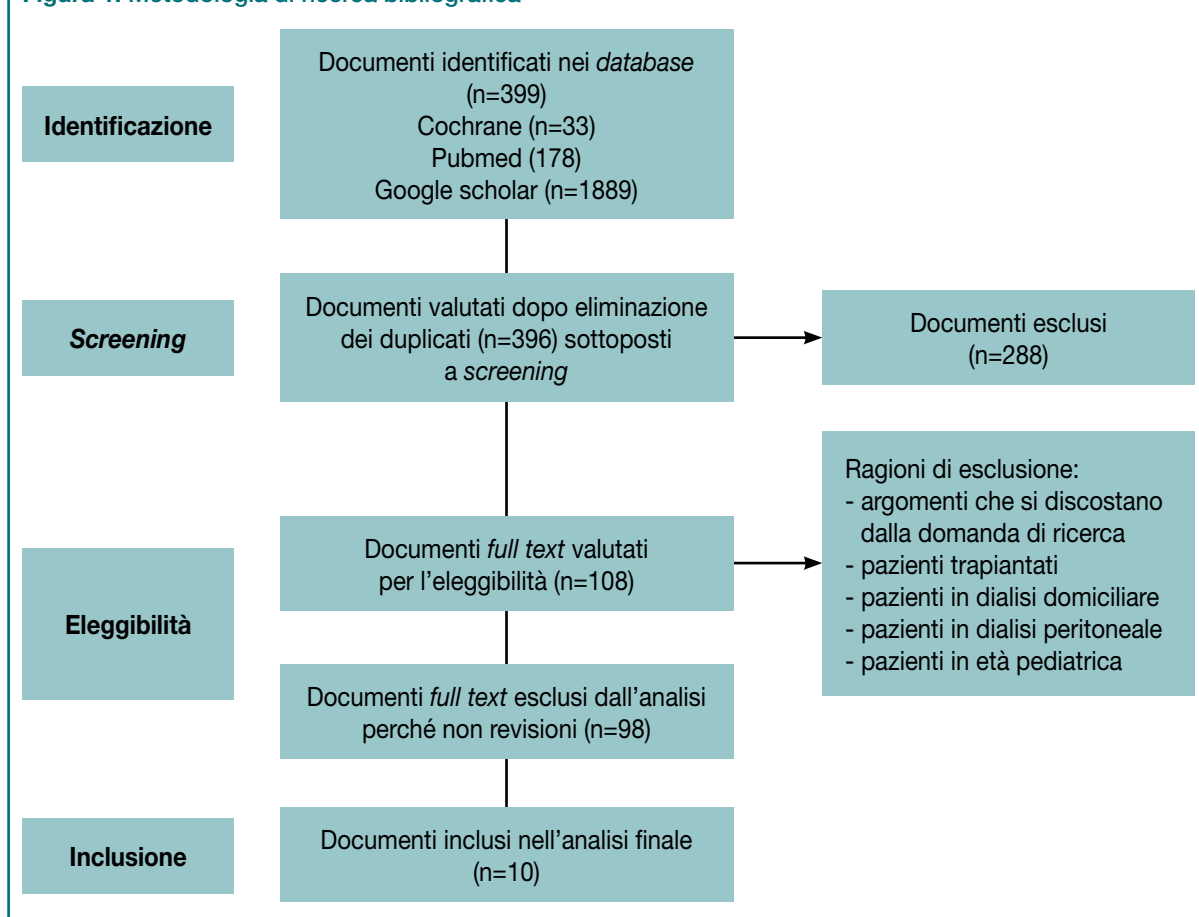


Tabella 3. Valutazione della qualità metodologica delle revisioni sistematiche con AMSTAR checklist

	Amy LC et al., 2016	Ghimire S et al., 2015	Idier L et al., 2011	Karamanidou C et al., 2008	Karavetian M et al., 2014	Mason Jo et al., 2008	Matteson ML et al., 2010	Sharp J et al., 2004	Schmid H et al., 2009	Welch JL et al., 2005
Lo studio include una descrizione "a priori" del quesito di ricerca e dei criteri di inclusione?	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
La selezione degli studi è stata effettuata in doppio?	no	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	no	no
La ricerca bibliografica è stata effettuata su almeno due banche dati elettroniche?	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
Lo stato di pubblicazione è stato utilizzato come criterio di inclusione?	no	sì	sì	no	no	sì	no	no	no	no
E' riportata una lista completa degli studi inclusi e degli studi esclusi?	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
Le caratteristiche degli studi inclusi sono state descritte?	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
La qualità metodologica degli studi inclusi è stata valutata e descritta?	no	sì	no	no	no	sì	no	sì	no	no
La qualità metodologica degli studi inclusi è stata considerata e utilizzata per formulare le conclusioni?	no	sì	no	no	no	sì	no	sì	no	no
Il metodo utilizzato per effettuare la sintesi statistica è appropriato?	no	no	no	no	no	sì	no	no	no	no
E' stata valutata la possibilità del bias di pubblicazione?	no	no	no	no	no	no	no	sì	no	no
E' stato dichiarato il conflitto di interessi?	sì	no	sì	sì	sì	sì	no	no	no	no
Risultati (somma dei sì)	5	8	7	6	6	10	5	8	4	4

(Shea BJ et al., 2007; Tabella 3). In caso di dubbi o controversie è stato chiesto il parere del primo autore (QP). Eventuali discrepanze sono state risolte con la discussione. L'estrazione e l'analisi dei dati sono state effettuate da 3 revisori (QP, PA, RF). I contenuti delle revisioni sono stati successivamente sintetizzati (Tabella 4). Sono stati esclusi studi su pazienti con trapianto renale, con dialisi peritoneale o domiciliare e in età pediatrica perché questi gruppi hanno differenti e ulteriori bisogni educativi che vanno oltre la portata della revisione.

RISULTATI

La ricerca sistematica della letteratura, condotta nel mese di aprile del 2017, ha permesso di individuare numerosi articoli contenenti le parole chiave presenti nel riassunto. I criteri di inclusione e di esclusione e l'utilizzo degli operatori booleani (AND, OR, NOT) hanno permesso di selezionare soltanto le revisioni ritenute più appropriate che comprendevano: il testo completo disponibile in inglese o in italiano, i risultati di interventi educativi mirati a migliorare l'aderenza del paziente con CKD e del paziente emodializzato cronico adulto alla terapia, alla dieta e alla restrizione di liquidi. In tutto sono stati identificati 399 articoli, sono state selezionate solo revisioni e sono stati esclusi articoli duplicati o contenenti studi su pazienti con trapianto renale o trattati con dialisi peritoneale o domiciliare o soggetti in età pediatrica. La maggior parte dei documenti ritenuti pertinenti sono stati condotti a partire dal 2000 in poi, per cui sono stati presi in considerazione studi degli ultimi 16 anni, sono stati ritenuti di interesse per la revisione 10 documenti. I dati sono stati estratti e analizzati da 3 autori (QP, PA, RF). La sintesi e le caratteristiche degli studi revisionati sono state riportate in Tabella 4. Le revisioni sono state successivamente sottoposte a valutazione della qualità e del rigore metodologico da parte di 2 revisori (PA e RF) e i risultati sono stati riportati in Tabella 3. Tutti i lavori sono stati pubblicati tra il 2004 e il 2016 e provengono da: Libano (1 studio), Regno Unito (4 studi), Francia (1 studio), Stati Uniti d'America (2 studi), Germania (1 studio) e Australia (1 studio). I dati osservati in tutti gli studi riguardano un numero di pazienti con CKD o con ESKD che varia da un minimo di uno (Sharp J et al., 2005) a un massimo di 11.732 (Ghimire S et al., 2015). I partecipanti sono generalmente di mezza età, uomini e donne sono ugualmente rappresentati. La nazione di provenienza del campione è eterogenea: Giappone, Taiwan, Africa e America (Welch JL et al., 2005a); Canada, Taiwan, Regno Unito (UK), USA e Olanda (Jo Mason MA et al., 2008);

Regno Unito, USA, Scozia e Taiwan (Matteson ML et al., 2010); Arabia Saudita, Grecia, Regno Unito, Spagna, Iran, Brasile, Malesia, Cina e Italia (Ghimire S et al., 2015); Inghilterra, Iran, Malesia, USA, Grecia, Giappone, Taiwan e Olanda (Idier L et al., 2011); USA, Spagna, Regno Unito, Cina, Israele, Sudafrica e Giappone (Karamanidou C et al., 2008); Australia, Olanda, Svezia, Taiwan, USA (Amy L et al., 2016). In 3 revisioni non è stata riportata la provenienza del campione (Karavetian M et al., 2014; Schmid H et al., 2009; Sharp J et al., 2005). Tre articoli riportano solo studi randomizzati e controllati (RCT; Jo Mason MA et al., 2008; Matteson ML et al., 2010; Idier L et al., 2011).

Quattro studi contengono disegni diversi: interviste strutturate pre e post test (PP), studi quasi sperimentali (Q), studi controllati (RCT), studi prospettici (P), studi retrospettivi (R), serie di casi o casi singoli (Welch JL et al., 2005a; Sharp J et al., 2005; Ghimire S et al., 2015; Karavetian M et al., 2014). Due articoli descrivono prevalentemente studi trasversali (*cross sectional*, CS) e pochi studi prospettici (Amy L et al., 2016; Karamanidou C et al., 2008). Uno studio valuta per la maggior parte *self reports* e interviste strutturate pre e post test (Schmid H et al., 2009). La valutazione ha rilevato una qualità metodologica di 5,8 (*range* punteggio AMSTAR 4-10). Tutte le revisioni hanno riportato una lista completa degli studi inclusi ma non di quelli esclusi. La qualità metodologica degli stessi è stata valutata, descritta e utilizzata per formulare le conclusioni solo in 3 documenti, solo in uno studio è stato utilizzato un metodo appropriato per effettuare la sintesi statistica e solo in una revisione si fa riferimento alla possibilità di *bias* di pubblicazione (vedi Tabella 3).

Fattori predittivi di aderenza

Per sviluppare un intervento capace di ottimizzare l'aderenza alla terapia, alla dieta e alla restrizione di liquidi è necessario prima capire i fattori che sono associati alla non aderenza, per poterli poi affrontare. A tale scopo sono stati identificati 3 tipi di fattori predittivi: demografici, clinici, psicosociali. Gli studi che hanno valutato i fattori demografici (l'età, il sesso, il livello d'istruzione, lo stato civile, l'etnia, il reddito, lo stato occupazionale, il fumo, l'alcol, l'uso eccessivo di farmaci, la religione) hanno riscontrato livelli più elevati di adesione nei pazienti più anziani rispetto ai più giovani (Karamanidou C et al., 2008; Schmid H et al., 2009; Matteson ML et al., 2010). I motivi sono da ricercare nel fatto che le persone anziane hanno più paura della morte, conducono una vita più strutturata, sono più predisposti ad accettare la condizione di cronicità e sono meno propensi

Tabella 4. Sintesi degli studi revisionati

Primo autore, anno, nazione	Obiettivo	Caratteristiche	Risultati	Conclusioni
Amy L, 2016 UK	sintetizzare la letteratura esistente riguardo alla percezione della malattia e i risultati clinici e psicosociali associati nei pazienti con CKD	• articoli inclusi: 7 • anno articoli: 2010-2015; • provenienza campioni: Australia, Olanda, Svezia, Taiwan, USA; • numerosità campionaria: 15-416; • disegno: * P e CS	• nonostante le poche prove disponibili, gli studi esistenti indicano che le percezioni negative della malattia nei pazienti con CKD non dializzati sono associate alla progressione della malattia e a un numero di esiti psicosociali; • gli studi evidenziano che i pazienti anche nelle prime fasi della malattia sperimentano una percezione negativa che alla fine può influenzare le loro azioni di <i>coping</i>	le prove suggeriscono che la percezione della malattia è modificabile con l'intervento psicologico, che tale intervento può essere più efficace se fornito prima che le credenze siano consolidate. E' importante quindi intervenire precocemente per aiutare i pazienti a sviluppare positivamente strategie di gestione della malattia che possono in ultima analisi rallentare la progressione della malattia stessa e migliorare i risultati psicosociali. Sono necessari studi ulteriori per accertare i meccanismi attraverso i quali la percezione della malattia predice esiti psicosociali e clinici nei pazienti con CKD e infine valutare l'efficacia degli interventi basati sulla percezione della malattia
Ghimire S, 2015 Australia	riassumere la letteratura esistente riguardo alla non aderenza e identificare i fattori associati alla non aderenza farmacologica nei pazienti sottoposti a emodialisi	• articoli inclusi: 44; • anno articoli: 1978-2014; • provenienza campioni: Arabia Saudita, Grecia, UK, Spagna, Iran, Brasile, Malesia, Cina e Italia; • numerosità campionaria: 19-11.732; • disegno: * CS, P, R	• la prevalenza della non aderenza ai farmaci variava dal 12,5% al 98,6%, con eterogeneità diffusa nelle misure e nelle definizioni impiegate; • i più comuni fattori associati in modo significativo alla non aderenza erano l'età più giovane, l'etnia non caucasica, la malattia che interferiva con la vita familiare, essere un fumatore, vivere da soli, essere divorziato o vedovo, la longevità dell'emodialisi, il ricovero in ospedale ricorrente, i sintomi depressivi e le malattie concomitanti come diabete e ipertensione, il numero giornaliero di compresse, le dimensioni della pillola, il numero di leganti di fosforo prescritti e la complessità del regime terapeutico	vi sono fattori correlati con il paziente, la malattia e i farmaci che sono associati a non aderenza ai farmaci nei pazienti in emodialisi. I medici dovrebbero essere consapevoli di tali fattori e dovrebbero adottare strategie per promuovere l'aderenza come ridurre il numero delle pillole, usare i prodotti in associazione ed essere consapevoli di quali sono i potenziali effetti avversi qualora non venga assunta regolarmente la terapia. E' anche fondamentale migliorare l'istruzione dei pazienti per quanto riguarda i regimi terapeutici e fornire istruzioni concise per evitare confusione. La ricerca futura dovrebbe essere diretta verso approcci più rigorosi come lo studio prospettico longitudinale, progettare e mirare allo sviluppo di definizioni <i>standard</i> e alla convalida di strumenti disponibili come il MRCI, mentre si dovrebbe concentrare, nel predire la non aderenza ai farmaci, sul ruolo di fattori aggiuntivi come quelli psicosociali e comportamentali
Idier L, 2011 Francia	esaminare l'impatto dell'istruzione terapeutica del paziente (TPE) in emodialisi e valutare l'efficacia di questi programmi	• articoli inclusi: 35; • anno articoli: 1981-2010; • provenienza campioni: Inghilterra, Iran, Malesia, USA, Grecia, Giappone, Taiwan e Olanda; • numerosità campionaria: 10-316; • disegno: * RCT	la maggioranza degli articoli si occupava di risultati puramente fisiologici (18) e la minoranza solo di risultati psicosociali (4). Quindici articoli discussi hanno riguardato entrambi i risultati fisiologici e psicosociali, cioè i criteri combinati. Sono emersi effetti positivi come miglioramenti nella conoscenza, aderenza e qualità della vita. La maggior parte degli interventi educativi è stata eseguita dagli infermieri	TPE è un metodo di gestione globale basato sul benessere fisiologico e psicologico del paziente. Studi che prendono in considerazione le variabili sia fisiologiche sia psicosociali sono molto utili per comprendere gli effetti dei programmi TPE sui pazienti in dialisi. La revisione mostra che gli infermieri giocano un ruolo importante in TPE e che necessitano di abilità a vari livelli comunicativi, educativi, di animazione e valutazione. Questi effetti positivi stimolano gli infermieri a sviluppare programmi di TPE per pazienti in dialisi nel loro <i>team</i> multidisciplinare. Oltre al ruolo dell'infermiere per la gestione globale dei pazienti nel processo TPE è importante l'impegno di ciascun operatore sanitario (infermiere, medico, dietologo, farmacista, psicologo)



Karamanidou C, 2008 UK	valutare la prevalenza di non aderenza al farmaco chelante del fosforo nei pazienti con ESRD e identificare i fattori associati alla scarsa aderenza	• articoli inclusi: 34; • anno articoli: 1978-2004; • provenienza campioni: USA, Spagna, UK, Cina, Israele, Sudafrica e Giappone; • numerosità campionaria: piccole dimensioni (<25, <50); • disegno: * P e CS	gli studi riportano che il 22-74% dei pazienti non è aderente al farmaco chelante del fosforo. Questo può essere parzialmente attribuito a differenze nel modo in cui l'aderenza è stata definita e misurata. I predittori demografici e clinici di non aderenza sono stati valutati più frequentemente, e solo la giovane età era associata a non aderenza. Al contrario, le variabili psicosociali (per esempio le credenze dei pazienti riguardo a farmaci, supporto sociale, caratteristiche della personalità) sono stati valutati meno frequentemente, ma è più probabile che siano associate alla non aderenza	la non aderenza al farmaco chelante del fosforo sembra essere prevalente nell'ESRD. Diversi fattori psicosociali potenzialmente modificabili sono stati identificati come predittori di non aderenza. C'è bisogno di ulteriori metodologie e di studi solidi per identificare le credenze chiave che influenzano la non aderenza ai chelanti del fosforo con lo scopo di sviluppare interventi per facilitare la motivazione, la scelta informata e l'aderenza appropriata
Karavetian M, 2014 Libano	esaminare interventi di educazione nutrizionale pubblicati finalizzati al miglioramento dei livelli sierici di fosforo nei pazienti in emodialisi, attraverso il miglioramento della loro conoscenza e aderenza alla dieta e delle istruzioni relative alla riduzione del fosforo	• articoli inclusi: 18; • anno articoli: 2003-2013; • provenienza campioni: non riportata; • numerosità campionaria 5-702; • disegno: * RCT, P, Q, R	le seguenti strategie sono state identificate come efficaci nel cambiamento del comportamento alimentare: 1) uso di tecniche di autovallutazione e autoregolazione nell'ambito di strumenti educativi, insieme ad abilità facili da applicare; 2) consulenza individualizzata da parte di un dietologo renale fornita prima della seduta di emodialisi; 3) educazione ad alta intensità; 4) lunga durata degli interventi	sono stati estratti 18 studi, dei quali 14 hanno riportato un calo significativo della fosforemia nel gruppo di intervento, mostrando così una relazione positiva tra educazione alimentare e miglioramento del fosforo sierico. Gli studi hanno mostrato modelli di interventi educativi per la gestione dell'iperfosforemia nei pazienti in emodialisi, dimostrando così un cambiamento comportamentale nell'alimentazione. Manca ancora una prova forte, che potrebbe essere ottenuta coinvolgendo i pazienti nello sviluppo di materiale educativo, utilizzando <i>focus group</i> per valutare la reattività dei pazienti all'educazione, e coinvolgendo <i>team</i> multidisciplinari in RCT con campioni più grandi, uguale <i>target</i> di maschi e femmine, interventi più lunghi, periodi di <i>follow up</i> , e basati sulla teoria di una più frequente educazione dei pazienti, con un coinvolgimento maggiore di famiglia e amministrazione, e, infine, un'analisi costo-efficacia affinché gli interventi possano essere integrati nella cura dietetica di <i>routine</i> dei pazienti in emodialisi
Mason J, 2008 UK	effettuare una revisione sistematica degli interventi educativi nei seguenti stadi della malattia renale: - CKD precoce - predialisi; - dialisi. Si è voluto quindi esaminare l'impatto a breve, medio e lungo termine degli interventi in ciascuno di questi stadi e formulare raccomandazioni per lo sviluppo di interventi educativi futuri sulla malattia renale	• articoli inclusi: 22; • anno articoli: 1981-2005; • provenienza campioni: Canada, Taiwan, UK, USA e Olanda; • numerosità campionaria: 10-335; • disegno: * RCT	sono stati considerati i risultati clinici, comportamentali, psicologici e di conoscenza. Diciotto studi su 22 hanno fornito risultati significativi per almeno uno dei risultati. La maggior parte degli studi mirava a migliorare la dieta e/o l'aderenza ai fluidi nei pazienti in dialisi coinvolti nel <i>follow up</i> a breve e medio termine. Solo uno studio a lungo termine ha avuto un <i>follow up</i> di 20 anni con un intervento educativo di predialisi che ha aumentato tassi di sopravvivenza. Non è stato trovato nessuno studio che riguardasse la malattia renale cronica in una fase precedente	gli interventi educativi strutturati multicomponenti sono stati efficaci nel periodo predialitico e nella cura della dialisi, ma la qualità di molti studi era subottimale. E' necessario creare <i>framework</i> efficaci per sviluppare, implementare e valutare gli interventi educativi, specialmente quelli mirati ai pazienti nelle prime fasi della malattia renale cronica. Ciò potrebbe comportare una possibile prevenzione o ritardo della progressione della malattia renale



Matteson ML, 2010 USA	rivedere sistematicamente studi di intervento sperimentali controllati progettati per aumentare trattamento, farmaci, liquidi, dieta e aderenza nei pazienti adulti in emodialisi	• articoli inclusi: 8; • anno articoli: 1986-2008; • provenienza campioni: UK, USA e Taiwan; • numerosità campionaria: 39-169; • disegno:* RCT	sei degli 8 studi hanno trovato un miglioramento statisticamente significativo nell'aderenza dopo l'intervento. Di questi 6 studi 3 hanno utilizzato strategie di intervento di tipo cognitivo/comportamentale per migliorare l'aderenza dei pazienti alla dieta, alla terapia e ai fluidi, tutti gli altri avevano una componente solo cognitiva	le ricerche future sull'emodialisi devono affrontare il problema della mancanza di diversità nei campioni e il ricorso a squadre multidisciplinari di interventisti. I futuri campioni devono essere più grandi, più giovani, femminili ed etnicamente diversi. Si raccomanda di valutare medici, infermieri e assistenti sociali oltre a dietisti. Per modificare la pratica in emodialisi, sono necessarie prove più forti. Per migliorare l'aderenza del paziente alla terapia, gli studi di intervento di emodialisi, integrando i risultati di questa revisione con la precedente meta-analisi, le revisioni sistematiche e le revisioni integrative, devono affrontare l'ambiente in cui il paziente vive, avere una base teorica e una componente comportamentale. La teoria di McLeroy sembra promettente nell'affrontare il sistema ambientale e il paziente nel suo insieme. Interventi teorici con una componente comportamentale includono interviste motivazionali o di auto miglioramento continuo. Questi 2 interventi hanno dimostrato di essere promettenti nel migliorare l'aderenza in altre malattie croniche. Tuttavia, questa conclusione si basa su pochi studi con molte limitazioni
Sharp J, 2004 UK	valutare l'impatto degli interventi progettati per migliorare l'aderenza alle restrizioni di liquidi nei pazienti sottoposti a emodialisi. E' la prima revisione sistematica che valuta l'impatto degli interventi psicosociali in pazienti con incremento ponderale interdialitico (IDWG)	• articoli inclusi: 16; • anno articoli: 1976-2003; • provenienza campioni: non riportata; • numerosità campionaria: 1-316; • disegno:* RCT, metanalisi o revisioni sistematiche, Q, studi di coorte, caso-controllo, PP, serie di casi o casi singoli	quasi tutti gli studi hanno mostrato una diminuzione di IDWG dopo l'intervento. E' stato identificato un certo numero di difetti di metodo nella letteratura esistente	studi che indagano interventi psicologici volti a migliorare l'aderenza alla restrizione di liquidi sembrano indicare un certo successo nel ridurre IDWG. Tuttavia, la validità di questo risultato è limitata a causa dell'uso prevalente di disegni investigativi con intrinseca elevata suscettibilità a <i>bias</i> . Gli studi RCT futuri trarrebbero vantaggio dall'utilizzo di un numero maggiore di partecipanti. Una più chiara descrizione dei protocolli di intervento consentirebbe di comprendere quali sono gli approcci e i singoli interventi in grado di migliorare l'aderenza alle restrizioni di assunzione di liquidi nei pazienti sottoposti a emodialisi
Schmid H, 2009 Germania	quantificare la non aderenza ad alcuni farmaci orali; aumentare la consapevolezza dei problemi che possono derivare dalla non aderenza; descrivere le strategie che possono essere utilizzate per migliorare l'aderenza alla prescrizione terapeutica	• articoli inclusi: 19; • anno articoli: 1971-2008; • provenienza campioni: non riportata; • numerosità campionaria: 19-6251; • disegno:* <i>selfreport</i> e PP	più della metà degli studi inclusi hanno riportato un tasso di non adesione $\geq 50\%$ (media 67%). E' stato studiato prevalentemente il farmaco orale legante del fosforo. Per registrare il tasso di adesione sono stati utilizzati come strumenti di valutazione più frequenti <i>report</i> personali, interviste strutturate e dosaggio dei livelli sierici di fosforo. Limiti della revisione sono: aver incluso piccole corti di pazienti, incoerenza nella definizione di aderenza e mancanza di un metodo <i>standard</i> per misurare la non aderenza	la non aderenza alla terapia orale nei pazienti emodializzati è ancora sottovalutata, ma è un comportamento rischioso per la vita. Per migliorare l'aderenza ai farmaci è stata proposta un'ampia gamma di strategie utili, ma l'efficacia della maggior parte di queste non è stata dimostrata negli studi riportati. Sono state raccomandate come strategie: un approccio centrato sul paziente, compresa la rimozione degli ostacoli all'aderenza, una migliore comunicazione, la semplificazione del regime terapeutico, la formazione continua e l'uso di MEMS (<i>microelectronic monitoring device</i>). Tuttavia, fino a ora, nessuna singola strategia ha definitivamente dimostrato di produrre miglioramenti universali e/o di lunga durata



Welch JL, 2005 USA	criticare i metodi di ricerca, descrivere l'efficacia degli interventi valutati e formulare raccomandazioni per la ricerca futura	• articoli inclusi: 9; • anno articoli: 1979-2003; • provenienza campioni: Giappone, Taiwan, Africa e America; • numerosità campionaria: 10-316; • disegno: * PP, Q, R	l'automonitoraggio sembra essere una strategia promettente da prendere in considerazione per ridurre IDWG. La teoria non veniva solitamente utilizzata per guidare gli interventi, gli studi avevano generalmente gruppi di controllo, gli interventi erano consegnati individualmente, è stato consegnato più di un intervento alla volta, la durata dell'intervento variava notevolmente, è mancato un <i>follow up</i> a lungo termine, IDWG è stato l'unico risultato, e IDWG è stato valutato in modi diversi	la ricerca scientifica è essenziale per una pratica basata sulle prove tuttavia i dati attualmente disponibili non sono sufficienti per sviluppare linee guida di pratica clinica, per promuovere l'aderenza alla restrizione di liquidi tra i pazienti in emodialisi. Vivere con le restrizioni imposte dall'insufficienza renale cronica è una sfida continua. I ricercatori, per ridurre gli effetti negativi della non adesione alla restrizione dei fluidi, devono sfidarsi continuamente per trovare interventi fattibili ed efficaci
--------------------------	---	--	--	---

***Legenda**

PP: interviste strutturate pre e post test; CS: studio *cross sectional*; Q: studio quasi sperimentale; RCT: studio controllato; P: studi prospettici; R: studi retrospettivi

a segnalare la mancata aderenza alla terapia. Oltre all'età avanzata (>65 anni) sono stati identificati come indicatori di adesione: il livello di istruzione elevato, la riduzione dei costi dei farmaci, così come la scarsa preoccupazione dei potenziali effetti negativi. Non sembrano influire sull'aderenza i fattori predittivi clinici come: il periodo di tempo di emodialisi, il diabete, la storia di trapianto avvenuto o mancato. Sono predittori cruciali di non adesione: la complessità del regime terapeutico prescritto, le dimensioni e il gusto di alcune compresse, come i chelanti del fosforo (Karamanidou C et al., 2008; Schmid H et al., 2009). A tal proposito una revisione suggerisce che il numero di farmaci prescritti è inversamente proporzionale all'adesione (Claxton AJ et al., 2001) e questo richiede ulteriori ricerche in merito. Sono state identificate come predittori significativi di conformità diverse variabili psicosociali potenzialmente modificabili: livello di autostima, funzione cognitivo-comportamentale, *locus of control* (Rotter JB, 1966), sostegno sociale, dinamiche familiari, ansia, depressione, capacità di *coping*, relazione paziente-sanitari (Karamanidou C et al., 2008).

Programmi di ET e modelli teorici

Motivazione, empatia e fiducia sono i fattori chiave per ottimizzare l'aderenza del paziente. Secondo il settimo rapporto del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (2003): "... la terapia più efficace prescritta dal più attento medico controllerà la malattia solo se i pazienti sono motivati". Nell'adottare l'empatia i medici e il personale infermieristico svolgono un ruolo centrale. In particolare gli infermieri di nefrologia e dialisi sono nella posizione ideale per stabilire una relazione con il paziente

emodializzato cronico (Barnett T et al., 2008). Per migliorare l'aderenza alla terapia e alla dieta è stato raccomandato un approccio centrato sul paziente, compresa l'eliminazione degli ostacoli dell'adesione, attraverso una migliore comunicazione, la semplificazione del regime terapeutico, la formazione continua del personale e del paziente, l'uso di dispositivi di monitoraggio (MEMS, *microelectronic monitoring device*). Tuttavia nessuna strategia singola ha dimostrato di produrre miglioramenti universali e/o di lunga durata (Schmid H et al., 2009). La letteratura esaminata conferma una relazione significativa tra adesione e supporto sociale (la percezione del sostegno reale di amici, familiari e del personale sanitario), ma nella maggior parte dei casi è importante la qualità del sostegno sociale nel predire i risultati di salute mentale e fisica piuttosto che la quantità (Karamanidou C et al., 2008). I dati mettono in evidenza il ricorso a interventi educazionali mirati a indirizzare i comportamenti legati alla malattia, che possono essere praticati da un singolo professionista o da un *team* multidisciplinare (infermieri, medico, dietista, farmacista, psicologo, eccetera). Recentemente gli articoli hanno incluso il concetto di autogestione in cui i pazienti sono parte attiva nella malattia. Lo sviluppo nel paziente di conoscenze relative allo scopo del regime terapeutico e ai rischi della non aderenza può essere un prerequisito per un miglioramento, ma da solo non può portare a un cambiamento comportamentale. E' stato esaminato l'impatto di interventi psicoeducativi (Welch JL et al., 2005a) e di interventi psicosociali (Sharp J et al., 2005), che sono basati principalmente sul modello transteorico o degli stadi di cambiamento, TTM (Prochaska JO et al., 1992) e il modello delle credenze sulla sa-

lute, HBM (Rosenstock IM, 1974). Il TTM nasce da una analisi comparata delle principali teorie di psicoterapia e modificazione del comportamento allo scopo di collegarle tra loro (da qui il nome transteorico). E' una tecnica che favorisce l'emergere della consapevolezza e attiva i processi di cambiamento attraverso i cosiddetti stadi del cambiamento (pre-contemplazione, contemplazione, determinazione, azione e mantenimento). L'HBM suggerisce che i comportamenti di salute sono determinati da 4 credenze: suscettibilità percepita, gravità percepita, percezione dei benefici associati al cambiamento comportamentale e percezione degli ostacoli.

Alcune revisioni (Welch JL et al., 2005a; Sharp J et al., 2005) mostrano una diminuzione di IDWG dopo gli interventi, ciò significa una maggiore adesione alle raccomandazioni sulle restrizioni di liquidi.

In alcuni RCT (Matteson ML et al., 2010) sono stati utilizzati il modello di autoregolazione di Leventhal (Leventhal H et al., 1987) per guidare gli interventi così da migliorare l'adesione ai farmaci chelanti del fosforo e il modello di autoefficacia di Bandura (Bandura A, 2004) per aumentare l'autoefficacia e incrementare l'aderenza alla restrizione di liquidi. Nel modello di Leventhal l'individuo è visto come attivo *problem solver* (risolutore dei problemi) impegnato nella gestione del proprio stato di salute. Secondo il modello di Bandura la fiducia nelle proprie capacità rende una persona in grado di modificare il proprio comportamento per raggiungere i risultati prefissati e mantenere alta la motivazione al cambiamento.

L'analisi della letteratura ha messo in evidenza una maggiore efficacia degli interventi di tipo cognitivo-comportamentale rispetto a quelli di tipo solo cognitivo (McDonald HP et al., 2002; Peterson AM et al., 2003; Roter DLD et al., 1998; Kripalani S et al., 2007), dimostrando che il ricorso a teorie comportamentali è un valore aggiunto per il successo dell'educazione dietetica (Spahn JM et al., 2010). Una teoria che potrebbe aiutare i pazienti a identificare le aree sulle quali intervenire per promuovere e mantenere comportamenti di salute è il modello ecologico di McLeroy. Nella prospettiva socio-ecologica gli ambienti che condizionano i comportamenti e la salute delle persone includono la famiglia, i gruppi dei pari e l'ambiente sia sociale sia fisico (McLeroy KR et al., 1988). Quasi tutti gli studi hanno optato per interventi psicoeducativi e pochi per un contenuto strettamente educativo basati sul modello cognitivo-comportamentale, sul TTM, sul *counseling*, su tecniche motivazionali, l'*empowerment* o la teoria dell'autoefficacia. La maggior parte degli interventi sono stati effettuati da infermieri

e, meno frequentemente, da dietisti, psicoterapeuti, *counselor*, medici o ricercatori. Questo è dovuto probabilmente al fatto che gli infermieri di nefrologia e dialisi a livello mondiale sono i professionisti sanitari più a contatto con i problemi quotidiani relativi alla dialisi (gestione del *monitor*, sicurezza, ipotensione, crampi, sanguinamento, trombosi dell'accesso vascolare, eccetera) e i primi ai quali i pazienti confidano le proprie difficoltà. Tuttavia è importante che l'intervento dell'infermiere sia complementare con quello degli altri professionisti (medico, psicologo, dietista, assistente sociale, eccetera), perché il *team* multidisciplinare può promuovere l'acquisizione di diverse competenze (abilità di autocura e capacità psico-sociali; Idier L et al., 2011). Di conseguenza, l'obiettivo di questa revisione è quello di analizzare la letteratura esistente sugli esiti di interventi educativi, messi in atto in particolare dagli infermieri, soprattutto nel contesto dell'emodialisi, per evidenziare ciò che già si conosce e indirizzare la ricerca e la pratica future per migliorare l'aderenza dei pazienti alla dieta, alla terapia e alla restrizione di liquidi.

DISCUSSIONE

Considerando l'importanza dell'aderenza alla dieta, alla terapia e all'assunzione di fluidi per migliorare il benessere dei pazienti con CKD e con ESKD la nostra ricerca ha messo in luce lo scarso numero di studi sui programmi di ET. Abbiamo cercato di dimostrare obiettivamente la mancanza di prove adeguate e di identificare le aree in cui sono necessarie ulteriori ricerche. Le revisioni esaminate comprendono una quantità variabile di pubblicazioni: da un minimo di 7 (Amy L et al., 2016) a un massimo di 44 (Ghimire S et al., 2015). La maggior parte sono RCT che valutano un'ampia varietà di interventi educativi con diversi obiettivi e risultati. E' stato difficile determinare l'effetto di teorie specifiche a causa della notevole sovrapposizione di concetti e metodi, della scarsa descrizione e delle diverse modalità di implementazione (Mason MA et al., 2008). Gli strumenti per valutare i risultati clinici sono stati validi e affidabili, mentre per l'indagine dei fattori psicologici, cognitivi e comportamentali sono stati utilizzati questionari diversi, molti dei quali non erano indicati per la suddetta tipologia di pazienti. Mason riferisce che 18 RCT su 22 hanno riportato notevoli miglioramenti per almeno uno dei risultati clinici, psicologici, comportamentali e cognitivi, dimostrando che gli interventi educativi sono stati applicati con successo. Il più importante di questi studi (Devins GM et al., 2005) basato su un intervento di valutazione di tipo cognitivo-com-

portamentale nel periodo precedente l'avvio della dialisi con un *follow up* di 20 anni ha mostrato un aumento dei tassi di sopravvivenza. Tuttavia, nonostante fossero RCT, hanno compreso gruppi di campioni eterogenei e di piccole dimensioni, sono stati registrati elevati tassi di abbandono, incoerenza nella consegna degli interventi, brevi *follow up*, scarsa validità dei questionari. Ciò mette in risalto la mancanza di interventi educativi preventivi nel periodo pre dialisi, in grado di sviluppare nel pubblico di interesse conoscenza e consapevolezza delle malattie renali, capacità di *coping*, abilità e motivazione, sensibilizzando a controllare la pressione arteriosa, a condurre stili di vita più sani, che potrebbero portare a prevenire o ritardare la progressione della malattia, migliorare la qualità della vita e ridurre i costi sanitari. Secondo alcuni autori (Harum P et al., 2003) la comprensione e l'efficacia dell'educazione dipendono anche dal livello di istruzione dei pazienti. Secondo altri per raggiungere una maggiore adesione il momento ideale per educare i pazienti è quello prima della seduta dialitica, piuttosto che durante o dopo. A differenza della terapia farmacologica gli interventi educativi non hanno effetti collaterali sulla salute, comportano pochi rischi e creano un'atmosfera positiva nella sala dialisi. Le persone sentono di avere più potere sulla loro vita, si sentono meno vittime della loro condizione, sono più disponibili ad aderire a qualsiasi terapia, contribuendo a migliorare la qualità della loro vita (Campbell KL et al., 2008).

Pochi studi hanno utilizzato in modo esplicito un modello teorico per guidare gli interventi. L'uso della teoria nell'implementare un intervento può aiutare a identificare le variabili che sono suscettibili di cambiamento (Glanz K et al., 2001). Per esempio il modello di credenze sulla salute (HBM) indica che variabili demografiche quali il sesso, l'età, le credenze sulla salute possono aiutare il singolo a intraprendere azioni (per esempio l'aderenza alle restrizioni di liquidi) per ridurre la propria vulnerabilità verso la condizione di cronicità.

In quasi tutti gli articoli esaminati non sono state prese in considerazione variabili di pertinenza dell'individuo come l'intensità della sete, il tipo di modello di sodio e la concomitanza di altre condizioni croniche. La sete intensa è un sintomo riportato frequentemente e associato a elevato IDWG (Giovannetti S et al., 1994; Welch JL et al., 2005b). E' probabile che i soggetti con sete più intensa abbiano risposto in maniera diversa rispetto a quelli con sete meno intensa. Inoltre il tipo di modello di sodio in alcuni studi non è stato misurato, nonostante vi siano prove che un modello esponenziale

di sodio è associato a maggiore IDWG (Daugirdas JT et al., 1985; Sang GL et al., 1997).

Anche l'inclusione di comorbidità è un'importante variabile clinica che potrebbe aiutarci a comprendere l'efficacia o l'inefficacia delle varie strategie di intervento.

Nonostante la conoscenza relativa alla gestione dei fluidi sia un prerequisito essenziale per l'autogestione e per modificare il comportamento (Maibach EW, 1995) spesso non è stata presa in considerazione. Laddove è stata valutata è mancata l'affidabilità o la validità degli strumenti utilizzati. L'autogestione richiede anche capacità di misurare liquidi, di leggere le etichette, di fare calcoli. Nella ricerca futura sarà importante considerare queste abilità, per integrarle nei modelli teorici. Tuttavia, la ricerca deve tener conto anche di altri aspetti per esempio determinare empiricamente se interventi personalizzati siano più efficaci di quelli standardizzati o se periodi di intervento più lunghi siano più efficaci di quelli più brevi. Sarà importante stabilire chi dovrà implementare i programmi educativi per promuovere comportamenti salute-correlati. Un RCT ha dimostrato che una pratica infermieristica avanzata basata su un intervento di pianificazione di dimissioni e di cure domiciliari per persone anziane a rischio di ospedalizzazione ha ridotto il numero di ricoveri, ha allungato fino a 24 settimane il tempo trascorso tra dimissione e ricovero in ospedale e ha ridotto i costi sanitari (Naylor MD et al., 1999). Russell (2006) nel promuovere programmi di autogestione per migliorare l'aderenza ai farmaci negli anziani raccomanda la teoria basata sull'intervento da parte di diversi professionisti. Kammerer (2007) per avere successo nell'aderenza del paziente in dialisi raccomanda il ricorso a interventi focalizzati sul singolo, sulla relazione paziente-operatore, sul sistema con cui operano i professionisti.

Una revisione sistematica di 35 articoli (Idier L et al., 2011) dimostra che i programmi di ET in emodialisi non stanno guadagnando terreno, questo è dovuto probabilmente al fatto che la maggior parte degli interventi è praticata da un solo infermiere o, meno frequentemente, da un dietista. Gli infermieri a livello mondiale svolgono un ruolo fondamentale per i pazienti in dialisi e per l'ET. La relazione infermiere-paziente in questo contesto è particolare in quanto i pazienti vengono trattati 3 volte a settimana e questo li porta a confidare le proprie difficoltà all'infermiere. Tuttavia è importante che l'intervento dell'infermiere sia complementare con quello degli altri professionisti (medico, psicologo, dietista, assistente sociale, eccetera), perché il *team* multidisciplinare può promuovere l'acquisizione di diverse

competenze (abilità di autocura e capacità psicosociali). Un altro aspetto importante è che spesso i programmi sono composti da sedute individuali, che consentono di promuovere una relazione più stretta permettendo a ogni paziente di affrontare problemi specifici. Tuttavia questo richiede tempo. Anche le sedute di gruppo hanno i loro vantaggi in quanto stimolano il confronto, l'aiuto reciproco, la solidarietà, l'interattività e le dinamiche di gruppo. Gli individui possono cambiare più facilmente le loro convinzioni e il loro comportamento. Inoltre i messaggi di salute a volte hanno un maggiore impatto se dati da un paziente esperto piuttosto che da un professionista.

In conclusione ogni metodo ha i suoi vantaggi e i suoi inconvenienti. In questa revisione 2 studi hanno dimostrato che l'associazione di entrambe le modalità ha portato a buoni risultati (Baraz SH et al., 2010; Konstantinidou E et al., 2002). Pertanto l'approccio più razionale sarebbe quello di offrire programmi di ET che associno sedute individuali e collettive. Dei 35 studi di Idier la maggior parte (18/35) ha valutato esiti fisiologici, evidenziando gli effetti positivi dell'ET sull'aderenza. Tuttavia questo approccio non è sufficiente. Allo stesso modo, valutare solo l'impatto psicologico è riduttivo. L'ET è una tecnica globale che si concentra sugli aspetti fisiologici (clinici, biologici, fisici) e sul benessere psicologico del paziente. Sarebbe interessante, nella valutazione dell'impatto dei programmi di ET sull'aderenza, combinare criteri biologici/clinici (misura oggettiva) e criteri psicosociali (misura soggettiva). Sembra che la maggioranza dei programmi educativi abbiano dato effetti positivi, in particolare per l'adesione alla dieta e alla restrizione di fluidi, anche se il modo in cui viene valutata l'aderenza nei vari studi è differente. In realtà non c'è accordo sul significato effettivo dell'aderenza e su come può essere misurata. L'aspetto della conoscenza, laddove è stata indagata, sembra essere migliorata dopo l'intervento, anche se non sempre una migliore conoscenza porta a una maggiore aderenza (Kaptein AA et al., 2010; Morgan LA., 2000; Sun CY et al., 2008). Questo dimostra quanto sia importante esaminare le variabili psicosociali per comprendere meglio il processo di cambiamento.

Il tempo e il numero di interventi sono stati variati, una singola seduta è generalmente insufficiente per aiutare il paziente ad acquisire competenze nuove e diverse (Deimling A et al., 1984; Karamanidou C et al., 2008; Schlatter S et al., 1998). La ET è un processo continuo, specialmente quando gli obiettivi sono molteplici, ciò presuppone una valutazione regolare dei vantaggi e il rinnovo, se necessario, degli in-

terventi. Per esempio Sun CY (2008) ha dimostrato che ripetere le sedute fino a quando i pazienti non hanno acquisito le necessarie conoscenze e abilità migliora l'adesione alle raccomandazioni dietetiche. Quasi tutti gli studi riportano gli effetti a breve termine, non sempre quelli a medio e lungo termine. Solo 2 studi (Brantley PJ et al., 1990; Korniewicz DM et al., 1994) hanno valutato i risultati a distanza di un anno dimostrando che la valutazione a lungo termine è rilevante. Tuttavia nel corso di un anno molti fattori interni o esterni possono influire sulle condizioni del paziente o del professionista e influenzare l'esito dell'intervento in positivo o in negativo. La mancanza di tempo, il supporto e l'infrastruttura limitano il numero delle sedute, la durata e la valutazione del programma. Anche Ghimire S (2015) osserva l'assenza di un approccio unico standardizzato per misurare la non aderenza, mettendo in evidenza una notevole variabilità nella qualità degli studi inclusi nella revisione. Quindi vi è la necessità di un accordo sulla definizione e sulla valutazione dell'aderenza per studiare il problema in modo efficace, capire i fattori predittivi, sviluppare e valutare gli interventi per migliorare l'adesione del paziente alle prescrizioni.

Nel complesso il tasso di prevalenza della non aderenza ai farmaci varia tra il 12,5% e il 98,6%, che è relativamente più elevato rispetto ad altre condizioni croniche come il diabete (dal 6,9% al 61,5%; Krass I et al., 2015), disturbi dello spettro schizofrenico (dal 5% al 52,8%; Sendt KV et al., 2015), le condizioni croniche della pelle, come la psoriasi (33,4% e 78,4%; Thorneoloe RJ et al., 2013). Anche in questa revisione sono stati associati a non aderenza alle prescrizioni un certo numero di fattori demografici e clinici (Kardas P et al., 2013), differenti aspetti sulle credenze circa la necessità e i potenziali effetti negativi dei farmaci come la costipazione e i disturbi gastrointestinali causati spesso dai chelanti del fosforo (Mohammed IA et al., 2008), la complessità del regime terapeutico (frequenza e posologia; Cummings KM et al., 1982) o anche la durata nel tempo (Kammerer J et al., 2007). Potrebbe essere utile misurare la complessità del regime terapeutico attraverso il MRCI (Indice di complessità del regime terapeutico), uno strumento validato sviluppato da George nel 2004. In seguito a un intervento, è stato osservato un cambiamento significativo nei punteggi di MRCI su pazienti diabetici, anziani e in dialisi domiciliare (Cardone J et al., 2011; Correr CJ et al., 2011). Nonostante si conosca poco riguardo al rapporto tra la percezione della malattia, la capacità funzionale e l'attività occupazionale (come un lavoro retribuito) nella popolazione con CKD e ESKD preva-

le la convinzione che lo stile di vita sano e l'esercizio fisico regolare abbiano una serie di vantaggi e sono considerati parte integrante nella gestione della malattia (Heiwe S et al., 2011; Gould DW et al., 2014).

CONCLUSIONI

Poiché nella malattia cronica il raggiungimento degli obiettivi terapeutici passa attraverso il paziente, l'ET è indispensabile per una cura globale realmente efficace. La malattia renale cronica e, in particolare, l'emodialisi richiedono una formazione costante, sia per il personale sia per i pazienti, sui benefici di un'adeguata aderenza alle raccomandazioni dietetiche e terapeutiche e sui rischi della non aderenza. Gli infermieri di nefrologia e dialisi giocano un ruolo fondamentale per condurre interventi di ET e avviare programmi multidisciplinari, inoltre sono un punto di riferimento per gli altri professionisti in quanto sono più a contatto con i problemi quotidiani relativi alla dialisi e i primi professionisti ai quali i pazienti confidano le proprie difficoltà. I dati disponibili non sono sufficienti per sviluppare linee guida di pratica clinica per promuovere l'aderenza del paziente. Vi è la necessità di ricerche ulteriori di alta qualità, di *follow up* più lunghi, che prendano in esame programmi educativi di tipo cognitivo-comportamentale che tengano conto dei fattori predittivi demografici clinici e psicosociali, che valutino l'associazione tra criteri fisiologici e criteri psicosociali, così da creare un consenso universale sul significato effettivo dell'aderenza e su come può essere misurata.

Limiti dello studio

La ricerca è stata ristretta agli ultimi 16 anni, per cui potrebbero essere stati esclusi documenti rilevanti per la revisione. La grande quantità di dati ottenuti dalla ricerca, la diversa provenienza dei campioni, l'eterogeneità degli studi, la variabilità di interventi educativi, la mancanza di accordo sulla definizione e sui metodi di misurazione dell'aderenza, l'utilizzo di strumenti non adeguati non hanno reso possibile generalizzare i risultati, hanno limitato la possibilità di fare confronti e di trarre conclusioni.

BIBLIOGRAFIA

- Albano MG, Crozet C, D'Ivernois JF (2008) *Analysis of the 2004-2007 literature on therapeutic patient education in diabetes: results and trends*. Acta Diabetologica, 45, 211-219.
- Amy LC, Thomas Y, Alice CS, et al. (2016) *Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: a narrative review*. Clinical Kidney Journal, 9, 494-502.
- Bandura A (2004) *Health promotion by social cognitive means*. Health education and Behavior, 31, 143-164.
- Baraz SH, Parvardeh S, Mohammadi E, et al. (2010) *Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis*. Journal of Advanced Nursing, 66, 60-68.
- Barnett T, Li Yoong T, Pinikahana J, et al. (2008) *Fluid compliance among patients having haemodialysis: can an educational programme make a difference?* J Adv Nurs, 61, 300-6.
- Bertone B (2011) *Abilità di comunicazione col paziente? Anche se fosse utile non saprei come cominciare!* GTN&D-Wichtig Editore, 23, 66-68.
- Block AG, Hulbert-Shearon TE, Levin NW, et al. (1998) *Association of serum phosphorus and calcium $\times$ phosphate product with mortality risk in chronic haemodialysis patients: a national study*. Am J Kidney Dis, 31, 607-617.
- Brantley PJ, Mosley H, Bruce BK, et al. (1990) *Efficacy of behavioral management and patient education on vascular access cleansing compliance in hemodialysis patients*. Health Psychology, 9, 103-113.
- Campbell KL, Ash S, Bauer JD (2008) *The impact of nutrition intervention on quality of life in pre-dialysis chronic kidney disease patients*. Clin Nutr, 27, 537-544.
- Cardone KE, Manley HJ, Grabe DW, et al. (2011) *Quantifying home medication regimen changes and quality of life in patients receiving nocturnal home hemodialysis*. Hemodial Int, 15, 234-242.
- Carter S, Taylor DA (2003) *Question of choice - compliance in medicinetaking*. University of London School of Pharmacy.
- Cavanaugh KL, Wingard RL, Hakim RM, et al. (2010) *Low health literacy associates with increased mortality in ESRD*. J Am Soc Nephrol, 21, 1979-1985.
- Chang TI, Paik J, Greene T, et al. (2011) *Intradialytic hypotension and vascular access thrombosis*. J Am Soc Nephrol, 22, 1526-33.
- Claxton AJ, Cramer J, Pierce C (2001) *A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance*. Clinical Therapeutics, 23, 1296-1310.
- Constantini L (2006) *Compliance, adherence, and self-management: Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients?* CANNT J, 16, 22-26.
- Correr CJ, Melchior AC, Fernandez-Llimos F, et al. (2011) *Effects of a pharmacotherapy follow-up in community pharmacies on type 2 diabetes patients in Brazil*. Int J Clin Pharm, 33, 273-280.
- Cukor D, Coplan J, Brown C, et al. (2008) *Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study*. American Journal of Kidney Diseases, 52, 128-136.
- Cummings KM, Becker MH, Kirscht JP, et al. (1982) *Psychosocial factors affecting adherence to medical reg-*

- iments in a group of hemodialysis patients. *Med Care*, 20, 567-580.
- Daugirdas JT, Al-Kudsi RR, Ing TS, et al. (1985) *A double-blind evaluation of sodium gradient hemodialysis*. *American Journal of Nephrology*, 5, 163-168.
- Deimling A, Denny M, Harrison M, et al. (1984) *Effect of an algorithm and patient information on serum phosphorus levels*. *American Association of Nephrology Nurses & Technicians*, 11, 35-38.
- De Jager DJ, Grootendorst DC, Jager KJ, et al. (2009) *Cardiovascular and noncardiovascular mortality among patients starting dialysis*. *J Am Med Assoc*, 302, 1782-1789.
- Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F et al. (2007) *Prevalence and consequence of nonadherence to hemodialysis regimens*. *Am J Crit Care*, 16, 222-235.
- Devins GM, Mendelssohn DC, Barre PE, et al. (2005) *Pre-dialysis psychoeducational intervention extends survival in CKD: a 20-year follow-up*. *Am J Kidney Dis*, 46, 1088-1098.
- Fukuhara S, Lopes AA, Bragg-Gresham JL, et al. (2003) *Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: the dialysis outcomes and practice patterns study*. *Kidney International*, 64, 1903-1910.
- George J, Phun YT, Bailey MJ, et al (2004) *Development and validation of the medication regimen complexity index*. *Ann Pharmacother*, 38, 1369-1376.
- Ghimire S, Castellino RL, Lioufas NM, et al. (2015) *Non-adherence to Medication Therapy in Haemodialysis Patients: a Systematic Review*. *PLoS ONE*, 10.
- Giovannetti S, Barsotti G, Cupisti A, et al. (1994) *Dipogenic factors operating in chronic uremics on maintenance hemodialysis*. *Nephro*, 66, 413-420.
- Glanz K, Oldenburg B (2001) *Utilizing theories and constructs across models of behavior change*. In: *Patterson, R. (Ed.), Changing Patient Behavior: Improving Outcomes in Health and Disease Management*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Goodman WG (2002) *Vascular calcification in end-stage renal disease*. *J Nephrol*, 15 (Suppl. 6), S82-5.
- Gould DW, Graham-Brown MP, Watson EL et al. (2014) *Physiological benefits of exercise in pre-dialysis chronic kidney disease*. *Nephrology*, 19, 519-527.
- Harum P, Galvez O, Mayol LG, et al. (2003) *Immediate and delayed memory recall patterns of chronic hemodialysis adult Hispanic patients*. *J Ren Nutr*, 13, 98-104.
- Hecking E, Bragg-Gresham JL, Rayner HC, et al. (2004) *Haemodialysis prescription, adherence and nutritional indicators in five European countries: results from the Dialysis Outcome and Practice Patterns Study (DOPPS)*. *Nephrol Dial Transplant*, 19, 100-7.
- Heiwe S, Jacobson SH (2011) *Exercise training for adults with chronic kidney disease*. *Cochrane Database Syst Rev*, 10.
- Idier L, et al (2011) *Assessment and effects of Therapeutic Patient Education for patients in hemodialysis: a systematic review*. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1570-1586.
- Mason Jo, Khunti K, Stone M, et al. (2008) *Educational interventions in kidney disease care: a systematic review of randomized trials*. *American Journal of Kidney Diseases*, 51, 933-951.
- Kammerer J, Garry G, Hartigan M, et al. (2007) *Adherence in patients on dialysis: strategies for success*. *Nephrol Nurs J*, 34, 479-486.
- Kapteijn AA, van Dijk S, Broadbent E, et al. (2010) *Behavioural research in patients with end-stage renal disease: a review and research agenda*. *Patient Education and Counseling*, 81, 23-29.
- Karamanidou C, Clatworthy J, Weinman J et al. (2008) *a systematic review of the prevalence and determinants of nonadherence to phosphate binding medication in patients with end-stage renal disease*. *BMC Nephrology*, 9, 2.
- Karavetian M, De Vries N and Elzein H (2014) *Dietary educational interventions for management of hyperphosphatemia in hemodialysis patients: a systematic review and meta-analysis*. *Nutrition in Clinical Care*, 72, 471-482.
- Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M (2013) *Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews*. *Front Pharmacol*, 4, 91.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group (2013). *KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease*. *Kidney Int Suppl*, 3, 1-150.
- Kimmel PL, Peterson RA (2005) *Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs*. *Seminars of Dialysis*, 18, 91-97.
- Konstantinidou E, Koukouvou G, Kouidi E, et al. (2002) *Exercise training in patients with end-stage renal disease on hemodialysis: comparison of three rehabilitation programs*. *Journal of Rehabilitation of Medicine*, 34, 40-45.
- Kugler C, Vlaininck H, Haverich A, et al. (2005a) *Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis*. *J Nurs Scholarsh*, 37, 25-9.
- Kugler C, Maeding I, Russell CL (2011b) *Non-adherence in patients on chronic hemodialysis: an international comparison study*. *Società Italiana di Nefrologia – ISSN*, 1121-8428.
- Korniewicz DM, O'Brien ME (1994) *Evaluation of a hemodialysis patient education and support program*. *American Nephrology Nurses' Association*, 21, 33-38.
- Krass I, Schieback P, Dhippayom T (2015) *Adherence to diabetes medication: a systematic review*. *Diabet Med*, 32, 725-737.

- Kripalani S, Yao X, Haynes RB (2007) *Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review*. Arch Intern Med, 167, 540-550.
- Leventhal H, Cameron L (1987) *Behavioral theories and the problem of compliance*. Patient Education & Counseling, 10, 117-36.
- Levey AS, Coresh J, Balk E, et al. (2003) *National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification*. Ann Intern Med, 139, 137-147.
- Maibach EW, Cotton D (1995) *Moving people to behavior change: a staged social cognitive approach to message design*. In: Maibach E, Parrott RL. (Eds.), *Designing health messages: approaches from communication theory and public health practice*. Sage, Thousand Oak, 41-64.
- Manley HJ, Cannella CA, Bailie GR, et al. (2005) *Medication-related problems in ambulatory hemodialysis patients: a pooled analysis*. Am J Kidney Dis, 46, 669-680.
- Marchi G (2011) *Ipotensione intradialitica? Controlliamo anche la fistola!* G Ital Nefrol, 28, 579.
- Matteson ML, Russell C (2010) *Interventions to improve hemodialysis adherence: a systematic review of randomized-controlled trials*. Hemodialysis International, 14, 370-382.
- Mc Donald HP, Garg A, Haynes RB (2002) *Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: Scientific review*. JAMA, 288, 2868-2879.
- McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, et al. (1988) *An ecological perspective on health promotion programs*. Health Educ Q, 15, 351-377.
- Mohammed IA, Hutchison AJ (2008) *Phosphate binding therapy in dialysis patients: focus on lanthanum carbonate*. Ther Clin Risk Manag, 4, 887-893.
- Morgan L (2000) *A decade review: methods to improve adherence to the treatment regimen among hemodialysis patients*. Nephrology Nursing Journal 27, 299-304.
- Naylor MD, Broten D, Campbell R, et al. (1999) *Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial*. Journal of the American Medical Association, 281, 613-620.
- Pegoraro M (2009) *Le alterazioni del metabolismo calcio-fosforo nei pazienti in dialisi: il contributo dello Studio DOPPS. Il punto di vista infermieristico*. TN&D-Wichtig Editore, 3, 41-43.
- Peterson AM, Takiya L, Finley R (2003) *Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence*. Am J Health Syst Pharm, 60, 657-665.
- Prochaska JO, Di Clemente CC (1992) *Stages of change in the modification of problem behaviors*. Progress in Behavior Modification, 28, 188-213.
- Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, et al. (1995) *The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions*. ACP J Club, 123, A 12-13.
- Rosenstock IM (1974) *The health belief model and preventive health behavior*. Health Education Monographs, 35-86.
- Roter DLD, Hall JA, Merisca R, et al. (1998) *Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis*. Med Care, 36, 1138-1161.
- Rotter JB (1966) *Generalized expectancies for internal and external control of reinforcement*. Psychological Monographs, 80, 1-28.
- Russell C L, Conn V S, Ashbaugh C, et al. (2006) *Medication adherence patterns in adult renal transplant recipients*. Rese Nurs Health, 29, 521-532.
- Russmann S, Curkovic I, Huber M (2010) *Adverse reactions and risks associated with non-compliance*. Ther Umsch, 67, 303-307.
- Sang GL, Kovithavongs C, Ulan R, et al. (1997) *Sodium ramping in hemodialysis: a study of beneficial and adverse effects*. American Journal of Kidney Diseases, 29, 669-677.
- Saran R, Bragg-Gresham JL, Rayner HC, et al. (2003) *Nonadherence in hemodialysis: association with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS*. Kidney Int, 64, 254-62.
- Schäfer-Keller P, Garzoni D, Dickenmann M, et al. (2010) *Medication non adherence – predictive factors and diagnostics*. Ther Umsch, 67, 283-288.
- Schlatter S, Ferrans CE (1998) *Teaching program effects on high phosphorus levels in patients receiving haemodialysis*. American Nephrology Nurses' Association, 25, 31-35.
- Schmid H, Hartmann B, Schiffl H (2009) *Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: a critical review of the literature*. Eur J Med Res, 14, 185-190.
- Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S (2015) *A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders*. Psychiatry Res, 225, 14-30.
- Sharp J, Wild MR, Gumley AI (2005) *A systematic review of psychological interventions for the treatment of nonadherence to fluid intake restrictions in people receiving hemodialysis*. American Journal of Kidney Diseases, 45, 15-27.
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, et al. (2007) *Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological systematic reviews*. BMC Medical Research Methodology, 7-10.
- Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, et al. (2010) *State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change*. J Am Diet Assoc, 110, 879-891.

- Sun CY, Chang KC, Chen SH, et al. (2008) *Patient education: an efficient adjuvant therapy for hyperphosphatemia in hemodialysis patients*. Renal failure, 30, 57-62.
- The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (2003) *Hypertension*, 42, 1206.
- Thorneloe RJ, Bundy C, Griffiths CE (2013) *Adherence to medication in patients with psoriasis: a systematic literature review*. Br J Dermatol 168, 20-31.
- Welch JL, Thomas-Hawkins C (2005a) *Psycho-educational strategies to promote fluid adherence in adult hemodialysis patients: a review of intervention studies*. International Journal of Nursing Studies, 42, 597-608.
- Welch JL, Perkins SM, Evans JD, et al. (2005b) *Differences in perceptions by stage of fluid adherence*. Journal of Renal Nutrition, 13, 275-281.
- World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen (1998) Therapeutic patient education www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/.../E63674.pdf (consultato il 15 maggio 2017, disponibile all'indirizzo).
- World Health Organization (2003) Adherence to long-term therapies: evidence for action. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/index.html (consultato il 28 maggio 2017).

CONTRIBUTI

Home therapy per l'angioedema ereditario: Responsabilità infermieristiche

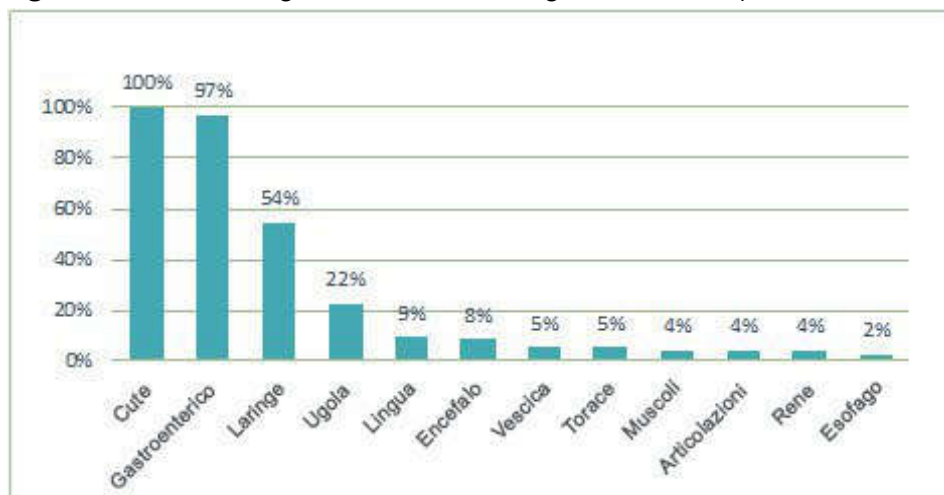
di Lucia Esposito, Infermiera - Salerno

Corrispondenza: lucia.esposito2702@gmail.com

L'Angioedema Ereditario (HAE) è una patologia genetica rara, dovuta ad una mutazione del gene che codifica per il C1 inibitore (C1-INH) localizzato sul cromosoma 11 (11q12-q13.1) (Carugati et al., 2001). Si trasmette con carattere autosomico dominante a penetranza completa (Agostoni et al., 1992).

L'Angioedema Ereditario è causato dal difetto genetico della proteina inibitrice del sistema complementare. Il sistema complementare è implicato nell'immunità innata e regola l'omeostasi vascolare, la difesa dai patogeni, l'eliminazione dei detriti cellulari e la chiarificazione degli immunocomplessi (Caliezi et al., 2000). Il difetto di C1 inibitore provoca l'attivazione incontrollata di tale sistema, con l'aumentata produzione di Bradichinina e la comparsa di edemi localizzati nei tessuti sottocutanei e sottomucosi di differenti distretti corporei (Figura 1). Le manifestazioni gastroenteriche possono essere tanto gravi da simulare un quadro obiettivo di addome acuto. L'evento più temuto è rappresentato dall'edema della laringe, il quale può provocare morte per asfissia.

Figura 1 – Sedi di Angioedema nei vari organi e distretti (Bork et al., 2006)



L'Angioedema Ereditario viene classificato a seconda della gravità dei sintomi in:

- *Lieve* - non interferisce con le attività del paziente;
- *Moderato* - alcune attività sono di difficile esecuzione, ma il paziente provvede autonomamente;
- *Moderato-Severo* - alcune attività sono di difficile esecuzione ed il paziente necessita di un supporto terapeutico per modificare la sua condizione, oppure la localizzazione della manifestazione comporta il rischio di evolvere in Edema laringeo (edema periorale o del collo);

- **Severo** - impossibilità di dedicarsi a qualunque attività, il paziente necessita di supporto terapeutico (localizzazione oro-faringea).

Fattori che possono facilitarne l'insorgenza sono: traumi, interventi chirurgici, infezioni, cambiamenti ormonali nelle donne (es. ciclo mestruale, gravidanza, parto), farmaci contenenti estrogeni ed alcuni farmaci per l'ipertensione, quali Ace-inibitori. La sintomatologia può durare da qualche ora a qualche giorno, può essere autolimitante o migrare verso altri distretti corporei.

Come tutte le malattie rare, anche l'Angioedema Ereditario è difficile da diagnosticare se non prontamente valutato in un centro specializzato nella diagnosi e cura. Nelle malattie rare si stima che mediamente occorranza dai 3 ai 5 anni per giungere alla diagnosi; nel caso specifico dell'HAE la diagnosi può arrivare anche dopo 15 anni dall'esordio dei sintomi (Banerji et al., 2015).

In Italia si registra una prevalenza di 1:66.000 (Zanichelli et al., 2015). L'età di esordio degli episodi acuti è variabile e colpisce sia uomini che donne; nella maggior parte dei casi si manifesta entro la seconda decade di vita. La frequenza e la gravità degli attacchi è variabile anche tra gli individui di uno stesso nucleo familiare che condividono la medesima mutazione puntiforme.

Per la diagnosi di HAE devono essere presenti almeno un criterio clinico ed un criterio di laboratorio (Tabella 1).

Tabella 1 - Criteri diagnostici per l'HAE (Bowen et al., 2010)

Criteri clinici	Angioedema sottocutaneo, non pruriginoso, non eritematoso, autolimitante, solitamente ricorrente e di lunga durata (più di 12 ore), senza orticaria, talvolta preceduto da un eritema serpiginoso.
	Dolori addominali ricorrenti (spesso con vomito e/o senza diarrea), senza causa organica, a risoluzione spontanea in 12-72 ore.
	Edemi laringei ricorrenti.
	Storia familiare conclamata di Angioedema da carenza del C1 inibitore.
Criteri di laboratorio	Livelli antigenici di C1 inibitore <50% del normale in 2 determinazioni separate e dopo il primo anno di vita.
	Livelli di attività funzionante di C1 inibitore <50% del normale in 2 determinazioni separate dopo il primo anno di vita.
	Mutazione del gene di C1 inibitore che altera la sintesi e/o la funzionalità della proteina.

Terapia

La terapia dell'attacco acuto di Angioedema dipende dal distretto coinvolto e dalla gravità dei sintomi. Nei pazienti con edema laringeo, manifestazioni gastroenteriche e/o cutanee particolarmente severe, la terapia di primo livello comprende uno dei seguenti farmaci:

- *Inibitore della Callicreina* somministrato per via sottocutanea;
- *C1 inibitore umano* per via endovenosa;
- *Antagonista del recettore B2 della Bradichinina* per via sottocutanea.

Questi ultimi due farmaci rappresentano la strategia di trattamento autorizzata per la Self-Administration (Bork et al., 2012). Nei dipartimenti d'emergenza, in caso di mancata disponibilità di farmaci specifici, è possibile somministrare, da parte del personale sanitario, plasma fresco congelato alla dose iniziale di 2 unità (Pekdemir et al., 2007).

Home Therapy

Essendo una patologia rara, l'HAE risulta essere poco conosciuto in ambiente sanitario. Non di rado, in regime di emergenza/urgenza, la patologia viene trattata come reazione anafilattica mediante la somministrazione di cortisonici ed antistaminici a cui l'HAE non risponde, con conseguente peggioramento del quadro clinico. Gli attacchi acuti dell'HAE, come ricordiamo, sono modulati dalla Bradichinina e non dall'Istamina. È, pertanto, da tali problematiche che nasce il programma di Home Therapy.

Per *Home Therapy* e *Self-Administration* si intende il trattamento terapeutico, conferito in un ambiente non sanitario, da parte del paziente o del caregiver addestrato, al di fuori di una struttura sanitaria (Cicardi et al., 2013). Secondo recenti raccomandazioni, tutti i pazienti dovrebbero avere accesso al farmaco C1-INH plasmatico ricombinante per il trattamento degli attacchi acuti gravi (Cicardi et al., 2012). Con la diffusione di farmaci presso il domicilio, pertanto, nasce l'esigenza di educare il paziente ed il caregiver nella tecnica di auto-somministrazione della terapia o Self-Administration.

La Self-Administration permette di risolvere gli eventi acuti in modo rapido e sicuro, conferisce ai pazienti maggiore fiducia ed autostima, riduce la morbidità, l'assenteismo, i costi e gli oneri derivanti dalla patologia, oltre che la potenziale mortalità da eventi gravi, garantendo un eccellente profilo di sicurezza (Bork et al., 2005). In caso di edema laringeo i pazienti dovranno recarsi in egual modo presso il Pronto Soccorso più vicino.

L'Home Therapy non presenta limiti d'età per l'apprendimento; tuttavia i bambini necessitano della presenza di un adulto disposto ad intraprendere il percorso di formazione, in quanto diverrà responsabile dell'autocura (Abdel-Karim et al., 2014). Uno studio condotto a Francoforte nel 2010, che ha incluso 15 pazienti pediatrici (età media 14 anni), ha ottenuto risultati di sicurezza ed efficacia paragonabili a quelli dell'intera popolazione: drastica riduzione del tempo tra insorgenza del sintomo e trattamento (da 67,5 minuti a 15 minuti) e riduzione del numero medio annuo di giorni in ospedale (da 3.8 a 0.11) (Abdel-Karim et al., 2014). Il programma di Home Therapy è raccomandato anche nelle donne in gravidanza ed allattamento (Martinez-Saguer et al., 2010).

Ulteriore testimonianza del successo del programma di Home Therapy rispetto al trattamento convenzionale si ha da uno studio italiano, dove sono stati rilevati riduzione del numero di ospedalizzazioni (da 16,8 a 2,1), riduzione dei giorni di assenza da lavoro/scuola (da 20,3 a 7,1) e diminuzione dei costi medici (risparmio di 11,3%) (Petraroli et al., 2015).

Nell'ospedale universitario di Francoforte, dove la terapia C1-INH è disponibile da molti anni, il 49% dei pazienti è in grado di autosomministrarsi il farmaco (Dispenza et al., 2012). Uno studio danese ha messo inoltre in evidenza che il 39% dei pazienti da loro seguiti stesse già praticando l'autoterapia per il trattamento degli eventi acuti (Rusicke et al., 2006).

Nonostante i numerosi studi condotti, l'Home Therapy è vista tuttora con riluttanza e preoccupazione da parte del personale sanitario (Maurer et al., 2013).

Self-Administration e responsabilità infermieristiche

La Self-Administration dei farmaci rappresenta la pratica mediante la quale il paziente può trattare gli attacchi al loro esordio in modo autonomo ed indipendente, senza necessità di recarsi presso una struttura sanitaria. Può realizzarsi a condizione che il paziente si assuma la responsabilità dell'assunzione dei farmaci prescritti. A seconda dei gradi di automedicazione, vi sono diversi livelli di responsabilità, che dovranno essere chiaramente documentati (Leitch et al., 2017). La partecipazione al programma di Home Therapy deve essere basata su criteri di valutazione dell'idoneità, sicurezza del sistema, scelta informata e consenso da parte del paziente.

È possibile identificare 3 fasi del processo:

- **Fase 1** - Il farmaco verrà dispensato al paziente da personale autorizzato nel momento più appropriato. Il processo di Self-Administration è svolto sotto stretta supervisione del personale sanitario;
- **Fase 2** - Il paziente è abilitato nel detenere, presso il proprio domicilio, una limitata offerta di farmaci; il livello di fornitura è determinato da fattori che derivano dalla valutazione e decisione del team multidisciplinare. Occorre controllare quotidianamente, da parte del personale, che il paziente agisca in sicurezza, ad esempio indicando un luogo idoneo da allestire per la somministrazione del farmaco ed identificando un posto per la conservazione dello stesso;
- **Fase 3** - Il paziente diventa completamente responsabile dell'autocura, identificando il momento appropriato, oltre che della corretta conservazione dei farmaci in un posto sicuro designato.

Affinché il paziente possa intraprendere il percorso formativo, l'infermiere dovrà valutare dei criteri di inclusione standardizzati (Tabella 2); tali criteri sono stati messi a punto nel 2005, mediante linee guida e dichiarazioni di consenso (Gompels et al., 2005), e sottoposti ad ulteriore revisione nel 2013 (Cicardi et al., 2013).

Tabella 2 - Criteri per l'accesso al programma di Home Therapy (Gompels et al., 2005)

Carenza di C1-INH accertata.
La conformità e l'uso della profilassi farmacologica da parte del paziente dovrebbero essere ottimali.
Al fine di mantenere le capacità di infusione richieste, il paziente dovrebbe normalmente richiedere l'infusione di C1-INH almeno ogni 3 mesi.
Il paziente deve essere motivato nel rispettare il programma di Home Therapy e tutte le sue implicazioni, ed essere disposto ad esserne responsabile. Il consenso deve essere scritto e deve essere ottenuto prima che il programma venga avviato.
Il paziente deve essere informato riguardo al rischio di infezioni trasmissibili. Il paziente deve dimostrare di aver compreso le informazioni e fornire il consenso informato scritto per l'adesione.
Il paziente deve avere un partner desideroso di partecipare al programma di Home Therapy, il quale sarà presente quando è richiesta la terapia.
La conferma scritta per l'adesione al programma di Home Therapy deve essere concordata con il medico di base del paziente, includendo il supporto ed il percorso concordato in caso di emergenza.
Il paziente deve avere accesso ad un telefono quando si somministra la terapia.
Il paziente deve possedere un buon accesso venoso.
Il paziente deve accettare di richiedere un'ambulanza nel caso di insuccesso dell'autosomministrazione del farmaco.
Nella maggior parte delle circostanze l'Home Therapy non è impiegata nei bambini.

Esistono documenti di consenso che standardizzano le tematiche da trattare durante la formazione del paziente (Tabella 3) e che hanno ottenuto il riconoscimento internazionale nel 2009 (Longhurst et al., 2010).

Tabella 3 - Programma di formazione per Home Therapy (Gompels et al., 2005)

Uso appropriato del concentrato del farmaco.
Lavaggio delle mani e tecnica asettica.
Fornitura e stoccaggio di concentrati e presidi.
Preparazione per la somministrazione del concentrato.
Procedura di controllo del prodotto, in termini di dosaggio e data di scadenza.
Dimostrazione della tecnica corretta per la ricostituzione della soluzione.
Venipuntura mediante Ago-Butterfly.
Prelievo di sangue pre-iniezione/infusione.
Somministrazione dell'iniezione/gestione dell'infusione.
Gestione delle reazioni avverse.
Gestione dell'Adrenalina/Epinefrina iniettabile (per il trattamento dell'anafilassi dell'infusione).
Smaltimento dei presidi.
Documentazione e Registrazione precisa del numero del lotto.
Documenti di formazione e competenze dell'individuo.
Ricevere e monitorare i protocolli di infusione ed altri documenti pertinenti per qualsiasi difficoltà.
Esaminare eventuali reazioni avverse e prendere le misure appropriate.
Informare l'infermiere/consulente specialista immunologo su tutte le questioni relative la cura ed il trattamento.
Compliance alle visite cliniche.
Eseguire rivalutazioni annuali delle competenze dell'individuo per la gestione dell'iniezione/infusione.
Comunicazione tra il paziente, il medico di base, l'immunologo di riferimento ed altri operatori sanitari garanti assistenza.

Designare un percorso terapeutico-assistenziale personalizzato permette al paziente di affrontare con consapevolezza tutti gli aspetti riguardanti la propria patologia ed il trattamento degli eventi acuti, e di ampliare ed approfondire le competenze infermieristiche nei confronti di patologie ereditarie rare.

L'infermiere:

- fornisce le informazioni riguardanti la pratica di Home Therapy e Self-Administration, informa il paziente ed il caregiver su eventuali rischi e responsabilità che tale scelta comporta. Il team multidisciplinare definirà le priorità e le competenze che la persona dovrà padroneggiare, identificando le differenti azioni che caratterizzano determinati compiti. Occorre in tale processo tenere presente la complessità e l'inusualità del percorso per il paziente, oltre che lo stato d'animo in cui si trova (Benini, 2010). Il paziente deve essere guidato nel maturare competenze in termini di: comprensione di sé stesso, della malattia e del relativo trattamento, capacità di auto-sorveglianza, autocura e adattamento della terapia al proprio stile di vita;

- valuta i criteri di inclusione definiti da documenti di consenso standardizzati per l'adesione del paziente al programma formativo di Self-Administration;
- educa ed addestra il paziente ed il caregiver. Il percorso formativo si compone di due sessioni (Petraroli et al., 2015). Durante la *sessione teorica*, l'infermiere trasferirà con termini semplici nozioni riguardanti la patologia, la gestione degli attacchi acuti, l'organizzazione delle proprie attività quotidiane in rapporto al proprio stato di salute, lo stile di vita da adottare e l'individualizzazione precoce delle complicanze; verranno formulati degli schemi con passi sequenziali da compiere in caso di edemi gravi ed eventuali complicanze associate alla somministrazione del farmaco. Durante la *sessione pratica*, l'infermiere illustrerà mediante l'ausilio di un braccio simulatore le tecniche di infusione endovenosa ed iniezione sottocutanea. Al domicilio del paziente dovrà essere individuato un luogo sicuro da allestire per l'autosomministrazione e per la conservazione del farmaco;
- seleziona l'accesso vascolare più idoneo per il paziente. La fase più delicata del processo di formazione è rappresentata dall'indicare al paziente ed al caregiver le tecniche di infusione endovenosa ed iniezione sottocutanea. Nel caso della somministrazione endovenosa, per ridurre i danni da venipuntura o eventuale stravasamento è consigliato un ago-butterfly da 28 Gauge (Longhurst et al., 2010). Ingenti difficoltà si riscontrano quando il patrimonio vascolare del paziente risulta essere esiguo; a tal proposito, è stata aperta la possibilità ai pazienti affetti da HAE di adoperare un dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile (Port-a-cath) (Riedl et al., 2017). Si può determinare in tal modo una riduzione delle complicanze derivanti dalla difficoltà di reperimento dell'accesso vascolare, stravasamento o mancata somministrazione del farmaco. Occorre ricordare, tuttavia, che il dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile richiede un'attenta gestione, al fine di ridurre problematiche in termini di occlusione, trombosi ed infezioni;
- assiste, supervisiona ed incoraggia il paziente ed il caregiver durante tutto il percorso formativo per il raggiungimento dell'autonomia;
- valuta le capacità acquisite e gli obiettivi raggiunti dal paziente e dal caregiver; qualora non siano idonei o pronti, ciò dovrà essere documentato. Il personale infermieristico monitorerà eventuali difficoltà nella somministrazione del farmaco; talora, può rendersi necessario per i pazienti tornare alle fasi precedenti o, addirittura essere esclusi dal regime di Self-Administration.

Complessivamente, la velocità di apprendimento da parte dei pazienti risulta essere sorprendente, spesso sono necessarie solo alcune ore (Symons et al., 2013).

L'aggiornamento delle conoscenze del paziente e del caregiver è previsto ogni 12 mesi (Longhurst et al., 2010). Poiché i pazienti possono dimenticare parti della loro formazione, la presenza di dépliant, opuscoli e fogli di controllo può contribuire nel garantire che tutti i kit siano preparati in modo appropriato e che tutto venga svolto nella sequenza corretta.

Barriere per l'autosomministrazione

Uno studio condotto negli Stati Uniti ha tentato di valutare le esperienze degli infermieri e le eventuali barriere riscontrate: è emerso che gli infermieri ritengono necessario un percorso di apprendimento più lungo. Pochi pazienti hanno rifiutato di intraprendere l'autosomministrazione in seguito all'insegnamento iniziale, ed i motivi principali includono la paura dell'iniezione e dell'infezione, la mancanza di competenze, l'interferenza nelle attività quotidiane e le restrizioni finanziarie (Tuong et al., 2014).

In alcuni contesti la Self-Administration è accettata con riluttanza, da parte del personale sanitario, riconducibile, perlopiù, alla preoccupazione di un eventuale uso inappropriato del farmaco da parte del paziente.

Conclusioni

La pratica di Self-Administration non si sostituisce in alcun modo alle competenze mediche ed infermieristiche. Home Therapy e Self-Administration nascono, esclusivamente, dalla volontà di migliorare la qualità di vita dei pazienti, insegnando loro come convivere con la propria patologia, come limitare le complicanze e come intervenire nell'eventualità di manifestazioni gravi. Pertanto, anche in seguito al raggiungimento di autonomia, i pazienti avranno, sempre, un saldo punto di riferimento nel personale infermieristico e medico del Centro di Diagnosi e Cura competente.

L'Home Therapy, con adeguati criteri di sicurezza, permette di ridurre i costi sanitari, migliorare qualitativamente la vita dei pazienti ed ottenere una rapida risoluzione degli attacchi acuti derivanti dalla patologia. La prospettiva futura è di poter estendere tale alternativa terapeutica ad altre patologie ereditarie cronicoinvalidanti, come già accade per i pazienti affetti da Angioedema Ereditario ed Emofilia.

BIBLIOGRAFIA

- Abdel-Karim O. et al. (2014). Hereditary angioedema: children should be considered for training in self-administration. *Pediatr Dermatol*; 31(6):e132–135.
- Agostoni A. et al. (1992) Hereditary and acquired C1 inhibitor deficiency: biological and clinical characteristics in 235 patients. *Medicine (Baltimore)* 71(4):206-215.
- Aygoren-Pursun E. et al. (2010). On demand treatment and home therapy of hereditary angioedema in Germany – the Frankfurt experience. *Allergy Asthma Clin Immunol*; 6(1):21.
- Banerji A. et al. (2015). Current state of hereditary angioedema management: A patient survey. *Allergy Asthma Proc*.
- Benini S., (2006) Pedagogia e infermieristica in dialogo. Per uno sviluppo delle competenze educative, comunicative e relazionali nella pratica assistenziale, Clueb, Bologna.
- Bork K. et al. (2000). Hereditary angioedema with normal C1-inhibitor activity in women. *Lancet*; 356(9225):213-7.
- Bork K. et al. (2006). Hereditary angioedema: new findings concerning symptoms, affected organs, and course. *Am J Med.*, vol. 119(3):267-274.
- Bork K., (2005). Treatment with C1 inhibitor concentrate in abdominal pain attacks of patients with hereditary angioedema. *Transfusion*; 45(11):1774–1784.
- Bork K., (2012). Current management options for hereditary angioedema. *Curr Allergy Asthma Rep*; 12(4): 273–280.
- Bowen T. et al. (2010). International consensus algorithm for the diagnosis, therapy and management of hereditary angioedema. *Allergy Asthma Clin Immunol*; 6(1):24.
- Caliezi C., (2000). C1-Esterase inhibitor: an anti-inflammatory agent and its potential use in the treatment of diseases other than hereditary angioedema. 52(1):91-112.
- Carugati A., (2001). C1-inhibitor deficiency and angioedema. *Mol Immunol*; 38:161-73.
- Cicardi M. et al. (2013). Review of Recent Guidelines and Consensus statements on Hereditary Angioedema Therapy with focus on Self-Administration. *Int Arch Allergy Immunol*; 161(suppl 1):3–9.
- Cicardi M., (2012). Evidence-based recommendations for the therapeutic management of angioedema owing to hereditary C1 inhibitor deficiency: consensus report of an International Working Group. *Allergy*; 67:147-157.
- Cichon S., (2006). Increased activity of coagulation factor XII (Hageman factor) causes hereditary angioedema type III. *Am J Hum Genet*; 79:1098-104.
- Dispenza MC., (2012). Discrepancies between guidelines and international practice in treatment of hereditary angioedema. *Allergy Asthma Proc*; 33:241–248.
- Gompels M.M. et al. (2005). C1 inhibitor deficiency: consensus document. *Clin Exp Immunol*. 139(3):379-94.
- Leitch A., (2017). Self-Administration Guidelines, NHS Foundation Trust.
- Longhurst H.J. et al. (2010). HAE international home therapy consensus document. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 6(1): 22.

- Martinez-Saguer I. et al. (2010) Characterization of acute hereditary angioedema attacks during pregnancy and breastfeeding and their treatment with C1 inhibitor concentrate. *Am J Obstet Gynecol*; 203:131.e1-7.
- Maurer M. et al. (2013). Hereditary angioedema attacks resolve faster and are shorter after early icatibant treatment. *PLoS One*; 8:e53773.
- Pappalardo, E. et al. (2008). Mutation screening of C1 inhibitor gene in 108 unrelated families with hereditary angioedema: functional and structural correlates. *Mol Immunol* 45:3536-3544.
- Pekdemir M., (2007). Effective treatment of hereditary angioedema with fresh frozen plasma in an emergency department. *J Emerg Med*; 33(2):137-9.
- Petraroli A. et al. (2015). Home Therapy with Plasma-Derived C1 Inhibitor: a strategy to improve outcomes and costs in Hereditary Angioedema. *Int Arch Allergy Immunol*, 166(4):259-266.
- Riedl MA., (2017). Patient satisfaction and experience with intravenously administered C1-inhibitor concentrates in the United States; *Ann Allergy Asthma Immunol*; 119(1):59-64.
- Rusicke E., (2006). Home treatment in patients with hereditary angioedema (HAE). *J Allergy Clin Immunol*; 117:S180.
- Schmaier AH., (2007). The plasma kallikrein-kinin system: its evolution from contact activation. *J Thromb Haemost*; 5(12):2323-9.
- Symons C., (2013). Practical Approach to Self-Administration to Intravenous C1-INH Concentrate: a nursing perspective; *Int. Arch Allergy Immunol*; 161:17–20.
- Tuong LA., (2014). Barriers to self-administered therapy for Hereditary Angioedema. *Allergy Asthma Proc.*, 35(3):250-254.
- Zanichelli A., (2015). A nationwide survey of hereditary angioedema due to C1 inhibitor deficiency in Italy. *Orphanet J Rare Dis*;10:11.



ESPERIENZE

Il Caring Massage®: un valore aggiunto all'assistenza infermieristica

di Paola Di Paolo, Infermiera, Piombino

Corrispondenza: paoladipaolo@yahoo.it

Nei paesi occidentali, a partire dagli anni Ottanta, è emerso un crescente ricorso all'uso di medicine complementari (Bottaccioli, 2010). Il successo di questo approccio 'multi-sfaccettato' è nelle sue caratteristiche di adattamento e rispetto per l'individualità della persona. Un recente studio (Berretta et al., 2017) ha evidenziato che ormai sono molti i centri pubblici italiani che offrono prestazioni di medicina complementare e di oncologia integrata.

In Toscana, che tra le regioni italiane è quella che è riuscita ad integrare le *Complementary and Alternative Medicine* (CAM) nelle realtà sanitarie, esistono ad oggi circa cento ambulatori pubblici di medicina complementare. L'ospedale Petruccioli di Pitigliano (Grosseto) è una struttura rivoluzionaria in cui l'utente può scegliere se essere trattato con la medicina tradizionale oppure avvalersi dei trattamenti non convenzionali, in base alla patologia di cui è affetto. Sono disponibili a questo scopo l'omeopatia, l'agopuntura, l'osteopatia e le altre tecniche di medicina tradizionale cinese.

Le terapie complementari e non convenzionali vengono sottoposte ad un'accurata verifica scientifica, sia attraverso la revisione della letteratura, sia mettendo in campo studi clinici controllati. L'obiettivo dichiarato è quello di offrire alla comunità il meglio delle terapie complementari, proteggendo gli assistiti da terapie non validate e/o rischiose, come enunciato (Regione Toscana, 2011).

Questa prospettiva di cura, più vicina alla persona, non può non coinvolgere l'infermiere, che da sempre si prende cura dell'altro in senso olistico. Il Caring viene descritto come un modo di essere con l'altro, un *tratto morale e umano*: probabilmente si potrebbe assistere anche senza caring, ma, quando questo avviene, il nursing si riduce a un *solo lavoro* (Fingeld-Connett, 2008, Henderson, 2007, Maben, 2008). Il Caring Infermieristico è soprattutto caratterizzato da azioni competenti e dalla disponibilità ad occuparsi e preoccuparsi *intenzionalmente* della persona assistita (Corbin, 2008).

Le pratiche di cura infermieristiche vertono sulla gestualità e sul contatto. Tramite il contatto è possibile instaurare un dialogo da corpo a corpo, reciproco, tra la persona che riceve le cure e l'infermiere. Le pratiche di massaggio nel nursing sono state riconosciute come cure infermieristiche complementari (IPASVI, 2002).

Il Caring Massage® è un massaggio a pressione moderata che può essere offerto a tutte le persone costrette a letto, può rappresentare un aiuto per ridurre la sofferenza morale, il senso di solitudine e le difficoltà di comunicare (Marsaglia, Galizio, 2016). Il Caring Massage® non è finalizzato alla guarigione, bensì al benessere: l'intento è quello di donare alla persona che lo riceve un momento di sollievo, regalando l'affettività e la vicinanza emotiva ed empatica del professionista che se ne prende cura (CESPI, 2015).

Il Policlinico Tor Vergata di Roma ospita una comunità di pratica infermieristica, riconosciuta attraverso una delibera aziendale, che condivide e coltiva il Caring Massage® integrandolo nelle pratiche assistenziali (De Luca, Papaleo, 2010). Il *Gruppo delle Affettività delle cure infermieristiche* massaggia i pazienti (previa consulenza infermieristica e consenso informato) ed effettua corsi di formazione agli infermieri della struttura, che vogliono affinare i loro gesti di cura.

In letteratura sono presenti numerosi studi sui benefici del massaggio e sui vissuti degli assistiti, mentre sono poche le testimonianze e ricerche che considerano il punto di vista dell'operatore. Quest'indagine si propone l'obiettivo di analizzare i benefici ottenuti dall'infermiere, nell'utilizzo dell'approccio complementare del Caring Massage®.

Il nostro percorso

Il nostro studio utilizza come modello teorico di riferimento 'l'analisi del contenuto' (o *Content Analysis*) ovvero un metodo di ricerca per l'interpretazione del contenuto dei dati di testo, attraverso un processo di identificazione, classificazione sistematica e codifica dei temi (Hsieh, Shannon, 2005). I vissuti delle infermiere del gruppo sono stati investigati attraverso l'utilizzo d'interviste semi-strutturate, condotte faccia a faccia. L'intervista è stata costruita seguendo i modelli proposti dall'approccio qualitativo (De Lillo, 2010).

La Direzione Infermieristica ha concesso l'autorizzazione necessaria per poter fare visita al gruppo, incontrare le infermiere, osservare la pratica del Caring Massage® e infine condurre le interviste. Hanno aderito 10 infermiere, componenti del gruppo aziendale.

La modalità operativa adottata ha compreso:

- trascrizioni in formato testo delle interviste registrate e lettura del testo trascritto corrispondente ad ogni singola intervista e codifica di tutto il set dati;
- creazione di 5 case/node: *Gruppo affettività - Sentimenti degli infermieri - Caring Massage® - L'ostacolo alla pratica - Il ricordo di un evento*, attraverso le caratteristiche e determinando gli attributi più ricorrenti nelle interviste;
- lettura di tutti i documenti case/node e determinazione delle unità di analisi (frasi rappresentative di un tema/concetto);
- creazione di sotto-nodi *Child* riferiti a 3 delle 5 categorie concettuali che rappresentano i nodi principali: I cat. "sentimenti degli infermieri" = sotto-nodi: leggerezza, rilassamento e valore aggiunto. II cat. "gruppo delle affettività" = sottonodi: auto-massaggio e condivisione. III cat. "Caring Massage®" = sotto-nodi: arruolamento, centratura, coccola e contatto (non sono stati creati sotto-nodi per le due categorie "ostacoli alla pratica" e "ricordo di un'esperienza" in quanto i fatti raccontati rappresentavano un'esperienza come tale).

Risultati

Il Gruppo delle Affettività delle Cure Infermieristiche nasce e si amplia accumulando nei partecipanti il bisogno ed il desiderio di procurare benessere nei pazienti. Il primo stimolo parte da una serie di incontri formativi durante i quali la pratica su se stessi, tra colleghi, fa da tirocinio. L'evoluzione del gruppo delle Affettività delle Cure procede nell'arruolamento dei pazienti ma anche degli infermieri che ne entrano a fare parte sia per semplice curiosità ma soprattutto per dare uno scopo più profondo alla loro professione. Fondamentale punto di riferimento nel gruppo diventa la condivisione delle esperienze, al fine della crescita qualitativa del supporto che il gruppo stesso offre.

Ascoltando, registrando ed analizzando le parole contenute nei racconti delle infermiere intervistate è emerso quanto il Caring Massage® accresca il livello di benessere sia nell'assistito che nell'operatore. L'infermiera, massaggiando, riferisce una maggior motivazione professionale: ne consegue che il massaggio diventa un valore aggiunto di cui il professionista potrebbe fruire anche nella vita personale.

Nella lettura delle frasi trascritte, dei commenti, dei ricordi, delle sensazioni riferite dalle infermiere intervistate, è stato possibile raccogliere le parole che con più frequenza sono state pronunciate; quali: *leggerezza, rilassamento, valore aggiunto, contatto, coccolati, fare del bene e ricevere del bene al tempo stesso, una sensazione che torna indietro*.

Dalla procedura di codifica sono stati realizzati i grafici sotto riportati, che traducono istograficamente l'adesione/grado di risposta delle infermiere reclutate ai 5 nodi principali (Software NVivo vs 11 Starter for Windows).

La percentuale indicata nell'ascisse dei grafici rappresenta l'eshaustività della risposta data da ogni singola infermiera intervistata, mentre le ordinate riportano l'identificativo delle infermiere che hanno dato una risposta a quel quesito; non sono state riportate le infermiere che hanno risposto in maniera non pertinente al tema indagato, ovvero sconfinando in altro nodo.

I sentimenti e sensazioni riferiti dagli infermieri sono la leggerezza, il rilassamento ed il valore aggiunto. Le sensazioni che gli infermieri ricevono praticando il Caring Massage®, sono sensazioni di benessere che rimangono vive ed accompagnano per tutto il resto della giornata. Massaggiare può essere stancante dopo un turno di lavoro, ma la gratificazione che ti rende, ti ripaga e alleggerisce anche la stanchezza. La sensazione di leggerezza è paragonabile a quando si fa una doccia dopo aver sudato molto. Tutto ciò aggiunge valore alla professione ed arricchisce anche personalmente un infermiere, perché si impara a relazionarsi sempre più intimamente con le persone e con noi stessi.

Ogni infermiera intervistata ha postato la sua esperienza personale nel descrivere tale argomento. Ostacoli di carattere soggettivo del paziente che in quel momento può non essere completamente disponibile; ma anche ostacoli di natura oggettiva sempre della persona stessa, come la presenza di presidi ospedalieri che impediscono e limitano le parti corporee da massaggiare. Ostacoli di tempo e legati all'ambiente potrebbero essere evitati se ci fossero persone e luoghi "dedicati" che fanno del Caring Massage® lo scopo principale da coltivare professionalmente.

Ogni infermiera ha arricchito il contenuto con la propria esperienza personale: Le esperienze che lasciano il segno tra i ricordi non necessariamente sono positive, ma si possono qualificare come esperienze di vissuto ad alto carico emotivo che sottintendono ricordi non sempre piacevoli ma nonostante ciò importanti, forti che lasciano un segno tangibile nella vita di chi vive certe situazioni.

Le infermiere partecipanti hanno lasciato un proprio commento sul Caring Massage® che così possiamo riassumere: ogni paziente può ricevere il Caring Massage®, ed ogni infermiera tramite di esso ha un recupero del contatto fisico ma anche emozionale con esso. Ai pazienti trasmette un senso di cura che va oltre l'agire sul corpo.

Naturalmente l'adesione a ricevere il massaggio è fondamentale e nessuno va forzato o convinto ad accettare la pratica.

Conclusioni

La lettura ed analisi delle categorie concettuali ha permesso di osservare gli atteggiamenti delle infermiere intervistate. L'intento è stato di attribuire un significato e di indagare così sulla funzione del Caring Massage® per le infermiere del gruppo e per la professione infermieristica.

Il sentimento di gratificazione che ogni infermiera sente di ricevere dalla pratica del Caring Massage® contribuisce ad aumentare sentimenti di benessere interiore, mentre, la percezione di fare qualcosa di buono migliora l'autostima. La sensazione di "leggerezza", sempre riferita dalle infermiere intervistate, ha caratteristiche rigeneranti che a volte "... *ripaga più dello straordinario...*". Inoltre, la motivazione professionale delle infermiere del gruppo esce rafforzata grazie alla percezione di aver contribuito alla diminuzione del livello di ansia e di dolore, riferiti dagli assistiti, dopo ogni massaggio.

Il Caring Massage® non è quindi solo fonte di benessere per coloro che lo ricevono, ma rappresenta al contempo stimolo per migliorare la relazione con l'altro e da qui fonte di autoriflessione per l'operatore della salute. Gli infermieri "massaggiatori" non soltanto imparano a costruire un equilibrio empatico nella relazione con il paziente, ma aumentano la loro capacità di auto-concentrazione. Quest'ultimo fatto favorisce all'attenuazione dello stress accumulato durante l'orario lavorativo ordinario e di ritrovare un equilibrio.

La pratica della centratura, narrata dalle infermiere del gruppo, messa in atto per prepararsi al massaggio, consiste in una profonda concentrazione che permette di centrarsi, appunto, sul proprio corpo, mantenendo il contatto con il tempo presente, nel qui ed ora.

Questa modalità di centrarsi consente di dedicarsi al massaggio con maggiore intenzionalità, giusta distanza e comprensione per lo stress emotivo dell'assistito.

La seduta di Caring Massage®, possedendo tutte le caratteristiche elencate, assume i contorni di un incontro dove abitano tranquillità, accoglienza ed al contempo neutralità dell'infermiere. L'interesse autentico per il benessere della persona che si sta massaggiando è un altro ingrediente fondamentale che emerge dall'analisi.

Gli stati emotivi, tristi o piacevoli, che eventualmente affiorano, sono più facilmente accolti, quando si adotta una postura della mente che contempla un interesse *autentico* per l'altro (Mortari, Saiani, 2013), costruendo una via per interiorizzare il vissuto esperienziale ed apportare così un "valore aggiunto" nella relazione di cura.

BIBLIOGRAFIA

- Berretta M., Della Pepa C., Tralongo P., Fulvi A., Martellotta F., Lleshi A., Taibi R. (2017). Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in cancer patients: An Italian multicenter survey. *Oncotarget*, 8(15), 24401-24414.
- Bottaccioli F. (2010) Dalla medicina alternativa alla medicina integrata, disponibile all'indirizzo: <http://www.treccani.it/enciclopedia/dalla-medicinaalternativa-alla-medicina-integrata> (u.c. 25.5.2018).
- CESPI - Centro Studi Professioni Sanitarie Torino (2015). Manifesto della Scuola del Con-tatto e Affettività nelle Relazioni di Cura: Caring Massage®, disponibile all'indirizzo: <http://www.cespi-centrostudi.it/dynapage/index.asp?pageID=147> (u.c. 25.5.2018).
- Corbin, J. (2008) Is caring a lost art in nursing? *International Journal of Nursing Studies*, 45(2), 163-165.
- D.G.R. Toscana del 25 Luglio 2011 n. 650 - Progetto e monitoraggio attività di medicina integrata Ospedale di Pitigliano, disponibile all'indirizzo: https://www.ars.toscana.it/files/aree_intervento/medicine_complementari/normativa/delibera_gr_650_2011_o_spedale_pitigliano.pdf (u.c. 25.5.2018).
- De Lillo, A (2010) Il mondo della ricerca qualitativa. Milano, UTET Università.

- De Luca E., Papaleo L. (2010). Il Nursing del contatto: l'esperienza del tocco e l'affettività nelle cure infermieristiche. *L'infermiere*, 5/6(2010), 39-41.
- Federazione Nazionale IPASVI. AAVV (2002). Linee guida per un percorso di alta formazione, infermieristica e cure complementari. Roma: Gemmagraf.
- Fingeld-Connett D. (2008), Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 196–204.
- Henderson A., Van Eps M. A., Pearson K., James C., Henderson P., Osborne Y. (2007). 'Caring for' behaviors that indicate to patients that nurses 'care about' them. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 146-153.
- Hsieh Hf., Shannon S.E. (2002) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 15(9), 1277-1288.
- Maben J. (2008). The art of caring: Invisible and subordinated? A response to Juliet Corbin: 'Is caring a lost art in nursing?'. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 335-338.
- Marsaglia C., Prandi C., Galizio M. (2016). I trattamenti complementari nel nursing. In Prandi C., *Infermieristica in cure palliative*. Milano: Edra, 219-222.
- Mortari L., Saiani L. (2013). *Gesti e pensieri di cura*. Milano, McGraw-Hill.
- Regione Toscana. Ambulatori di medicina complementare, disponibile all'indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/-/ambulatori-di-medicine-complementari> (u.c. 25.5.2018).



ESPERIENZE

Le flebiti correlate ai CVP: utilizzo della Visual Infusion Phlebitis Score per un'efficace prevenzione

di **Fabio Mozzarelli (1)**, **Valentina Ferrari (2)**

(1) Coordinatore infermieristico, Dipartimento chirurgico, Azienda USL di Piacenza - Piacenza

(2) Infermiera libera professionista - Piacenza

Corrispondenza: fabio.mozzarelli@gmail.com

L'inserimento di un catetere venoso periferico (CVP) per infondere farmaci, liquidi, nutrienti ed emoderivati, rappresenta una delle procedure a cui si ricorre più comunemente per i pazienti ospedalizzati in tutto il mondo (Mermel et al., 2001). Effettuare una venipuntura per inserire una linea endovenosa risulta tuttavia essere una pratica dolorosa in persone già sottoposte allo stress della malattia e della degenza. L'infusione per via endovascolare, pur garantendo il vantaggio di indirizzare il principio attivo direttamente in circolo, si configura come una prassi potenzialmente pericolosa. Per questo motivo è importante che l'infermiere, in quanto responsabile dell'assistenza e quindi della scelta, dell'applicazione, della gestione e della rimozione dei dispositivi vascolari, abbia competenza sulle tecniche di utilizzo dei device, sulla loro gestione e sulle principali complicanze quali stravaso, occlusione, infiltrazione, spasmo venoso, flebite e tromboflebite.

E' dimostrato che quest'ultime due evenienze risultano a tutt'oggi essere le problematiche catetere-correlate più frequenti ed è stimato che circa il 50-60% di tutti i degenti che ricevono terapie da un dispositivo venoso periferico sviluppino flebite (Catney et al., 2001). La flebite è un processo flogistico della tonaca intima dell'endotelio vascolare, riconducibile a diverse cause: quelle meccaniche, in cui avviene una sensibilizzazione conseguente all'attrito provocato dalla cannula vascolare contro il tessuto endoteliale; quelle chimiche, per effetto secondario all'iperosmolarità delle soluzioni infuse; oppure quelle infettive, provocata dalle tossine batteriche (Diniz et al., 2009).

Come descritto da Rosental (2006), la flebite si manifesta attraverso i segni classici dell'infiammazione: dolore, eritema, edema; negli stadi più avanzati compaiono anche cordone palpabile e materiale purulento.

Alla luce di quanto riportato, si può comprendere come questa complicanza possa costituire un pericolo per il paziente, soprattutto la flebite di origine batterica, che, se non trattata, può portare a sepsi. Pertanto la sua diagnosi precoce si rivela di fondamentale importanza (Maki, Ringer, 1991).

Allo scopo di ridurre al minimo il rischio d'insorgenza delle sopracitate manifestazioni e i relativi disagi per il paziente, come raccomandato dalle linee guida internazionali (O'Grady et al., 2011), la valutazione del dispositivo, del sito d'inserzione e del vaso incannulato deve essere eseguita una o più volte al giorno, proporzionalmente all'utilizzo del presidio e dei farmaci infusi al paziente (Webster, 2010).

Le suddette rilevazioni possono essere ottimizzate attraverso l'utilizzo di scale di valutazione.

Per questo studio è stata scelta la *Visual Infusion Phlebitis Score* (VIP) (Gallant, Schultz, 2006), uno strumento validato anche nella sua traduzione in lingua italiana: si tratta di uno strumento affidabile per determinare adeguatamente il rischio e l'eventuale presenza di flogosi associata alla presenza di un CVP, suggerendo la rimozione e/o la sostituzione dello stesso. Si avvale di un punteggio che può variare da 0 punti (assenza di segni e sintomi di flebite) fino ad un massimo di 5 punti (arrossamento, cordone palpabile con una lunghezza superiore a 7,5 centimetri fino alla comparsa di materiale purulento) (Jackson, 1998). Ad ogni punteggio corrisponde un trattamento o un'azione da intraprendere con raccomandazione di annotare tali informazioni in cartella infermieristica, riportando anche la tipologia di farmaci infusi.

Uslusoy e Mete (2008) evidenziano l'importanza di indicare se il paziente, nella sua storia clinica, abbia già sviluppato episodi di flebite o se presenta condizioni cliniche che potrebbero costituire una fonte di rischio, come ustioni, diabete mellito o malattie infiammatorie.

La *Infusion Nurses Society* (INS), raccomanda l'utilizzo della VIP Score per la determinazione del grado di flebite e gli eventuali trattamenti da riservare al paziente.

Obiettivo del nostro studio è stato indagare se l'utilizzo della VIP Score su pazienti adulti degenti portatori di CVP, permette di rilevare precocemente e correttamente l'insorgenza di flebiti device-correlate, indicando la rimozione e/o la loro sostituzione. Sono stati considerati anche l'associazione fra la flebite e il tempo di permanenza dei dispositivi, il calibro degli stessi, la vena utilizzata per le infusioni e la somministrazione di farmaci irritanti.

Il nostro percorso

Lo studio è stato condotto presso l'Unità Operativa di Chirurgia generale, vascolare e senologica dell'Ospedale Guglielmo da Saliceto di Piacenza, nel periodo giugno - settembre 2017. Sono stati inclusi nello studio i pazienti degenti adulti sottoposti a terapia infusoria continua ed intermittente per un lasso di tempo non inferiore a 96 ore.

Sono stati reclutati 390 soggetti, che hanno usufruito di device costituiti dallo stesso materiale biocompatibile, ovvero il teflon, e con diverse misure di diametro interno da 14 a 22 gauge. Ogni CVP è stato ancorato alla cute mediante medicazione adesiva trasparente sterile, su cui è stata annotata la data di applicazione. E' stata eseguita quotidianamente un'ispezione del sito per 4 giorni consecutivi. Il monitoraggio è stato eseguito attraverso l'utilizzo della VIP Score.

Ogni catetere con un punteggio ≥ 2 è stato subito rimosso e, se necessario, riposizionato in altra sede; nei soggetti senza segni o sintomi di flogosi, invece, il dispositivo è stato mantenuto in sede per 96 ore prima di essere rimosso e riposizionato in altra sede anatomica, come suggerito da Dellinger (2011) e Gorski (2016).

Per ciascun soggetto in esame è stata predisposta una scheda individuale cartacea, su cui sono stati riportati: generalità del paziente, età, motivo dell'ammissione in ospedale, intervento chirurgico eseguito, eventuali patologie croniche, data della valutazione, sito anatomico utilizzato, calibro del dispositivo, data di applicazione, tipologia di farmaci infusi con la relativa osmolarità e pH. Nella medesima scheda veniva riportato il punteggio ricavato dall'ispezione quotidiana del sito e l'eventuale trattamento o azione intrapresa.

Attraverso tale monitoraggio è stato possibile effettuare una misurazione della frequenza di flebiti a 24, 48, 72 e 96 ore, permettendo la determinazione del momento più adatto per la rimozione o sostituzione del CVP.

Risultati

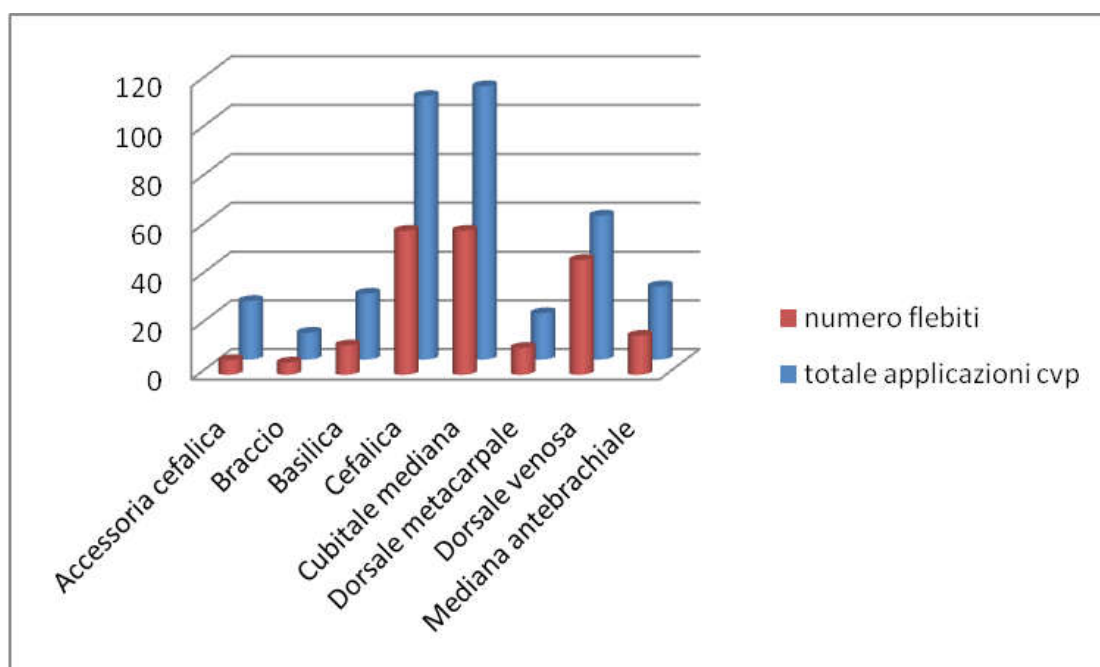
Dei 390 soggetti presi in esame, circa il 55% ha sviluppato flebite nell'arco di 96 ore: si è trattato per il 54% da donne con età media 58 anni, ma non emergono differenze statisticamente significative nello sviluppo di flebite tra i due generi. Il 54% è stato sottoposto ad interventi di chirurgia maggiore ovvero di 3° e 4° grado secondo la classificazione *National Health Service* 2016, ed anche in questo caso non si sono rilevate differenze di significato statistico.

Risulta altresì che 45 pazienti (11,5%) risultavano affetti da diabete mellito di tipo 1 e 2 e tra questi 32 (71%) hanno sviluppato flebite nell'arco delle 96 ore.

Riguardo i siti di inserzione dei CVP (Figura 1), quelli prevalentemente utilizzati risultano essere la vena cubitale mediana (28,7%) e la cefalica (27,6%); il distretto venoso della mano che sembrerebbe essere quello maggiormente correlato all'insorgenza di flebite, all'opposto la vena cefalica accessoria è quella meno coinvolta in processi flogistici.

Figura 1 - Siti anatomici di inserzione dei cateteri venosi periferici e sviluppo di flebite

	Totale applicazioni cvp	Numero flebiti
Accessoria cefalica	24	6
Braccio	11	5
Basilica	27	12
Cefalica	108	59
Cubitale mediana	112	59
Dorsale metacarpale	19	11
Dorsale venosa	59	47
Mediana antebrachiale	30	16

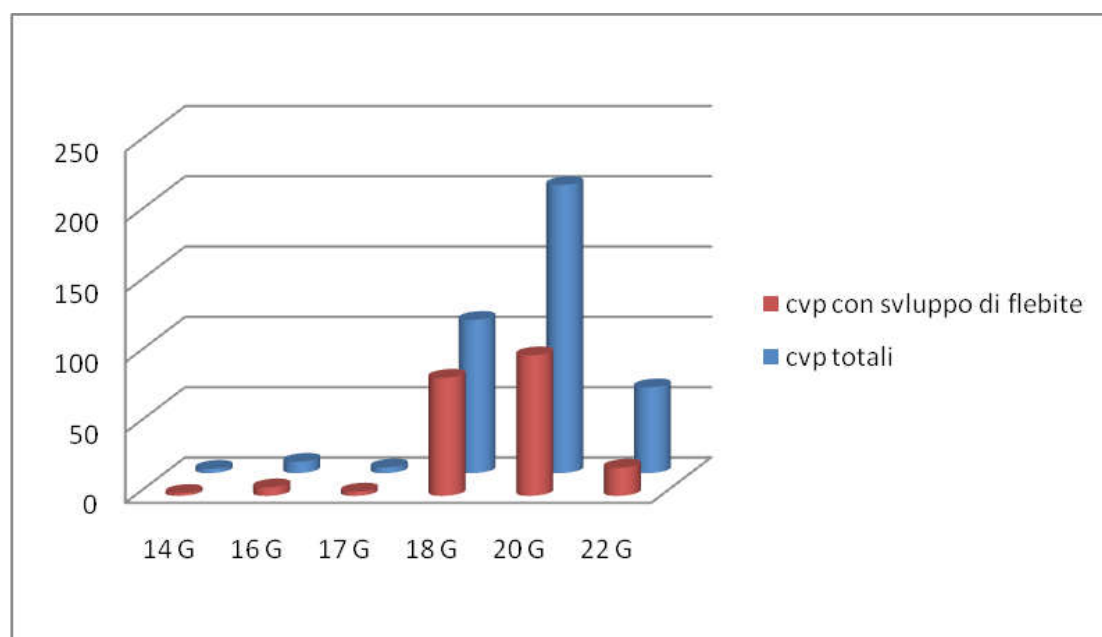


Rispetto al totale dei soggetti reclutati, 172 soggetti hanno ricevuto terapia endovenosa con osmolarità > 500 mOsm/L e pH < 5 o > 9.

La somministrazione di farmaci irritanti per l'endotelio vascolare risulterebbe essere un fattore predittivo per lo sviluppo della flebite, tanto che l'80% dei 215 pazienti che hanno mostrato segni di flogosi ha ricevuto una terapia probante per flebite chimica. I principali farmaci con le predette caratteristiche, come vancomicina, ferro trivalente e cloruro di potassio, hanno dimostrato in maniera significativa di contribuire all'insorgenza di flebite. Esaminando il calibro dei dispositivi applicati, il 68,2% risulta essere di piccole dimensioni, ovvero 20 e 22 gauge, seguiti da quelli con diametro pari a 18 gauge (27,9%); quelli meno utilizzati sono i cateteri di maggiori dimensioni, ovvero di 14 e 16 gauge (Figura 2).

Figura 2 - Correlazione calibro dei cateteri venosi periferici applicati e comparsa di flebite

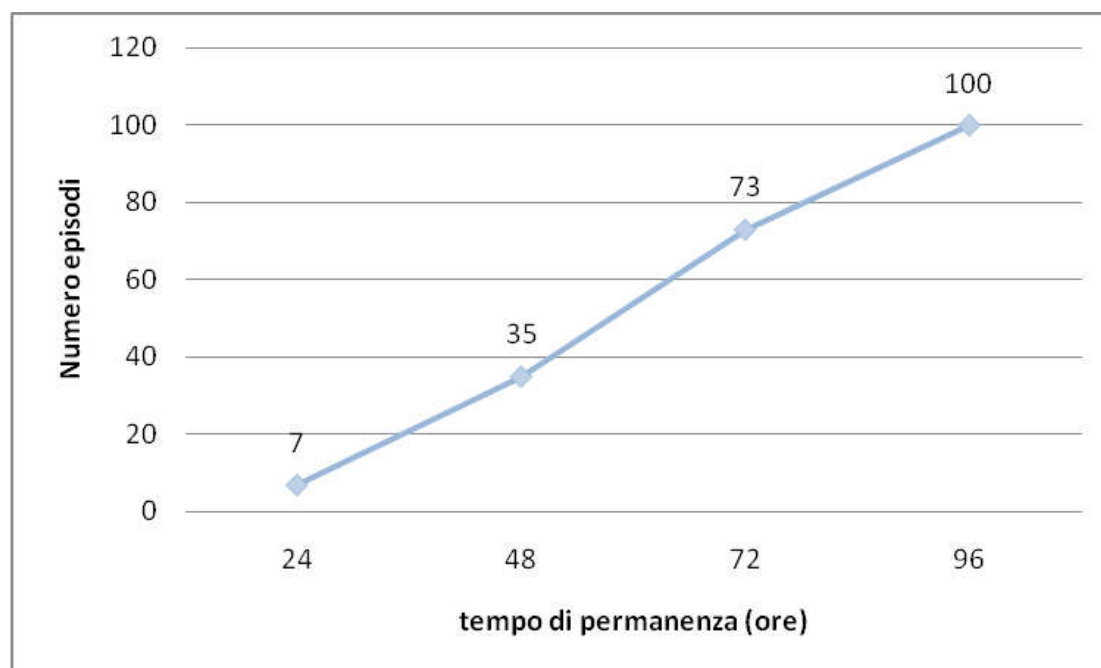
	Cvp totali	Cvp con sviluppo di flebite
14 G	3	2
16 G	8	6
17 G	4	3
18 G	109	84
20 G	205	100
22 G	61	20



Analizzando il rapporto tra il calibro dei cateteri utilizzati e lo sviluppo di flebite, emerge che il rischio di sviluppare tale complicanza si riduce se vengono utilizzati dispositivi vascolari di piccolo calibro. Rispetto al rapporto tra l'incidenza della flebite e il tempo di permanenza in sede di ciascun dispositivo, è emerso che dopo 24 ore i pazienti che hanno manifestato tale complicanza sono risultati pari al 3,2%, dopo 48 ore il tasso di flebite è salito al 16,2%, mentre a 72 ore la percentuale si è innalzata al 33,9% e dopo 96 ore è risultata pari al 46,5% (Figura 3).

Figura 3 - Rapporto episodi di flebite e tempo di permanenza dei cateteri venosi periferici

Tempo di permanenza in sede (h)	Episodi flebite
24	7
48	35
72	73
96	100



Discussione

La flebite risulta essere la complicanza più comunemente associata all'inserzione del CVP e se non rilevata e trattata precocemente, può aggravare le condizioni della persona assistita.

Attraverso questa indagine, realizzata su una popolazione adulta composta da 390 individui ospedalizzati con età media di 58 anni, è stata registrata una percentuale di flebiti associate al CVP pari al 55%, dato che risulta in linea con quanto riportato in letteratura (Catney, 2001).

Dall'analisi dei dati emerge che i soggetti affetti da diabete sembrerebbero maggiormente esposti ad eventi tromboflebitici CVP correlati.

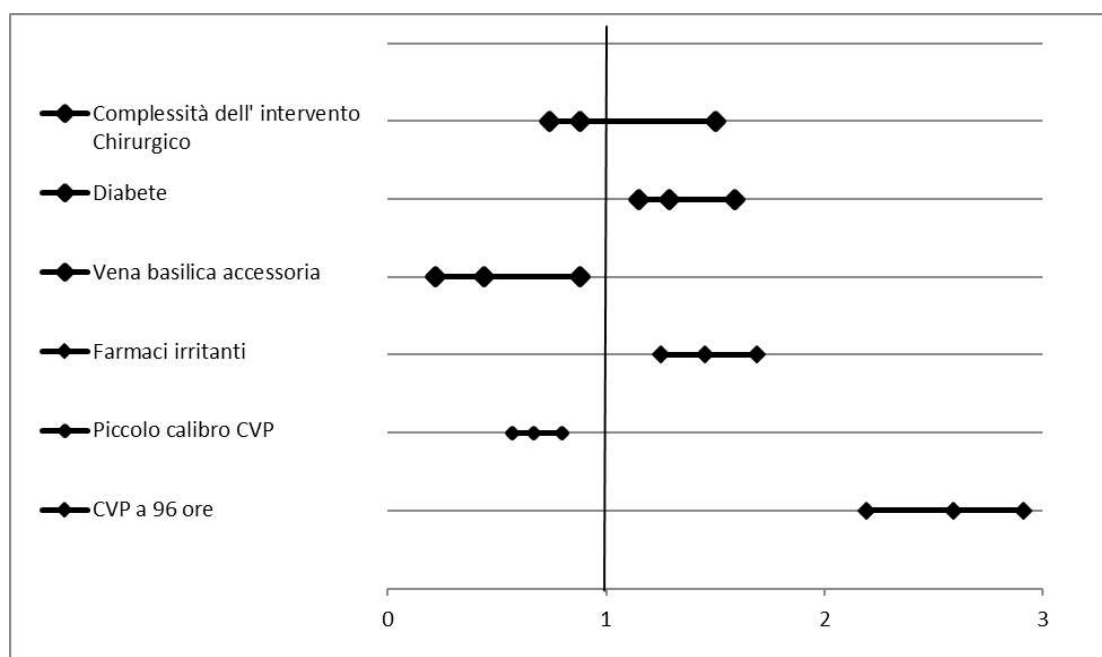
In questo studio la maggior parte dei dispositivi vascolari sono stati inseriti a livello della fossa antecubitale mediana (28,7%) ed in corrispondenza della vena cefalica sul polso (27,6%). E' stata rilevata una minor percentuale di CVP situati a livello del plesso venoso dorsale della mano, che peraltro sembrerebbe essere una regione anatomica associata ad un maggior tasso di flebiti, mentre la vena cefalica accessoria appare in modo significativo l'area meno coinvolta da processi flogistici venosi. Una recente revisione sistematica della letteratura evidenzia come l'inserimento di device a livello della fossa antecubitale sia correlato ad una minor frequenza di flebiti, mentre le vene localizzate sul dorso della mano rappresentano il sito maggiormente esposto a rischio (Comparicini et al., 2017).

Uno dei fattori predominanti nell'insorgenza di flogosi è rappresentato dall'uso di alcuni farmaci irritanti, che nel nostro studio hanno mostrato una relazione di associazione con la comparsa di flebite.

Altre variabili considerate non hanno mostrato correlazione con l'insorgenza di tromboflebiti, come il genere, la tipologia di intervento chirurgico subito e l'età del paziente, mentre il piccolo calibro del dispositivo è associato alla diminuzione di flogosi dei vasi (Figura 4).

Figura 4

Complessità dell'intervento Chirurgico	0,74	6
	0,88	6
	1,5	6
Diabete	1,15	5
	1,29	5
	1,59	5
Vena basilica accessoria	0,22	4
	0,44	4
	0,88	4
Farmaci irritanti	1,45	3
	1,25	3
	1,69	3
Piccolo calibro CVP	0,57	2
	0,67	2
	0,8	2
CVP a 96 ore	2,19	1
	2,59	1
	2,91	1



E' stato esaminato anche il trend di comparsa di flebite rispetto al tempo di permanenza del CVP con una frequenza del 3,2% dopo 24 ore, fino ad un tasso del 46,5% a 96 ore dall'inserimento.

Oltre a concentrare l'attenzione sulla verifica e misurazione della incidenza di flebiti CVP correlate, appare utile anche individuare il giusto dispositivo di accesso vascolare rispetto alle variabili principali, quali la stima del tempo del ciclo terapeutico, le caratteristiche delle sostanze da somministrare, le eventuali morbidità del paziente, nonché il suo patrimonio venoso e le sue preferenze.

In merito a quanto esposto, dall'analisi dei dati raccolti, emerge che nel 14% dei casi poteva essere scelto un device maggiormente appropriato come un catetere venoso centrale, una cannula periferica lunga o altri presidi (Dougherty et al., 2010).

In sintesi, le condizioni favorevoli all'insorgenza di flebiti emerse in questo studio, sono: presenza di diabete mellito, infusione di terapie irritanti con CVP di medio o grande calibro.

Conclusioni

I risultati presentati suggeriscono l'importanza di adottare uno strumento validato che permetta di identificare la presenza e la graduazione di un processo flogistico dei vasi venosi CVP correlato, arrivando a raccomandare la rimozione e/o la sostituzione degli stessi o il ricorso ad altri dispositivi.

Nella presa in carico dei pazienti deve essere considerata l'appropriatezza nella scelta del presidio endovascolare, in quanto l'utilizzo del giusto device concorre alla riduzione dei processi flebitici.

BIBLIOGRAFIA

- Catney M., Hillis S., et al. (2001), Relationship between peripheral intravenous catheters dwell time and development of phlebitis and infiltration. *Journal infusion nurses*, 24: 332-341.
- Comparacini D., Simonetti V., et al. (2017), Relationship between peripheral insertion site and catheter-related phlebitis in adult hospitalized patients: a systematic review, *Professioni infermieristiche*, 70 (1):51-60.
- Dellinger P., Garland J. et al. (2011) Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011 Oklahoma Foundation for Medical Quality. Practice N, Setting P. Standards of Practice, 4(V): 6-30.
- Diniz D.R., Silverira R.C., Vasquez C.L. (2009), Pharmacological interventions to treat phlebitis: systematic review. *Journal of Infusion Nursing*, 33:74-9.
- Dougherty L., Bravery K. et al. (2010), Standard for infusion therapy. Royal College of Nursing, disponibile da <http://www.area-c54.it/public/royal%20college%20of%20nursing%20-%20standards%20for%20infusion%20therapy.pdf> (u.c. 10/04/2017).
- Gallant P., Schultz A.A. (2006), Evaluation of a visual infusion phlebitis scale for determining appropriate discontinuation of peripheral intravenous catheters, *Journal of Infusion Nursing*, 29(6): 338-45.
- Gorski L. (2016), Infusion Therapy. Standard of practice. *Home Healthc Now*, 35(1):10-18.
- Jackson A. (1998), A battle in vein, *Nursing times*, 94: 68-71.
- Maki D., Ringer M. (1991), Risk for infusion-related phlebitis with small peripheral venous catheter, a randomized controlled trial. *Am Coll Physicians*, 114: 845-854.
- Mermel L.A., Farr B.M., Sheretz R.J. (2001), Guidelines for the management of intravascular catheter-related infections. *Infection Control and Hospital Epidemiology, J Intraven Nurs.* 24(3):180-205.
- O'Grady N.P., Alexander M. et al. (2011), Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Centers for Disease Control and Prevention. *Clin Infect Dis.* 1; 52(9):162-193.
- Rosental K. (2006), When your patient develops phlebitis. *Nursing*, 36(2):14.
- Uslusoy E., Mete S. (2008), Predisposing factor to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: a descriptive study. *Journal of the American of Nurse Pratictioners. J Am Acad Nurse Pract.* 20(4):172-80.
- Webster J., Osborne S. et al. (2010), Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.



ESPERIENZE

Alimentazione sana, consapevolezza e conoscenze: una web-survey tra infermieri e studenti in infermieristica

**di Diletta Calamassi (1), Chiara Carmignani (2), Letizia da Vico (3),
Ludovica Tamburini (4)**

(1) Infermiera, AUSL Toscana Centro – Empoli (FI)

(2) Infermiera, Casa della Salute Ovest di Reggio Emilia – Reggio Emilia

(3) Dietista, Libero Professionista – Firenze

(4) Infermiera, AUSL Toscana Nordovest – Pontedera (PI)

Corrispondenza: diletta.calamassi@gmail.com

L'adozione di corretti stili di vita, tra i quali una dieta salutare, rappresenta oggi una strategia fondamentale per il mantenimento della salute e per la lotta alle malattie non trasmissibili, che costituiscono la causa più frequente di morte nel mondo.

È ormai ampiamente riconosciuta l'importanza dell'alimentazione nella prevenzione dell'insorgenza e dell'aggravamento di patologie, tra le quali tumori, diabete mellito di tipo 2 e malattie cardiovascolari.

Come riportato dall'Oms, l'aumento della produzione di alimenti trasformati, la rapida urbanizzazione ed il cambiamento degli stili di vita, hanno portato in breve tempo ad uno spostamento dei modelli alimentari, con un incremento del consumo di cibi eccessivamente ricchi in zuccheri, grassi e sale.

Secondo i dati 2017 riportati dal Progetto Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI), nel nostro Paese 4 adulti su 10 sono in eccesso ponderale. Questi soggetti, dei quali 3 in sovrappeso (Indice di Massa Corporea compreso tra 25 e 29.9) e 1 obeso (Indice di Massa Corporea ≥ 30), risultano poco consapevoli di questo loro stato.

Sempre secondo il Progetto PASSI, solo il 50% delle persone in eccesso ponderale riceve consigli per perdere peso, ma l'attenzione degli operatori sanitari è rivolta principalmente alle persone obese, più che ai pazienti in sovrappeso.

Gli infermieri svolgono un ruolo importante nell'informare le persone per una sana alimentazione, anche per la loro numerosità e per la presenza capillare nei diversi contesti assistenziali, ospedalieri e territoriali.

Ma gli infermieri sono realmente consapevoli dell'importanza di adottare una alimentazione sana? Quali sono le loro conoscenze in tema di alimentazione e quali le loro abitudini alimentari?

Infermieri, studenti infermieri e alimentazione

Nel periodo luglio - ottobre 2016 è stata realizzata una *web survey* rivolta ad Infermieri e studenti del Corso di Laurea in Infermieristica.

Per il reclutamento dei partecipanti si è ricorso ad un campionamento di tipo non probabilistico, a palla di neve.

L'indagine è stata realizzata mediante la somministrazione di un questionario elaborato ad hoc, il cui *link* per la compilazione *on-line* è stato diffuso mediante i principali *social network*, *whatsApp* e tramite *e-mail*. Al momento dell'invio, ad ogni soggetto è stato chiesto di diffondere il *link* ad almeno altri 5 contatti.

Lo strumento di indagine utilizzato, costituito da 40 quesiti, è suddiviso in tre sezioni: la prima diretta alla raccolta di informazioni socio-anagrafiche, la seconda finalizzata a rilevare le abitudini alimentari e la terza rivolta ad esplorare le conoscenze alimentari degli intervistati.

La compilazione del questionario ha costituito espressione del consenso alla partecipazione allo studio. I questionari erano anonimi e i dati sono stati analizzati come aggregati. Tutti i dati raccolti sono stati catalogati in un *database* il cui accesso è stato garantito ai soli ricercatori.

L'indagine ha rispettato i parametri previsti per la riservatezza delle informazioni secondo l'art. 13 del D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196.

Con questa indagine si è voluto esplorare le abitudini alimentari degli infermieri, in relazione anche all'ambito lavorativo e ad altre specifiche variabili (socio-anagrafiche, Indice di Massa Corporea, etc.) e il loro ruolo nell'informazione alimentare.

Risultati

Il questionario *on-line* è stato compilato da 229 *responders*, di cui 144 infermieri e 85 studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Firenze, frequentanti il secondo e il terzo anno del Corso (dopo aver superato l'esame del Modulo "Scienze Dietetiche").

La maggioranza degli intervistati è di sesso femminile (82% donne – 18% uomini), di età compresa tra 23-40 anni (82%) e senza figli (79,5%).

Gli infermieri svolgono l'attività lavorativa prevalentemente in ambito ospedaliero (Tabella 1).

Tabella 1 - Distribuzione dei responders per ambito lavorativo

AMBITO LAVORATIVO	Frequency	Percent
Altro	16	11,1%
Ambulatoriale	5	3,5%
Formazione	3	2,1%
Nessuno	1	0,7%
Ospedaliero	89	61,8%
Territoriale	30	20,8%
Total	144	100,0%

La maggioranza degli infermieri (43,6%) risulta giovane professionalmente, in considerazione di una anzianità di servizio inferiore ai 5 anni.

In merito al percorso formativo post-base, il 18,3% ha un Master professionale, il 15,7% un Master in Coordinamento, il 10,9% una Laurea Magistrale e solo il 2,2% un dottorato di ricerca; il rimanente non ha effettuato alcun percorso formativo successivamente al Corso di Laurea in Infermieristica.

Il 58,3% degli infermieri, sulla base del calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC), si dichiara normopeso (58,33%), rispetto al 31,88% che si ritiene in eccesso ponderale (sovrappeso 27,88% o obeso 4,17%) e l'8,33% sottopeso (Tabella 2).

Tabella 2 - IMC dichiarato dagli infermieri

INFERMIERI_IMC	Frequency	Percent
In sovrappeso	40	27,8%
Obeso/a	6	4,2%
Non so	2	1,4%
Sottopeso	12	8,3%
Normopeso	84	58,3%
Total	144	100,0%

La percentuale degli infermieri normopeso è simile nel campione degli studenti in Infermieristica (Tabella 3).

Tabella 3 - IMC dichiarato dagli studenti in Infermieristica

STUDENTI IN INFERMIERISTICA_IMC	Frequency	Percent
In sovrappeso	19	22,4%
Obeso/a	1	1,2%
Non so	1	1,2%
Sottopeso	13	15,3%
Normopeso	51	60,0%
Total	85	100,00%

In merito alle abitudini alimentari, il 76,4% degli intervistati totali dichiara di seguire la dieta mediterranea, intendendo con questa uno stile alimentare ricco di verdure, frutta, cereali, pesce e un moderato consumo di carne rossa). Il 13,1% non sa definire il proprio regime alimentare (Tabella 4) e 11 soggetti dichiarano di seguire alcuni accorgimenti nell'alimentazione, perché affetti da patologie.

Tabella 4 - Regime alimentare di Infermieri e studenti in Infermieristica

REGIME ALIMENTARE	Frequency	Percent
Dieta mediterranea	175	76,4%
Vegetariana	11	4,8%
Accorgimenti alimentari per patologie	11	4,8%
Altro	2	0,9%
Non so definire il mio regime alimentare	30	13,1%
Total	229	100,00%

La Tabella 5 evidenzia le preferenze espresse dalla totalità dei partecipanti all'indagine, rispetto agli alimenti consumati nei tre pasti principali della giornata.

In merito alle bevande assunte durante i pasti, l'80,3% dichiara di bere acqua e il 10,5% di assumere anche bibite, tè o infusi zuccherati. La totalità di coloro che assumono bevande zuccherate dichiara di essere in sovrappeso o obeso/a.

Il 30% riporta di consumare vino, ma solo il 3,9% lo assume "sempre" o "spesso" e il 63,6% si limita a berne due bicchieri a pasto.

Tabella 5 - Pasti principali di Infermieri e studenti in Infermieristica

IN COSA CONSISTE LA TUA COLAZIONE	Frequency	Percent
Caffè	179	78,2%
Thè	41	17,9%
Cappuccino	60	26,2%
Latte	131	57,2%
Spremuta	55	24,0%
Biscotti	127	55,5%
Fette biscottate	91	39,7%
Croissant	89	38,9%
Merendine confezionate	49	21,4%
Pane e salame o formaggi	9	3,9%
Uova	9	3,9%
Altro	56	24,5%
IN COSA CONSISTE IL TUO PRANZO	Frequency	Percent
Primo	176	76,9%
Secondo	125	54,6%
Snack dolce	11	4,8%
Snack salato	11	4,8%
Verdure	170	74,2%
Pane	86	37,6%
Frutta	128	55,9%
Dolce	28	12,2%
Caffè	144	62,9%
Panino	44	19,2%
IN COSA CONSISTE LA TUA CENA	Frequency	Percent
Primo	63	27,5%
Secondo	205	89,5%
Verdure	193	84,3%
Snack salato	6	2,6%
Dolce	40	17,5%
Pane	141	61,6%
Frutta	120	52,4%
Caffè	59	25,8%
Snack dolce	14	6,1%
Panino	25	10,9%

L'85,6% degli intervistati beve caffè ed il consumo giornaliero medio è di 3 tazzine.

Solo il 4,8% dei responders non mangia mai fuori dai pasti principali, la maggioranza fa lo spuntino mattutino/pomeridiano, privilegiando alimenti come frutta (30,6%) e yogurt (27%), seguiti da cracker (11,3%) e panino con salumi o formaggi (9,2%).

Rispetto alla distribuzione giornaliera dei pasti, la maggior parte afferma di consumarne da due a quattro (85,3%), di fare la spesa ("sempre" 46,3%, "spesso" 26,2%, "a volte" 17,9%) e di cucinare a casa (Tabella 6).

Tabella 6 - Preparazione dei pasti a casa da parte di Infermieri e studenti in Infermieristica

CUCINI/PREPARI PASTI IN CASA	Frequency	Percent
Sempre	84	36,7%
Spesso	74	32,3%
A volte	53	23,1%
Quasi mai	16	7,0%
Mai	2	0,9%
Total	229	100,0%

Tra gli infermieri, poco più del 20% dichiara di riuscire a mantenere orari regolari per i pasti "sempre" o "spesso", rispetto a quasi il 60% che non ci riesce mai o quasi mai (Tabella 7), prevalentemente a causa di motivi lavorativi (97,6%).

Tabella 7 - Orari dei pasti per gli Infermieri

MANTIENI ORARI REGOLARI PER I PASTI	Frequency	Percent
A volte	31	21,5%
Mai	30	20,8%
Quasi mai	54	37,5%
Sempre	9	6,3%
Spesso	20	13,9%
Total	144	100,0%

Questo risultato diviene ancora più interessante andando ad effettuare stratificazioni che mettono in luce come siano prevalentemente gli infermieri che lavorano in ambito ospedaliero a non riuscire ad avere una regolarità nei pasti (66,7%).

Occorre inoltre evidenziare che, nonostante l'81,4% degli infermieri possa usufruire di una mensa a lavoro, meno del 30% vi accede con una certa regolarità (Tabella 8).

Tabella 8 - Frequenza di accesso alla mensa per gli Infermieri

QUANTE VOLTE A SETTIMANA MANGI A MENSA	Frequency	Percent
>4	10	8,2%
2-4	24	19,7%
Mai, mangio in ristoranti o bar	3	2,5%
Mai, non mangio a pranzo	19	15,6%
Mai, porto il pasto da casa/mangio a casa	66	54,1%
Total	122	100,0%

Rispetto ai quesiti finalizzati ad indagare le conoscenze alimentari, la Tabella 9 evidenzia le risposte fornite relativamente agli alimenti a maggior contenuto in fibre e grassi saturi.

Tabella 9 - Contenuto in fibre e grassi saturi (le risposte corrette sono evidenziate in verde)		
QUALI TRA QUESTI ALIMENTI, A PARITA' DI PESO, CONTIENE UNA PIU' ELEVATA QUANTITA DI FIBRE ALIMENTARI?	Frequency	Percent
INFERMIERI		
Carne	1	0,69%
Cereali Integrali	106	73,61%
Cereali NON integrali	2	1,39%
Non so	3	2,08%
Ortaggi	31	21,53%
Pesce	1	0,69%
Total	144	100,00%
STUDENTI IN INFERMIERISTICA		
Cereali Integrali	50	58,82%
Cereali NON integrali	7	8,24%
Non so	4	4,71%
Ortaggi	23	27,06%
Pesce	1	1,18%
Total	85	100,00%
QUALI TRA QUESTI ALIMENTI, A PARITA' DI PESO, HA UN PIU' ALTO CONTENUTO DI GRASSI SATURI?	Frequency	Percent
INFERMIERI		
Burro	81	56,25%
Margarina	29	20,14%
Non so	11	7,64%
Olio di pesce	5	3,47%
Olio extravergine di oliva	18	12,50%
Total	144	100,00%
STUDENTI IN INFERMIERISTICA		
Burro	51	60,00%
Margarina	19	22,35%
Non so	7	8,24%
Olio di pesce	4	4,71%
Olio extravergine di oliva	4	4,71%
Total	85	100,00%

Rispetto alla tipologia e alle porzioni degli alimenti da consumare per seguire una dieta sana ed equilibrata, si sono avute dalla maggior parte degli intervistati risposte corrette ai quesiti posti (Tabella 10).

Tabella 10 - Tipologia e quantità di nutrienti consigliate (le risposte corrette sono evidenziate in verde)

PIRAMIDE ALIMENTARE DELL' OMS: QUANTE PORZIONI DI CARNE BIANCA A SETTIMANA?	Frequency	Percent
INFERMIERI		
1 porzione	12	8,33%
1-2 porzioni	126	87,50%
Non so	6	4,17%
Total	144	100,00%
STUDENTI IN INFERMIERISTICA		
1 porzione	5	5,88%
1-2 porzioni	76	89,41%
Nessuna	1	1,18%
Non so	3	3,53%
Total	85	100,00%
ALIMENTAZIONE EQUILIBRATA: QUALE GIUSTO CONSUMO PER I LEGUMI?	Frequency	Percent
INFERMIERI		
Legumi con Proteine	21	14,58%
Legumi come piatto unico (non accompagnati da altro)	48	33,33%
Legumi con Carboidrati (pane o pasta)	69	47,92%
Non so	6	4,17%
Total	144	100,00%
STUDENTI IN INFERMIERISTICA		
Legumi con Proteine	16	18,82%
Legumi come piatto unico (non accompagnati da altro)	30	35,29%
Legumi con Carboidrati (pane o pasta)	37	43,53%
Non so	2	2,35%
Total	85	100,00%

Un dato contrastante che emerge dal questionario è relativo al consumo di sale. Infatti, anche se il 98% dei responder risulta consapevole del rischio di ipertensione legato all'eccessivo consumo di sodio, solo il 54,6% sa indicare con esattezza il consumo giornaliero suggerito dall'Oms (Tabella 11). In considerazione del fatto che gli intervistati sono infermieri o studenti di Infermieristica, la percentuale di risposte non esatte e "non so" risulta elemento da non trascurare.

Nella maggioranza dei casi le risposte corrette ai quesiti sulla conoscenza sono attribuibili agli intervistati normopeso. Le risposte corrette per ogni domanda sulla conoscenza sono fornite sempre da quasi o almeno il 60% dei soggetti normopeso.

Durante la propria attività lavorativa, solo il 48,6% degli infermieri fornisce "sempre" o "spesso" informazioni agli utenti/cittadini sulla corretta alimentazione, il 41% lo fa solo alcune volte ed il restante 10,4% "mai" o "quasi mai" (15 infermieri).

Tabella 11 - Dose giornaliera di sale

DOSE GIORNALIERA DI SALE SECONDO L'OMS	Frequency	Percent
INFERMIERI		
10 g	3	2,08%
2 g	83	57,64%
5 g	36	25,00%
6 g	1	0,69%
Non so	21	14,58%
Total	144	100,00%
STUDENTI IN INFERMIERISTICA		
10 g	2	2,35%
2 g	42	49,41%
5 g	25	29,41%
Non so	16	18,82%
Total	85	100,00%

Le cause per cui non forniscono informazioni sono descritte nella Tabella 12.

Tabella 12 - Cause della mancata informazione agli utenti/cittadini

NON FORNISCI INFORMAZIONI, PERCHE'...	Frequency	Percent
Non mi sento adeguatamente preparato/a	7	46,7%
Mancanza di tempo	2	13,3%
Non fa parte del mio lavoro	6	40,0%
Total	15	100,0%

Quasi l'80% degli infermieri dichiara di non aver approfondito abbastanza durante il Corso di Laurea i principi della sana alimentazione e di non avere mai effettuato un corso di formazione post-base in merito, ma la totalità degli infermieri ritiene fondamentale l'alimentazione per mantenere la salute e manifesta la necessità di approfondire la tematica durante il percorso formativo di base. La totalità dei partecipanti all'indagine vorrebbe partecipare a specifici percorsi formativi.

Conclusioni

Il gruppo di responder è costituito prevalentemente da giovani donne, senza figli ed in generale in buona salute.

Da considerare, però, che solo poco più della metà si dichiara normopeso, nonostante la maggioranza affermi di seguire la dieta mediterranea e di provvedere alla spesa ed alla preparazione dei pasti a casa. Occorre sottolineare che il questionario non prevedeva di approfondire la quantità di alimenti assunti quotidianamente nell'ambito della dieta seguita. Altro elemento importante emergente è l'impossibilità, soprattutto per quanto riguarda gli infermieri che lavorano in ospedale, di mantenere orari regolari per i pasti. Questo in considerazione anche del fatto che, nonostante la larga possibilità per gli intervistati di accedere alla mensa, meno di un terzo ne usufruisce.

Sarebbe opportuno verificare se queste problematiche sono da collegare ai turni di lavoro e agli orari di apertura delle mense o se attribuibili ad altre cause specifiche.

Le conoscenze relative alla qualità e alla quantità dei nutrienti e ai rischi connessi al consumo eccessivo di alcune sostanze, sono maggiori nei soggetti dichiaratisi normopeso, ma in linea generale le risposte ottenute nella terza parte del questionario spingono a ipotizzare un reale fabbisogno formativo sull'argomento alimentazione sia per gli infermieri che per gli studenti.

I risultati suggeriscono che la categoria infermieristica possa essere considerata a rischio, proprio a causa di abitudini alimentari non sempre corrette e ad impegni di lavoro che non permettono una regolarità nell'assunzione dei pasti.

Da puntualizzare che la struttura del questionario non ha consentito di analizzare approfonditamente la situazione dei 25 soggetti che si sono dichiarati sottopeso.

Gli intervistati ritengono comunque l'alimentazione importante per la salute e dichiarano la volontà ad ampliare le loro conoscenze.

Potrebbe essere utile approfondire la formazione sulle scienze dietetiche nell'ambito del Corso di Laurea in Infermieristica e, talvolta, implementare percorsi formativi post-base specifici, in modo da migliorare non solo le conoscenze e lo stile alimentare degli infermieri, ma anche implementare il loro contributo in merito al rinforzo all'educazione alimentare, garantita dall'equipe, attraverso la diffusione di informazioni condivise con i professionisti preposti.

BIBLIOGRAFIA

- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/> (u.c. 19.03.2018).
- <http://www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/archivio2017.asp> (u.c. 19.03.2018).
- <http://www.salute.gov.it/portale/salute/> (u.c. 19.03.2018).
- <http://www.salute.gov.it/portale/temi/> (u.c. 19.03.2018).

ESPERIENZE

L'infermiere per il controllo qualità dei servizi esternalizzati: un ruolo emergente con funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo

*di Melissa Teodorini, Infermiera, Direzione delle Professioni Sanitarie,
Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna - Ferrara*

Corrispondenza: m.teodorini@ospfe.it

L'esternalizzazione è il processo attraverso il quale le aziende assegnano a fornitori esterni, per un periodo di tempo medio-lungo indicato dal contratto, la gestione operativa di una o più funzioni che non rientrano nelle proprie attività strategiche (Domberger, 1998, Cepiku, 2006, Vetritto, 2006).

L'esternalizzazione viene definita dalla Corte di Cassazione (Corte di Cassazione, Sentenza 21287/2006, p. 5) "il fenomeno che comprende tutte le possibili tecniche mediante le quali un'impresa dismette la gestione diretta di alcuni segmenti dell'attività produttiva e dei servizi estranei al core business (competenze di base)" e può essere agita in diversi modi, con differenti tipologie di contratto d'appalto, d'opera, subfornitura, concessione lavori pubblici, con soluzioni di servizi più o meno globali, integrati e/o complessivi (Pralhad e Hamel, 1990, Ricciardi, 2000, Cepiku 2006, Bertolacci, 2012, Cicchetti e Fiore, 2013).

In sanità la forma di esternalizzazione più recentemente impiegata è il Project Financing (PF) che consente il miglioramento del patrimonio infrastrutturale (nuove costruzioni o ristrutturazioni) in collaborazione con soggetti privati che apportano la propria attività d'impresa assumendosi gli oneri di progettazione, realizzazione, manutenzione, gestione dei servizi "no core" di supporto all'attività sanitaria e finanziamento dell'opera di pubblica utilità (Amatucci, 1998, Dirindin, 2002, Macinati, 2008, Brunetta e Marchegiani, 2009, Falini, 2009, Finlombarda, 2011, Cicchetti e Fiore, 2013). La remunerazione degli oneri che il privato in questo caso si assume, deriva dal contributo in conto lavori, dall'utilizzo da parte del concessionario dei flussi di cassa generati dalle attività commerciali gestite direttamente (es. parcheggi o bar) e dalle tariffe a canone di durata pluriennale dei servizi effettuati per l'ente pubblico (es. pulizie). L'impresa privata si assicura attraverso le proprie capacità gestionali un adeguato flusso di cassa ed il pubblico trasferisce in capo al privato livelli di rischio relativi sia alla reale disponibilità della costruzione che alla gestione della struttura, intesa come livello di qualità dei servizi esternalizzati ed infine al volume delle prestazioni erogate, definiti in specifiche garanzie (e penali) stabilite nel contratto (Amatucci, 1998, Dirindin, 2002, Macinati, 2008, Brunetta e Marchegiani, 2009, Falini, 2009, Finlombarda, 2011, Cicchetti e Fiore, 2013).

L'esternalizzazione dei servizi è diventato uno strumento manageriale impiegato in enti pubblici, non solo in sanità e in imprese private.

Plurime le finalità: liberare risorse da focalizzare sulle specifiche funzioni core, aumentare la flessibilità, accelerare i processi di cambiamento, migliorare i servizi no-core e non in ultimo ridurre i costi sfruttando la possibilità di convertire costi fissi in costi variabili. Oltre a questo si può registrare anche il superamento dei problemi connessi al turnover, la retribuzione, selezione e training delle risorse umane, l'incremento e l'introduzione di innovazioni che si sviluppano nei servizi no core in maniera più rapida, non dovendo ricorrere all'eventuale necessità di riconvertire risorse interne (Amatucci, 1998, Domberger, 1998, Dirindin, 2002, Censis-TESS, 2003, Cepiku, 2006, Vetrutto, 2006, Macinati, 2008, Brunetta e Marchegiani, 2009, Falini, 2009, Cicchetti e Fiore, 2013).

In ambito sanitario questi obiettivi devono anche tradursi in reale:

- miglioramento della tutela della salute, impegno responsabile cui sono chiamati tutti gli operatori sanitari;
- miglioramento della soddisfazione dei pazienti, offrendo servizi migliori e più vicini ai loro bisogni;
- miglioramento della soddisfazione dei professionisti interni all'Azienda che, utilizzando i servizi esternalizzati, possono vedere condizionati i loro risultati.

Numerosi sono i settori nei quali è possibile utilizzare l'esternalizzazione (Dirindin, 2002, Censis-TESS, 2003, Macinati, 2008, Brunetta e Marchegiani, 2009, Cicchetti e Fiore, 2013):

- servizi alla persona: ristorazione (pazienti, dipendenti), sterilizzazione e fornitura teleria sterile, guardaroba, lavanoleggio, materasseria standard e ad aria, trasporti (pazienti, campioni biologici, farmaci e prodotti economici), reception, accoglienza e informazione all'utenza (pazienti-visitatori), manutenzione apparecchiature elettromedicali;
- servizi all'immobile: noleggio arredi unità di degenza, trasporto documentazione, manutenzioni opere civili (muratura, cemento armato, carpenteria, pavimentazione stradale e segnaletica, spazi verdi), manutenzione impianti (centrale termica, UTA, elettrici, idraulici, gas medicali, calore/climatizzazione, impianti elevatori), servizio di vigilanza, call center, derattizzazione, pulizie, gestione rifiuti e gestione magazzini;
- servizi commerciali: foresteria, asilo, parcheggio, bar, self-service, attività commerciali-negozi, fornitura di *vending machines*;
- altri servizi: gestione del personale, formazione, sistemi informativi, attività legale e assicurativa.

L'esternalizzazione è un processo che, solitamente, vede prevalere l'ambito contabile rispetto a quello assistenziale. E' evidente però che, nella stesura dei capitolati da mettere a bando e soprattutto nelle fasi successive l'aggiudicazione, vengano richieste anche competenze sanitarie. Il Responsabile del Procedimento è, generalmente, appartenente all'area amministrativa e viene incaricato del coordinamento, direzione e controllo tecnico-contabile dell'esecuzione del contratto stipulato dalla stazione appaltante. Il RUP si avvale del Direttore Esecutivo del Contratto, figura con competenze specifiche che conosce gli aspetti organizzativi ed è in grado di gestire e monitorare le singole tipologie di servizi appaltati e di costruire, per questi aspetti, quella relazione collaborativa e di fiducia che si deve realizzare nella pratica quotidiana con il fornitore.

Le Aziende Sanitarie che esternalizzano i servizi devono cambiare ruolo trasformandosi da soggetto erogatore a soggetto titolare dell'indirizzo, coordinamento e controllo che può richiedere modifiche degli assetti organizzativi e riprogettazione del workflow operativo di alcune articolazioni aziendali (Dirindin 2002, D'Autilia e Zamaro, 2005).

Il PF non può essere solamente un acquisto di servizi ma comporta un rinnovamento delle capacità manageriali operative, la crescita di una specifica cultura imprenditoriale e di una nuova professionalità dell'operatore pubblico (Dirindin, 2002, D'Autilia e Zamaro, 2005). La capacità di monitoraggio e controllo sull'operato del fornitore per tutta la durata dell'appalto deve anche trasformare la perdita, almeno parziale, del know-how di produzione in know-how di controllo ed anche di innovazione (Dirindin, 2002, D'Autilia e Zamaro, 2005). Ad esempio nell'esternalizzare la ristorazione, l'azienda perde l'expertise nel preparare i pasti, ma il personale deve controllarne il livello quali-quantitativo, può sviluppare percorsi di educazione alimentare e di valutazione dei rischi nutrizionali per i pazienti e, attraverso un'alimentazione corretta, favorire il recupero, l'ottimizzazione dell'effetto delle terapie e il miglioramento della funzione del sistema immunitario. Infine può indirizzare l'appaltatore verso menù ecosostenibili.

Indubbiamente per l'Azienda Sanitaria il compito più complesso e rilevante dell'esternalizzazione è il controllo del servizio, che deve essere monitorato in termini di costi, di quantità (volumi, frequenze e mezzi necessari, altro) e di qualità (efficacia ed efficienza organizzativa, valore aggiunto all'assistenza, aumento della soddisfazione dell'utente e del professionista che utilizza i servizi esternalizzati) (Donabedian, 1998; Cuomo, 2000; Dirindin, 2002; D'Autilia e Zamaro, 2005). Il rispetto dei parametri quali-quantitativi consente di riconoscere il corretto corrispettivo economico al fornitore.

La logica di controllo orientata al risultato si esplicita proprio nella capacità di garantire la massima efficienza del servizio prestato, condividendo e responsabilizzando il fornitore al raggiungimento di un risultato complessivo del servizio stesso.

Il ruolo dell'infermiere per il controllo della qualità dei servizi esternalizzati (I-CQSE)

L'infermiere, generalmente con posizione organizzativa, ha un ruolo fondamentale nella gestione dei servizi a valenza assistenziale: conosce l'organizzazione all'interno della quale lavora, ha competenze gestionali e rappresenta la figura in grado di garantire all'Azienda che il controllo dei servizi esternalizzati avvenga in maniera professionale, che i parametri di riferimento siano rispettati, che gli eventuali aspetti non completamente chiari siano sempre gestiti nell'ottica del beneficio al paziente, che siano evitati comportamenti non conformi da parte del fornitore e che sia garantita al fornitore la collaborazione del personale aziendale per l'effettivo successo del servizio.

Nella Tabella 1 sono evidenziate le competenze che devono caratterizzare il ruolo dell'I-CQSE nella procedura di esternalizzazione. Il dettaglio delle fasi e delle procedure amministrative sono ben delineate nella normativa (Cod. civile, Cod. contratti pubblici, D. Lgs n. 50/2016, in attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE), ed in numerose pubblicazioni (Dirindin, 2002; D'Autilia e Zamaro 2005; Vetrillo, 2006; Bartolacci, 2012; Cicchetti e Fiore, 2013).

Tabella 1 - L'infermiere per il Controllo della Qualità dei Servizi Esternalizzati

Fasi amministrative della procedura di esternalizzazione	Ruolo	Conoscenze	Competenze
1.Valutazione ex-ante	Individuazione delle attività da esternalizzare	Fattori critici di successo/insuccesso delle riorganizzazioni	Organizzative
	Valutazione make or buy	La normativa sugli appalti	Gestionali relative alle risorse umane

	Riprogettazione dei servizi sanitari		Orientamento all'utente
	Identificazione dei criteri per una più efficiente utilizzazione delle risorse professionali dell'azienda		
	Recupero del personale aziendale e riallocazione presso altro servizio		
	Definizione dei tempi per la realizzazione		
2. Elaborazione del capitolato di gara e aggiudicazione	Descrizione delle modalità di espletamento del servizio esternalizzato	Norme UNI-EN ISO	Integrabilità dei parametri di aggiudicazione e controllo con le attività assistenziali
	Definizione dei parametri di controllo del servizio	Norme tecniche dei settori	
	Partecipazione alla definizione dei criteri per la scelta dell'offerta più vantaggiosa		
3. Messa a regime del servizio esternalizzato	Trasferire all'outsourcer il sistema esistente (migration plan) e recupero del personale aziendale	Tempi e modalità definite in contratto	Gestione del cambiamento
	Gestire la fase transitoria e il cambiamento organizzativo		Coordinamento
	Validare il servizio		Integrazione personale interno ed esterno
			Orientamento alla flessibilità organizzativa
4. Monitoraggio e controllo del servizio	Consolidare la partnership tra committente e fornitore e favorire l'innovazione strategica	Conoscenza del contratto, degli eventuali atti aggiuntivi e documenti esecutivi	Organizzative
	Aumentare il valore del servizio fornito integrandolo all'interno dei processi assistenziali e delle attività sanitarie che supportano e dalle quali dipendono	Sistemi di valutazione e di monitoraggio	Autorevolezza
	Effettuare i controlli qualitativi del servizio erogato (controlli di processo, controlli di esito e customer satisfaction)	Costi	Orientamento al servizio

	Adattare il servizio offerto al mutare delle esigenze interne nel rispetto dei vincoli contrattuali, prevedendo un coinvolgimento strategico del fornitore nei piani operativi e gestionali dell'Azienda		Valutazione delle azioni di miglioramento
	Verificare le attività svolte in riferimento a quanto previsto dal contratto		Applicazione dei sistemi di valutazione e monitoraggio
	Garantire l'uniformità del servizio offerto alle unità operative		
	Implementare azioni di miglioramento del servizio in rispetto ai vincoli contrattuali		

Questa nuova modalità di declinare la professionalità dell'I-CQSE richiede certamente tempo e soprattutto la capacità di guardare con occhi nuovi le diverse realtà aziendali, senza cedere ad aspetti solo economicisti, bensì sottolineando e rendendo evidente, in ogni istante ed in ogni scelta e decisione, gli aspetti etici della professione ed empatici nei confronti del paziente che da sempre caratterizzano il ruolo dell'infermiere. Accanto a controlli quantitativi e qualitativi, di risultato e processo, l'I-CQSE deve mettere in piedi sistemi di controllo per la misurazione della *customer satisfaction* attraverso questionari (rivolti sia ai pazienti che agli utilizzatori interni dei servizi) e controlli tendenti a verificare, nei luoghi di realizzazione, l'effettivo operato del fornitore.

In questo modo vengono presidiati i cardini dei meccanismi di costruzione dei sistemi di gestione della qualità:

- il controllo della qualità, attraverso la definizione di standard da rispettare e delle azioni immediate da intraprendere qualora gli standard non siano rispettati;
- la garanzia della qualità, attraverso la costante verifica delle procedure e delle modalità operative messe in atto per garantire il rispetto degli standard;
- il miglioramento continuo o le opportunità di crescita del servizio, sia per piccoli passi aumentando i livelli di prestazione in essere, sia per grandi passi ricercando ed introducendo forti innovazioni organizzative e tecnologiche.

Il ruolo dell'I-CQSE nel Project Financing di Ferrara

Qui di seguito esplicheremo adesso il ruolo dell'I-CQSE nel PF dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (AOUFe), di durata trentennale, che ha permesso di costruire parte del nuovo Polo Ospedaliero S. Anna di Ferrara.

La scelta dell'Azienda è stata quella di individuare nel PF i servizi no-core con valenza assistenziale, rivolti:

- alla persona (ristorazione, sterilizzazione, divise, biancheria, materasseria standard e ad aria, trasporto pazienti e campioni biologici);
- all'immobile (noleggio arredi unità di degenza, pulizie, trasporto merci e documentazione, derattizzazione, pulizia e smaltimento rifiuti).

Non rivestono carattere assistenziale i servizi commerciali ed anche le attività di manutenzione edile ed impiantistica, vigilanza, accoglienza e call center, che comunque richiedono un'attività di controllo.

L'AOUFe deve verificare che i livelli di qualità attesi e definiti nel contratto siano raggiunti e garantiti nel tempo. Occorre quindi una sistematica attività di controllo e monitoraggio, anche al fine della rendicontazione e remunerazione del concessionario.

In sintesi le azioni di controllo sono necessarie per:

- misurare il risultato del servizio: rilevare l'eventuale scostamento tra obiettivi definiti nel contratto e risultati conseguiti;
- verificare la qualità del servizio esternalizzato: valutare il rispetto delle modalità di erogazione del servizio ricercando, laddove necessario, le possibili cause di scostamento ed attivando le azioni correttive;
- ottemperare alla legge: certificare l'esecuzione dei servizi a regola d'arte e che i dati contabili ed i documenti giustificativi siano coerenti con le attività svolte;
- costruire meccanismi di *partnership*: condividere i contenuti delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo;
- migliorare l'efficienza: identificare le azioni di miglioramento, pianificarne l'adozione, scegliere gli indicatori, monitorare e documentare il raggiungimento dei nuovi livelli prestazionali, mettere a regime le nuove modalità di servizio.

I controlli che devono essere garantiti sono quelli di:

- Risultato - monitoraggio costante del livello di qualità del servizio erogato;
- Processo - conformità dell'applicazione delle procedure e delle istruzioni operative necessarie per l'erogazione del servizio;
- *Customer Satisfaction* - rilevazioni periodiche della soddisfazione dei clienti interni ed esterni.

L'I-CQSE ed i Responsabili dei servizi esternalizzati hanno condiviso, per ogni servizio, le metodologie di esecuzione del controllo, formalizzando le regole in apposito documento (Manuale di Controllo) coerente con gli obblighi contrattuali assunti.

La responsabilità dei controlli qualità dei servizi ad impatto assistenziale è affidata all'I-CQSE, che ha una relazione di dipendenza gerarchica con la Struttura Organizzativa Complessa (SOC) della Direzione delle Professioni e ha una relazione funzionale con la SOC Gestione Concessione Servizi Generali e Commerciali e Struttura Operativa Semplice (SOS) Igiene Ospedaliera.

Tabella 2 - Funzionigramma e interfacce

Centri di responsabilità	Funzione	Interfacce operative		Attività
Struttura Organizzativa Complessa (SOC): area economale	Responsabile Unico di Procedimento (RUP)	Interne	Direttore Amministrativo; Ufficio Bilancio; Controllo di Gestione; I-CQSE; Servizio Tecnico; Area Comunicazione; Ambulanze; Trasporti; Ordinari.	Ha il controllo tecnico-contabile dell'esecuzione del contratto, determinando, in relazione al numero dei controlli negativi e/o delle gravità delle segnalazioni di Non Conformità (N/C) pervenute, definite in contratto, la misura del provvedimento o delle penali da adottare. Tiene la contabilità e predispone la liquidazione delle fatture. Organizza incontri periodici o straordinari tra il Concessionario e i Responsabili dei Servizi Appaltati.
		Esterne	Resp.le del Project Financing.	Cura i rapporti tra Concessionario e i Responsabili del controllo dei singoli Servizi Appaltati.
Infermiere per il Controllo Qualità dei Servizi Esternalizzati (IC-CQSE)	I-CQSE Posizione Organizzativa (PO) della Direzione delle Professioni Sanitarie (DirProSa)	Interne	RUP Direttore della Direzione delle Professioni Sanitarie (DirProSa) Unità Operative (Coordinatori e Dipendenti) Pazienti Referenti Controllo Qualità (RCQ).	Garantisce attraverso i meccanismi di controllo il rispetto dei livelli quantitativi (n., frequenza, volumi e mezzi necessari) e qualitativi (standard di riferimento) definiti nei contratti. Definisce la programmazione annuale dei controlli. Coordina l'attività dei RCQ, garantendo alle unità operative, uniformità sulle metodologie di controllo, sugli strumenti informativi (check list, report, piattaforma informatica), sistematicità dei controlli, linearità di comunicazioni. Esprime, attraverso i report mensili al RUP, parere, sul livello di qualità riscontrato per ogni servizio coordinato. Predispone questionari di soddisfazione. Decide azioni da intraprendere in relazione alla gravità della N/C riscontrata.
		Esterne	Responsabili dei servizi esternalizzati.	Cura i rapporti tra Responsabili dei servizi esterni, RCQ e Coordinatori.
Referente Controllo Qualità (RCQ)	Professionista della DirProSa	Interne	I-CQSE Coordinatori delle Unità Operative.	Rileva la quantità dei servizi offerti e la qualità. Utilizza le check list di controllo e gli indicatori di risultato Segnala le N/C all'I-CQSE Rileva attraverso la distribuzione di questionari o di interviste il grado di soddisfazione sulla qualità percepita dai clienti esterni (pazienti) ed interni (coordinatori e dipendenti) Rielabora le schede di dotazione giornaliera delle forniture in relazione a cambi organizzativi.
		Esterne	Caposquadra dei servizi esternalizzati.	Effettuano i controlli in cotraddittorio.

Coordinatore di Unità Operativa	Coordinatore sanitario della DirProSa	Interne	I-CQSE RCQ.	Effettua il controllo quotidiano dei livelli di servizio forniti: regolare svolgimento, rispetto dei tempi, rispetto delle quantità fornite/ricevute rispetto della conformità degli articoli ricevuti. Segnala via web all'I-CQSE eventuali non corrispondenze di tipo quanti-qualitativo. Esprime il grado di soddisfazione del servizio.
		Esterne	Caposquadra dei servizi esternalizzati.	Comunica direttamente cambi dell'organizzazione quotidiana.
			Operatori dei servizi esternalizzati.	Firma le bolle di accompagnamento delle merci o forniture.

La descrizione delle azioni di controllo è contenuta all'interno del Manuale dei Controlli, documento di riferimento condiviso tra Appaltatore e Appaltante che esplicita, per ogni servizio:

1. l'oggetto dell'appalto
2. la descrizione delle modalità di erogazione del servizio:
 - frequenza di consegna/ritiro
 - orari di consegna/ritiro
 - quantità previste
 - stato di consegna degli articoli
 - modalità di sanificazione dei mezzi utilizzati per il ritiro e per la consegna
 - definizione delle regole di accesso del personale, trasporto, consegna, documento di trasporto e prelievo.
3. la descrizione delle modalità di controllo:
 - periodicità dei cicli di controllo
 - fasce orarie
 - procedure di controllo (lotti, popolazione di controllo, piano di campionamento, criteri di controllo, griglie, operazioni).
4. la descrizione della procedura annotazione:
 - soglia di accettabilità
 - coefficiente di ponderazione
 - accettabilità o rifiuto del lotto.
5. azioni da intraprendere

Il controllo del servizio esternalizzato "biancheria piana e confezionata"

Per mettere in evidenza il ruolo svolto dall'I-CQSE, si esemplifica qui di seguito l'esternalizzazione del servizio biancheria piana e confezionata, che comprende la fornitura a noleggio, lavaggio, asciugatura, stiratura, confezionamento di biancheria piana per il rifacimento dei letti, camici e telini, coperte di lana, guanciali, materassi standard, materassi antidecubito statici, materassi ad aria e le divise e gli abiti da lavoro. Il servizio effettua la consegna del pulito e il ritiro dello sporco con propri mezzi e personale con una programmazione concordata con l'AOUFe.

Le Tabelle 3,4,5 mostrano come viene effettuato il controllo del servizio biancheria piana e confezionata (divise).

Tabella 3 - Procedura di controllo qualità: biancheria piana e confezionata. INDICAZIONI GENERALI

Elementi per la misurazione del servizio	Definizione	Dato
Periodicità dei cicli di controllo	Definisce la frequenza del controllo.	Una volta al mese.
Giorno e fascia oraria del controllo	L'azienda comunica giorno e ora del controllo alla Ditta la mattina stessa.	Il giorno può essere compreso da lunedì a venerdì, nella fascia oraria 8.30-12.30.
Modalità di controllo	I controlli del campione vengono effettuati seguendo procedure statisticamente significative ed eseguiti in contraddittorio (azienda e servizio esternalizzato).	
	L'inizio dei controlli è determinato dal controllore dell'Azienda.	
Griglia di controllo	Documento che consente di valutare gli articoli di biancheria piana, capi di vestiario e il processo di lavoro, secondo le modalità stabilite dal presente manuale e registrare i risultati del controllo.	Presenza di griglia condivisa.
Preparazione delle griglie di controllo	Il controllore prepara le griglie di controllo per tutte le categorie sulle quali dovrà essere riportato.	Griglia relativa al controllo divisa.
	il riferimento del lotto, della categoria di controllo, la data e l'ora.	
	Se un elemento riportato nella griglia non figura nella categoria di controllo, o non è verificabile, verrà eliminata la linea corrispondente all'elemento, non attribuendo nessun risultato.	
Operazione di controllo di una categoria	Il controllore definisce in sequenza i seguenti elementi, Locale in cui eseguire il controllo (reparto/guardaroba), Mezzo di stoccaggio (armadio, carrello, ecc.), Unità di consegna (confezione articoli).	
	Il controllo procederà sull'articolo o nel reparto indicato dal controllore secondo le informazioni prima fornite. Individuato l'articolo, in contraddittorio verranno valutati tutti i criteri indicati nella griglia di controllo.	
Strumentazione necessaria per il controllo	un righello centimetro per verificare i limiti previsti per gli elementi di controllo considerati.	

Tabella 4 - Procedura di controllo qualità della biancheria piana e confezionata: INDICAZIONI SPECIFICHE

Elementi per la misurazione del servizio	Definizioni	Dato
Lotto di Controllo	Il lotto è rappresentato dal totale di Biancheria Piana e Confezionata.	136.914 capi forniti/mese
Popolazione di controllo	La popolazione di controllo relativa a biancheria piana e biancheria confezionata, è costituita dall'insieme degli articoli forniti quotidianamente alle unità operative e stoccati in guardaroba.	Lenzuola = 41.543
		Telini/teli = 36.447
		Traverse = 24.118
		Federe = 13.632
		Copriletti = 3.227
		Camici degenti = 5.048
		Pantaloni = 5.334
		Casacche = 4.213
		Camici = 3.352
		Totale = 136.914
Campione di controllo	E' il numero di capi da sottoporre a controllo per essere rappresentativo dell'intera popolazione individuato in relazione alle norme ISO 2859/1.	Numerosità del campione = 200
	L'Azienda ha definito:	(lotto di riferimento 136.914 compresi nel range 35.001-150.000)
	la numerosità del campione.	Livello di collaudo I; Lettera codice L
	il livello di collaudo.	LQA 4,0 (Livello Qualità Accettato ovvero errore campionario scelto in %)
	il livello di qualità accettabile.	Intervallo di confidenza: 90%
Elementi di Controllo	Sono variabili prese in esame durante il controllo: integrità del capo controllato.	
Criteri di Controllo	E' la metodica adottata per la valutazione della conformità dell'elemento.	
	Fori: presenza di un'area in cui il tessuto non è più presente determinando una soluzione di non continuità nella superficie di riferimento. Controllo: visivo.	
	Lacerazioni/strappi: presenza di una soluzione discontinua del tessuto per effetto di un'azione meccanica di strappo. Controllo: visivo.	
	Macchie: si intende lo sporco aderente di qualsiasi natura (magro o grasso) ad eccezione del degradamento indelebile degli stessi capi causato dall'uso improprio da parte del personale della Committente. Controllo: visivo.	
	Corpi estranei: presenza di elementi estranei alla natura dell'articolo di biancheria/materasseria fornito (es. polvere). Controllo: visivo.	

	Accessori: la mancanza di elementi riconosciuti come essenziali per la funzionalità del capo di vestiario (es. bottoni, elastici). Controllo: visivo. Stropicciature grossolane: presenza di elementi evidenti riconosciuti come essenziali per il decoro del capo e per la sua utilità, la presenza nelle parti utili d'appoggio del capo evidenzia l'applicazione di una scorretta metodica con la quale l'articolo, una volta lavato ed asciugato, viene predisposto per il confezionamento. Controllo: visivo.	
Superficie di controllo	Il controllo verrà effettuato sull'intera superficie dell'articolo, sul quale saranno valutati gli elementi specifici.	L'intero lenzuolo, l'intero camice, l'intero telino, l'intera federe, etc.
Procedura di annotazione	Il controllore sarà il responsabile della verbalizzazione dei controlli, quindi della compilazione delle griglie di controllo, sulle quali:	
	1) riporterà in corrispondenza dell'apposita casella "risultato" di ogni elemento il rispetto o meno del criterio.	1 se il criterio è rispettato 0 se il criterio non è rispettato
	2) riporterà in corrispondenza dell'apposita casella "coefficiente di ponderazione" l'importanza relativa assegnata.	
	3) riporterà in corrispondenza dell'apposita casella "nota" il prodotto ottenuto dal valore presente nella casella "risultato" moltiplicato per il valore presente nella casella "coefficiente di ponderazione".	
	4) riporterà nella casella A la sommatoria dei "coefficienti di ponderazione".	1 poco importante, 2 importante, 3 molto importante
	5) riporterà nella casella B la sommatoria dei valori presenti nelle caselle "nota".	
	6) riporterà nella casella B/A il risultato del rapporto dei valori presenti nella casella B e nella casella A.	
Soglia di accettabilità (SA)	Per soglia di accettabilità si intende il valore limite ammissibile del criterio di controllo considerato per ogni capo valutato.	SA=0,85 B/A > 0,85 controllo = 1 (accettato) B/A < 0,85 controllo = 0 (rifiutato)
Accettabilità o rifiuto del lotto	Numero di griglie con soglia di accettabilità < a 0,85.	Se ≥ di 22 il lotto non è accettato
Azioni da intraprendere a seguito dei risultati di controllo dei lotti	Le azioni da mettere in campo, a fronte di risultati negativi dei controlli, sono: - eliminazione di eventuali difformità nell'erogazione del servizio e rientro nelle soglie di accettabilità al controllo successivo. - applicazione di penali.	

Tabella 5 - Griglia di Controllo					
Direzione delle Professioni Sanitarie – PO-Qualità Logistico-Alberghiera					
Scheda n. 1 “Griglia di controllo qualità divise”					
Soglia accettabilità: 0,80			Lotto: biancheria piana e confezionata		
			Categoria: Divise		
			Luogo del controllo: Guardaroba		
Cliente: Data e ora:			Tipologia articolo: Camice - Casacca - Pantalone (barrare il capo controllato)		
Elemento	Criterio di accettabilità	Risultato 1 = tutte le condizioni sono rispettate 0 = una condizione non è rispettata	Coeff. Pond.	Nota (Coeff. Ponderale x Risultato)	
Integrità prodotto					
Corpi estranei *	nessuna presenza		1		
Grossolane stropicciature	nessuna presenza		1		
Bottoni	Obbligo integrità		1		
Elastico	presenza		2		
Lacerazioni/strappi prodotto dimensione > 3 cm	presenza massima tollerata 1		2		
Fori dimensione da ≤ 16 mm² a ≤ 100 mm²	presenza massima tollerata 2		1		
Fori > 101 mm²	nessuna presenza		2		
Macchie** dimensione da ≤ 196 mm² a dim < 400 mm²	presenza massima tollerata 2		1		
Macchie** > 400 mm²	nessuna presenza		2		
Etichetta	Obbligo integrità		1		
TOTALE		A		B	
*i corpi estranei se attribuibili a prassi non corrette del cliente sono sempre accettate poiché non dipendenti dal processo produttivo dell'impresa (risultato 1)			B/A		
** le macchie dovute a segni neri (strisciature), aloni di silicone e comunque derivanti da attività non coerenti con la destinazione d'uso principale dell'articolo sono sempre accettate poiché non attribuibili alla impresa (risultato 1)			Risultato		B/A ≥ 0,85 accettato B/A < 0,85 rifiutato
Firma controllore RCQ		Firma controllore impresa appaltatrice			

La Tabella 6 mostra l'elenco dei controlli annuali per servizio externalizzato.

Tabella 6 - Elenco dei controlli annuali programmati

SERVIZIO	Tipologia di controllo	Frequenza dei CTR
BIANCHERIA DIVISE	Controllo quantitativo biancheria fornita alle UUOO	1 volta al mese
	Controllo qualità biancheria fornita alle UUOO	2 volte l'anno
	Controllo Sanificazione dei carrelli armadio/container	1 volta al mese
	Controllo dei cuscini/coperte	2 volte l'anno
	Controllo quantitativo divise fornite ai dipendenti	1 volta al mese
	Controllo qualità divise fornite	1 volta l'anno
	Controllo container per divise sporche	20 volte l'anno
PULIZIE	Controllo esito pulizie	1 volta al mese
	Controllo processo pulizie	1 volta al mese
RISTORAZIONE	Controllo di processo Produzione Pasti	1 volta al mese
	Controllo di esito Distribuzione Pasti	2 volte alla settimana
	Controllo corrispondenza n. pazienti ricoverati e n. pranzieri	5 giorni al mese
TRASPORTO PAZIENTI	Controllo quantitativo delle ore	1 volta al mese
	Controllo dell'efficienza/efficacia del servizio	1 volta al mese
	Controllo del rispetto dei tempi	1 volta al mese
	Controllo della sicurezza durante il trasporto	1 volta al mese
TRASPORTO MERCI	Controllo quantitativo delle ore	1 volta al mese
	Controllo corrispondenza roll consegnati	2 volte al mese
	Controllo rispetto delle fasce orarie di consegna	3 volte al mese
	Controllo orari Programmato/Emergente dei campioni bio/posta	4 volte al mese
Per tutti	Questionario di soddisfazione	1 volta all'anno

CONCLUSIONI

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha individuato la figura dell'I-CQSE con una posizione organizzativa all'interno della Direzione delle Professioni Sanitarie, per poter garantire l'effettivo controllo delle attività esternalizzate che influenzano l'attività assistenziale.

Tale figura, oltre ad aver collaborato nella fase di avvio del servizio, dal momento dell'attivazione dei servizi esternalizzati ha garantito una periodicità costante nell'effettuazione dei controlli.

L'esternalizzazione deve essere gestita con consapevolezza economica ed organizzativa, che nasca ex ante con specifiche analisi preventive, che sia connessa ad un razionale progetto organizzativo, che sia oggetto in itinere di un costante ed attento monitoraggio; ex post deve caratterizzarsi per una articolata valutazione tanto sui risultati di output che di outcome (D'Autilia e Zamaro, 2005).

In questo senso l'AOUFe ha potuto effettuare il monitoraggio ed i controlli previsti dalla norma e quelli decisi in autonomia attraverso le azioni dell'I-CQSE. La costituzione di tale impianto ha rappresentato il segno concreto del cambiamento interno all'organizzazione, passando da produttori di servizi a responsabili dell'acquisizione e controllo. Il PF, quindi, non è stato solo un acquisto di servizi, ma ha comportato un rinnovamento delle capacità manageriali operative, la crescita di una specifica cultura imprenditoriale e di nuova professionalità dell'operatore pubblico (Dirindin, 2002, D'Autilia e Zamaro, 2005).

I controlli sono stati finalizzati alla valutazione della qualità delle attività esternalizzate, utilizzando tecniche di misurazione dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni e valutando la soddisfazione dei pazienti e dei dipendenti che utilizzano i servizi. La messa a regime del sistema di rilevazione dei risultati è stata molto impegnativa e ha richiesto un lavoro quotidiano, costante ed attento, ma ha consentito nei fatti di controllare e rendicontare i reali risultati conseguiti dai fornitori. Il controllo dell'attività svolta dall'affidatario del servizio, il set di indicatori in uso, le scadenze temporali in cui si procede all'attività di controllo, quando ben definite, consentono di monitorare l'andamento del servizio, ma anche d'intervenire, nell'ambito delle definizioni contrattuali, sulle attività che non dimostrino di sortire gli effetti attesi.

Le azioni di monitoraggio hanno dato la possibilità di evidenziare il rispetto delle prescrizioni contrattuali in una buona percentuale dei casi, ma anche di contestare il mancato rispetto dei requisiti, offrendo i dati necessari al RUP per provvedere all'applicazione delle relative penali. La *customer satisfaction* ha evidenziato per molti servizi una elevata soddisfazione, ma ha anche consentito di identificare ed intraprendere azioni di miglioramento.

La possibilità di esternalizzare i servizi *no core* è uno degli strumenti manageriali a cui le Aziende Sanitarie possono ricorrere per garantirsi un vantaggio competitivo. L'impegno economico per l'Azienda è elevato, pertanto i costi si possono mantenere costanti o ridurre se è presente un forte meccanismo di trasferimento dei rischi, ma è altrettanto importante impostare un sistema di misurazione dei risultati dei servizi.

L'adozione di un sistema di controllo così organizzato è stato un'evoluzione culturale, che ha sollecitato ed implicato un cambiamento di mentalità e lo sviluppo di nuove abilità operative e di nuove sinergie tra l'ambito contabile-amministrativo e quello organizzativo-sanitario, con logiche di gestione orientate a governare e migliorare la qualità.

BIBLIOGRAFIA

- Amatuucci F (1998) Applicabilità del modello del project financing in sanità. *Mecosan*, 7(27), 13-33.
- Arcari AM (1996) L'outsourcing: una possibile modalità di organizzazione delle attività di servizi. *Economia & management*, 4, 109-121.
- Bartolacci F (2012) La gestione e il controllo dei processi di outsourcing. Bari: Giuffrè Editore.
- Billi JE, Pai CW, Spahlinger DA (2004) Strategic outsourcing of clinical services: a model for volume-stressed academic medical centers. *Health Care Management Review*, 29(4), 291-7.
- Brunetta F, Marchegiani L (2009) L'outsourcing nella sanità. *Consumatori, Diritti e Mercato*, (1), 57-67.
- Cepiku D (2006) L'esternalizzazione nelle amministrazioni pubbliche: teorie, politiche ed esperienze a livello internazionale. *Azienda Pubblica: teoria e problemi di management*, 4, 415-442.
- Censis-Tess (2003) Problemi e prospettive dell'outsourcing nel sistema della pubblica amministrazione italiana. Roma: Fondazione Censis.
- Cicchetti A, Fiore A (2013) L'acquisto dei servizi "no core" nelle aziende private e pubbliche del settore sanitario italiano. Milano: Cerismas.
- Cuomo MT (2000) La customer satisfaction: vantaggio competitivo e creazione di valore. Padova: Cedam.
- D'Autilia ML, Zamaro N (2005) Le esternalizzazioni nelle amministrazioni pubbliche italiane. Indagine sulla diffusione delle pratiche di outsourcing. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.

- Dirindin N (2002) Integrazione pubblico-privato e outsourcing nel settore della sanità: principi generali, esperienze significative, potenzialità e limiti. Scuola di Sussidiarietà. Consultato 8 giugno 2015, disponibile all'indirizzo: http://www.fga.it/fileadmin/storico/pdf/scuole_sussidiarieta/Dirindin.pdf.
- Domberger S (1998) The contracting organization. A strategic guide to outsourcing. Oxford: Oxford University Press.
- Donabedian A (1990) La qualità dell'assistenza sanitaria. Firenze: NIS.
- Emanuele M (2011) Il fenomeno delle esternalizzazioni in Italia, indagine sull'impatto dell'outsourcing sull'organizzazione aziendale, sulle relazioni industriali e sulle condizioni di tutela dei lavoratori" Roma: ISFOL.
- Falini A (2009) Il project financing. Vincoli e opportunità nel settore sanitario. Milano: Franco Angeli.
- Finlombardia (2011) Osservatorio sul project financing in sanità X report. Milano: Maggioli Editore.
- Focarile F (1998) Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria. Torino: Centro Scientifico Editore.
- France G, Taroni F (2005) The evolution of health-policy making in Italy. Journal of Health- Politics, Policy and Law, 30(1-2), 169-187.
- Gianani R, Massara AM (2000) Outsourcing e sanità. Milano: Franco Angeli.
- Macinati MS (2008) Outsourcing in the Italian national health service: findings from a national survey. International Journal of Health Planning and Management, 23(1), 21-36.
- Podestà R (1998) Il recupero di efficienza e di efficacia mediante l'esternalizzazione e la certificazione di qualità. Organizzazione sanitaria, 1, 31-42.
- Prahalad CK, Hamel G (1990) The core competence of the corporation, Harvard business review, May-June, 79-91.
- Ricciardi A (2000) L'outsourcing strategico. Milano: Franco Angeli.
- Roberts JG, Henderson JG, Olive LA, Obaka D (2013) A review of outsourcing of services in health care organizations. Journal of outsourcing & organizational information management. Consultato 8 giugno 2015, disponibile all'indirizzo: <http://www.ibimapublishing.com/journals/JOOIM/jooim.html>.
- Vagnoni M (2011) Sistemi di programmazione e controllo. Strumenti e processi per le decisioni in azienda. Santarcangelo di Romagna: Maggioli editore.
- Vetrutto G (2006) L'esternalizzazione strategica nelle amministrazioni pubbliche. Catanzaro: Rubbettino editore.

 ESPERIENZE

Il tutorato pedagogico infermieristico: una funzione da valorizzare

di Andreina Zavaglio (1), Giuseppe Marmo (2), Gina Ballella (3), Barbara Banchio (4), Lucia Baruffaldi (5), Anna Maria Bergui (6), Debora Bologna (7), Marisa Bonino (8), Paola Caggiano (9), Silvana Cecchin (10), Luana Chiantor (11), Fabrizia Cogo (12), Daniela Depaoli (13), Antonella Fanello (14), Beatrice Graziani (15), Silvano Gregorino (16), Federica Ilari (17), Roberta Oriani (18), Silvana Paoletti (19), Daniela Pozzati (20), Mariantonietta Quartagno (21), Patrizia Sampietro Coen (22), Valerio Dimonte (23)

- (1) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi Piemonte Orientale, sede di Novara - Novara
- (2) Coordinatore CdLM in Scienze infermieristiche e Ostetriche, Università degli Studi Cattolica di Torino, Sede Cottolengo - Torino
- (3) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Torino, sede di Cuneo - Cuneo
- (4) Tutor CdL in Infermieristica Università degli studi di Torino sede A.O.U Città della salute e della scienza di Torino - Torino
- (5) Tutor CdL in Infermieristica Università degli studi di Torino, sede di Cuneo - Cuneo
- (6) Coordinatore CdL in Infermieristica, Università degli Studi Piemonte Orientale, sede di Alba - Alba
- (7) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli studi di Torino, sede di Asti - Asti
- (8) Coordinatore CdL in Infermieristica Pediatrica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, sede di Novara - Novara
- (9) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, sede di Verbania - Verbania
- (10) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Torino, sede A.O.U Città della salute e della scienza di Torino - Torino
- (11) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Torino, sede ASL Città di Torino - Torino
- (12) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Torino, sede di Ivrea - Ivrea
- (13) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, sede di Alessandria - Alessandria
- (14) Tutor CdL in Infermieristica Pediatrica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, sede di Novara - Novara
- (15) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Torino, sede ASL Città di Torino - Torino
- (16) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Torino, sede A.O.U Città della salute e della scienza di Torino - Torino
- (17) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, sede di Biella - Biella
- (18) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Torino, sede di Aosta - Aosta
- (19) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi Cattolica di Torino, Sede Cottolengo - Torino
- (20) Tutor CdL in Infermieristica Pediatrica, Università degli Studi di Torino, sede S. Anna - Torino
- (21) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi del Piemonte Orientale, sede di Verbania - Verbania
- (22) Tutor CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Torino, sede S. Luigi Orbassano - Torino
- (23) Professore Associato di Scienze infermieristiche, Università degli Studi di Torino - Torino

La formazione infermieristica, per le sue caratteristiche fortemente professionalizzanti, necessita non solo di adeguati insegnamenti, così come previsti dai piani di studio delle varie Università, ma anche di una forte azione tutoriale che, ancorandosi ai principi dell'apprendimento dell'adulto, sostenga gli studenti nel loro percorso di apprendimento, aiutandoli a superare le eventuali difficoltà, a responsabilizzarsi e a rendersi consapevoli sia delle competenze acquisite, sia di quelle acquisibili.

Quando si parla di *tutorship* si fa riferimento a una funzione che può essere svolta da molteplici figure che, nel loro insieme, costituiscono, all'interno dei Corsi di Laurea, un vero e proprio sistema tutoriale corresponsabile, a tutti gli effetti, della realizzazione dell'intero progetto formativo.

Nell'attuale organizzazione dei Corsi di Laurea in Infermieristica e Infermieristica Pediatrica afferenti al Coordinamento Interregionale del Piemonte e Valle d'Aosta^[1], il sistema tutoriale è composto essenzialmente da tre figure: infermiere guida di tirocinio, tutor clinico, tutor dedicato alla didattica professionale, quest'ultimo denominato anche frequentemente tutor pedagogico o tutor di sede.

Mentre le prime due figure, incardinate negli organici del personale delle sedi di tirocinio, svolgono una funzione sufficientemente ben connotata e omogenea su tutto il territorio regionale, i tutor dedicati alla didattica professionale, che svolgono la loro funzione a tempo pieno presso le sedi dei Corsi di Laurea, esprimono la loro funzione in modo variegato, spesso dipendente dai modelli organizzativi adottati nella specifica sede di appartenenza, e vivono, seppur con intensità diverse, una serie di criticità, connesse ad attività plurime ed eterogenee.

È proprio su questa figura che ci si vuole soffermare per analizzare le criticità che spesso essa incontra nell'esercizio della sua funzione e per documentare un primo tentativo di progetto di valorizzazione portato avanti all'interno del Coordinamento interregionale dei Corsi di Laurea della Regione Piemonte e Valle d'Aosta. In linea di massima è possibile trovare un denominatore comune che qualifica la funzione dei tutor pedagogici, riferibile all'indiscussa responsabilità che essi hanno nella conduzione di almeno tre tipi di attività:

- *didattiche*, soprattutto in qualità di formatori nei confronti sia di studenti, sia di infermieri guida, sia di tutor clinici e di conduttori di laboratori;
- *metodologico-educative*, in qualità di supervisori dei processi di apprendimento degli studenti, dei processi di insegnamento clinico a carico dei tutor clinici, dell'accompagnamento nel tirocinio in senso lato (analisi di casi, discussioni attività di studio guidato e di quesiti di ricerca, *debriefing*) e di gestori di situazioni problematiche di studenti;
- *organizzative*, in modo particolare nella programmazione e nel coordinamento delle attività didattiche dei Corsi di Laurea e delle attività di tirocinio.

Accanto a queste attività sostanziali, i tutor di sede sono talvolta coinvolti, secondo necessità, nello svolgimento di alcune attività amministrative o di supplenza operativa logistica e tecnica, sebbene tali attività non risultino appropriate alla specifica funzione.

A questa prima criticità, vissuta con sfumature diverse in tutte le sedi, se ne aggiungono altre:

- la scarsa visibilità della figura, spesso misconosciuta e sottovalutata sul piano istituzionale e giuridico/amministrativo, nei protocolli di intesa, negli accordi attuativi tra Università, Regione e Aziende Sanitarie, negli atti aziendali;
- la terminologia non univoca utilizzata per denominare questa figura (tutor pedagogico, tutor di sede, tutor d'area, tutor della didattica professionale, tutor supervisore, tutor con funzioni di manager didattico, tutor con funzioni di manager di percorso, referente o coordinatore di anno), che evidenzia, nominalmente, una certa confusione identitaria;
- le competenze non del tutto chiare e, soprattutto, non condivise tra le varie sedi di Corso di Laurea, fatto che rende disarmonica, a livello di coordinamento interregionale, l'offerta agli studenti di una funzione estremamente importante e che rischia di rendere l'interpretazione operativa della stessa molto dipendente dalla soggettività della persona che la svolge;
- la formazione continua della figura, lasciata molto spesso all'iniziativa individuale a fronte di un sistema formativo, di primo e di secondo livello, formalizzato e ben consolidato rivolto ai tutor clinici e agli infermieri guida di tirocinio;

- lo sbilanciamento frequente, in termini di qualità e quantità, vissuto dai tutor a fronte di incombenze organizzative e di coordinamento che, seppur importanti, snaturano in parte la prioritaria natura pedagogica di secondo livello del suo ruolo.

La consapevolezza di tali criticità e la volontà sia di armonizzare e valorizzare l'esercizio di tale funzione tutoriale, sia di svilupparla verso obiettivi condivisi a livello di coordinamento interregionale, hanno indotto il Coordinamento Interregionale dei Corsi di Laurea in Infermieristica del Piemonte e della Valle d'Aosta ad avviare una riflessione comune nel merito e a identificare un percorso di miglioramento. Allo scopo è stato costituito un gruppo di lavoro composto da una rappresentanza di tutor di ogni sede dei Corsi di Laurea afferenti al Coordinamento.

L'obiettivo del gruppo di lavoro è stata la produzione di un documento condiviso sulle competenze del tutor pedagogico. Documento che s'intende utilizzare come riferimento per avviare la revisione, sia a livello locale presso ogni sede, sia a livello collettivo, delle modalità di utilizzo del tutor pedagogico, delle condizioni organizzative che ne sostengono l'azione e dei percorsi di formazione continua che ne alimentano la preparazione.

Il lavoro è stato articolato in due fasi:

- fase 1 - dedicata ad approfondire i concetti di supervisione pedagogica e di riflessività, scelti in quanto due baluardi concettuali e metodologici della funzione tutoriale;
- fase 2 - dedicata ad analizzare le competenze del tutor pedagogico, in particolare quelle relative alla dimensione pedagogica del suo agire nei confronti dello studente e del tutor clinico.

Il risultato raggiunto è stata la redazione, sulla base di un congruo studio bibliografico, di un documento sinottico che esprime una sorta di distillato concettuale sul tema della supervisione pedagogica e su quello della riflessività. Il documento, predisposto in bozza dal gruppo di lavoro, è stato condiviso e integrato da tutti i tutor pedagogici, attraverso un confronto in ogni sede di Corso di Laurea, e successivamente perfezionato dal gruppo di lavoro che ne ha curato la versione definitiva. Di seguito viene riportato il documento.

LA SUPERVISIONE PEDAGOGICA

Che cos'è la supervisione pedagogica?

La supervisione pedagogica è uno strumento meta-riflessivo attraverso cui l'educatore può analizzare le pratiche pedagogiche dal punto di vista dell'intenzionalità, della progettualità e del significato a esse sotteso. E' anche uno strumento professionalizzante, in quanto apre spazi di pensiero sull'identità e sul ruolo dell'educatore, sulle premesse, sulle pratiche operative, sulla coerenza tra progettualità e metodi di intervento. In quanto tale è strumento fondante della cultura professionale dell'educatore.

A che cosa serve?

In particolare, la supervisione è finalizzata a:

- individuare e sciogliere alcune situazioni che fungono da ostacolo e che non consentono, a una prima analisi, l'auspicato procedere dello studente del progetto educativo;
- evidenziare il senso dell'azione educativa, cioè scoprire l'educazione pensata, anche laddove non sembra esservi pensiero, e scoprire la pratica educativa, anche laddove non sembra esservi;
- favorire il confronto tra le dichiarazioni d'intenti educativi e gli effetti educativi, quando tra i due sembra esistere uno iato ritenuto non fisiologico.

Quali sono le funzioni attribuite alla supervisione pedagogica?

Nella letteratura sulla supervisione svolta nell'ambito delle professioni d'aiuto è possibile rintracciare le funzioni che le vengono attribuite trasversalmente, al di là della specificità dei contesti operativi e delle figure professionali:

- presidio di uno spazio di riflessione sulla professionalità: costruzione di un contesto nel quale è possibile sospendere l'operatività e cercare connessioni tra motivazioni, obiettivi, scelte, dubbi, vissuti, metodologie e nuove possibilità;
- attivazione di un processo di apprendimento dall'esperienza: la rilettura delle scelte operative, stimolata dalla supervisione, attiva un processo di apprendimento e facilita lo sviluppo di uno spirito scientifico di ricerca;
- valutazione in linea retta del lavoro: il supervisore, in un rapporto dialogico con gli operatori, attiva e sostiene un lavoro di monitoraggio dei progressi, di analisi delle criticità e di definizione degli obiettivi dell'agire professionale;
- documentazione: il supervisore spesso sollecita la pratica della documentazione del lavoro, come esercizio di pensiero, sistematizzazione e analisi approfondita della prassi e dei contesti operativi;
- trasmissione della cultura professionale: le occasioni di scambio e di confronto sulle metodologie, sull'identità professionale, sulla filosofia dell'intervento, sul senso dell'azione professionale, oltre a favorire il potenziamento delle competenze professionali, aiuta a renderle visibili e trasmissibili.

Perché la supervisione è complessa e potente?

È complessa perché può essere concepita come una riflessione di secondo livello, una meta-riflessione sull'esperienza, una rielaborazione relativa a tutti i livelli: organizzativo, relazionale, didattico. È potente perché, consentendo un distanziamento dalla riproduzione di tecnicismi e una (ri)focalizzazione di una prospettiva trasformativa di lungo periodo sulle interconnessioni di sguardi e saperi (teorici e prassici), è in grado di fornire all'educatore molteplici chiavi di lettura, di rafforzarne le competenze e di aiutarlo a definire strategie di (ri)progettazione.

Quali sono i suoi contenuti?

Sono riconducibili ai tre nuclei consolidati della riflessione pedagogica:

- l'intenzionalità educativa (riferita alla capacità progettuale di sottrarre l'intervento educativo alla casualità della contingenza);
- la titolarità educativa (riferita al posizionamento dell'educatore nelle reti relazionali con l'utenza e nell'attivazione delle risorse personali e di supporto);
- l'attivazione delle risorse educative (riferita a quel processo dinamico di interscambio dialettico che ricerca e giustifica la realizzazione dei progetti).

Perché la supervisione irrobustisce la professionalità dell'educatore?

La supervisione pedagogica è uno strumento efficace di costruzione della professionalità educativa perché facilita un percorso riflessivo e discorsivo volto:

- al riconoscimento del ruolo e delle specificità educative nel confronto con altre professionalità;
- all'acquisizione di consapevolezza rispetto agli approcci e ai metodi d'intervento;
- allo sviluppo di saperi e di competenze proprie della professionalità educativa; in particolare: la progettazione educativa, la relazione educativa, la collaborazione in équipe, il lavoro in rete;
- l'affinamento di capacità rielaborative dell'esperienza, funzionali alla produzione di un sapere riflessivo, complesso e sistematizzato, necessario ad aumentare lo spessore teorico sotteso alle pratiche.

Quale rapporto tra supervisione e tutoring?

In letteratura non si trovano riferimenti non tanto alla figura professionale del supervisore, quanto a quella del tutor; è più corretto in questo caso, parlare di tutoring piuttosto che di supervisione, tenendo comunque presente che le due pratiche condividono i principi dell'affiancamento, dell'aggiornamento e della riflessività.

Ai tutor si richiede di istituire spazi formali d'apprendimento in cui gli studenti possano verificare le proprie conoscenze e competenze, sperimentandole in un contesto professionale, ma soprattutto sottoponendole a processi di riflessività, analisi critica e rielaborazione esperienziale. Le forme d'accompagnamento possono essere molteplici, articolate in interazioni formative che si concretizzano:

- nell'operare un controllo passo passo sui corsi di azione (*coaching*);
- nell'eventuale distinzione delle attività per meglio orientare il neofita nel suo apprendimento (*shaping*);
- nel fornire modelli di azione o nel cooperare a una nuova modellizzazione (*modelling*);
- dosare la pregnanza dell'accompagnamento con progressive forme di dissolvenza (*fading*);
- nel sostenere i processi personali di elaborazione cognitiva (*scaffolding*) mediante domande dirette, sollecitazioni a porsi quesiti, di individuazione e consapevolizzazione dei propri modi di pensare e di imparare, di risolvere i problemi, di affrontare crisi ecc. (attività meta cognitive).

In sintesi chi è il supervisore?

Hawkins e Shohet hanno sintetizzato nell'acronimo C.L.E.A.R (*contract, listen, explore, actionplan e review*) l'essenza della supervisione nelle professioni di aiuto.

Il supervisore è colui che:

- stipula un contratto chiaro, dichiarando la propria cornice epistemologica ed etica, esplicitando il proprio ruolo e le proprie funzioni di supervisore; si fa carico di una domanda di supporto e/o formazione, istituisce e gestisce uno spazio di negoziazione e condivisione sia di significati sia di priorità;
- assume una posizione di ascolto empatico e generativo, autentico e coerente; focalizza la sua attenzione sui contenuti delle conversazioni, senza trascurare i non-detti e le dinamiche relazionali, per meglio comprendere le modalità di funzionamento del gruppo che ha di fronte e per far emergere i reali nodi intorno ai quali proporre un lavoro condiviso e collaborativo. Mantenendo un atteggiamento non adottante e non direttivo dà voce a tutti gli interlocutori presenti, ma sa anche gestire il silenzio, riconoscendolo come momento privilegiato di chiarificazione nella formulazione dei pensieri;
- stimola connessioni, attraverso la formulazione di domande cariche di senso, e apre nuove prospettive;
- offre spunti di riflessione sulle premesse e sulle categorie che definiscono le pratiche professionali;
- interviene adottando differenti stili di conduzione, a seconda del gruppo e della situazione; i suoi interventi possono avere carattere di supporto e di rispecchiamento; talvolta possono essere provocatori, prescrittivi e/o informativi; può impostare un lavoro improntato prevalentemente sulla narrazione oppure richiedere la costruzione e l'utilizzo di strumenti e metodi particolari; può astenersi dal formulare proposte operative oppure richiedere di spostare temporaneamente il piano della riflessione verso l'operatività e, quindi, inserire nel percorso di supervisione la proposta/richiesta di formulare, sperimentare e valutare insieme nuove strategie e prassi educative;
- padroneggia l'arte del feed-back: le sue restituzioni devono essere chiare, non ambigue, equilibrate, specifiche e puntuali; tali restituzioni, comprese e rielaborate dai soggetti, li aiutano a mettere in atto processi di cambiamento significativi. (1,2,3,4,5,6).

RIFLESSIVITA' E TUTORATO

Che cos'è la riflessività?

Il senso comune confina la riflessività nell'ambito cognitivo; invece, la riflessività si avvale di emozioni, intuizioni, percezioni, motivazioni, passione, responsabilità e valori. Il significato di riflessione e riflessività si è sviluppato attraverso diversi contributi teorici che consentono, a chi si occupa di formazione, di addentrarsi in questa dimensione.

Che cosa dice la letteratura sulla riflessività?

Dewey riconduce la riflessività essenzialmente a un atto cognitivo che nasce da dubbi, difficoltà e sorprese. Questo significato è stato arricchito da Schön, che sviluppa ulteriormente il concetto, distinguendo la "riflessione sull'azione" - vista essenzialmente come introspezione cognitiva passiva - dalla "riflessione nell'azione" - vista come processo interattivo e intuitivo che guida l'attività - dalla "riflessione dopo l'azione" - vista come valutazione critica del vissuto e dell'esperienza col fine di ottenere un apprendimento dall'esperienza stessa. L'azione diviene, quindi, parte integrante della riflessione. Il legame tra le due porterà allo sviluppo di un modello di processo riflessivo noto come il ciclo riflessivo di Gibbs. Parallelamente a Schön, Kolb esplora il processo che si genera quando si attribuisce significato ai vissuti e formula il modello della spirale dell'apprendimento. In tale spirale si susseguono quattro fasi, ciascuna delle quali può essere il punto di partenza del ciclo di apprendimento: esperienza concreta, osservazione, riflessione, formulazione di concetti astratti e loro sperimentazione nell'esperienza concreta. Un contributo significativo al concetto di pratica riflessiva, interessante per l'applicazione nell'ambito della formazione, è quello di Bound, Keogh e Walcher che sostengono che "la riflessione è un'importante attività umana attraverso cui le persone recuperano le loro esperienze, ci pensano e infine le svolgono. E' questo lavoro che si fa con l'esperienza a essere importante per l'apprendimento". Questi autori sono molto attenti agli aspetti emotivi. Essi sottolineano che nel processo riflessivo sono particolarmente importanti tre elementi: il collegamento all'esperienza attraverso la memoria degli eventi, l'attenzione alle sensazioni utilizzando quelle positive e rimuovendo quelle negative e ostacolanti, la rivalutazione dell'esperienza. Un ulteriore significativo contributo allo sviluppo del concetto di riflessività in relazione all'apprendimento è dato da Mezirow. Egli fa riferimento all'apprendimento trasformativo, che comporta una maggior consapevolezza delle proprie emozioni e delle proprie credenze, una critica di ciò che si dà per certo e assodato, una valutazione delle possibili alternative.

Quali sono gli elementi della riflessività?

La riflessività affronta tre aree principali:

1. L'esperienza: per comprendere come l'esperienza sia collegata all'apprendimento occorre riconoscere la complessità della loro interazione e avere consapevolezza dei fattori che sono coinvolti. I prerequisiti fondamentali per lavorare con l'esperienza riguardano:

- la presenza di un quadro concettuale di riferimento attraverso il quale leggerla;
- la capacità di pensare sia in concreto sia in astratto;
- la capacità di meta cognizione;
- la possibilità di dedicare tempo alla riflessione;
- la possibilità di presidiare l'approccio sistematico.

2. L'importanza della persona: la pratica riflessiva è caratterizzata dall'essere situata e necessariamente calibrata in relazione alla persona e ai suoi specifici bisogni, in quanto la riflessione è dialogo. Il tutor pedagogico quindi ha necessità di riconoscere i bisogni dei suoi interlocutori, siano essi tutor clinici, studenti, altre persone in formazione. In letteratura, per capire se la pratica riflessiva è realizzata efficacemente, sono indicati quattro descrittori che riguardano la percezione che la persona ha delle capacità del tutor/facilitatore:

- stabilire relazioni interpersonali positive;
- rispettare le voci della persona (nel nostro caso del tutor clinico e dello studente);
- stimolare pensieri di ordine superiore;
- corrispondere alle differenze tra le persone.

L'importanza della persona richiama alcuni principi di etica situazionale da applicare al ciclo della riflessione. Infatti, i partecipanti alla pratica riflessiva devono dare il consenso a tale attività e conoscerne gli obiettivi; le informazioni devono essere trattate in modo confidenziale e nel rispetto della riservatezza.

3. La gestione dell'inatteso: nella pratica riflessiva l'imprevisto ha un ruolo essenziale in quanto porta a essere attenti, cambia la pianificazione effettuata, costringe a ri-considerare le decisioni assunte e a re-indirizzare le azioni da compiere. A tale proposito *Torbert* ha osservato che "il risultato principale della nostra azione potrebbe non essere quello immaginato esplicitamente nella nostra strategia iniziale, ma piuttosto la correzione che dovremmo fare delle nostre tattiche".

Quale rapporto tra riflessività e tutorato?

I contributi dei diversi autori che hanno sviluppato il significato di riflessione e di pratica riflessiva fanno emergere che la riflessività è innanzitutto un'attitudine mentale e un possibile modo di vivere una professione (nel nostro caso di infermiere-tutor) oltre che una tecnica di apprendimento.

La pratica riflessiva costituisce, infatti, il presupposto per un tutorato che sostiene l'apprendimento, al di là della situazione tecnica e razionale, per esplorare il mondo delle emozioni, nel quale, come afferma L. Gamberoni, "hanno la stessa importanza l'empatia, il rispetto delle altre persone e delle idee altrui, la fiducia nelle proprie abilità, il riconoscimento dei propri difetti e la voglia di affrontarli".

Ne deriva, quindi, un tutorato inteso come strada per alimentare capacità critiche e creative, per scoprire e costruire il sapere, come luogo della condivisione delle esperienze, di conoscenze, di crescita personale e professionale. La riflessione infatti incoraggia a esplorare i propri valori, ridefinendoli e ristrutturandoli, a proporre nuova conoscenza da applicare nel quotidiano, a far progredire, quindi, l'apprendimento. Il tutor pedagogico dovrebbe predisporre un percorso mirato a sviluppare la trama riflessiva delle meta competenze dello studente, favorendo, in collaborazione con i tutor clinici, le condizioni organizzative e didattiche per superare la separazione tra i diversi momenti formativi, portando lo studente a scoprire in prima persona la propria domanda di apprendimento: il formatore/esperto diventa così il 'nocchiero' che guida il soggetto a esplorare i territori esperienziali sui quali costruire il proprio tragitto.

Le progettazione della formazione, quindi, sarà tesa a individuare le situazioni-stimolo che, più di altre, possono mobilitare quelle componenti che caratterizzano la trama riflessiva sulle metacompetenze, cioè:

- la capacità di riflettere sulla propria esperienza;
- la capacità di sostare con se stesso per praticare la consapevolezza sospendendo la funzione giudicante;
- la capacità di entrare in contatto con le proprie emozioni fondamentali (per esempio: la paura, la speranza, la gioia);
- la disponibilità a costruire le rappresentazioni concettuali delle proprie azioni e delle proprie scelte di vita professionale, ricercandone il senso.

(7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18).

Successivamente si sono analizzate in dettaglio le peculiarità del Tutor Pedagogico. Il risultato raggiunto è stata la specificazione delle sue attività, sia nella relazione educativa con lo studente, sia nella relazione collaborativa con il tutor clinico.

Tale documento è stato redatto sulla base di una serie di documenti già esistenti nelle singole sedi dei Corsi di Laurea, supportati e integrati da bibliografia specifica.

Il documento, predisposto in bozza dal gruppo di lavoro, è stato condiviso e integrato da tutti i tutor pedagogici, attraverso un confronto in ogni sede di Corso di Laurea, e successivamente perfezionato dal gruppo di lavoro che ne ha curato la versione definitiva. Di seguito viene riportato il documento.

IL TUTOR PEDAGOGICO NELLA RELAZIONE CON LO STUDENTE

1	Supporta lo studente a scegliere un metodo utile per analizzare le proprie risorse personali (punti di forza e punti di debolezza), per autovalutarsi e per esplicitare i propri bisogni formativi o le proprie aspettative cognitive, emotivo affettive, metodologiche.
2	Pone domande e fornisce allo studente informazioni di ritorno utili a stimolare la sua curiosità, a porsi dubbi, ad alimentare una visione critica della realtà personale e situazionale.
3	Allena lo studente a decidere, a fronte di una situazione problematica e delle alternative di soluzione possibili, quella, più vantaggiosa.
4	Guida lo studente ad adottare un metodo di lettura della realtà che gli consenta di gestire le situazioni emotive e di comprendere con più accuratezza le situazioni, anche turbolente, che la realtà presenta negli aspetti cognitivo procedurali ed emotivo affettivi.
5	Si confronta con lo studente in merito ai suoi comportamenti e ai suoi pensieri per aiutarlo ad accettare e ad affrontare l'incertezza come condizione evolutiva della pratica professionale.
6	Ricerca informazioni dallo studente, cogliendo il suo modo di attribuire significato e senso alla situazione (bagaglio di conoscenze, esperienze consolidate, rappresentazioni, credenze) e si confronta con lui per aiutarlo a comprendere come e quanto la sua storia educativa-formativa possa favorire o meno il suo percorso di apprendimento.
7	Conduce riflessioni con lo studente orientate a sviluppare la sua capacità di sentirsi parte attiva in un sistema formativo e assistenziale.
8	Valuta con lo studente, in occasione di improvvisi eventi che lo hanno coinvolto in termini sia positivi sia negativi, l'effettiva non prevedibilità dell'evento o la sua fragilità nel prevederlo.
9	Valorizza con lo studente i risultati inattesi da lui conseguiti.
10	Riflette con lo studente sulle esperienze condotte sul piano delle competenze, delle emozioni, dell'etica sostenendolo nel ricercare metodi per lui migliori per effettuare collegamenti ricorsivi tra saperi ed esperienze.
11	Sostiene e guida gli studenti nelle dinamiche relazionali di gruppo.
12	Stimola il gruppo di studenti nella riflessione sull'esperienza alla ricerca di un confronto continuo tra pari.
13	Fornisce allo studente informazioni di ritorno utili per sfruttare o ampliare i suoi margini di miglioramento aiutandolo a valutare gli eventuali tempi prolungati per il raggiungimento dei risultati attesi.
14	Analizza con lo studente le situazioni da lui vissute per renderlo più consapevole sia di ciò che gli ha consentito di ottenere i risultati conseguiti sia di come tali risultati sono forieri di ulteriori passaggi evolutivi.
15	Sostiene lo studente nell'adottare un metodo efficace per analizzare gli errori o i quasi errori e analizza con lui le modalità per conoscere le situazioni e per riconoscersi nelle situazioni.
16	Concorda con lo studente strategie utili per aiutarlo, in sicurezza, a essere intraprendente nello scoprire il suo personale percorso d'apprendimento.

IL TUTOR PEDAGOGICO NELLA RELAZIONE CON IL TUTOR CLINICO	
A	Contribuisce a progettare costantemente l'offerta formativa di area o di azienda.
B	Sostiene il gruppo di tutor clinici nell'elaborazione del progetto pedagogico del servizio, nel suo monitoraggio e nella verifica applicativa. In particolare: • condivide con il tutor clinico gli obiettivi formativi istituzionali del corso di laurea; • concorda con il tutor clinico gli obiettivi formativi dello studente raggiungibili all'interno della sede di tirocinio; • condivide con il tutor clinico i dispositivi formativi da lui adottabili e fornisce consulenza in merito al loro utilizzo; • predispone e conduce eventi formativi indirizzati ai tutor clinici coinvolti nell'attività didattica con gli studenti.
C	Supporta il gruppo di tutor clinici nell'analisi, elaborazione, comprensione e ricerca di strategie di soluzione di "situazioni problematiche" In particolare: • fornisce consulenza pedagogica e didattica per prevenire e affrontare le problematiche che possono emergere nel percorso di apprendimento clinico dello studente; • verifica la qualità e la persistenza dei risultati delle soluzioni adottate.
D	Attiva processi di riflessione condivisa con i tutor clinici per decidere in modo sempre più consapevole modalità di intervento adeguate. In particolare: • fornisce consulenza pedagogica e didattica attraverso confronto dialogico ricorrente; • fornisce al tutor clinico informazioni di ritorno utili a sfruttare o ampliare i margini di miglioramento.
E	Sostiene il gruppo di tutor clinici nel migliorare la capacità di leggere e analizzare la propria pratica educativa, individuandone gli elementi di criticità. In particolare: • supporta il tutor clinico nell'individuazione dei propri bisogni formativi e predispone attività formative dedicate; • aiuta il tutor clinico a migliorare le condizioni organizzative che qualificano il setting di apprendimento clinico.
F	Sostiene il gruppo di tutor clinici nella possibilità di introdurre cambiamenti migliorativi in relazione all'analisi dell'esistente e alle criticità rilevate. In particolare: • sostiene proposte del tutor clinico in merito a progetti di miglioramento e di innovazione dell'assistenza che coinvolgano anche gli studenti; • sollecita, da parte del tutor clinico e del suo gruppo di riferimento, iniziative di miglioramento del tirocinio.

Discussione

L'aver definito con più precisione le competenze attese del Tutor Pedagogico ha reso anche possibile, di conseguenza, la puntualizzazione delle macro differenze che, all'interno del sistema tutoriale, articolato in più livelli, caratterizzano i diversi gradi di responsabilità del Tutor Clinico e del Tutor Pedagogico. Ciò nella consapevolezza che la formazione dello studente non può essere delegata alla spontaneità di un modello formativo implicito nelle singole figure di formatori coinvolti nel sistema, ma deve essere inserita in un contesto intenzionale, progettato e strutturato di significati e di attribuzioni.

Ne sono derivati alcuni tratti distintivi delle due figure, caratterizzati da un rapporto di complementarità nella dinamica dei processi formativi professionalizzanti.

L'Infermiere Tutor Clinico è un professionista nominato annualmente dall'Università, incardinato nelle dotazioni organiche del servizio in cui svolge la sua attività e preparato dal Corso di Laurea all'esercizio della funzione tutoriale. Egli dedica all'attività di tutorato parte del suo tempo-lavoro, in ragione degli accordi intercorsi tra Azienda e sede del Corso di Laurea e della programmazione didattica del tirocinio. Egli, esperto di infermieristica clinica del settore e profondo conoscitore del suo contesto organizzativo, accompagna lo studente nel suo processo di apprendimento clinico in loco, nel vivo delle pratiche professionali, predisponendo, realizzando e presidiando le condizioni in cui egli conduce l'esperienza educativa professionalizzante, valutando e certificando l'esito del suo apprendimento.

L'Infermiere Tutor Pedagogico è un professionista dedicato a tempo pieno al Corso di Laurea nell'ambito del quale svolge le sue attività, riassunte nell'introduzione di questo documento. Egli, esperto di infermieristica, dei processi di insegnamento/apprendimento degli adulti, dell'organizzazione didattica, ricopre una posizione di interfaccia tra i luoghi della materialità del percorso professionalizzante dello studente e il Corso di Laurea, offrendo sostegno sia nello sviluppo del percorso didattico nei tre anni di corso dello studente, sia nelle dinamiche del processo formativo-educativo in situazione, sia nel coordinamento del progetto formativo nel complesso dei servizi. In tal senso contribuisce al potenziamento e allo sviluppo delle competenze educative dell'Infermiere Tutor Clinico, alla progettazione, al governo, alla supervisione e alla valutazione dei processi formativi delle sedi di tirocinio. Rende cioè concreto e operante il nesso tra "fare educazione" e "pensare pedagogicamente l'educazione".

Conclusioni

La funzione tutoriale pedagogica è divenuta nel tempo fondamentale e irrinunciabile per il buon funzionamento dei Corsi di Laurea e per la qualità dell'apprendimento degli studenti. Le attività prima ricordate degli infermieri tutor pedagogici – didattiche, metodologico-educative, organizzative - conferiscono loro un notevole carico di responsabilità in una cornice di complessità tale da rendere indispensabile una strategia che limiti il più possibile il soggettivismo interpretativo della loro funzione; pena una situazione complessiva confusa e frammentata.

Soggettivismo legato spesso a modelli formativi impliciti, frutto di percorsi educativi ed esperienziali individuali molto diversificati.

Soggettivismo che neppure il possesso del titolo di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, pur essendo un criterio validissimo di accesso alla funzione, consente di eliminare totalmente. Soggettivismo la cui esistenza e persistenza induce un notevole disorientamento dello studente e propone un'offerta formativa molto disomogenea sul territorio di coordinamento interregionale, con indubbe ripercussioni anche in termini di etica pedagogica.

A questo proposito, però, sono necessarie due precisazioni.

In primo luogo, il soggettivismo non va confuso con il principio dell'autonomia didattica che, invece, valorizza legittimamente, attraverso scelte condivise del Consiglio di Corso - e non individuali - le specificità locali della sede, consentendole di caratterizzarsi nel panorama più ampio dell'offerta formativa territoriale.

In secondo luogo, esso non va confuso con il necessario calore e colore che i tratti di personalità del tutor devono conferire alle attività educative.

Per affrontare il rischio di soggettivismo, la strategia che è stata decisa e avviata dal Coordinamento interregionale ha avuto come primo passaggio la costruzione, condivisa dalla rete dei tutor, di un disegno concettuale, metodologico e valoriale della loro funzione, in cui riconoscersi individualmente e collettivamente.

L'avvio di tale strategia ha consentito alla rete dei tutor del Coordinamento interregionale di avviare riflessioni condivise, impostate sullo studio, sulla ricerca, collocando ognuno di loro oltre i limiti, inevitabilmente angusti, delle proprie esperienze e delle proprie sedi di Corso di Laurea.

In altri termini, al di là del prodotto - che sicuramente avrà possibilità di utilizzo interessanti come referenza concettuale a operativa - gli stessi lavori collegiali di preparazione hanno concretizzato un modo di lavorare sinergico, prima inesistente, che, di per sé, è già stato un modo per superare individualismi e localismi.

L'operazione condotta ha consentito di attivare uno stile di lavoro – riproducibile anche in altri contesti - a elevata valenza culturale, in termini sia di contenuto sia di metodo. È stata un'operazione che ha consentito ai partecipanti di sopraelevarsi rispetto alla contingenza del quotidiano e di sintonizzarsi sul “bene comune”.

Proprio in questa prospettiva è anche possibile sbilanciarsi nell'affermare che tutta questa operazione “di sistema”- in quanto concepita a livello di Coordinamento interregionale dei Corsi di Laurea - ha assunto i connotati di una vera e propria azione di politica professionale, in quanto:

- si è sviluppata a livello non solo di progetto formativo, ma anche di progetto professionale: due dimensioni che non possono essere disgiunte in un apprendimento professionalizzante;
- ha concentrato il suo *focus* su una micro comunità professionale – quella dei tutor pedagogici – costituita da professionisti che considerano la loro matrice infermieristica come la base ontologica della loro funzione pedagogica, e che quindi propongono agli studenti e, indirettamente, alla società, attraverso se stessi, un modello non solo educativo ma anche professionale.

Valorizzare la funzione tutoriale pedagogica è utile non solo per rendere “strumentalmente” visibile e apprezzabile tale figura, ma è anche una scelta politica in quanto esprime la consapevolezza del professionista del proprio sviluppo culturale e dell'emancipazione che, inevitabilmente, influenzano l'*imprinting* e incidono sulla costruzione della *forma mentis* dello studente. *Conditio sine qua non* affinché questo avvenga, è l'adeguata preparazione e la condivisione di pensiero che consentono di sentirsi parte di una comunità professionale che investe sul futuro delle nuove generazioni di infermieri.

Quanto fatto finora nel Coordinamento interregionale dei Corsi di Laurea in Infermieristica e Infermieristica pediatrica della Regione Piemonte e Valle d'Aosta ha imboccato questo percorso.

Certo, è solo un primo passo, che però, avendo fissato un quadro indentitario di riferimento assai importante, costituisce - tutti se lo augurano – il preludio di sviluppi decisamente interessanti.

[1] Il Coordinamento interregionale dei Corsi di Laurea in Infermieristica, Infermieristica pediatrica e Lauree magistrali in Scienze Infermieristiche e Ostetriche del Piemonte e della Valle d'Aosta si è costituito per iniziativa spontanea nel 2012, con la finalità di socializzare le esperienze, di armonizzare gli orientamenti, i metodi, gli strumenti della formazione e di generare sinergie tra le sedi; in particolare tra i tutor pedagogici delle stesse.

BIBLIOGRAFIA

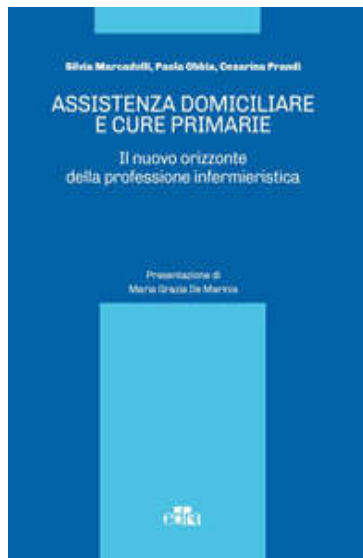
- Competency in School Nurse Practice. In:
http://www.sde.ct.gov/sde/lib/sde/PDF/deps/student/health/Competency_in_School_Nurse_Practice.pdf (ultimo accesso 27/10/2015).
- Gamberoni L, Marmo G, Bozzolan M, Loss C, Valentini O. Apprendimento clinico, riflessività e tutorato. Napoli: Edises, 2009.
- Hawkins P, Shohet R, Ryde J, Wilmot J. Supervision in the Helping Professions. McGraw-Hill Education (UK); 2012.
- Johansson I, Holm A-K, Lindqvist I, Severinsson E. The value of caring in nursing supervision. J Nurs Manag 2006; 14: 644–51.
- Oggionni F. La supervisione pedagogica. Milano: Franco Angeli, 2013.
- Scandella O. Interpretare la tutorship; Milano: Franco Angeli, 2007.
- Alberici A. Educazione in età adulta: percorsi biografici nella ricerca e nella formazione. Roma: Armando Editore, 2000.
- Boud D, Keogh R, Walker D. Reflection: Turning EXperience Into Learning. London: Kogan Page, 1985.
- Alessandrini G. Apprendimento organizzativo. La via del Kanbrain. Milano: UNICOPLI, 1995.
- Dewey J. Come pensiamo. Firenze: La Nuova Italia, 1986.
- Gamberoni L, Marmo G, Bozzolan M, Loss C, Valentini O. Apprendimento clinico, riflessività e tutorato. Napoli: Edises, 2009.
- Gibbs G. Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods. OXford: Brookes University, 1988.
- Knasel E, Meed J, Rossetti A. Apprendere sempre. L'apprendimento continuo nel corso della vita. Milano: Cortina Editore, 2002.
- EXperiental learning-eXperience as the source of learning and development. In:
<http://www.learningfromEXperience.com/images/uploads/process-of-eXperiental-learning.pdf> (ultimo accesso 27/10/2015).
- Mezirow J. Apprendimento e trasformazione. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2003.
- Mortari L. Aver cura della vita della mente. Roma: Carocci Editore e Studi Superiori, 2013.
- Mortari L. Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione. Roma: Carocci, 2004.
- Schön DA. Formare il professionista riflessivo (traduzione di Davide Capperucci). Milano: Franco Angeli, 2006.
- Torbert WR. The practice of action Inquiry in Reason. Bradbury P. Handbook of action research, participative inquiry and practice. London: Sage, 2001.

SCAFFALE

Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica

di Silvia Marcadelli, Paola Obbia, Cesarina Prandi

Editore: Edra
pagine 255, euro 34,00



“L’innovazione distingue un leader da un follower”
(Steve Jobs)

Ancora una volta gli infermieri sono promotori dell’innovazione: il cambiamento non lo aspettano, lo agiscono.

In un sistema salute in cui il modello di organizzazione centrato sul paziente acuto non è più sufficiente e funzionale ai nuovi bisogni dei cittadini e che deve necessariamente spostarsi verso un modello più capace di garantire la gestione della cronicità, gli infermieri si sono messi “in gioco”.

E in un nuovo scenario in cui le cure domiciliari assumono un ruolo fondante nella gestione della cronicità, gli autori hanno acceso i riflettori sull’assistenza complessa e multiprofessionale conditio sine qua non per mettere al centro l’unicità dell’esperienza vissuta dalla persona assistita.

Lo hanno fatto in maniera sapiente proponendo un percorso di formazione e approfondimento – in cui ogni capitolo ne rappresenta una tappa – dove a fare da filo conduttore non è la “teoria” ma le evidenze utili a porre le basi per agire una relazione di cura che superi davvero il paradigma paziente-malattia ormai obsoleto e fuorviante.

Un grande lavoro di preparazione e di sviluppo dei contenuti organizzati in due parti: la prima che raccoglie le basi rilevanti per la pratica e la seconda dedicata alle principali pratiche delle cure domiciliari e di continuità.

Snella e intuitiva la struttura di ogni capitolo che si apre con la descrizione di casi emblematici successivamente analizzati e interpretati per dar corpo ai concetti sottesi e sviluppati.

A chiudere ogni capitolo i take home message e gli spunti di riflessione che rendono, insieme ai contenuti, il testo una preziosa fonte per supportare studenti e professionisti nel superamento di paradigmi e modelli non più attuali.

Un testo che non è solo da leggere ma che è piuttosto da tenere sempre “a portata di mano” per essere consultato in situazione.

Marina Vanzetta

SCAFFALE

Legislazione sanitaria

di Maria Teresa Camera, Giampiero Camera

Editore: DIKE Giuridica Editrice, 2018
pagine 215, euro 25,00



Il testo, come si comprende già dall'impostazione, offre la trattazione di diverse aree tematiche, organizzate in modo tale da offrire al lettore una sintesi sull'intero Servizio sanitario nazionale, per poi approfondire, in modo graduale, ruoli e funzioni delle diverse componenti, organizzazioni, istituzioni, enti, associazioni e professionisti. In questo percorso il lettore potrà trovare una contestualizzazione puntuale ed adeguata sui nostri servizi sanitari e socio-sanitari.

Sicuramente la parte prima del testo, suddivisa in sette capitoli, assolve alla funzione di recupero dei principi ispiratori dell'istituzione del SSN e, contemporaneamente, all'iter di implementazione delle riforme che si sono succedute in questi quarant'anni, per entrare poi nel merito di ciascuna.

Di fatto, nei capitoli 4, 5 e 6, sono ben elaborate ed argomentate le innovazioni della sanità digitale, il rapporto del cittadino col SSN, la trasparenza dei dati e la programmazione sanitaria. La trattazione di questi argomenti è particolarmente interessante per la specificità con cui gli autori entrano nel merito dei servizi e del loro funzionamento, ad esempio per le certificazioni, la cartella clinica, la tessera sanitaria ed il fascicolo sanitario elettronico, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, fino alla trattazione della Carta dei Servizi e della trasparenza dei dati e della programmazione dei piani sanitari nazionali e regionali.

La parte seconda del testo, composta da nove capitoli, offre una trattazione completa sulle prestazioni sanitarie, sui LEA, sulla prevenzione collettiva e la sanità pubblica, l'assistenza distrettuale con tutte le sue articolazioni e l'offerta delle prestazioni, l'assistenza ospedaliera declinata nelle diverse attività e per particolari patologie, e l'assistenza del cittadino all'estero. Un aspetto interessante è quello relativo alla sicurezza delle cure in sanità, all'applicazione del consenso informato e alle DAT.

I cinque capitoli della parte terza del volume sono ben sviluppati sulla dissertazione degli enti di livello internazionale, nazionale, regionale e locale ed entrano nel merito del loro funzionamento, delle interrelazioni fra i diversi livelli organizzativi e funzionali, attraverso l'analisi della normativa vigente, che sostiene organi e composizione del governo di ciascuno di essi.

Il lettore troverà quindi un ampio dettaglio sull'Organizzazione Mondiale della Sanità, sul nostro Ministero della Salute, sull'Istituto Superiore di Sanità, sull'Agenzia del Farmaco, sulla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, sulla Conferenza Stato – Regioni, sull'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AGE.NA.S.) ed altre istituzioni di rilevanza per il nostro Servizio sanitario.

Sicuramente la parte quarta del testo è quella che, in questo momento, riveste una trattazione di tipo innovativo: nei cinque capitoli che la costituiscono si ripercorre la nascita delle professioni sanitarie e le istituzioni degli Ordini delle professioni sanitarie, con particolare riferimento all'obbligo di formazione ed aggiornamento ed alle innovazioni apportate dalla L. 3 del 2018^[1] - che ha riorganizzato tutte le professioni sanitarie in nuovi Albi e Ordini - revisionando anche la loro costituzione, le funzioni, le modalità di elezioni e durata degli organi rappresentanti.

In particolare il capitolo due tratta ciascuna delle professioni sanitarie italiane, con riferimento alla specifica normativa professionale ed all'interesse per la neo istituzione dell'area delle professioni socio-sanitarie.

Il capitolo quattro puntualizza, sempre ripercorrendo l'analisi della normativa, la responsabilità penale, civile, amministrativa, e disciplinare dell'esercente la professione sanitaria, nel rispetto all'applicazione della L. 24 del 2017^[2], dell'azione di rivalsa e della nuova impostazione della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

A mio parere la parte più rinnovata e di sicuro interesse per i professionisti sanitari è il quinto capitolo, che elabora, in esaustivo, la disciplina dell'obbligo di assicurazione per i professionisti sanitari.

Nella trattazione di questo obbligo, derivante dalla sopracitata L. 24 del 2017, sono presi in considerazione diversi elementi, quali l'individuazione del rischio sanitario e la valutazione del danno, le forme di risarcimento che comprendono la trattativa stragiudiziale e la mediazione.

Altro argomento innovativo è la discussione della nuova disciplina delle nomine dei Consulenti Tecnici d'Ufficio e dei Periti nei giudizi di responsabilità sanitaria.

Ringraziando gli autori per averci offerto questo interessante contributo, vorrei anche sottolineare che l'organizzazione dei contenuti e delle argomentazioni, a partire dall'escursus sulla normativa - che ne facilita appieno la comprensione e la contestualizzazione - fino alla declinazione nell'attuale ambito sanitario, fa sì che questo lavoro possa essere efficace e di buon utilizzo sia per i professionisti già operanti nel settore, ma anche per sostenere il percorso di studio degli studenti delle professioni sanitarie.

Mariangela Castagnoli

^[1] Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”.

^[2] Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.

COLOPHON

Direttore responsabile

Barbara Mangiacavalli

Comitato editoriale

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

Redazione

Laura D'Addio, Alberto Dal Molin, Immacolata Dall'Oglio, Pietro Dri,
Silvestro Giannantonio, Marina Vanzetta

Segreteria di redazione

Antonella Palmere

Progetto grafico

Ennio De Santis
Vladislav Popov

Editore

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

Internet

www.fnopi.it

Periodicità

Bimestrale

Registrazione

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

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

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

Le norme editoriali sono pubblicate sul sito www.fnopi.it, nella sezione "Formazione e Ricerca".

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