



Tel. 0733 233051
Fax. 0733 269863
Sito Internet:
www.opimacerata.it



RIVISTA SCIENTIFICA:

L'ORDINE INFORMA

Il nuovo periodico semestrale d'informazione
professionale e scientifica.

EDIZIONE N. 5

ANNO III

GENNAIO / GIUGNO 2023

Autorizzazione Tribunale di Macerata n. 469 del 06.10.2001

Editore **OPI** Macerata - Via Cavour, n. 96

Email per collaborazioni: redazione@opimacerata.it

SCANSIONA IL QR CODE IN ALTO!

Ci trovi anche online su: <https://www.opimacerata.it/lordine-informa/>

OPI MACERATA

COMITATO DI DIREZIONE:

Dott. **Sauro Regnicolo**: Direttore Responsabile

Dott. **Sandro di Tuccio**: Presidente OPI

COMITATO DI REDAZIONE:

Dott.ssa **Lucia Giuliani**

COMITATO SCIENTIFICO:

Dott. **Andrea Crognaletti**

Dott.ssa **Arianna Coppari**

Dott.ssa **Arianna Mancini**

Dott.ssa **Arianna Pasquaretta**

Dott. **Brahim Lagtaa**

Dott. **Claudio Rinaudo**

Dott. **Daniele Messi**

Dott.ssa **Gaia Guardabassi**

Dott.ssa **Lisa Angelica Lorenzini**

Dott.ssa **Martina Cupaiolo**

Dott.ssa **Patrizia Petetta**

Impaginazione e Grafica a cura di **Martina Cupaiolo**

Produzione, amministrazione, distribuzione e copyright
" Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata "

Corso Cavour, 96 Macerata (MC)

Tel. 0733233051

Fax. 0733269863

info@opimacerata.it

redazione@opimacerata.it

LA REDAZIONE SI PRESENTA RINNOVATA!

La capacità di mettersi in gioco e risolvere qualsiasi tipo di bisogno è tipica della professione infermieristica e la redazione della rivista Opi di Macerata vuole riflettere queste attitudini.

Siamo alla 5° edizione della Rivista, un traguardo non facile se consideriamo il periodo pandemico passato, la vita frenetica e spesso suddivisa in turni di noi infermieri e l'impegno intellettuale necessario perché il prodotto finale sia di buon livello. Ecco quindi che i componenti "storici" hanno lottato per mantenere vivo il contributo alla Rivista a beneficio di tutta la popolazione infermieristica, poi si sono aggiunti componenti giovani che hanno aumentando l'entusiasmo e ricordato a tutti come è necessario volgere sempre lo sguardo verso il futuro, infine alcuni di noi sono momentaneamente inattivi per poter, speriamo presto, riprendere appieno l'impegno iniziale.

L'organizzazione della Redazione implica una suddivisione di ruoli e compiti, al vertice della nostra piramide troviamo **Sandro Di Tuccio**, presidente dell'Ordine di Macerata e **Sauro Regnicolo**, quindi il **Comitato di Redazione Lucia Giuliani** e tutti i componenti del **Comitato scientifico** con **Martina Cupaiolo, Brahim Lagdaa, Lisa Angelica Lorenzini, Gaia Guardabassi, Daniele Messi, Claudio Rinaudo** e le splendide Arianne: **Arianna Coppari, Arianna Mancini e Arianna Pasquaretta**.

Le caratteristiche che accomunano i professionisti sopracitati, caratteristiche necessarie per poter far parte della redazione dell'Opi informa, sono:

- Essere infermiere iscritto all'Albo degli Infermieri di Macerata,
- Essere in regola con i crediti ecm nella piattaforma Co.Ge.A.P.S. e
- Mostrare una comprovata esperienza e/o interesse per la ricerca infermieristica.

Quest'ultima caratteristica ha spinto la Redazione a voler far confluire all'interno di essa (seppure in delega) gli studenti di infermieristica che hanno sostenuto brillantemente l'esame di Metodologia della ricerca. Per questa edizione è stato prezioso il contributo di **Giorgia Francesconi** e **Federica Ramadù**, studentesse del II anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, polo di Macerata. Le future colleghhe hanno fatto una prima revisione degli articoli sottoponendoli alla verifica del rispetto delle norme editoriali della rivista. Per loro, il lavoro è sicuramente servito a mettere in pratica tutto il bagaglio teorico che avevano acquisito, per noi della redazione il loro lavoro è servito come trampolino verso la revisione di secondo livello cioè quella che riguarda il contenuto, l'analisi terminologica, l'appropriatezza dei dati e/o dei risultati. Per tutti, la collaborazione delle studentesse è l'occasione di pensare e perché no, "tornare" alla Metodologia!

Si può rispondere in maniera esaustiva alle diverse problematiche che la professione ci chiede solo con metodo. Il metodo basato sulle evidenze, quello che ci assicura la scelta mirata dello strumento, l'analisi del problema nonché la strada più breve per arrivare all'esito migliore per tutti i cittadini.

Rintracciate il metodo più adatto alla vostra tipologia professionale attraverso gli articoli che proponiamo e buona lettura da tutti noi!



dott.ssa
LUCIA GIULIANI

A cura della Redazione,

INDICE DEI CONTENUTI

"INDICAZIONI PER UN FUTURO INCERTO" L'Editoriale a cura di <i>Sandro di Tuccio</i>	1
I. L'EDUCAZIONE ALLA PARI APPLICATA AL TIROCINIO CLINICO	
Obiettivo, Materiali & Metodi,	4
Risultati	5
Discussione e conclusioni	6
II. LE COMPETENZE RELAZIONALI DEGLI STUDENTI INFERNIERI: ELABORAZIONE DI UNA METODOLOGIA DIDATTICA	
Premessa, Materiali e metodi	9
Risultati (<i>Tab. 1, 2</i>)	10
Conclusioni	12
III. EXCURSUS STORICO RIGUARDO NASCITA E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE	
Le cure palliative	14
Storia e sviluppo	15
Hospice	18
IV. LA PERCEZIONE DEGLI INFERNIERI SUL FINE VITA	
Premessa	21
Descrizioni	22
Conclusioni	23
V. L'EMODIALISI EXTRACORPOREA DOMICILIARE: Esperienza della Nefrologia e Dialisi di Macerata	
Introduzione	25
Esperienza delle U.U.O.O. di Macerata	30
Risultati	33
Conclusioni	34



° CALL FOR PAPERS °

36



ORDINE DELLE
PROFESSIONI INFERNIERISTICHE
DI MACERATA



A partire da
Gennaio
2023

ci trovate anche su Instagram!

La nuovissima pagina dell'OPI di Macerata sarà ricca di contenuti inerenti la professione, le novità più attuali, articoli di ricerca e temi di aggiornamento.

Vai subito all'indirizzo: L' **OrdineInforma**

Segui la pagina, le news e partecipa ai sondaggi interattivi!



Buona
Estate
2023 „





Dott. di Tuccio Sandro

PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEGLI
INFERMIERI DI
MACERATA



"INDICAZIONI PER UN FUTURO INCERTO"

Editoriale a cura di *Sandro di Tuccio*

“

PANORAMICA



Una delle poche cose certe, nei fatti e nelle percezioni, a livello mondiale, è l'esperienza, molto diffusa, di vivere un tempo che, nella politica e nell'economia, nell'universo dei valori, nella cultura, è caratterizzato da un'incertezza profonda che tocca, spesso in modo angoscIANte ed a fondo, non solo la quotidianità del vivere, ma ancor di più la capacità di avere un progetto futuro.

Vuoi per le instabilità geo-politiche caratterizzate da una guerra vicino a noi che impatta a livello mondiale. Vuoi per le insicurezze economiche che rendono fosco il futuro, nonostante i fondi promessi del PNRR che cozzano con i deficit post covid delle aziende sanitarie.

Vuoi per le incertezze culturali che impattano in maniera drammatica sulle nuove generazioni, più fragili e insicure.

Inevitabilmente **soffre anche la professione infermieristica, già fortemente provata dalla pandemia** da covid che, forse, ci sta lasciando per sempre.

Soffre nella carenza di personale infermieristico, nella mancata scelta delle nuove generazioni ad intraprendere il corso di studi per diventare infermiere, nonostante l'aumento dei posti nelle università. Soffre nell'incapacità di un cambiamento culturale che permetterebbe un cambio di marcia ed una visione più aderente ai bisogni di salute e sanità attuali e futuri.

Soffre nella mancanza di coraggio nel riconoscere alla professione infermieristica la giusta retribuzione che merita, in linea ad altri paesi europei. Perché siamo in Europa, giusto?

continua a pag. 2

Dobbiamo quindi uscire dal vecchio retaggio che ci attanaglia, dobbiamo abbandonare quelle, poche, certezze professionali, per lanciarsi in una professione più avanzata ed evoluta.

Le poche indicazioni che seguono e che permettono alla professione infermieristica di accogliere la crisi e l'incertezza che viviamo, come tempo e metodo per fare degli interrogativi in cerca di risposte un'esperienza, non di passività, ma di ricerca di percorsi tanto disincantati da essere portatori di nuova conoscenza.

Potremmo chiamarle linee guida, ma che non partono da evidenze cui obbedire, in una logica ripetitiva, ma che esplicitano la realtà più profonda delle evidenze: quella di essere un punto di partenza affidabile solo se si calano, ogni volta, con molta serietà, e si confrontano operativamente, con la variabilità sempre in evoluzione della storia e dei contesti.

Solo prendendo coscienza della necessità, ormai inevitabile, di un cambiamento, la professione infermieristica riuscirebbe non solo a sopravvivere, ma **a fare il salto**, il cambiamento, di cui ha tanto bisogno.

Eppure, la ricetta è semplice, ma di difficile applicazione pare. Puntare su **percorsi formativi avanzati legati alla clinica**. Puntare di più sulla **ricerca**, vista come una opportunità per molti e non come un ripiego per pochi. **Potenziare le competenze avanzate ed ottenere le specialità infermieristiche**, per essere più vicini ai reali bisogni dei nostri assistiti.

Stimolare le nuove generazioni con una visione nitida e non offuscata della nostra professione, sottolineandone le opportunità e non solo le opacità. **Garantire una adeguata retribuzione e chiare possibilità di carriera.**

Come dicevo la ricetta è semplice ma complessa da applicare. Ma in ogni caso, come in tutte le cose, **fare il primo passo è già un successo.**

Il Presidente,

Sandro di Tuccio

Per una rivista tutta nuova,
social tutti nuovi e in costante aggiornamento:

Da gennaio 2023...
Seguici sulla NUOVA
pagina INSTAGRAM:
L'OrdineInforma



Siamo attivi anche
su FACEBOOK!
Ordine Macerata

L'EDUCAZIONE ALLA PARI APPLICATA AL TIROCINIO CLINICO

Autori: **Antonio Carafa [A], Simona Bacaloni [B], Sabrina Carpano [B], Claudio Grillo [A], Giovanna Caglini [C], Rita Fiorentini [D],**

[A] Infermiere Ast Macerata.

[B] Tutor didattico Corso di Laurea in infermieristica – Polo Macerata, UNIVPM.

[C] Amministrativa Corso di Laurea in infermieristica – Polo Macerata, UNIVPM.

[D] ADP Corso di Laurea in infermieristica – Polo Macerata, UNIVPM.

Per corrispondenza: anto.carafa95@gmail.com

SOMMARIO BREVE

L'apprendimento tra coetanei durante il tirocinio clinico infermieristico permette un miglioramento delle competenze.

SOMMARIO ESTESO

Il modello più antico e diffuso di formazione infermieristica clinica è quello tradizionale e tuttora gli studenti infermieri vengono formati utilizzando il tale modello. In questo modello, un educatore infermieristico clinico supervisiona e insegna direttamente le abilità cliniche a un gruppo di studenti in un ambiente ospedaliero o in una stanza di laboratorio. Gli studenti ripetono le tecniche secondo le istruzioni delineate.

Tuttavia, il frenetico mondo clinico reale, implica che i tutor infermieri spesso hanno poco tempo per il tutoraggio degli studenti, per tale ragione, molti studenti devono attendere che si verifichino opportunità di tutoraggio o rinunciarvi del tutto.

La qualità dell'ambiente di apprendimento nel tirocinio clinico è vitale per il modo in cui gli studenti infermieri acquisiscono competenza anche attraverso la riflessione sulle loro esperienze. Facilitare un tutoraggio clinico ottimale è quindi di alta priorità nella formazione infermieristica.

In letteratura si evidenzia che un programma di tutoraggio tra pari nella formazione infermieristica può alleviare il carico dei tutor clinici e quindi sostenere e rafforzare l'ambiente di apprendimento.

Questo rappresenta un cambio di paradigma globale, passando dall'apprendimento centrato sull'insegnante, all'apprendimento centrato sullo studente.

Key words: "peer tutor"; "competenze"; "metodologie".

PREMESSA

Il tutoraggio tra pari è un processo relazionale in cui un individuo più esperto (tutor) contribuisce allo sviluppo professionale e personale di un individuo meno esperto (*tutee*) (Wang et al.).

Ci sono alcune prove degli impatti positivi dei programmi di tutoraggio tra pari. Nel 2018, una revisione integrativa ha esaminato i risultati dell'insegnamento tra pari negli studenti universitari di infermieristica (Irvine et al.); questi risultati possono variare da un livello personale a un livello istituzionale. Gli allievi che hanno preso parte ai programmi hanno ottenuto benefici tangibili, come una **migliore autoefficacia, rendimento scolastico e congruenza sociale** (Jacobs; Morgan; Nelwati et al.; Secomb; Wong et al.).

Allo stesso modo, i peer tutor hanno sperimentato una maggiore sicurezza e competenze nell'insegnamento (Andersen e Watkins; Irvine et al.). Tuttavia, questi programmi di tutoraggio tra pari non sono privi di sfide. Le problematiche includono scarse relazioni mentore-allievo e l'incapacità degli allievi di impegnarsi nella struttura del programma (Wong et al.). A questi aspetti si aggiungono anche la passività degli studenti pari nell'apprendimento, la puntualità, l'impegno, le conoscenze inadeguate e le discrepanze tra tutor e tutee (Turid-Iréne Jacobsen).

OBIETTIVO

Valutare l'efficacia del modello peer tutoring negli studenti di 1 e 3 anno del Corso di Laurea in Infermieristica Polo di Macerata e se questa metodologia migliori gli ambienti di apprendimento clinico.

MATERIALI & METODI

Nella fase antecedente la sperimentazione è stata effettuata una approfondita ricerca in letteratura utilizzando come banca dati Pubmed utilizzando le seguenti parole chiavi: peer education and nurse, peer tutoring, learning in pairs, clinical practice, nursing student. Durante questa fase di ricerca sono stati presi in considerazione gli studi simili al nostro contesto.

Popolazione:

studenti infermieri iscritti presso l'Università Politecnica delle Marche assegnati al polo didattico di Macerata.

Metodi e strumenti:

Nel dicembre del 2021 sono stati reclutati gli studenti del 3 anno e del 1 anno; durante la fase di reclutamento il parametro preso in considerazione è stato il reparto in cui gli studenti effettuavano il tirocinio. Nella ricerca sono riportati i dati relativi ai reparti dell'area medica, chirurgica, specialistica e area geriatrica del presidio ospedaliero di Macerata.

Il numero di studenti sottoposti a sperimentazione è: 48 per il primo anno e 26 per il terzo anno per un totale di 64 studenti, suddivisi in due periodi:

- Primo periodo (maggio-giugno): 30 studenti del primo anno e 10 per il terzo anno sono stati sottoposti a sperimentazione.
- Secondo periodo (giugno-luglio): 18 del primo anno e 16 del terzo anno sono stati sottoposti a sperimentazione.

La realizzazione della sperimentazione è iniziata nel maggio 2022 (primo gruppo), per un periodo di circa 168 ore di tirocinio.

In questo primo periodo, gli studenti del primo anno hanno mantenuto la modalità di turnazione adottata fin ora dal corso di studi, la quale consiste nell'effettuare solo turni diurni dal lunedì al venerdì. Pertanto in questa fase della sperimentazione i *tutee* non sono riusciti ad avere sempre lo stesso tutor.

Il secondo periodo di sperimentazione (secondo gruppo) è iniziato nella seconda metà del mese di giugno con l'assegnazione di un nuovo reparto di degenza; anche questa fase è durata 168 ore di tirocinio. In questo secondo periodo, gli studenti del primo anno dei reparti di Geriatria e Chirurgia sono stati sottoposti a turnazione intensiva (mattina-pomeriggio-notte), con la stessa turnazione degli studenti del terzo anno, in modo tale che ogni *tuttee* fosse seguito sempre dallo stesso tutor.

Il questionario utilizzato per valutare il gradimento dell'attività di peer tutoring è quello relativo allo studio condotto nel 2020 negli Stati Uniti (*Rebecca Cofer; the peer tutor experience: tutor perceptions of Academic Performance and Skillset Gains*), e modificato adattandolo al nostro contesto.

Alla fine di entrambi i periodi di sperimentazione ai candidati è stato somministrato il questionario relativo all'esperienza di peer tutoring, differenziando il questionario in base al ruolo ricoperto dallo studente (tutor o tutee).

Nello stesso momento della compilazione del questionario sull'esperienza di peer tutoring, è stato compilato anche il questionario di gradimento dell'ambiente di tirocinio (CLEQEI), il quale viene somministrato da ogni polo al termine di ogni periodo di tirocinio per valutare l'ambiente clinico.

RISULTATI

Questionario studenti 1° anno (tutee):

Per l'Area 1 **"Integrazione dello studente nell'ambiente di tirocinio"**, il gruppo 1 ha ottenuto una media pari a 2,99 su un punteggio compreso tra 1 e 4, mentre il gruppo 2 "altro" ha ottenuto una media generale pari a 2,82 che nei reparti di Chirurgia e Geriatria è sceso a 2,4.

Per l'Area 2 **"Apprendimento delle competenze teorico-pratiche"**, il gruppo 1 ha ottenuto una media pari a 2,92 su un punteggio compreso tra 1 e 4, mentre il gruppo 2 "altro" ha ottenuto una media generale pari a 2,64 che nei reparti di Chirurgia e Geriatria è sceso a 2,43.

Per l'Area 3 **"La percezione sulla metodica di insegnamento"**, il gruppo 1 ha ottenuto una media pari a 3,05 su un punteggio compreso tra 1 e 4, mentre il gruppo 2 "altro" ha ottenuto una media generale pari a 2,90 che nei reparti di Chirurgia e Geriatria è sceso a 2,50.

Questionario studenti terzo anno:

Per l'Area 1 **"Competenze sviluppate"**, il gruppo 1 ha ottenuto una media pari a 3,45 su un punteggio compreso tra 1 e 4, mentre il gruppo 2 "altro" ha ottenuto una media generale pari a 3,13 che nei reparti di Chirurgia e Geriatria è salita a 3,30.

Per l'Area 2 **"Processo di apprendimento del tutee"**, il gruppo 1 ha ottenuto una media pari a 3,13 su un punteggio compreso tra 1 e 4, mentre il gruppo 2 "altro" ha ottenuto una media generale pari a 3,25 che nei reparti di Chirurgia e Geriatria è scesa a 3,19.

Per l'Area 3 **"La percezione sulla metodica di insegnamento"**, il gruppo 1 ha ottenuto una media pari a 3,05 su un punteggio compreso tra 1 e 4, mentre il gruppo 2 "altro" ha ottenuto una media generale pari a 3,37 che nei reparti di Chirurgia e Geriatria è scesa a 3,13.

continua a pg. 6

Risultati questionario Clequei

In merito al questionario di gradimento dell'ambiente di tirocinio (CLEQUI), che viene somministrato al termine di periodo di tirocinio per valutare l'ambiente clinico, la **media generale** è risultata pari a 2,4 per l'A.A. 2020/21 e pari a 2,5 per l'A.A. 2021/22 su un punteggio da 1 a 3.

Tale media, nei risultati dei questionari CLEQUI degli studenti del primo anno, per l'U.O. di chirurgia, è risultata pari a 1,93 per l'A.A. 2020/21 e pari a 2,3 per l'A.A. 2021/22; mentre per l'U.O. di geriatria è risultata pari a 2,18 per l'A.A. 2020/21 e pari a 2,4 per l'A.A. 2021/22.

DISCUSSIONE

Dai risultati ottenuti dai questionari di gradimento di tale metodica si evince che in linea generale tutti gli studenti sottoposti alla sperimentazione hanno riscontrato dei buoni risultati in tutte le aree di indagine del questionario.

Dai risultati ottenuti dal questionario Clequi si evince che **è stato registrato un aumento generale del gradimento dell'ambiente di tirocinio** in quasi tutti gli items di cui è composto il questionario, questo aumento è possibile notarlo meglio se prendiamo in considerazione i soli questionari compilati dagli studenti del primo anno nei reparti di Chirurgia e Geriatria, reparti in cui, durante la sperimentazione gli studenti sono stati sottoposti a turnazione intensiva.

Nelle tabelle VIII e IX si registra un maggiore aumento del gradimento dell'ambiente di tirocinio nell'anno accademico 2021/22, anno in cui è avvenuta la sperimentazione del peer tutoring. I risultati possono essere interpretati come in linea con la teoria dell'apprendimento incentrato (Lave e Wenger) sul modo in cui le relazioni di

sostegno contribuiscono positivamente allo sviluppo delle competenze. I risultati corrispondono anche al modello di apprendimento di "Illeris" incentrato su come la motivazione e l'interazione con l'ambiente sono necessarie per un apprendimento ottimale.

CONCLUSIONI

Lo scopo dell'elaborato è mostrare i vantaggi della *peer education* negli studenti di infermieristica del primo e terzo anno, e come questa può influenzare l'ambiente di tirocinio clinico. Come è possibile notare i risultati non sono sempre simili tra i due gruppi sottoposti alla sperimentazione, questo è dovuto dal fatto che lo spazio di apprendimento è influenzato dal modo in cui gli studenti rispondono gli uni agli altri.

A seconda del grado di rispetto, relazioni ben funzionanti e movimenti dinamici, si crea un'interazione più o meno di supporto all'interno dello spazio di apprendimento. Questo dovrebbe essere inteso anche viceversa, poiché **il livello di sostegno reciproco è importante** per lo sviluppo di relazioni ben funzionanti e movimenti dinamici interpersonali. Inoltre, la differenza di risultati potrebbe essere dovuta anche alla **differenza di età** presente all'interno di ogni coppia di tutoraggio, in quanto non sempre i soggetti presentano la stessa età.

In sintesi, è possibile notare come, in linea generale la metodica di peer tutoring sia stata apprezzata da entrambi i gruppi, i quali hanno riscontrati i numerosi vantaggi di tale metodologia, tutti in linea con letteratura scientifica. Inoltre, i risultati riportati dall'elaborato trovano conferma nei numerosi studi presenti nella letteratura.

Bibliografia & Sitografia

- C. Morgan: The value of an established nursing mentorship program for novice pre-licensure undergraduate nursing students 13, Nursing (Graduate) Student Scholarship (2018).
- C. Wong et al.: an integrative review of peer mentorship programs for undergraduate nursing students J. Nurs. Educ., 55 (3) (2016), pp. 141-149.
- Christiansen, A., Bell, A.: peer learning partnerships: Exploring the experience of pre- registration nursing students (2020).
- Cust, F., Guest, K: peer support for undergraduate children's nursing students (2020).
- G. Lutz et al:enhancing medical students' reflectivity in mentoring groups for professional development – a qualitative analysis BMC Med. Educ.,2017:1-12.
- H. Holst: The learning space—interpersonal interactions between nursing students, patients, and supervisors at developing and learning care unitsInt. J. Qual. Stud. Health Well-Being. (2017).
- Hanna Holst: the experiences of supporting learning in pairs of nursing students in clinical practice (2017).
- J. Secomb: A systematic review of peer teaching and learning in clinical education J. Clin. Nurs. 2008:703-716.
- Jacobsen, T et al.: nursing students' experiences with clinical placement in a marginal Norwegian nursing home learning environment. (2020)
- Jokelainen, M. et al.: building organizational capacity for effective mentorship of pre- registration nursing students during placement learning: Finnish and British mentors' conceptions. (2011)
- K. Onshuus, T.I. Jacobse: Talking to others about nursing makes you remember it better. Co-student collaboration as motivation to learn more in nursing education Klin. Sygepleje, 2020:110-121.
- Kelli A. Komro : Strategies to Prevent Underage Drinking. (1993)
- Knud Illeris : transformative Learning and Identity.(2014)
- Knud Illeris: the Development of a Comprehensive and Coherent Theory of Learning. (2015)
- R. Stone et al.: the value of peer learning in undergraduate nursing education: a systematic review. (2013)
- Roberta J. Emerson: nursing Education in the Clinical Setting. (2007)
- S. Wang et al.: the role of mentor trust and protege internal locus of control in formal mentoring relationships J.Appl.Psychol., 2010:358-367.
- T.I. Jacobsen: student assistant's confidence in nursing education (2017).
- Turid-IrénJacobsen: Student nurses' experiences participating in a peermentoring program in clinical placement studies (2022).
- YlvaPålsson: first-year nursing students' collaboration using peer learning during clinical practice education: An observational study.(2021)

LE COMPETENZE RELAZIONALI DEGLI STUDENTI INFERMIERI: ELABORAZIONE DI UNA METODOLOGIA DIDATTICA

A cura di :

Giulia Luconi [1],

Rita Fiorentini [2],

Lucia Giuliani [3].

[1] Infermiera – Istituto di Riabilitazione Santo Stefano

[2] ADP Corso di Laurea in Infermieristica – Polo di Macerata, UNIVPM

[3] Dott. Ric., Coordinatrice Cure Intermedie di Treia AST Macerata

Per corrispondenza: **giulialuconi2001@libero.it**

SOMMARIO BREVE

La validità dello strumento del Focus Group per indagare le opinioni degli studenti di infermieristica riguardo la relazione di cura.

SOMMARIO ESTESO

La relazione di cura è un elemento di fondamentale importanza per l'infermiere, la ritroviamo infatti nell'**art. 4 Capo I del Codice Deontologico** delle Professioni Infermieristiche che riporta "*nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo [...] Il tempo di relazione è tempo di cura*".

Il professionista quindi, non si limita ad eseguire interventi tecnici, ma svolge quotidianamente una funzione supportiva e terapeutica attraverso il dialogo, allo scopo di **stabilire un'interazione efficace e personalizzata** (Motta & Florian). A tal proposito è stata condotta un'indagine presso l'Università Politecnica delle Marche, CdL in Infermieristica, sede di Macerata. Quest'ultima si è svolta durante il Laboratorio Relazionale attraverso il Focus Group (intervista focalizzata di gruppo): uno strumento strutturato di indagine qualitativa oltre che una metodologia didattica.

PREMESSA

La Relazione di Cura è un processo all'interno del quale due persone stabiliscono un legame forte, intenso, profondo, laddove una delle due si trova in una condizione di bisogno, ovvero nell'impossibilità di risolvere autonomamente un problema, mentre l'altra possiede gli strumenti per identificare una possibile soluzione. Così la definisce nel 1951 Carl Rogers, il fondatore del Counseling: *"una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato"*.

Sempre Rogers individua **tre condizioni necessarie e sufficienti** affinché l'instaurazione di una relazione terapeutica con l'utente abbia successo, ossia: **AUTENTICITÀ, ASCOLTO e ACCETTAZIONE POSITIVA, EMPATIA.** La relazione di cura è difatti parte integrante del lavoro svolto dall'infermiere, tuttavia al giorno d'oggi, purtroppo, quest'aspetto viene messo in secondo piano per inadeguato sviluppo delle abilità da parte dei professionisti o per mancanza di tempo. Per questo motivo, i professori di infermieristica devono trovare modi attivi ed efficaci per promuovere le abilità comunicative nella formazione degli studenti di infermieristica, in quanto poi, quest'ultimi, da futuri professionisti dovranno essere utilizzatori di una Comunicazione Terapeutica efficace. Pertanto, il concetto di Comunicazione Terapeutica dovrebbe essere enfatizzato nel curriculum infermieristico per soddisfare i bisogni educativi degli studenti, così come i bisogni dei pazienti (*Gutiérrez-Puertas et al.*). Per raggiungere l'obiettivo di indagare le opinioni degli studenti di infermieristica riguardo la relazione di cura e circa quelle -

- che sono le loro esperienze, il loro vissuto nell'ambito del tirocinio clinico, ci siamo posti come obiettivo primario quello di indagare circa l'utilità del focus group per la variabile relazione.

MATERIALI & METODI

E' stato condotto uno studio presso l'Università Politecnica delle Marche, CdL in Infermieristica, sede di Macerata, attraverso l'utilizzo di un **Focus Group**, una tecnica di raccolta dati utilizzata nella ricerca qualitativa in cui la rilevazione dei dati è basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone, invitate da uno o più moderatori a parlare tra loro di uno specifico argomento, che il ricercatore ha interesse ad indagare in profondità. Il Laboratorio Relazionale prevedeva 2 incontri.

Nel primo incontro è stato svolto il focus group della durata complessiva di un'ora, durante il quale è stata eseguita un'**intervista semi-strutturata**, guidata da un conduttore, circa le esperienze e le considerazioni in merito alla relazione di cura. I risultati sono stati raccolti e registrati attraverso griglie compilate dai due osservatori per il verbale e non verbale.

Nel secondo incontro invece, gli studenti hanno dovuto descrivere alcune loro esperienze, avute durante il tirocinio clinico, attraverso delle microscritture riguardanti l'autenticità. Il campione è stato composto da 13 studenti che hanno partecipato al focus group: un gruppo non eccessivamente numeroso, in quanto nell'approccio qualitativo, i soggetti vengono studiati intensivamente, per poter dare voce e spazio a tutti; mentre per le microscritture sono stati coinvolti tutti e 50 gli studenti appartenenti al secondo anno di corso.

RISULTATI

Le seguenti tabelle riportano le caratteristiche dello strumento utilizzato di raccolta dati a supporto dell'efficacia del Focus Group per l'argomento che si voleva indagare.

	È presente come risultato?		Da chi è stato rilevato?		Elementi rilevati esterni alle griglie
			Osservatore verbale	Osservatore Non verbale	
	SI	NO			
Spontaneità	X		X	X	
Noia		X			
Distacco		X			
Coinvolgimento	X		X	X	
Energia		X			
Entusiasmo	X			X	
Convinzione	X		X	X	
Congruenza					X
Partecipazione/attenzione					X

Tabella 1: Risultati di efficacia del Focus Group

In questa prima tabella possiamo osservare: **spontaneità, coinvolgimento, entusiasmo e convinzione**. Caratteristiche raccolte, come abbiamo detto, attraverso le griglie compilate dai due osservatori presenti, che ci hanno consentito inoltre di rilevare la congruenza tra comunicazione verbale e non verbale dei soggetti facenti parte dello studio, dimostrandone così la loro autenticità.

Nella **seconda tabella** troviamo le domande poste al campione dal conduttore del Focus Group e le relative risposte degli studenti.

Domande	Sottodomande	Affermazioni dei partecipanti
1) Cosa si intende con il termine relazione?	C'è una definizione univoca?	<p>“Essere empatici, pensare al benessere del soggetto, supportarlo e stargli vicino”</p> <p>“Un rapporto tra individui in cui ci si confronta e si apprende”</p> <p>“Presenza di un dialogo, scambio di informazioni arricchito da stati d'animo”</p> <p>“La presenza di empatia, coinvolgimento e conoscenza di sé”</p>
	Può avere un'accezione specifica per la professione infermieristica?	<p>“Nella professione infermieristica la relazione è interconnessa e dipendente dalla capacità empatica dell'infermiere”</p> <p>“Il paziente è centrale alla relazione”</p> <p>“la relazione per la professione infermieristica deve essere di supporto alla persona, soprattutto essendo quest'ultima sola”</p>

Tabella 2: Risultati del Focus Group

2) Come valutare il tipo di relazione degli infermieri?	Esempio o episodio esplicativo.	<p>“Viene posta poca attenzione alla relazione con il paziente, al contrario viene data invece più importanza alla pratica (es. terapia farmacologica), c'è poco dialogo”</p> <p>“Si soffrono poco sullo stato d'animo del paziente e più sulle attività svolte sul paziente”</p> <p>“Se non ci si relaziona a sufficienza con il paziente non si capisce bene come sta e il lavoro è incompleto”</p> <p>“Poca relazione e dialogo con il paziente porta quest'ultimo ad avere poca fiducia e ad aprirsi poco con l'infermiere”</p> <p>“Gli infermieri con più esperienza mettono una barriera di protezione mentre gli infermieri con meno esperienza sono più aperti al dialogo con il paziente, con il tempo si diventa più schematici e ci si soffrono poco sul paziente”</p>
3) Quali sono le skills necessarie per stabilire una buona relazione?	<i>Queste caratteristiche possono essere acquisite o apprese durante il percorso di formazione?</i>	<p>“Empatia, ascolto non giudicante, estroversione”, “Acquisibili sia nella formazione teorica che pratica”</p> <p>“Ascolto, empatia, saper individuare i punti di forza e di debolezza del paziente”, “In parte acquisito con l'esperienza e la formazione e in parte innato”</p> <p>“Rispettare il silenzio, comunicare”, “Si acquisisce solo con l'esperienza”</p> <p>“Linguaggio non verbale e ascolto attivo”, “Acquisite nel percorso formativo”</p> <p>“Mancanza di formazione, in particolar modo relativo alla distanza terapeutica”</p>
4) Com'è cambiata la relazione nel tempo?	<i>Quali miglioramenti o prospettive future credete sia utile per una buona relazione?</i>	<p>“Con il covid è migliorata la relazione tra pazienti e infermieri dato che questi ultimi si sono dovuti sostituire ai familiari dei pazienti stessi”</p>

Nella prima domanda è stato chiesto ai ragazzi *“cosa si intende con il termine relazione?”* e se c'è una definizione univoca; una tra le risposte date dagli studenti è: ***“un rapporto tra individui in cui ci si confronta e si apprende”***, ciò ha dimostrato delle conoscenze di base dell'argomento da parte del campione.

Con il secondo quesito si domandava di valutare il tipo di relazione degli infermieri conosciuti durante i tirocini. Il parere accordante è stato quello di ritenere che ***ad oggi viene posta poca attenzione a relazionarsi con il paziente, al contrario viene data invece più importanza alla pratica***, come ad esempio alla somministrazione della terapia farmacologica.

Il penultimo interrogativo riguardava l'individuazione di skills e quindi abilità necessarie per stabilire una buona relazione. Gli studenti hanno ritenuto opportuno inserire tra le skills: ***empatia, ascolto attivo, ascolto non giudicante e il saper comunicare***. Sempre in questa domanda è stato chiesto ai ragazzi se, a loro avviso, queste abilità potessero essere acquisite durante il percorso formativo, qui i pareri sono stati discordanti c'è infatti chi ha sostenuto di sì e chi invece ha sostenuto possano essere acquisite solo con l'esperienza.

Nella quarta ed ultima domanda, ossia com'è cambiata la relazione infermieristica nel tempo, gli studenti si sono soffermati principalmente nel cambiamento avvenuto negli ultimi 3 anni a seguito della pandemia: ***l'assenza del contorno familiare e amicale degli assistiti ha reso necessario la sostituzione di questi da parte del personale infermieristico e di conseguenza è aumentata la considerazione e l'importanza data alla Relazione***.

CONCLUSIONI

Ditadi e Bonso spiegano che per la formazione alle competenze relazionali le lezioni frontali, proiezione di presentazioni e l'utilizzo di video hanno scarsa efficacia, **l'apprendimento relazionale dovrebbe essere frutto di esperienze vissute, opportunamente condivise e rielaborate in un'atmosfera di autenticità e di reciproco ascolto e benevolenza.** Alla luce dei risultati raccolti durante il Laboratorio ci sembra legittimo affermare che il Focus group si è dimostrato idoneo per lo sviluppo del pensiero critico degli studenti intorno all'argomento relazione.

È necessario sottolineare la validità dello strumento utilizzato anche per la capacità di far emergere informazioni originali.

Le microscritture elaborate dagli studenti a seguito del focus group hanno confermato lo sviluppo del pensiero critico e l'approfondimento personale riguardo una parte essenziale della Relazione: l'autenticità.

Per concludere: gli studenti intervistati avevano delle conoscenze di base riguardo l'argomento Relazione che, grazie al Focus Group e alla stesura delle microscritture, si sono ampliate perché sono state ragionate, condivise e discusse.

Il focus group si è rivelato uno strumento incisivo quindi determinante grazie alla sua natura dialogica e alla caratteristica di intervista semi-strutturata: i pensieri e i racconti degli studenti non hanno avuto timore ad affiorare. È stato quindi soddisfatto l'obiettivo di valutazione dell'efficacia dello strumento del Focus Group per il Laboratorio Relazionale.

I racconti e le parole degli studenti, però, avrebbero bisogno di maggiore spazio di interpretazione perché suggeriscono spazi di riflessione.

Doveroso è parlare anche dell'importanza del Metodo Qualitativo per la professione infermieristica, questo metodo consente non solo di creare nuove informazioni utilizzabili da altri professionisti, ma esso stesso è formativo per il ricercatore che ne fa uso.

Uno studio qualitativo può contribuire a garantire una profonda conoscenza del contesto e un'esplorazione senza pregiudizio, -

- può essere utilizzato per descrivere e interpretare fenomeni complessi che non si prestano alla verifica di ipotesi e inoltre nell'ambito delle professioni sanitarie per acquisire conoscenze su questioni organizzative e culturali e per migliorare la comprensione dell'interazione sociale, dei processi di assistenza sanitaria e di comunicazione. L'obiettivo della ricerca qualitativa è quello di sviluppare concetti che ci aiutino a comprendere i fenomeni sociali in ambienti naturali, con particolare attenzione ai significati, alle esperienze e ai punti di vista dei partecipanti (Bagnasco et al.).

Emerge infine da questo elaborato che la relazione di cura è essa stessa terapia (o cura) per il paziente, sarebbero quindi auspicabili corsi di formazione umanistica non solo nei percorsi di base per le scienze mediche e infermieristiche ma anche di post base per un retraining continuo e duraturo del professionista sanitario.

Bibliografia & Sitografia

Bagnasco, A., Ghirotto, L., & Sasso, L. (2015). La ricerca qualitativa: Una risorsa per i professionisti della salute. Edra Masson.

Carl Rogers, La terapia centrata sul cliente, Giunti editore, 2013.

Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2019.

Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

Gutiérrez-Puertas L, Márquez-Hernández WV, Gutiérrez-Puertas V et al. Educational interventions for nursing students to develop communication skills with patients: a systematic review. In J Environ Res Public Health. 2020;17(7):2241.

Motta, P. C., & Florian, J. (2000). La relazione e la comunicazione con la persona assistita. Rivista Nursing Oggi, 5, 14-30.

EXCURSUS STORICO RIGUARDO NASCITA E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE

di **Lattanzi Federico**

Infermiere Potes 118 Ancona - AST Ancona

Per corrispondenza: **federico.lattanzi@sanita.marche.it**

ABSTRACT

In un periodo storico in cui le persone vivono più a lungo e le ricerche portano alla scoperta di nuove patologie, ci troviamo a far parte di una popolazione con nuove necessità.

Non tutte le popolazioni del mondo sono invecchiate allo stesso modo, sta di fatto che i soggetti appartenenti a Paesi industrializzati hanno aumentato le loro aspettative di vita. L'età media degli individui nel modo è di circa 73,3 anni e l'Italia è il quinto paese al mondo per aspettativa di vita con un'età media di 84,01 anni. [1]

Il prolungarsi della vita ha portato alla scoperta di numerose patologie degenerative e all'aumentare di malattie incurabili, come ad esempio il cancro o le leucemie, accompagnate da comorbidità e dalla necessità di una particolare assistenza al malato. Purtroppo in molti casi non esiste un trattamento curativo, è per questo motivo che nascono le cure palliative.

Spesso la malattia evolve in uno stato irreversibile, con unica prognosi, la morte.

Per far fronte all'accanimento terapeutico e per accompagnare il malato terminale ad una morte dignitosa si sono sviluppati specifici setting di intervento, gli Hospice.

Le Cure Palliative sono dei particolari interventi volti a migliorare la qualità della vita sia del malato terminale che della sua famiglia; esse hanno lo scopo di assistere ed accompagnare il soggetto, sia esso adulto o pediatrico, attraverso strumenti assistenziali volti a ridurre o addirittura eliminare il dolore fisico, psichico e spirituale.

Le cure palliative sono un argomento spesso affrontato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che nel 1990 ne dà una definizione: le Cure Palliative sono l'assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi(cure). È fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. **L'obiettivo delle Cure Palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i Pazienti e per le loro famiglie.** Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia, in unione ai trattamenti anticancro. [2]

La storia delle Cure Palliative è piuttosto recente, infatti la prima struttura palliativa, l'Hospice, nasce nel 1967, ma si può affermare che il suo sviluppo è stato rapido.

Ad oggi si sono diffuse numerose strutture in Italia e in tutto il mondo e la morte non è più vista come un momento di agonia e dolore "necessari", ma come un inevitabile esito determinato da patologie il cui trattamento rimane ignoto.

LE CURE PALLIATIVE

Le Cure Palliative sono delle particolari cure volte a migliorare la qualità della vita sia del malato terminale che della sua famiglia.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1990 definisce le Cure Palliative con il seguente significato: **le Cure Palliative sono l'assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi (cure)**. È fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle Cure Palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i Pazienti e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia, in unione ai trattamenti anticancro. [2] Successivamente nel 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità attua alcune modificazioni alla precedente definizione, definendo: **le Cure Palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo dell'identificazione precoce, dell'approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e spirituali.** [3]

Da tale definizione si può dedurre che le Cure Palliative non si arrestano all'incurabilità della malattia ma intervengono in maniera attiva, ove occorre offrire la presa in carico complessiva dell'assistito, sia sotto l'aspetto psicologico e sociale, che fisico e spirituale, garantendo un livello di qualità della vita dignitoso.

Il riferimento italiano è indubbiamente la **L. 15 marzo 2010, n.38, "disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e -**

- alla terapia del dolore", all'**articolo n. 2 comma a** definisce le « **Cure Palliative** »: l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infastidita, non risponde più a trattamenti specifici, sempre la stessa legge definisce il « **malato** »: la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché' la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa. [4]

L'accesso alle Cure Palliative è garantito ai malati terminali giunti alla fase terminale della malattia, non solo in ambito oncologico in riferimento alle malattie neoplastiche, ma a tutti quei malati affetti da qualsiasi patologia inguaribile, che si trovino in uno stato patologico irreversibile.

Quando la malattia è incontrastabile e non vi è nessuna risposta alle terapie che hanno come obiettivo la guarigione clinica del malato, generando una graduale perdita di autonomia con necessità di vigilanza e di assistenza continua, manifestando sia disturbi fisici che psichici con turbe di coscienza, tale condizione viene definita fase terminale.

La persona è considerata prossima alla fine della propria vita, sebbene non sia sempre possibile prevederlo con certezza, quando si ritiene verosimile che ne intercorra il decesso nell'arco dei dodici mesi, non essendo più pensabile il regresso della malattia la guarigione non è più l'obiettivo primario.

Uno studio del 2012 "Studio Senti-MELC in Italia" studiando il monitoraggio delle cure -

di fine vita, si è posto come obiettivi generali la **valutazione della qualità globale delle cure di fine vita**, la **stima di quante e quali cure e assistenza le persone ricevono al termine della vita** ed il **confronto con culture e abitudini di altri Paesi vicini**. [5]

Il risultato di tale studio ha evidenziato che in Italia più del 60% dei malati terminali aventi diritto alle Cure Palliative non ricorre ai servizi specialistici palliativi, specificatamente quasi il 40% dei malati oncologici e oltre l'80% dei malati non oncologici.

Nel nostro paese molti malati non sono a conoscenza delle Cure Palliative, perché spesso dette cure non vengono neppure proposte, difatti, come conseguenza, **la maggior parte dei decessi avviene negli ospedali per acuti**. [6]

Secondo un rapporto ISTAT del 2017 le regioni con una popolazione che necessita di Cure Palliative sono progressivamente: Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte, Emilia-Romagna, veneto, toscana, puglia, Liguria. [7]

In riferimento al rapporto ISTAT degli Hospice, nel 2017, il numero di Hospice ha raggiunto il totale di 240 strutture, rispetto ai 231 nel 2014, mentre il numero dei posti letto risulta di 2.777. Inoltre, nello stesso 2017, sono aumentate quasi del 13% rispetto al 2014 le persone ricoverate in Hospice per un totale di 42.572. La Lombardia è la Regione con più Hospice in Italia, per un numero di 69 garantendo 832 posti letto, seguita da Toscana, Lazio, Emilia Romagna, Veneto, Piemonte, Sicilia, puglia, Campania e Marche. [8]

La sensibilizzazione della popolazione è il requisito fondamentale.

STORIA E SVILUPPO

"Considerato che tutti dobbiamo morire, ovviamente non ha alcuna importanza il quando e il come".

La frase citata da Albert Camus nel suo libro "Il prigioniero" mostra in pieno la percezione della morte prima dell'avvento delle Cure Palliative.

Coloro affetti da patologie degenerative erano destinati alla sofferenza. Il termine chiave era agonia; dalla scoperta della malattia susseguivano uno stato preagonico caratterizzato dal peggioramento delle condizioni generali, talvolta con miglioramenti inaspettati e da alcuni segni comportamentali come il rifiuto di mangiare, di parlare, l'assunzione di posizione antalgica e l'agitazione seguiti dalla vera fase di agonia: alterazione della coscienza (stato di sonnolenza o di coma), alterazioni del tono muscolare (ridotto fino alla sua scomparsa), disturbi respiratori (apnee prolungate, bradipnea fino al gasping), disturbi circolatori (acrocianosi periferica progressiva a naso, mani, piedi e comparsa dia marezzature alle ginocchia), fino alla comparsa della cosiddetta "maschera di morte" caratterizzati da alterazione del colorito cutaneo, odori caratteristici, sguardo fisso, restringimento delle narici, che culminano nel collasso d'organo e shock e dunque con la morte.

Questi elementi erano accompagnati da un elemento comune: il dolore.

Il trattamento del fine vita non presupponeva l'accompagnamento alla morte e il dolore era considerato normale in un soggetto prossimo alla morte, finché nella seconda metà del 1900 si inizia a sentire la necessità di un cambiamento.

Nel 1967 in Inghilterra una donna, infermiera, assistente sociale e successivamente medico, ispiratrice del movimento Hospice e fondatrice del primo centro di Cure Palliative dal nome: Cicely Saunders, fonda il primo ospedale ad indirizzo palliativo, l'Hospice Saint Christopher, definito "**un ospedale e una casa**". Da quel momento la cultura dell'Hospice cominciò pian piano a diffondersi, prima nei paesi anglosassoni e successivamente in tutto il resto del mondo, diventando fonte di ispirazione per una nuova medicina che pone al centro del proprio operato non la malattia ma l'essere umano.

In Italia di Cure Palliative si è iniziato a proferire solo nella prima metà degli anni 80, sotto la spinta coraggiosa e innovativa di Vittorio Ventafridda e della fondazione Floriani. La Fondazione Floriani è un ente apolitico, aconfessionale, senza fini di lucro, che ha l'obiettivo di diffondere e applicare, nell'assistenza al malato inguaribile, le Cure Palliative, quelle cure, cioè, che affrontano tutti gli aspetti della sofferenza del malato: quello fisico, quello psicologico, quello spirituale e quello sociale. [9]

Nella stessa epoca nascevano realtà le organizzazioni no profit, le quali garantivano in ambito domiciliare la mutevolezza dei bisogni dei malati terminali che a quel tempo non trovavano nessuna risposta in ambito sanitario e soprattutto ospedaliero.

Nel 1986 nasce la Società Italiana di Cure Palliative, fondata a Milano, unica Società scientifica specificatamente nata per la diffusione dei principi delle Cure Palliative in Italia. Essa è il manifesto della scelta di mettere al centro la persona malata e la sua famiglia con tutti i complessi bisogni non solo clinici, presenti nella fase avanzata e terminale di malattia.

All'interno del database (SICP) si trovano le normative vigenti aggiornate e relative l'organizzazione interna e le necessità -

palliative della popolazione delle regioni italiane. [10]

Il primo provvedimento legislativo volto a garantire una risposta alla difficoltà dell'assistenza ai malati terminali è del 1999 con la Legge n. 39 del 26 febbraio, "Conversione in Legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000", ove viene istituito il Programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le Cure Palliative, il quale prevedeva la **realizzazione di una o più strutture comodamente raggiungibili, destinate all'assistenza palliativa** prioritariamente per i malati neoplastici terminali, allo scopo di rendere dignità al morire garantendo una miglioria del valore della vita del malato terminale e della sua famiglia; programma rafforzato e adottato con il **Decreto del Ministro della Salute del 28 settembre 1999**.

Con la Legge n. 12 del 28 febbraio 2001, "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore", vengono eliminate le sanzioni penali, la prescrizione e la somministrazione di farmaci oppiacei per il trattamento farmacologico allo scopo di ridurre il dolore severo.

Il 19 aprile 2001 viene sancito l'accordo tra il Ministro della Sanità, le regioni ed i comuni, nel quale fu approvato il documento di "Linee-guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le Cure Palliative" con iniziative per l'organizzazione della Rete dei servizi delle Cure Palliative, e successivamente, nel 29 novembre 2001 con il Decreto del Presidente del Consiglio, vengono definiti i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale tra cui l'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria ai pazienti terminali.

Nel Piano Sanitario Nazionale degli anni 2003-2005 si specifica che con il termine -

malato terminale non si intende soltanto i malati di patologia neoplastica, ma tutti gli assistiti, indipendentemente della patologia diagnosticata, che si trovino colpiti da malattie incurabili.

La storia delle Cure Palliative continua nei successivi anni con particolare accento verso l'umanizzazione delle cure, andando finalmente oltre quindi la semplice lotta al dolore ed accompagnando il malato terminale a fine vita evitandogli l'agonia.

Nella Conferenza Stato-Regioni del 26 marzo 2009, si evidenziano diverse problematiche relativamente all'assistenza specifica dei malati terminali sia in campo pediatrico che in campo oncologico. Successivamente, circa un anno dopo, con la Legge n. 38 del 15 marzo **2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore"**, vengono definite le disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore, costituite da principi e normative allo scopo di garantire un'assistenza qualificata e appropriata in ambito palliativo sia per il malato che per la sua famiglia. È una Legge che ha incontrato il consenso dei professionisti, degli esperti, delle associazioni e del volontariato anche in confronto con il panorama legislativo europeo; una Legge a tutela della dignità della persona, stabilendo il diritto di accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore, esplicitando il diritto alla salute che guarda alla globalità della persona.

La Legge n. 38 del 15 marzo 2010, impegna il Sistema Sanitario a occuparsi di Cure Palliative e terapia del dolore in tutti gli ambiti assistenziali, in ogni fase della vita e per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se vi sono, risultano inadeguate ai fini della stabilizzazione della malattia. Inoltre, si introducono profondi rinnovamenti, tra le quali si segnala la **ridefinizione dei modelli assistenziali**, -

- **l'attenzione alla specificità pediatrica**, la **creazione di specifiche reti assistenziali** e la **semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore**; oltre che la **realizzazione di campagne istituzionali di comunicazione** destinate a informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza in materia di Cure Palliative e di terapia del dolore.

Grazie a questa Legge la sofferenza non è più un aspetto inevitabile di un percorso di malattia, ma è una dimensione che va affrontata con importanza e sistematicità, in tutte le sue fasi e in ogni setting assistenziale.

Nella medesima Legge vengono identificate le Reti Regionali e le Reti Locali di Cure Palliative quali atti indispensabili per assicurare l'accesso alle Cure Palliative, la Rete Regionale nel **promuovere lo sviluppo delle reti locali assicurandone il coordinamento e il monitoraggio**, la Rete Locale è un raggruppamento funzionale e integrato delle attività erogate in un ambito territoriale definito a livello Regionale, attraverso tre collocamenti assistenziali: le cure in ospedale con attività di consulenza nei reparti e negli ambulatori, le cure Domiciliari che garantiscono anche l'assistenza nelle residenze per anziani e le cure in Hospice.

Un altro importante passo in avanti è stato fatto grazie all'**accordo Stato Regioni nel 7 febbraio 2013 in cui è stata istituita la disciplina delle Cure Palliative**, riconoscendo la specificità, la conoscenza e le abilità dei professionisti in ambito palliativo come patrimonio di conoscenze costruito attraverso l'esperienza e le conoscenze. Durante la sessantasettesima assemblea mondiale della salute dell'organizzazione Mondiale della Sanità tenutasi il 4 aprile 2014 è stato pubblicato il verbale "*Strengthening of palliative care as a -*

- component of integrated treatment throughout the life course".

Per la prima volta viene descritto lo stato attuale a livello globale delle Cure Palliative e delle misure

cruciali al suo sviluppo con un approccio di salute pubblica. [11]

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri nel marzo 2017 viene completato il quadro dei principali provvedimenti normativi in materia di Cure Palliative, allargandosi alle fasi precoci della malattia inguaribile ad evoluzione sfavorevole, garantendo inoltre la specificità specialistica della disciplina.

Infine, la **Legge del 22 dicembre 2017 n. 219** offre la possibilità al malato di rifiutare o revocare il consenso a qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario, senza comportare l'abbandono terapeutico poiché sarà sempre garantita l'erogazione alle Cure Palliative.

Nonostante i numerosi progressi nel trattamento del fine vita resta ancora molto da fare e dilemmi etici.

HOSPICE

Derivata dal termine latino "hospitium", l'Hospice è una parola inglese, tradotta in italiano con "stanza di ricovero e accoglienza per il termine della vita dei malati incurabili".

L'Hospice costituisce l'ambiente di accoglienza più adatto quando la persona malata ha bisogno di cure che non possono più essere erogate a domicilio, quando l'impegno assistenziale diventa troppo difficile e gravoso per la famiglia, quando la sintomatologia correlata alla malattia si acuisce rendendone difficile la gestione domiciliare, oppure quando il malato vive solo o in condizioni abitative inadeguate.

L'Hospice prevede anche ricoveri temporanei per il sollievo alle famiglie impegnate nell'assistenza del malato terminale.

Dal punto di vista strutturale ed organizzativo presenta alcune caratteristiche precise:

- **l'accesso libero per i familiari:** le camere sono anche dotate di letti per farli dormire, quando necessario, all'interno della struttura;
- **la possibilità di condividere alcuni spazi,** quali ad esempio sale comuni e tisaneria, il calore dell'arredamento;
- **il soddisfacimento di profondi bisogni passivi di relazione sociale,** come la possibilità di accogliere il proprio animale di affezione;
- **l'assistenza specialistica** del malato terminale;
- **il supporto psicologico e spirituale.**

Ne esistono sia all'interno di ospedali sia in luoghi specifici, caratterizzati dall'essere immersi in uno scenario di natura.

L'Hospice è una struttura complementare ed integrata all'ospedale e al domicilio e costituisce uno dei nodi della Rete Locale di Cure Palliative; garantisce assistenza sociosanitaria residenziale a bassa tecnologia, ma ad altissimo livello di prestazioni assistenziali.

Nello specifico le Cure Palliative in Hospice sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate e/o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tali cure sono erogate da equipe **multidisciplinari e multiprofessionali** in via continuativa sulle ventiquattro ore, sette giorni su sette.

Le cure in Hospice sono garantite in modo omogeneo: **gli Hospice sono inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) distrettuali e le funzioni del Day-Hospice sono equiparabili alle prestazioni in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno.** [12]

Attualmente in Italia ci sono 265 Hospice, con maggior frequenza in Lombardia (n = 70) e minore in Valle D'Aosta (n = 1), ove il 47,3% degli Hospice risulta collocato in strutture ospedaliere, il 14,6% in strutture socio-sanitarie o socio-assistenziali, il 10,9% in centri polifunzionali non ospedalieri e il 27,3% in strutture dedicate, autonome e logisticamente indipendenti con un unico setting assistenziale.

Per quanto riguarda le Cure Palliative domiciliari, le aziende sanitarie locali segnalano 544 centri, ma il numero di centri identificati da una scheda anagrafica sono 379 e le realtà che effettivamente erogano Cure Palliative domiciliari risultano essere 311. [13]

Nel 2002 l'Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche ha emesso la delibera n. 259 del 6/4/2022 avente titolo Rete Hospice/Cure Palliative Domiciliari nelle Marche, per **standardizzare i percorsi della Rete di Cure Palliative e le principali fasi del percorso alla normativa**, definendo modalità operative e funzioni omogenee in tutto l'ambito Regionale. [14]

Bibliografia

- 1. Quotidiano sanità, L'Italia è quinta nel Mondo per aspettativa di vita con una media di 84,01 anni ma spendiamo molto meno degli altri partner occidentali, 23 dicembre 2022;
- 2. World Health Organization, Cancer pain relief and palliative care - Technical report series 804, 1990;
- 3. World Health Organization, National Cancer Control Programmes, 2002;
- 4. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Legge 15 marzo 2010, n. 38 (G.U. Serie Generale, n. 65 del 19 marzo 2010);
- 5. Bertolissi S, Miccinesi G, Giusti F. Come si muore in Italia. Storia e risultati dello studio Senti- MELC. Rivista SIMG 2012; 2:17-34;
- 6. Hospice in Italia. Seconda rilevazione ufficiale 2010. www.salute.gov.it;
- 7. Fonte: ISTAT, anno 2017. Rielaborazione CERGAS;
- 8. Le Cure Palliative in Italia, stima del bisogno, Rete di offerta, tasso di copertura del bisogno, confronto internazionale, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola, Andrea Rotolo, Eleonora Perobelli, Sara Berloto, Francesca Meda, 21 novembre 2019;
- 9. Fondazionefloriani, chi siamo, Virgilio Florian, 2003;
- 10. Società Italiana di Cure Palliative, società, SICP 2018;
- 11. Sixty-Seventh World Health Assembly A67/31 Provisional agenda item 15.5 4 April 2014;
- 12. Federazione Cure Palliative - insieme cancelliamo la sofferenza inutile - Hospice;
- 13. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Le Cure Palliative domiciliari in Italia. Quaderno di Monitor 2010;26(Suppl.7);
- 14. Rete Hospice/Cure Palliative Domiciliari ASUR Marche Delibera ASUR n. 259 del 6/4/2022;

LA PERCEZIONE DEGLI INFERMIERI SUL FINE VITA

A cura di: **Ciarpella Francesca** [1], **Rocchi Renato** [2], **Gatti Chiara** [3],
Tufoni Simona [4], **Baglioni Isabella** [5], **Di Buò Matteo** [6], **Mancini Arianna** [7]

[1] Infermiera - UOC Radiodiagnostica, AST Fermo

[2] Direttore - UOC Area Infermieristica e Ostetrica AST Fermo

[3] Coord. Inf.ca - SOD Cardiochirurgia e Cardiologia Pediatrica e Congenita UTIP-AOU Ancona

[4] Tutor clinico di tirocinio - CdL Infermieristica-AST Fermo

[5] Tutor clinico di tirocinio - CdL Infermieristica-AST Fermo

[6] Infermiera, SOD Clinica Neurologica, AOU Torrette di Ancona

[7] Funzione Organizz. di Coord. - UOC Gastroenterologia ed endoscopia Digestiva, AST Fermo

Per corrispondenza: ***francesca.ciarpella@sanita.marche.it***

SOMMARIO BREVE

La tematica del fine vita ed in particolar modo la percezione degli infermieri su di essa, rappresenta un aspetto molto importante riguardo la presa in carico del paziente terminale.

Parole chiave: "fine vita", "eutanasia", "suicidio assistito", "assistenza infermieristica".

SOMMARIO ESTESO

L'infermiere nell'assistenza al paziente e/o ai familiari del malato che richiedono trattamenti di fine vita assume un ruolo cruciale in quanto è il professionista che, attraverso una comunicazione efficace, ascolta attivamente, supporta ed instaura una relazione d'aiuto con empatia durante tutto il processo di presa in carico.

Ad oggi, vi sono numerose opinioni in merito, spinte da diverse motivazioni tra cui posizione geografica, religione, ambito assistenziale e livello d'istruzione.

Sarebbe necessario riflettere su tali questioni etiche e morali focalizzando l'attenzione sul paziente stesso e sui suoi effettivi bisogni e desideri, senza schierarsi a priori a favore o contro per motivi personali.

Nel dettaglio, i professionisti dovrebbero essere inclini a favorire la libertà dell'assistito e anteporre la vita del paziente accompagnandola ad exitus dando più credito alle cure palliative.

PREMESSA:

La Bioetica sta diventando nella società odierna sempre più oggetto di numerosi dibattiti socio-sanitari, sebbene tale questione sia ancora sottovalutata. **Bioètica**, termine composto da bios = vita ed *ethikos* = **teoria del vivere**, comparve per la prima volta nel 1970 in un articolo dell'oncologo americano V.R.Potter (*Potter*) ed indica una disciplina moderna molto recente che applica la riflessione etica alla scienza ed alla biomedicina. Essa integra l'etica individuale e sociale con le scienze medico-biologiche, ed ha l'obiettivo di affrontare e valutare anche a livello morale alcuni processi medici come il suicidio assistito e l'eutanasia. Secondo la *European Journal of Palliative Care* (EAPC) l'eutanasia (uccisione su richiesta) si definisce come l'azione di uccidere intenzionalmente una persona, effettuata da un medico, per mezzo della somministrazione di farmaci, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa. Essa si distingue dal suicidio assistito che consiste nell'azione di aiutare intenzionalmente, da parte di un medico, una persona a suicidarsi, rendendo disponibili i farmaci per l'auto somministrazione, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa. (*Materstvedt et al.*).

In Italia, l'eutanasia è considerata una pratica illegale, punibile penalmente ed equiparabile al reato di omicidio volontario, secondo l'articolo 575 del Codice penale. Se sussiste poi oltre l'azione/omissione del medico anche l'espressa volontà del paziente a porre fine alla propria vita, il reato a cui si va incontro è quello di omicidio del consenziente. Alla stessa maniera, anche il suicidio assistito è illegale in Italia e coloro che lo mettono in pratica sono perseguitibili per reato di istigazione o -

- aiuto al suicidio, secondo l'articolo 580 del Codice Penale. (*Codice Penale*).

Riguardo le questioni etiche sul fin vita, tematica molto controversa, vi sono numerosi dibattiti sull'effettiva proporzionalità dei trattamenti sanitari e sull'accanimento terapeutico. In merito, sebbene oggi esistono strumenti in grado di prolungare la vita del paziente per un certo periodo di tempo, non sempre questo è motivo sufficiente a giustificare l'uso. Infatti, **l'art. 16 del Codice Deontologico Medico** dispone che "**Il medico (...) non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriate ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento per la qualità di vita. (...) Il medico che si astiene dai trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte**". (FNOMCeO) Tale tematica viene affrontata anche nell'art. 25 del Codice Deontologico Infermieristico che cita "**L'Infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita, espressa anche in forma anticipata dalla persona stessa**". (FNOP)

L'infermiere nell'assistenza al paziente e/o ai familiari del malato che richiedono trattamenti di fine vita assume un ruolo cruciale in quanto è il professionista che, attraverso una comunicazione efficace, ascolta attivamente, supporta ed instaura una relazione d'aiuto con empatia durante tutto il processo di presa in carico.

DESCRIZIONI

La percezione degli infermieri sul fine vita, le motivazioni che s'ottengono le posizioni pro e contro tal argomento, le implicazioni, il ruolo ed il relativo aspetto etico risultano essere tematiche ampiamente discusse in letteratura. Gli studi hanno rivelato quattro temi chiave che si possono riassumere in: rispetto della volontà dell'assistito, ruolo cruciale dell'infermiere nella comunicazione e nell'ascolto attivo, variabili che influenzano la presa di posizione del professionista che va dall'obiezione di coscienza all'essere favorevoli ed infine i diversi fattori che condizionano il pensiero assunto nei confronti del suicidio assistito e dell'eutanasia. (Evans) Gli aspetti che influenzano tali opinione e che risultati maggiormente significativi sono: la posizione geografica, la religione, l'ambito assistenziale in cui si lavora ed il livello di istruzione dei professionisti. Nel dettaglio, la posizione geografica è risultata essere il fattore più variegato. Ad esempio, nello stato americano dell'Oregon e nei Paesi Bassi, c'è ancora un'ampia percentuale di infermieri contrari al suicidio assistito, nonostante sia stato legalizzato. Al contrario, Canada e Belgio si trovano al primo posto nell'essere favorevoli alla pratica di suicidio assistito. (Asai et al.) Un'altra variabile rilevante è la religione che influenza le opinioni sociali e, in alcuni casi, le leggi di molti Paesi del mondo. Infatti, dove gli abitanti sono fortemente associati ad un particolare culto, gli atteggiamenti si mostrano spesso allineati di conseguenza. In merito, nella letteratura vi sono discordanti posizioni: in alcuni articoli emerge una forte correlazione tra religione e posizioni etiche sul suicidio assistito mentre in altri si sottolinea la non sussistenza di tale legame come nella religione Ortodossa. (Taylor) (Tepehan et al.) (Gielen et al.) (Penn e Tabak.) (Parpa et al.)

Riguardo l'ambito assistenziale in cui l'infermiere presta servizio, le opinioni sono divergenti. I professionisti che operano in Unità di Terapia Intensiva (I.C.U.) e Unità di Cura Critica (C.C.U.) mostrano maggior sostegno al suicidio assistito (S.A.); in particolar modo, la maggior parte di essi sostengono la legalizzazione del S.A rispetto agli infermieri di chirurgia e agli infermieri pediatrici. Tale dato è probabilmente correlato all'esposizione con i pazienti terminali che, per coloro che lavorarono in area critica, risulta maggiore. (Taylor e Kermode)

In merito alla variabile relativa al livello di istruzione si sottolinea che maggiore è il grado di istruzione degli infermieri più gli atteggiamenti sono positivi verso il suicidio assistito e viceversa. (Penn e Tabak) Nel dettaglio, oltre ad avere posizioni etiche favorevoli, gli operatori più formati gestiscono meglio le procedure del fine alla vita e in quanto più propensi alla ricerca e ad agire secondo le evidenze scientifiche. (Inghelbrecht et al 2009) (Finkelman e Kenner 2012) (Brozoskek et al.)

Infine **la letteratura suggerisce una maggiore sensibilità degli infermieri rispetto alla richiesta di eutanasia e/o suicidio assistito immedesimando se stessi in determinate circostanze** e ritenendo che la possibilità di decidere sulla propria morte possa alleviare le paure personali e dare l'illusione di essere in grado di avere un controllo completo sulla vita.

Molti infermieri sembrano considerare l'eutanasia come **un'alternativa accettabile secondo il principio etico della beneficenza** per cui il personale sanitario deve agire tutelando l'interesse del paziente. (Anja et al.)

CONCLUSIONI

La tematica del fine vita ed in particolar modo la percezione degli infermieri su di essa rappresenta un aspetto molto importante riguardo la presa in carico del paziente terminale. Ad oggi, vi sono numerose opinioni in merito spinte da diverse motivazioni, tra cui posizione geografica, religione, ambito assistenziale e livello d'istruzione. Nel dettaglio, **i professionisti dovrebbero essere inclini a favorire la libertà dell'assistito e ad anteporre la vita del paziente accompagnandola ad exitus dando più credito alle cure palliative.** Sarebbe necessario riflettere su tali questioni etiche e morali focalizzando l'attenzione sul paziente stesso e sui suoi effettivi bisogni e desideri, senza schierarsi a priori a favore o contro per motivi personali. Concludendo, sarebbe auspicabile che le politiche sanitarie si orientassero sempre più alla condivisione di percorsi riguardanti il suicidio assistito e l'eutanasia, al maggiore coinvolgimento dei professionisti della salute che operano a stretto contatto con il malato, al fine di rendere più omogena l'assistenza sul fine vita erogando servizi di qualità.

- Anja TM, Tarja K, Mari K et al. Nurses' attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines. *Nursing Ethics* 2016;24(1):70-86.
- Asai A, Tanida N, Ohnishi M et al. Doctors' and nurses' attitudes towards experiences of voluntary euthanasia: a survey of members of the Japanese association of palliative medicine. *J Med Ethics* 2001;27:324-30.
- Brzostek T, Dekkers W, Zalewski Z et al. Perception of palliative care and euthanasia among recently graduated and experienced nurses. *Nurs Ethics*, 2008;15(6):761-76.
- Evans L. Nurses' attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors. *British Journal of Nursing* 2015;629-32.
- Finkelman A, Kenner C. Professional Nursing Concepts: Competencies for Quality Leadership. Jones and Bartlett Learning, 2012; 2nd edn.
- FNOMCeO. Codice di Deontologia Medica.2014. Disponibile al sito <https://portale.fnomceo.it/> consultato in maggio 2023.
- FNOPI. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019. Disponibile al sito <https://www.fnopi.it/> consultato in maggio 2023.
- Gielen J, Branden S, Broeckaert B. Religion and nurses'attitudes to euthanasia and physician assisted suicide. *Nurs Ethics* 2009;16(3):303-18.
- Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F et al. Nurses'attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliat Med* 2009;23(7):649-58.
- Materstvedt et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task force. *Palliat Med* 2003;17:97-101.
- Parpa E, Mystakidou K, Tsilika E et al. Attitudes of healthcare professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide. *Health Policy* 2010;97(2-3):160-5.
- Penn L, Tabak N. Exploring the correlation between personality and occupational variables of the nurse and between attitudes and behavioural intentions towards euthanasia. *Open Ethics Journal* 2009;3(1):32-9.
- Potter VR. Bioethics. The science of survival, in *Perspectives in Biology and Medicine*.1970;127-153.
- Taylor Ej. Religion: A Clinical Guide for Nurses. Springer Publishing Limited 2012.
- Taylor B, Kermode S. Research in Nursing and Health Care: Evidence for Practice. SAGE 2009.
- Tepehan S, Ozkara E,Yavuz M. Attitudes to euthanasia in ICUs and other hospital departments. *Nurs Ethics* 2009;16(3):319-27.
- Treccani. Bioètica. Disponibile al sito <https://www.treccani.it/vocabolario/bioetica/> consultato in maggio 2023.
- Treccani. Eutanasia. Disponibile al sito <https://www.treccani.it/encyclopedia/eutanasia/> consultato in maggio 2023.

L'EMODIALISI EXTRACORPOREA DOMICILIARE: ESPERIENZA DELLA NEFROLOGIA E DIALISI DI MACERATA.

Sandro di Tuccio [1], Davide Spinali [2], Nicolò Natali [3]

[1] Infermiere Coordinatore Nefrologia AST Macerata, Docente UNIVPM

[2] Infermiere tirocinante Dialisi Macerata

[3] Medico nefrologo UOC Dialisi AST Macerata

Per corrispondenza: sandrodituccio@gmail.com

ABSTRACT

La malattia renale cronica (MRC) è il lungo e progressivo deterioramento della funzionalità renale. **Si registra a livello mondiale un aumento dei casi di MRC** come riportato dalla *National Health and Nutrition Examination Survey III*, con notevole **impatto in termini economici sui servizi sanitari**. I trattamenti dialitici domiciliari assumono una sempre maggiore importanza, consentendo di evitare l'ospedalizzazione dei pazienti e di diminuire l'impatto economico per il sistema sanitario nazionale.

Questa pratica che si sta ultimamente riscoprendo può offrire significativi vantaggi in termini di outcome clinici, socio-economici e soprattutto di qualità della vita del paziente.

L'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale di Macerata effettua la *Short Daily Home Hemodialysis (SDHHD)* e, attualmente presenta 3 pazienti sotto questa forma di terapia domiciliare; una volta presi in carico essi sono stati addestrati con i relativi caregiver e valutati come il rispettivo domicilio per verificare l'idoneità al trattamento domiciliare e, una volta indicati come idonei hanno iniziato la terapia domiciliare. Tutt'ora sono a carico dell'U.O. e hanno riscontrato molte migliorie grazie al trattamento domiciliare.

INDICE:

- Introduzione
- Descrizione trattamenti dialitici
- Principi alla base dell'emodialisi
- Emodialisi extracorporea domiciliare
- La selezione del paziente
- L'esperienza dell'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale di Macerata
- Apparecchiatura utilizzata
- Il percorso del paziente dialitico
- Pre-dialisi
- Training e periodo di prova in Reparto Dialisi
- Fine training in Reparto ed inizio della dialisi a domicilio
- Follow up mensili
- Visite domiciliari
- Risultati: L'attività dell'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale di Macerata
- Conclusioni
- Bibliografia

INTRODUZIONE:

La **malattia renale cronica (MRC)** è una condizione patologica caratterizzata da una progressiva riduzione (nell'arco di mesi o anni) della funzionalità renale che comporta una ridotta capacità dei reni di eliminare le scorie metaboliche dal sangue e di regolare l'equilibrio idroelettrolitico ed acido-base (*Malkina, 2021*).

Attualmente si registra, a livello mondiale, un aumento dei casi di malattia renale cronica come riportato dalla National Health and Nutrition Examination Survey III (*Harris, 1994*); tale aumento è imputabile a diversi fattori, tra cui:

- Incremento dell'aspettativa di vita della popolazione con conseguente invecchiamento fisiologico del rene;
- Il generale incremento della diffusione delle condizioni morbose (es. diabete mellito ed ipertensione arteriosa sistematica) caratterizzate da un elevato rischio di danno renale.

Della mole di pazienti affetti da MRC, soltanto una percentuale ridotta va incontro allo stadio terminale di questa patologia (ESRD, *end stage kidney disease*), essendo tale categoria di pazienti gravata da un'elevata incidenza di eventi cardiovascolari fatali (*Dott. Colin Baigent, 2000*) anche negli stadi meno avanzati della MRC.

Quando la MRC raggiunge lo stadio terminale si rende necessario il trattamento sostitutivo della funzione renale. I trattamenti sostitutivi renali attualmente disponibili si dividono in trattamenti sostitutivi artificiali, ovvero emodialisi extracorporea e dialisi peritoneale, e trattamento sostitutivo naturale, caratterizzato dal trapianto di rene. Quest'ultima opzione, pur essendola terapia di scelta e dati i notevoli benefici prognostici, è gravata da problematiche quali la scarsa reperibilità degli organi e la ridotta percentuale di pazienti affetti da ESRD clinicamente idonea al trapianto.

Dato l'incremento della prevalenza della MRC, **si prevede un consensuale incremento della popolazione di pazienti in dialisi**, con notevole impatto in termini economici sui servizi sanitari.

Si stima che in Italia 50000 persone siano sottoposte a dialisi con un di 2,5 milioni di euro annui (Tavolaro, 2014), e **si prevede che entro 10-15 anni i pazienti con MRC siano destinati a raddoppiare**. In questo contesto socio-epidemiologico, i trattamenti dialitici domiciliari assumono una sempre maggiore importanza, consentendo di evitare l'ospedalizzazione dei pazienti ed ottimizzando le risorse disponibili (William R.Clark, 2004).

DESCRIZIONE DEI TRATTAMENTI DIALITICI

Come già citato nell'introduzione, vi sono due tipologie di trattamento sostitutivo artificiale della funzione renale: il trattamento sostitutivo extracorporeo denominato emodialisi (**HD**, *hemodialysis*), e quello intracorporeo, ovvero la dialisi peritoneale (**DP**).

La dialisi peritoneale è un trattamento dialitico domiciliare autogestito dal paziente. Viene condotta mediante l'instillazione all'interno della cavità peritoneale di un liquido dializzante (soluzione sterile contenente glucosio) tramite un catetere addominale posizionato chirurgicamente. La soluzione dialitica a contatto con i capillari che irrorano la membrana peritoneale consentirà a quest'ultima di assumere la funzione di filtro (Domenico Santoro, 2016), portando alla rimozione dal circolo ematico delle tossine uremiche e dei fluidi in eccesso tramite osmosi. La DP viene svolta quotidianamente dal paziente presso il proprio domicilio, dopo un periodo iniziale di training ospedaliero. Il paziente quindi si recherà in ospedale per le visite nefrologiche ambulatoriali di follow-up, salvo complicate cliniche intercorrenti.

Il trattamento emodialitico extracorporeo prevede invece l'impiego di un'apparecchiatura chiamata rene artificiale. Il rene artificiale è l'insieme di dispositivi medici costituito da:

- **Filtro dializzatore;**
- **Circuito extracorporeo** (composto a sua volta da linea arteriosa e linea venosa);
- **Unità dialitica** con monitor e sensori chimici, termici e pressori.



L'emodialisi ospedaliera viene effettuata generalmente **tre volte la settimana**. Ogni seduta dialitica ha una durata compresa tra le tre e le quattro ore. Per effettuare il trattamento emodialitico extracorporeo è necessaria la creazione di un accesso vascolare che consente la comunicazione tra il circuito extracorporeo ed il paziente. Esistono diversi tipi di accessi vascolari: la fistola arterovenosa (**FAV**) nativa o protesica e catetere venoso centrale (CVC).

La FAV consiste nella creazione chirurgica di un collegamento permanente tra un'arteria ed una vena, in modo tale che il vaso venoso, sottoposto all'effetto dell'elevata portata ematica e dell'elevata pressione, progressivamente aumenti il proprio calibro, andando incontro ad un processo detto di "arterializzazione" (maturazione della FAV), essenziale per garantire gli elevati flussi ematici richiesti per l'HD.

Si ricorre invece all'impiego di protesi vascolari sintetiche qualora il patrimonio vascolare del paziente non risulti idoneo all'allestimento della FAV con vasi nativi. Tale accesso vascolare consiste nel collegamento tra un'arteria ed una vena per interposizione di un segmento protesico.

I **CVC** possono essere utilizzati per effettuare un trattamento emodialitico acuto in urgenza oppure un trattamento emodialitico cronico quando non è possibile creare una FAV. I vasi venosi oggetto di cateterismo per emodialisi sono le vene giugulari, le vene femorali e le suclavie (quest'ultime ormai non più generalmente approcciate). I CVC non rappresentano l'accesso vascolare di elezione per i pazienti in HD in quanto gravati da numerose complicanze (es. trombosi, infezioni, stenosi delle vene centrali ecc.).

PRINCIPI ALLA BASE DELL'EMODIALISI:

Il concetto fondamentale su cui si basa l'HD è quello di mettere in contatto il sangue del paziente (ricco di scorie da eliminare) con una soluzione a composizione nota, chiamata dialisato, attraverso una membrana semipermeabile. La rimozione delle sostanze -

continua a pag. 27

- tossiche dal sangue alla soluzione ed il passaggio di sostanze utili dal dialisato al sangue avviene attraverso i processi di diffusione e convezione.

Un'ulteriore necessità del paziente con uremia terminale è quella di eliminare i fluidi corporei in eccesso; tale esigenza viene garantita dall'HD tramite l'**ultrafiltrazione**.

Nel processo di diffusione (**figura 1**), quando due soluzioni a diversa concentrazione vengono messe in contatto da una membrana semipermeabile, si avrà il passaggio di un soluto dalla soluzione a concentrazione maggiore a quella a concentrazione minore attraverso i pori della membrana, fino al raggiungimento dell'equilibrio. Una membrana semipermeabile è una membrana selettiva che si lascia attraversare dalle molecole di solvente e da quelle molecole di soluto che hanno dimensioni inferiori ai pori della stessa.

Tali presidi sono costituiti da un involucro in poliuretano in cui sono ricavati quattro accessi: due per il sangue e due per il dialisato. Esistono due tipi di filtri: a piastre o a fibre cave. In caso di filtri **a piastre**, gli accessi del sangue, uno di ingresso ed uno di uscita, corrispondono a due canali che permettono al sangue stesso di diffondersi tra due fogli di membrane semipermeabili, divisi a coppie in numerosi compatti semi-dipendenti; ognuno di questi compatti è immerso nel dialisato, che circola attraverso i due connettori dedicati.

Nel tipo **a fibre capillari**, il sangue scorre all'interno di migliaia di fibre cave capillari disposte a fascio, parallelamente tra di loro, mentre la soluzione dializzante scorre all'esterno di tali fibre cave, che sono poi raccolte in un contenitore cilindrico.

Le caratteristiche fondamentali dei filtri dializzatori sono, oltre le modalità costruttive, la -

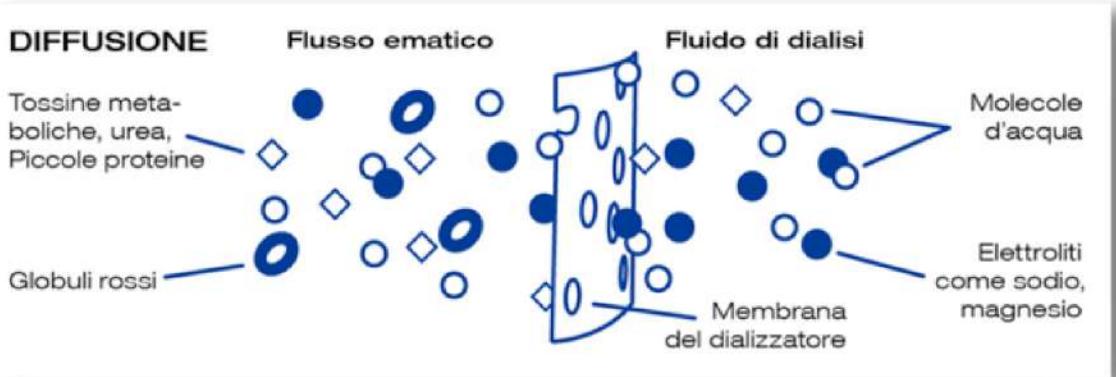


Fig.1. Illustrazione schematica del processo di diffusione che avviene all'interno del filtro dializzatore

L'ultrafiltrazione (UF) è il fenomeno fisico per cui, quando due soluzioni sono separate da una membrana semipermeabile e sono sottoposte a diversa pressione idrostatica, la soluzione in grado di attraversare la membrana semipermeabile passa dal compartimento a pressione maggiore verso quello a pressione minore. L'UF avviene quindi per un gradiente di pressione idrostatica.

Per convezione si intende il fenomeno fisico che, sfruttando l'ultrafiltrazione, determina il passaggio dei soluti trascinati dal solvente tra due soluzioni separate da una membrana semipermeabile. **La differenza fondamentale rispetto all'UF consiste quindi nel passaggio dei soluti insieme al solvente.**

Il filtro dializzatore è l'unità fondamentale del circuito extracorporeo dialitico dove avvengono i processi sopradescritti.

superficie dializzante ed il tipo di membrana dialitica.

Variazioni di questi elementi sono in grado di determinare notevoli differenze nelle prestazioni dei filtri stessi.

I più comuni filtri hanno una superficie oscillante tra 1 m² e 2,2 m². Vi sono due tipologie principali di membrane dialitiche: le membrane di cellulosa e le membrane di materiale sintetico (es. *Polisulfone, Poliacrilonitrile, Polimetilmacrilato, Policarbonato, Poliamide, Polipropilene*).



EMODIALISI EXTRACORPOREA DOMICILIARE

L'Emodialisi Extracorporea Domiciliare (**HHD**) è un'alternativa emodialisi ospedaliera, sebbene ancora poco diffusa rispetto a quest'ultima.

Questo tipo di modalità dialitica, già utilizzata in altri Paesi, può offrire significativi vantaggi in termini di *outcome* clinici, socio-economici e soprattutto di qualità della vita del paziente.

La possibilità di effettuare il trattamento emodialitico extracorporeo presso il domicilio è un'opzione terapeutica che negli ultimi anni è oggetto di una sorta di "riscoperta".

Questa metodica era già stata infatti utilizzata in passato, nei primi anni settanta da Belding Scribner e Stanley Sheldon (Jaber B. L., 2010).

L'emodialisi domiciliare trovò poi larga diffusione per via della scarsità di posti di dialisi in ospedale e di personale medico ed infermieristico dedicato. Il risultato fu che negli anni settanta del secolo scorso, negli Stati Uniti i pazienti in emodialisi domiciliare costituivano circa il 40% di tutti i pazienti sottoposti ad emodialisi extracorporea. Successivamente la metodica fu progressivamente abbandonata, sia per via dell'aumento della disponibilità di strutture ospedaliere e di posti tecnici di dialisi, sia in relazione al **mutato atteggiamento politico sanitario** che, a partire dagli anni ottanta fino alla fine dell'ultimo millennio, **ha teso a portare i malati nelle strutture ospedaliere secondo una teoria di "centralizzazione" delle cure** (Jaber B. L., 2008).

Negli ultimi anni si sta invece assistendo ad una netta inversione di tendenza, spinta anche dalla recente emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19, con uno sforzo diffuso da parte della comunità scientifica nefrologica di incrementare la domiciliazione dei trattamenti dialitici (Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, 15 settembre 2016 [disponibile presso: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf].

Un motore fondamentale che sostiene il rinnovato interesse per l'HHD è inoltre rappresentato dalla disponibilità di macchine -

macchine tecnologicamente avanzate, "miniaturizzate", più semplici e sicure, dall'interfaccia immediata. Queste caratteristiche rendono proponibile l'HHD anche a pazienti anziani, con multiple comorbidità o disabilità, che costituiscono una quota importante della popolazione dialitica.

L'**OMS** definisce l'**assistenza terapeutica domiciliare** come "*la possibilità di fornire al domicilio dei pazienti quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione*" Questa definizione rispecchia a pieno i benefici possibili con la terapia dialitica domiciliare.

Esistono numerose ed importanti ragioni clinico-sociali per attivare/ampliare i programmi di emodialisi extracorporea domiciliare come di seguito indicato.

- **Migliore qualità della vita e riabilitazione sociale** (Jaber, 2008).
- **Possibilità di personalizzare la terapia in base alle esigenze del singolo paziente** (es. scegliere il momento della giornata per effettuare la seduta dialitica in modo da preservare l'attività lavorativa e sociale).
- **Facile trasportabilità delle macchine** per HHD con conseguente **maggiori possibilità di spostamento**.
- **Miglioramento degli outcomes clinici, riduzione dell'astenia post-dialitica e miglioramento dei sintomi depressivi** (Jaber B. L., 2010), miglioramento **dei disturbi del sonno e della sindrome delle gambe senza riposo, riduzione dell'incremento ponderale interdialitico** e conseguente **minor impatto negativo sull'apparato cardiovascolare, migliore controllo dell'ipertensione arteriosa e riduzione del fabbisogno di farmaci antipertensivi, migliore controllo delle alterazioni del metabolismo minerale osseo** legate alla MRC e dell'anemia, con conseguente riduzione del fabbisogno di farmaci chelanti del fosforo e di eritropoietina (Group, 2010), **riduzione della morbilità e della mortalità attesa** (Woods, 1996).

- **Riduzione dei costi** con impatto favorevole sul Servizio Sanitario Nazionale.

I costi del trattamento emodialitico ospedaliero non riguardano solo la strumentazione tecnica -

ed i presidi ("costi diretti"), ma anche l'impiego di personale medico-infermieristico "dedicato", la formazione professionale ("costi umani"), le infrastrutture, i trasporti, le terapie concomitanti ("costi indiretti"). Vanno inoltre considerate le condizioni di "disabilità" in cui spesso versano i pazienti dializzati, per cui l'impegno di recarsi al Centro Dialisi tre volte la settimana può tradursi in perdita di giornate lavorative e compromissione dei rapporti interpersonali ("costi sociali").

La dialisi praticata al proprio domicilio, si realizza semplicemente con l'ausilio del "caregiver". Pertanto, essa permette una evidente risparmio dei "costi indiretti" dell'emodialisi ed una piena riabilitazione sociale e lavorativa, che si traduce quindi in una riduzione anche dei "costi sociali" della terapia stessa.

Infine il migliore controllo clinico-metabolico si riflette in un minore tasso di ospedalizzazione (Johansen, 2009) con ulteriore riduzione della spesa sanitaria.

LA SELEZIONE DEL PAZIENTE

Un paziente affetto da MRC necessitante del trattamento sostitutivo artificiale della funzione renale, **per essere considerato candidabile all'emodialisi domiciliare deve ricevere un giudizio di idoneità da parte del Medico Nefrologo referente.**

Il successo della terapia dialitica domiciliare è strettamente dipendente da un'accurata ed attenta scelta del paziente e della persona che lo coadiuva nel trattamento emodialitico (caregiver). E' indispensabile selezionare i pazienti/caregiver secondo quanto indicato dalle linee guida NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (A., 2018).

Un paziente viene giudicato idoneo all'emodialisi domiciliare se:

- **Fortemente motivato ad apprendere** le procedure necessarie **e ad accettare** le modalità del trattamento domiciliare;
- Le sue **condizioni cliniche non sono tali da rendere il setting domestico non idoneo** e/o pericoloso per lo svolgimento -

della terapia emodialitica;

- **E' dotato di un accesso vascolare** per la terapia emodialitica extracorporea ben funzionante e non particolarmente difficile da gestire;
- **Ha una buona stabilità cardiovascolare intradialitica;**
- **Il suo domicilio presenta un locale idoneo** per l'apparecchiatura di emodialisi e per lo svolgimento del trattamento, uno spazio sufficiente ed adeguato per lo stoccaggio del materiale e dei rifiuti;
- **L'impianto elettrico del domicilio è a norma** ed è **presente uno scarico fognario;**
- **Il caregiver è ben predisposto e idoneo** ad effettuare una fase di training ed a coadiuvare il paziente nella gestione del trattamento emodialitico;

- Il caregiver è "*la persona principalmente responsabile dell'assistenza del paziente nel corso della malattia e più strettamente coinvolta nella sua cura*" (Belasco,2006). Può dunque essere rappresentato da una figura facente parte del nucleo familiare del paziente, così come da un assistente domiciliare o un volontario; Ai fini di una corretta esecuzione del training e dell'acquisizione di tutte le competenze teorico-pratiche da esso previste per una gestione sicura ed efficiente della terapia emodialitica domiciliare, **il caregiver deve aver acquisito almeno il livello base di istruzione obbligatoria.**

Durante il periodo di formazione deve mostrare un grado preparazione socio-culturale tale da renderlo capace di gestire una seduta emodialitica extracorporea domiciliare secondo le *Best Practice* e risolvere le eventuali problematiche e/o emergenze che si dovessero presentare durante il trattamento.

Da quanto sopra riportato si evince che l'importanza strategica della figura del caregiver nell'HHD. È di fondamentale importanza l'accurata selezione del caregiver, così come il percorso di counseling che deve essere garantito per all'avvio del trattamento dialitico domiciliare. L'entità delle necessità assistenziali del paziente in HHD comportano un elevato rischio di burnout con conseguente abbandono della tecnica dialitica domiciliare (Jean-Philippe Rioux, 2015).

L'ESPERIENZA DELL'UNITÀ OPERATIVA DI NEFROLOGIA E DIALISI DELL'OSPEDALE DI MACERATA

Apparecchiatura utilizzata:

La modalità di trattamento emodialitico domiciliare scelta dall'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale di Macerata è la **Short Daily Home Hemodialysis (SDHHD)**, che consiste in **5-7 trattamenti settimanali** della **durata di circa 2,5 ore**. Le apparecchiature utilizzate dal Centro sono *NxStage System One* (**fig. 2**) ed *S3Physidia* (**fig. 3**).



Fig. 2. NxStage System One montato pronto per l'utilizzo.

Il sistema NxStage One è attualmente il più diffuso. La macchina ha dimensioni miniaturizzate, peso contenuto (misure in cm: altezza=33; lunghezza=33, profondità=37, peso=30Kg) ed è facilmente trasportabile permettendo in questo modo ai pazienti di spostarsi e di viaggiare anche in aereo. -

L'apparecchiatura non necessita di impianti per il trattamento dell'acqua (moduli di osmosi inversa) o per la disinfezione dei circuiti, dal momento che utilizza sacche di dialisato da 5 litri premiscelato e preconfezionato sterilmente e pronte all'uso. In questo modo il domicilio del paziente non necessita di alcun cambiamento strutturale (idraulico ed elettrico). Linee e filtro sono già assemblati a modello cartridge, quindi non devono essere montate, ma bisogna semplicemente inserire la cartuccia (**fig. 3**) all'interno del cycler (**fig. 4**).



Fig. 3. Sistema S3 Physidia con monitor a tablet estraibile.



Fig.4. Modello cartridge del sistema Nx Stage.



Fig. 5. Monitor Nx Stage Cycler.

Il device S3Physidia è stato sviluppato in Francia, registrato come presidiomedico ed approvato per emodialisi in centro ed HHD con marchio CE (European Conformity) nel 2013; ha un design cubico compatto e portatile (dimensioni 40 x 40 x 40 cm), dal peso di 25 Kg. Il macchinario è stato progettato specificamente per l'emodialisi breve quotidiana domiciliare(Physidia). Esso integra tutte le caratteristiche tecniche e di sicurezza per il monitoraggio dei flussi (sangue, dialisato ed ultrafiltrato) e delle pressioni (sangue, transmembrana). Il circuito extracorporeo si basa su **un sistema a doppio ago** che richiede l'inserzione di due aghi (o l'impiego dei due lumi di un CVC) per ogni trattamento dialitico. Non essendo il filtro dializzatore direttamente preconnesso alle linee del circuito, il device consente una prescrizione del filtro personalizzabile, secondo giudizio del Medico.



Fig. 6. Rack verticale del sistema S3 Physidia con sacche di dialisato da 5L collegate e pronte per l'utilizzo.

Il dialisato è interamente contenuto in sacche sterili da 5 L che vengono collocate in un sistema a rack verticale (**fig. 6**) che può accogliere fino a 7 sacche. Questo viene riscaldato prima di entrare in contatto con il sangue del paziente. Il dialisato "esausto" viene smaltito direttamente con il flusso dei rifiuti.

La pompa sangue è in grado di operare in un range di flussi che va da 100 a 350 ml/min.

La tecnologia a camera di bilanciamento con tassi di ultrafiltrazione regolabili è in grado di fornire, mediante un sistema "push-pull", un significativo enhancement del volume convettivo, che consente un incremento dell'efficienza depurativa ed un ridotto fouling della membrana dialitica (K., 2013).

Il device S3 è dotato di un tablet removibile con interfaccia paziente touch-screen. Vi è la possibilità di memorizzare e trasmettere i dati dei trattamenti al Centro Dialisi di riferimento.

IL PERCORSO DEL PAZIENTE DIALITICO:

L'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale di Macerata prevede l'impiego di **2 infermieri dedicati all'HHD a tempo parziale**. Vi è un Medico Nefrologo referente. Il percorso del paziente dialitico è gestito da queste figure dell'equipe ed è composto da diverse tappe:

- **Ambulatorio pre-dialisi;**
- **Prima fase di addestramento** in Reparto Dialisi
- **Seconda fase di prova presso il domicilio** del paziente
- **Follow-up a cadenza mensile in Reparto Dialisi**
- **Visite domiciliari.**

La pre-dialisi:

Il percorso di pre-dialisi prende avvio generalmente dall'ambulatorio nefrologico, ove il paziente candidabile ad HHD viene segnalato agli operatori dedicati (Medico Nefrologo referente ed Infermieri).

Avviene quindi la presa in carico da parte dell'equipe dedicata.

I primi aspetti che vengono valutati sono:

- **Anamnesi familiare**, valutazione del vissuto del paziente;
- **Individuazione del caregiver**;
- **Valutazione delle comorbidità**, di **eventuali limitazioni funzionali** e del loro impatto sul *performance status*;
- **Analisi delle esigenze** peculiari del paziente e del caregiver ed eventuali criticità (es. attività lavorativa, impegni familiari, etc.);
- Eventuali colloqui con pazienti detti "esperti";
- **Idoneità del domicilio** del paziente.

Andando avanti si passa alla **valutazione dell'accesso vascolare** e ad una prima fase di addestramento del caregiver sull'utilizzo dell'accesso stesso (cenni sulla struttura ed il funzionamento della FAV o del CVC).

Una volta scelta la metodica dialitica si prendono contatti con la ditta fornitrice e si procede all'ordine del materiale e dell'apparecchiatura per il training in Reparto Dialisi.

L'apparecchiatura pervenuta viene allestita in una stanza dedicata all'addestramento nel Centro e collaudata in Reparto prima del suo utilizzo sul paziente.

A questo punto **si stabilisce un calendario di addestramento del paziente e del caregiver**.

Si procede quindi all'ordine del materiale dialitico per il domicilio.

Training e periodo di prova in Reparto Dialisi

Il training inizia con l'acquisizione del consenso informato all'avvio della dialisi ed al trattamento dei dati personali.

Dopo che il Medico Nefrologo ha redatto la prescrizione dialitica, questa viene memorizzata nell'apposita card e vengono date le impostazioni al monitor.

Inizia quindi il vero e proprio percorso di formazione del paziente e del caregiver, che consta di due fasi principali:

- **Acquisizione di aspetti tecnico-concettuali basilari quali:**

- Brevi cenni sulla metodica dialitica da effettuare;
- Visione e spiegazione dei materiali in uso (filtro, linee, liquido di dialisi ecc.) con

supporto di opuscoli e guide rapide;

- Spiegazione del funzionamento del monitor;

- **Aspetti operativi pratici legati al trattamento:**

- Accensione, montaggio e preparazione del monitor;
- Misurazione dei parametri vitali ed antropometrici (pressione arteriosa, polso, frequenza cardiaca ecc.) per stabilire la quota complessiva di ultrafiltrazione;
- Avvio del trattamento dialitico;
- Controllo dei parametri vitali e del monitor durante il trattamento
- Fine trattamento e stacco;
- Medicazione del CVC o tamponamento dei siti di puntura della FAV;
- Invio telematico dei report con l'utilizzo di tablet ed e-mail o annotazioni delle sedute dialitiche;
- Smaltimento dei rifiuti speciali
- Pulizia della macchina.

Dopo 2/3 giorni di trattamento si effettuano dei prelievi ematici per dosaggio di urea all'inizio e alla fine della dialisi, in modo da determinare l'adeguatezza della dose dialitica somministrata tramite il calcolo del KT/V.

Il superamento di questa fase del training determina l'emissione di un giudizio di idoneità ed il rilascio di un attestato.

Fine training in Reparto ed inizio della dialisi a domicilio

Terminati il training in reparto **si consegnano al paziente dei numeri telefonici utili** (numero verde, recapiti telefonici del Reparto, alti ausili di comunicazione digitale) **e diari per redigere i report di ogni seduta** dialitica. La ditta fornitrice provvede non solo alla consegna dei materiali, ma anche allo smaltimento dei rifiuti speciali prodotti.

Quale supporto economico, è possibile inoltrare una richiesta di rimborso per il consumo di energia elettrica per l'uso di apparecchiature elettro-medicali.

In caso di criticità si istruisce il paziente ad afferire presso il Centro Dialisi. Si fornisce al paziente del materiale sanitario indispensabile alla pratica dell'HHD (quale: teli sterili di attacco-stacco, guanti, siringhe, aghi fistola ecc.).

Le prime sedute dialitiche domiciliari vengono

effettuate con la presenza dell'infermiere dedicato. Tale pratica fornisce un supporto aggiuntivo al paziente ed al caregiver prima dell'acquisizione della completa autonomia, e consente inoltre all'infermiere di valutare le abilità acquisite dalle suddette figure nel contesto ambientale effettivo dove verranno esercitate.

Follow-up mensili

Intrapreso il trattamento dialitico domiciliare il paziente viene avviato ad un follow up medico infermieristico mensile in Centro che consta dei seguenti elementi fondamentali:

- **Prelievi ematici periodici, rilevazione dei parametri vitali e del peso corporeo,**
- **Monitoraggio dell'accesso vascolare** (esame obiettivo FAV, medicazione CVC);
- **Visite nefrologiche** per adeguamento della terapia farmacologica e dialitica;
- **Verifica dell'aderenza alla terapia** dialitica e farmacologica
- **Prescrizione di eventuali accertamenti** clinici, laboratoristici, strumentali;
- **Rifornimento del materiale.**

Training e periodo di prova in Reparto Dialisi

La funzione delle visite domiciliari periodiche è quella di controllo e supervisione della modalità di esecuzione della dialisi da parte del caregiver. Possono inoltre costituire una modalità di intervento in caso di problemi tecnici-operativo o altre criticità intercorrenti.

RISULTATI: L'attività dell'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale di Macerata

Al 28/02/2023 vi sono tre pazienti in trattamento emodialitico domiciliare in cura presso l'Unità Operativa di Nefrologia e dialisi dell'Ospedale di Macerata (tabella1): due maschi (pazienti 1 e 3) e una femmina (paziente 2).

I pazienti 1 e 2 hanno come accesso vascolare un catetere venoso centrale a lungo termine; il paziente 3 presenta una fistola arterovenosa.

L'età media dei pazienti al momento dell'avvio dell'HHD è di 58,3 anni.

Tutti i pazienti provenivano dall'emodialisi ospedaliera. L'età dialitica media al momento del passaggio dall'emodialisi ospedaliera all'HHD è risultata di 31,3 mesi.

La nefropatia originaria dei pazienti 1 e 3 è la nefropatia diabetica; quella del paziente 2 è una glomerulonefrite cronica. Come mostrato nella tabella le comorbidità risultano ampiamente sovrapponibili. Tutti i pazienti in questione sono affetti da diabete mellito ed ipertensione arteriosa sistemica; i pazienti 1 e 2 hanno inoltre anamnesi positiva per patologie oncologiche pregresse.

Per tutti i pazienti del centro, il caregiver è rappresentato dal coniuge. Di particolare rilievo è il fatto che il paziente 1 ed il relativo caregiver hanno entrambi un'occupazione full time, mentre nei casi 2 e 3 sia il paziente che i caregiver sono pensionati.

La durata media dell'addestramento è stata di 19 giorni. Risalta un rapporto di proporzionalità inversa tra l'età dialitica al momento del passaggio dall'emodialisi ospedaliera all'HHD e la durata dell'addestramento.

Per quanto concerne le modalità dialitiche, i pazienti 1 e 3 seguono una prescrizione di 5 trattamenti la settimana; il paziente 2 effettua sedute dialitiche quotidiane.

La durata media delle sedute di dialitiche è di 145 minuti.

Nell'ambito del periodo di osservazione (dall'avvio dell'HHD fino al 28/02/2023), l'incidenza di accessi ambulatoriali non programmati per problematiche legate all'HHD è stata di 1 episodio ogni 3,01 mesi-paziente.

Sempre nell'arco del suddetto periodo, **soltanto il paziente 3 ha presentato la necessità di sospensione temporanea dell'HHD per problematiche legate all'accesso vascolare** (FAV) e vi è stata soltanto una ospedalizzazione.

	PAZIENTE 1	PAZIENTE 2	AZIENTE 3
SESSO	M	F	M
DATA DI NASCITA	11/02/1960	07/05/1967	19/06/1960
NEFROPATHIA ORIGINARIA	Nefropatia Diabetica	Glomerulonefrite	Nefropatia Diabetica
COMORBIDITÀ	Ipertensione Diabete Epatopatia Neoplasia	Ipertensione Diabete Obesità <u>Broncopneumopatia</u> Neoplasia	Ipertensione Diabete Cardiopatia ischemica
PROVENIENZA	Emodialisi ospedaliera	Emodialisi ospedaliera	Emodialisi ospedaliera
DATA INIZIO EMODIALISI DOMICILIARE	21/04/2022	07/01/2021	18/11/2020
ETÀ DIALITICA ALL'INIZIO DELLA EMODIALISI DOMICILIARE (MESI)	13	18	63
TIME ON THERAPY EMODIALISI DOMICILIARE (IN MESI, 28/02/2023)	10	25	26
ACCESSO VASCOLARE	CVC giugulare a permanenza	CVC giugulare a permanenza	FAV prossimale destra
OCCUPAZIONE PAZIENTE	Full time	Pensionato	Pensionato
CARE GIVER	Coniuge	Coniuge	Coniuge
OCCUPAZIONE GIVER	Full time	Pensionato	Pensionato
DUTATA ADDESTRAMENTO (GIORNI)	24	19	14
NUMERO SESSIONI/SETTIMANA	5	7	5
TEMPO DI TRATTAMENTO (MINUTI)	135	150	150
ACCESSIONI AMBULATORIALI NON PROGRAMMATI	5	5	11
OSPEDALIZZAZIONI	0	0	4
SOSPENSIONE TEMPORANEA	0	0	1

Tab. 1. Pazienti in trattamento l'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale di Macerata

CONCLUSIONI

Nello scenario sanitario attuale, caratterizzato dalla necessità di fronteggiare l'elevata prevalenza di patologie croniche mantenendo contenute le spese, la domiciliazione delle cure assume un ruolo strategico. Ciò consente di dare una risposta concreta alle indicazioni del Ministero della Salute nel Piano Nazionale delle Cronicità (PNC), che da diversi anni invita le Regioni alla domiciliazione delle cure per patologie croniche (tra cui la MRC) ed, allo stesso tempo di migliorare il profilo assistenziale dei pazienti affetti da tali patologiche.

L'emodialisi domiciliare presenta una serie di vantaggi in linea quanto appena riportato: minor carico assistenziale per le strutture ospedaliere, contenimento dei costi, benefici clinici e psicosociali per i pazienti.

L'esperienza dell'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale di Macerata registra finora dei buoni risultati, in linea con i dati riportati in letteratura.

Lo sviluppo del programma di emodialisi domiciliare può dare un impulso decisivo all'incremento della quota complessiva dei pazienti che effettuano il trattamento dialitico a domicilio, andando ad affiancare la già comprovata esperienza della dialisi peritoneale i cui numeri risultano difficilmente incrementabili a causa delle caratteristiche cliniche dei pazienti e dell'elevata incidenza di drop-out.

La figura dell'infermiere ricopre un ruolo fondamentale nello sviluppo di tale programma, così come nel suo mantenimento e nel buon esito dello stesso.

Bibliografia & Sitografia

- A, D. (2018, Ottobre3). Guidance on Home Comparedwith Hospital Haemodialysis for Patients with End-Stage Renal Failure. Tratto da London, UK: National Institute: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng107>
- Belasco, A. B. (2006). Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation, 955–963.
- Benussi, F. O. (2022, Dicembre 1). Potenziare le cure domiciliari: più salute, più risparmio, più libertà per i pazienti. Tratto da FORUM PA: <https://www.forumpa.it/sanita/potenziare-le-cure-domiciliari-piu-salute-piu-risparmio-piu-libertà-per-i-pazienti/#:~:text=L'Italia%20ha%20una%20percentuale,corrisponde%20a%20ci rca%20600%20pazienti.>
- Calabrese, M. (2019, 12 24). L'indice di Karnofsky: valutazione sanitaria sulla qualità di vita. Tratto da Nuerse Times: <https://nursetimes.org/lindice-di-karnofsky- valutazione-sanitaria-sulla-qualità-di-vita/77554>
- Chiara Ralli, P. I. (2016, Luglio/agosto). Storia dell'emodialisi domiciliare e della suaprobabile rinascita. Tratto da giornaleitalianodinefrologia.it: [https://giornaleitalianodinefrologia.it/2016/07/storia-dellemodialisi-domiciliare- e-della-suaprobabile- rinascita/#:~:text=L'emodialisi%20domiciliare%20\(HDD\),arrivano%20dal%20gruppo%20di%20Y.](https://giornaleitalianodinefrologia.it/2016/07/storia-dellemodialisi-domiciliare- e-della-suaprobabile- rinascita/#:~:text=L'emodialisi%20domiciliare%20(HDD),arrivano%20dal%20gruppo%20di%20Y.)
- Domenico Santoro, A. B. (s.d.). DIALISI: da sapere. Tratto da fondazioneitalianadelrene.org: <http://www.fondazioneitalianadelrene.org/wp-content/uploads/2014/12/DA SAPERE DIALISI.pdf>
- Dott. Colin Baigent, K. B. (2000, 7 20). Malattia cardiovascolare prematura nell'insufficienza renale cronica. Tratto da sciencedirect.com: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673600024569>
- Fresenius Medical Care Deutschland GmbH. (2020). Sistema a Cartuccia Express NxStage.
- Group, T. F. (2010). In-Center Hemodialysis Six Times per Week versus Three Times per Week. New England Journal of Medicine, 2287–2300.
- Harris, V. L. (1994). The Third National Health and Nutrition. Tratto da The Gerontologist: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/>
- Jaber, B. L. (2008, Settembre 27). Scope and design of the Following Rehabilitation, Economics and Everyday-Dialysis Outcome Measurements (FREEDOM) Study. Tratto da Americanjournal of kidneydiseases : the official journalof the National Kidney Foundation: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.07.013>
- Jaber, B. L. (2008,Settembre 27). Scope and designof the Following Rehabilitation, Economics and Everyday-Dialysis Outcome Measurements (FREEDOM) Study. Tratto da Americanjournal of kidneydiseases : the official journalof the National Kidney Foundation: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.07.013>
- Jaber, B. L. (2010, Luglio 29). Effect of daily hemodialysis on depressive symptoms and postdialysis recovery time: interim report from the FREEDOM (Following Rehabilitation, Economics and Everyday-Dialysis Outcome Measurements) Study. Tratto da American journal of kidney diseases : the official journal of theNational Kidney Foundation: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2010.04.019>
- Jaber, B. L. (2010, Luglio 29). Effect of daily hemodialysis on depressive symptoms and postdialysis recovery time: interim report from the FREEDOM (Following Rehabilitation, Economics and Everyday-Dialysis Outcome Measurements) Study. Tratto da American journal of kidney diseases : the official journal of theNational Kidney Foundation: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2010.04.019>
- Jean-Philippe Rioux,M. R. (2015, 4 29). Selezione e formazione dei pazienti per l'emodialisi domiciliare. Tratto da [onlinelibrary.wiley.com: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hdi.12254](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hdi.12254)
- Johansen, K. L.-R. (2009, Agosto 19). Survival and hospitalization among patients using nocturnal and short daily compared to conventional hemodialysis: a USRDS study. Tratto da Kidney international: <https://doi.org/10.1038/ki.2009.291>
- K., L. (2013, Settembre). Engineering perspective on the evolution of push/pull-based dialysis treatments. Tratto da Expert review of medical devices: <https://doi.org/10.1586/17434440.2013.827504>
- Koji Tomori, H. O. (2018). Home Hemodialysis: Benefits, Risks, and Barriers. In e. a. Nakamoto H, Recent Advances in Dialysis Therapy in Japan (p. 178–183). Giappone.
- Malkina, A. (2021). Malattia renale cronica. Tratto da msdmanuals.com: <https://www.msdmanuals.com/it-it/casa/patologie-delle-vie-urinarie-e-dei-reni/insufficienza-renale/malattia-renale-cronica-mrc#:~:text=La%20malattia%20renale%20cronica%20C3%A8,diabete%20e%20l'ipertensione%20arteriosa.>
- Paolo Lentini, A. G. (2021). Emodialisi domiciliare: una esperienza condivisa. Tratto da giornaleitalianodinefrologia.it: <https://giornaleitalianodinefrologia.it/tag/dialisi- domiciliare/>
- Physidia. (s.d.). Emodialisi domestica. Tratto da Physidia emodialisi: <https://www.physidia.com/en/home-haemodialysis-with-s3-monitor/>
- Tavolaro, A. (s.d.).Insufficienza renale cronica,i numeri e i costi pubblici. Tratto da Nurse24.it: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/emodialisi/insufficienza- renale-cronica-spesa-pubblica.html#:~:text=Ci%C3%B2%20significa%20che%20ogni%20anno,pazie nte%20in%20dialisi%20all'anno.>
- William R.Clark, J. E. (2004, Marzo 29). APPROCCI ALLA DIALISI QUOTIDIANA: II sistema NxStage One. Tratto da [onlinelibrary.wiley.com: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0894-0959.2004.17220.x](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0894-0959.2004.17220.x)
- Woods, J. D. (1996). Comparison of mortality with home hemodialysis and center hemodialysis: a national study. Kidney international, 1464–1470.
- Zeiler, M. R. (2018). TUTTE LE INFORMAZIONI SULLA DIALISI DOMICILIARE. Tratto da emodial.it: <https://www.emodial.it/como-funziona-dialisi-domiciliare/>



NOTIZIE DALLA SEGRETERIA OPI

“ CALL FOR PAPERS ! ”

Il Comitato di Direzione, il Comitato di Redazione ed il Comitato Scientifico della rivista semestrale “L’ordine informa” vi segnalano la Call for Papers per il numero 2/2023 prevista per il mese di Dicembre 2023.

La rivista è il nuovo periodico semestrale d’informazione professionale e scientifica dell’OPI di Macerata che dal 2021 è pubblicata on-line sul sito www.opimacerata.it/lordine-informa. Il suo principale obiettivo è promuovere lo sviluppo e la diffusione di contributi scientifici relativi alla teoria, all’ambito clinico-assistenziale, alla formazione, all’organizzazione e ad altri ambiti di interesse disciplinare.

L’invito è rivolto a tutte le colleghi ed i colleghi infermieri ed ostetriche, studentesse e studenti del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica.

“Nella ricerca scientifica né il grado di intelligenza né la capacità di eseguire e portare a termine il compito intrapreso sono fattori essenziali per la riuscita e per la soddisfazione personale. Nell’uno e nell’altro contano maggiormente la totale dedizione e il chiudere gli occhi davanti alle difficoltà”. (Rita Levi-Montalcini,1994).

CALL FOR PAPERS

La scadenza per l'invio dell'abstract è il **30.11.2023**,
che potrete inviare all'indirizzo **redazione@opimacerata.it**.
Di seguito potete prendere visione delle norme editoriali
consultabili anche sul sito dell'OPI di Macerata.



NORME EDITORIALI

MANOSCRITTI:

I manoscritti devono essere presentati in italiano, eventuali parole straniere se non italianizzate vanno riportate in corsivo, essi possono essere accompagnati da una Cover Letter ove si spiega brevemente l'appeal del lavoro.

Le pagine devono essere numerate in maniera consecutiva.

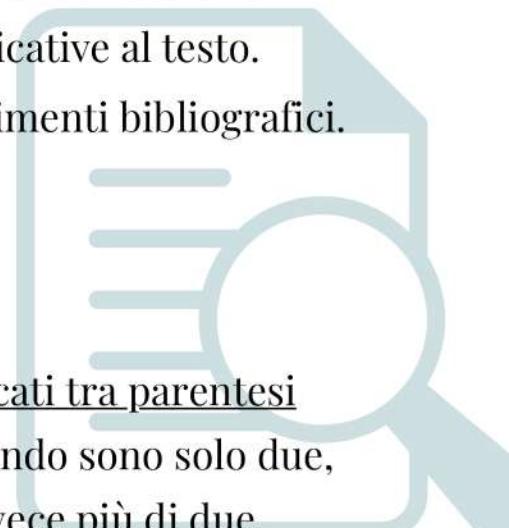
La **prima pagina** deve comprendere (a) il titolo dell'articolo, (b) il nome per esteso e il cognome del/degli autore/i, (c) la (le) rispettiva(e) istituzione(i), (d) l'indirizzo per la corrispondenza di uno degli autori.
I manoscritti devono includere un **Sommario Breve** di circa 20 parole, tre-sei Parole-Chiave e un **Sommario Esteso** (circa 200 parole) il tutto strutturato a seconda del tipo di articolo, in uno dei due modi che seguono: **Premessa, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni** (per gli articoli contenenti dati di ricerche) oppure **Premessa, Contributi o Descrizioni, Conclusioni** (rassegne, interviste, commenti, saggi).

I manoscritti non devono superare le 2000 parole.

NOTE A PIÈ DI PAGINA:

Nel manoscritto possono essere inserite delle note a piè di pagina, richiamate nel testo con il numero arabo attaccato alla parola e prima dell'eventuale segno d'interpunzione. Si suggerisce di utilizzare le note solo se realmente necessarie e come note esplicative al testo.

Tutti i richiami bibliografici vanno inseriti nei riferimenti bibliografici.



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

I richiami bibliografici nel testo devono essere indicati tra parentesi tonde, riportando solo il cognome dell'autore (quando sono solo due, i cognomi vanno separati dalla “e”, quando sono invece più di due, riportare solo il nome del primo autore, seguito da et al.).

I riferimenti bibliografici vanno poi riportati alla fine del manoscritto, **in ordine alfabetico e senza numerazione**.

I cognomi e le iniziali dei nomi di tutti gli autori (quando sono più di tre, riportare solo i nomi dei primi tre autori, seguiti da et al.), il titolo dell'articolo in corsivo, il titolo della rivista abbreviato in accordo con l'Index Medicus, l'anno di pubblicazione, il numero del volume, la prima e l'ultima pagina dell'articolo devono essere riportati secondo lo stile qui di seguito esemplificato:

ARTICOLI DI GIORNALI:

Epstein O, De Villers D, Jain S et al. Reduction of immune complex and immunoglobulins induced by D-penicillamine in primary biliary cirrhosis. N Engl J Med 1979;300:274-8.

Libri: Blumberg BS. *The nature of Australia Antigen: infectious and genetic characteristics*. In: Popper H, Scaffer F, Eds. *Progress in Liver Disease*. Vol. IV. Grune and Stratton, New York and London 1972, pp. 367-9.

TABELLE & FIGURE:

Le **TABELLE** devono essere **numerate consecutivamente con numeri romani** e devono essere consegnate su file separati in formato .doc o .rtf.

Le **FIGURE** devono essere **numerate consecutivamente con numeri arabi** e devono essere presentate anch'esse su file separati in formato .jpeg o .tiff con definizione di 300 dpi, accompagnate da esplicite legende con definizioni di tutti i simboli ed abbreviazioni usati. Qualora i file dovessero essere di bassa definizione o scarsa qualità, la redazione si riserva di comunicarlo agli autori, in modo che vengano riforniti. Nel caso di materiale illustrativo già pubblicato altrove o da altri autori, dovrà essere richiesta l'autorizzazione e indicata chiaramente la fonte in legenda, specificando se è stata riproposta in originale oppure modificata.

RINGRAZIAMENTI:

I ringraziamenti devono essere riportati in fondo allo stesso file dell'articolo.

AUTORI:

Nel caso di più autori, specificare se questi desiderano che sia indicato in cima al manoscritto il ruolo di ciascuno nel lavoro (es: ricercatore principale, autore senior, partecipante, etc; oppure più dettagliatamente).



MANOSCRITTI RIVEDUTI E BOZZE:

I manoscritti verranno rinviati agli autori con i commenti dei referees e/o una revisione a cura della Segreteria Scientifica. Se accettati per la pubblicazione, i testi dovranno essere rimandati alla Segreteria Scientifica con il visto del primo autore.

COPYRIGHT: ©

I manoscritti e il relativo materiale illustrativo **rimangono di proprietà dell'OPI di Macerata e non possono essere riprodotti senza un permesso scritto.**

Assieme al manoscritto gli autori sono pregati di inviare alla Segreteria Scientifica la seguente dichiarazione (a firma di ciascun autore): ***"I sottoscritti trasferiscono tutti i diritti d'autore del manoscritto (titolo dell'articolo) all'OPI di Macerata, nel caso il manoscritto sia pubblicato sulla rivista 'L'Ordine Informa'. Gli autori assicurano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza, ne è in corso di valutazione presso altro giornale".***

INDIRIZZO PER INVIO DEI MANOSCRITTI:

Il lavoro e tutta la documentazione vanno inviati in **formato .doc** all'indirizzo e-mail **redazione@opimacerata.it**.

Per ulteriori informazioni rivolgersi a
ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE di MACERATA (OPI)
Corso Cavour, 96 Macerata - Tel: 0733/233051 Fax : 0733/269863 - email:
info@opimacerata.it - PEC : macerata@cert.ordine-opi.it

a cura del Comitato Scientifico