

Journal of Biomedical Practitioners

JBP

Periodico per le professioni biomediche a carattere tecnico - scientifico - professionale

Titolo articolo / Article title:

**Indagine conoscitiva in un gruppo di dietisti sul
Care Management in ambito nutrizionale.**

**Survey with dieticians on Care Management in the
field of nutrition.**

Autori / Authors: **Gessica Cicci, Serena Frassini, Stefania Rasori.**

Pagine / Pages: **117-129, N.2, Vol.7 - 2023**

Submitted: **11 July 2023** – *Revised:* **14 July 2023** – *Accepted:* **12
September 2023** – *Published:* **20 December 2023**

Contatto autori / Corresponding author: **Gessica Cicci,**

gessi.cicci@gmail.com



Opera distribuita con Licenza Creative Commons.
Attribuzione – Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale.

Open Access journal – www.ojs.unito.it/index.php/jbp – ISSN 2532-7925

Questa Rivista utilizza il [Font EasyReading®](#), carattere ad alta leggibilità, anche per i dislessici.

Periodico per le professioni biomediche e sanitarie a carattere tecnico - scientifico – professionale

Direttore responsabile/Editor in chief: Francesco Paolo SELLITTI

Direzione di redazione/Editorial management: Simone URIETTI, Ilaria STURA, Elisa PICCOLO, Domenico Riccardo CAMMISA.

Comitato di redazione/Editorial team:

Editors: Simone URIETTI, Elena DELLA CERRA, Mario CORIASCO, Sergio RABELLINO, Luciana GENNARI, Patrizia GNAGNARELLA, Alessandro PIEDIMONTE, Luca CAMONI, Claudio POBBIATI, Ilaria STURA, Giuseppe MAMMOLO, Cristina POGGI, Antonio VEROLINO, Francesco ZARRELLI, Elisa PICCOLO, Domenico Riccardo CAMMISA.

Journal manager e ICT Admin: Simone URIETTI

Book manager: Francesco P. SELLITTI

Graphic Design Editor: Mario CORIASCO, Sergio RABELLINO, Giuseppe MAMMOLO, Francesco ZARRELLI, Francesco P. SELLITTI.

Comitato scientifico/Scientific board:

Dott. Anna Rosa ACCORNERO
Prof. Roberto ALBERA
Dott. Massimo BACCEGA
Dott. Alberto BALDO
Prof. Nello BALOSSINO
Prof. Paolo BENNA
Prof. Mauro BERGUI
Dott. Salvatore BONANNO
Prof. Ezio BOTTARELLI
Prof. Gianni Boris BRADAC
Dott. Gianfranco BRUSADIN
Dott. Luca CAMONI
Prof. Alessandro CICOLIN

Dott. Mario Gino CORIASCO
Dott. Laura DE MARCO
Dott. Patrizio DI DENIA
Dott. Chiara FERRARI
Prof. Diego GARBOSSA
Dott. Luciana GENNARI
Dott. Ramon GIMENEZ
Prof. Caterina GUIOT
Prof. Leonardo LOPIANO
Dott. Giovanni Malferrari
Prof. Alessandro MAURO
Prof. Daniela MESSINEO

Dott. Sergio MODONI
Dott. Alfredo MUNI
Dott. Grazia Anna NARDELLA
Dott. Christian PARONE
Prof. Lorenzo PRIANO
Dott. Sergio RABELLINO
Dott. Fabio ROCCIA
Dott. Carlo SCOVINI
Dott. Saverio STANZIALE
Dott. Lorenzo TACCHINI
Prof. Silvia TAVAZZI
Dott. Irene VERNERO

Scienze economiche e dell'organizzazione aziendale sanitaria / Health Economics and Management Science

- 1 *Aggressione sul posto di lavoro verso gli operatori sanitari: costruzione e sperimentazione di uno strumento di valutazione del rischio.*
Workplace violence against healthcare workers: development of an item for risk assessment.

Matteo Colombo, Donato Lancellotti.

Neuroscienze / Neuroscience

- 19 *Il Tecnico di Neurofisiopatologia in ambito neuroriabilitativo e di ricerca scientifica: studio osservazionale di impiego sul territorio nazionale italiano.*

Cristina Turco, Sara Zago, Marianna Cavinato.

- 38 *Neurophysiology Technologist in neurorehabilitation and scientific research: an observational study of employment on the Italian national territory.*

Cristina Turco, Sara Zago, Marianna Cavinato.

Scienze infermieristiche / Nursing sciences

- 58 *Gli Infermieri e la Fisica Medica: studio osservazionale sulle conoscenze delle basi fisiche degli strumenti elettromedicali.*

Ilaria Stura, Caterina Guiot.

- 70 *Nurses and Medical Physics: an observational study on the knowledge of the physical basis of Medical Devices.*

Ilaria Stura, Caterina Guiot.

83	<p><i>Impatto emotivo dell'Alopecia indotta da chemioterapia: studio qualitativo fenomenologico.</i></p> <p><i>Emotional impact of Chemotherapy-induced Alopecia: qualitative phenomenological study.</i></p>	Isabella Baglioni, Ludovica Ripa, Chiara Gatti, Fabio Sarzana, Arianna Mancini, Stefano Marcelli, Francesca Ciarpella, Simona Tufoni.
96	<p><i>La classificazione di Ross come strumento di valutazione infermieristica nel paziente pediatrico cardiopatico.</i></p>	Chiara Gatti, Bardeggia Valentina, Cinzia Borgognoni, Francesco Bianco, Federico Guerra.
107	<p><i>The Ross classification as a tool for nursing evaluation in pediatric heart disease patient.</i></p>	Chiara Gatti, Bardeggia Valentina, Cinzia Borgognoni, Francesco Bianco, Federico Guerra.
Scienze della Nutrizione e Dietetica / Nutrition and dietetic sciences		
117	<p><i>Indagine conoscitiva in un gruppo di dietisti sul Care Management in ambito nutrizionale.</i></p> <p><i>Survey with dieticians on Care Management in the field of nutrition.</i></p>	Gessica Cicci, Serena Frassini, Stefania Rasori.
Editoriale / Editorial		
130	<p><i>Il Dottorato di Ricerca: Che cos'è?</i></p> <p><i>The Ph.D.: What is it?</i></p>	Francesco Paolo Sellitti, Simone Urietti, Antonio Verolino, Ilaria Stura, Elisa Piccolo, Elena Della Cerra, Mario Gino Coriasco, Sergio Rabellino, Luciana Gennari, Patrizia Gnagnarella, Alessandro Piedimonte, Luca Camoni, Claudio Pobbati, Cristina Poggi, Giuseppe Mammolo, Francesco Zarrelli, Domenico Riccardo Cammisa.

OPEN ACCESS JOURNAL

<http://www.ojs.unito.it/index.php/jbp>

ISSN 2532-7925



Periodico per le professioni biomediche a carattere tecnico - scientifico - professionale

Indagine conoscitiva in un gruppo di dietisti sul Care Management in ambito nutrizionale.

Survey with dieticians on Care Management in the field of nutrition.

Gessica Cicci¹, Serena Frassini², Stefania Rasori²

¹ U.O.S. Nutrizione Clinica, AOU Sant'Andrea, Roma

² U.O.C. Professioni Sanitarie IOTR, AST Pesaro Urbino, Pesaro

Contatto autori: Gessica Cicci, gessi.cicci@gmail.com

N. 2, Vol. 7 (2023) - 117:129

Submitted: 11 July 2023

Revised: 14 July 2023

Accepted: 12 September 2023

Published: 20 December 2023

Think **green** before you print



Distribuita con Licenza Creative Commons. Attribuzione - Condividi 4.0 Internazionale

RIASSUNTO

Obiettivo

Lo studio esplora le conoscenze e l'applicazione del Care Management in un campione di dietisti allo scopo di comprendere i limiti e i presupposti attualmente esistenti per la promozione di una gestione integrata della nutrizione nel paziente cronico.

Materiali e metodi

Lo studio esplorativo, di natura qualitativa descrittiva, è stato condotto mediante interviste semi-strutturate su dietisti operanti in contesto ospedaliero.

Risultati

Sono stati intervistati 6 dietisti. Tra i principali risultati ottenuti si osserva l'importanza di lavorare in equipe multidisciplinari (66%) per un coordinamento delle cure centrato sul paziente e di instaurare una relazione terapeutica dietista-paziente (50%) capace di aumentare l'aderenza del paziente alle indicazioni dieto-terapeutiche e quindi l'efficacia delle stesse. Allo stesso tempo sono emerse criticità organizzative aziendali, come la mancanza di spazi (50%) e di risorse umane (33%) con conseguente riduzione dei tempi per la gestione dei pazienti (100%) e insoddisfazione percepita dal professionista; ma anche la mancanza di collaborazioni prestabilite tra ospedale e territorio per un'opportuna continuità delle cure (33%).

Conclusioni

I dati raccolti suggeriscono una riflessione sulle criticità aziendali riscontrate limitanti l'implementazione del Care Management in ambito nutrizionale, le relative aree di sviluppo per una miglior espressione della qualità professionale e quindi maggior efficacia degli interventi terapeutici nella cronicità.

Parole chiave: care management; assistenza nutrizionale; efficacia terapeutica; malattie croniche; sanità pubblica

ABSTRACT

Objectives

The study explores the knowledge and application of Care Management in a sample of dietitians in order to understand the current limitations and assumptions for promoting integrated nutrition management in chronic patients.

Materials and methods

The exploratory, qualitative and descriptive study was conducted through semi-structured interviews of dietitians working in hospital settings.

Results

Six dietitians were interviewed. The results suggest the primary role of multidisciplinary teamwork (66%) in an integrated approach for the care of people with chronic disorder and also shows the key role of a therapeutic relationship between patients and dietitian (50%) to achieve an increased patient compliance with nutritional recommendations and an increased efficacy of the nutritional intervention. At the same time, the results show organizational criticalities in the hospital setting such as insufficient workspace (50%) and human resources (33%) and therefore less therapeutic time for each patient (100%) as well as a reason for professional dissatisfaction. Finally, results show the lack of cooperation with territorial healthcare services after hospital discharge (33%).

Conclusions

In conclusion, data suggest a reflection on the current critical issues in the healthcare organizations limiting the implementation of the Nutritional Care Management and show, in some areas, the need to develop a better expression of professional skills and a major efficacy of the therapeutic interventions in chronic diseases.

Keywords: care management; nutrition care process; effectiveness of care; chronic disease; hospital setting

INTRODUZIONE

A partire dagli anni Novanta del secolo scorso, il fenomeno di aziendalizzazione in Italia ha guidato la trasformazione delle organizzazioni sanitarie pubbliche nelle odierne aziende sanitarie, il cui operato è finalizzato al perseguimento di obiettivi di: efficacia, efficienza ed economicità [1]. A tale scopo il professionista sanitario, richiamato dal principio di accountability (responsabilizzazione), introduce nell'esercizio della professione meccanismi di controllo ed efficienza nell'uso delle risorse [2], garantendo un intervento basato sull'applicazione delle migliori pratiche. Tali presupposti risultano indispensabili nella complessa gestione delle patologie croniche affinché il coordinamento delle cure, l'efficacia delle prestazioni e il coinvolgimento attivo del paziente siano capaci di promuovere la qualità di vita dell'utente riducendo i rischi connessi a malpractice (a seconda dei casi, abuso o illecito o negligenza o imperizia) e relativi costi socio-sanitari [3][4][5]. Ciò costituisce i principi stessi del Care Management (CM) il cui fine è quello di incrementare lo stato funzionale dei pazienti, migliorare il coordinamento delle cure, eliminare la duplicazione dei servizi e ridurre il bisogno di servizi sanitari costosi, elevando la qualità di cura della cronicità [6]. Per conseguire tale risultato è necessario che il governo clinico aziendale implementi sistemi organizzativi favorevoli mediante le seguenti strategie documentate in letteratura [5]: formazione degli operatori sanitari sulla gestione del paziente con cronicità, creazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), disposizione di ade-

guate risorse, continuità assistenziale tra ospedale e servizi territoriali, monitoraggio della qualità dei servizi. Tale scenario sostiene sia l'espressione di una miglior pratica professionale che di una maggior qualità terapeutica implementando nella pratica clinica gli strumenti operativi propri del CM, capaci di rendere istruito il paziente per una gestione autonoma e adeguata della malattia nel proprio ambiente di vita [7].

Tali aspetti sono stati analizzati con l'indagine conoscitiva e contestualizzati nel processo assistenziale nutrizionale.

In tale contesto assistenziale [8], l'intervento nutrizionale si caratterizza per l'elaborazione di un programma nutrizionale personalizzato, consono al paziente e alla sua patologia in ottemperanza alla miglior Evidence Based Medicine [9], configurandosi pertanto parte integrante di un trattamento multidisciplinare centrato sul paziente. Una sua efficace implementazione necessita però dell'integrazione con strumenti di supporto terapeutico propri del CM, nello specifico ambito denominati educazione alimentare e counseling nutrizionale; intendendo nel primo caso il trasferimento di nozioni tecniche al paziente per aumentare il suo livello di informazione e consapevolezza mentre nel secondo l'individuazione attiva di strategie per una fattiva e adeguata attuazione del programma nutrizionale, attraverso tecniche di: alleanza terapeutica, rafforzamento dell'empowerment (autoefficacia), patto di cura (condivisione del programma terapeutico), definizione degli obiettivi sia di breve che di medio-lunga durata, colloquio motivazionale[6].

Tali premesse supportano l'ipotesi per cui l'operato del singolo professionista può trovare la sua miglior espressione solo se possiede il sostegno organizzativo dell'azienda alla quale appartiene e da cui può derivare un potenziamento della qualità terapeutica nel paziente affetto da cronicità [10].

Il presente studio ha l'obiettivo di indagare il grado di conoscenza teorica del CM tra i dietisti intervistati, analizzando le opinioni personali e il loro livello di soddisfazione circa gli aspetti gestionali e operativi nell'assistenza nutrizionale al paziente con patologia cronica.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

In ragione alla limitatezza del campione e alla natura esplorativa dello studio, si è ritenuto opportuno procedere effettuando un'indagine conoscitiva con approccio qualitativo descrittivo, comune nell'esplorazione dei fenomeni di salute [11].

Campione

Il campione è costituito da dietisti dipendenti di Aziende Ospedaliere. È stato utilizzato un campionamento di tipo propositivo, mirando a un campione geograficamente diversificato, rappresentativo delle maggiori regioni italiane, con una numerosità prefissata di circa 10-12 dietisti ospedalieri, al fine di raggiungere la saturazione tematica.

L'intervista semi-strutturata

I dietisti sono stati individuati attraverso il social network "Linkedin", in base alle informazioni curricolari fornite nei loro profili e sono stati dunque contattati per stabilire un collegamento e presentare brevemente il progetto. Coloro che hanno manifestato interesse a prendere parte all'indagine sono stati quindi contattati telefonicamente: sono state fornite informazioni riguardanti razionale e modalità di conduzione dello studio, natura e riservatezza del colloquio, durata indicativa dell'intervista e relative garanzie di anonimato, precisando che la divulgazione delle informazioni raccolte sarebbe avvenuta in forma anonima e in ordine casuale, non collegabile ai singoli intervistati.

È stato utilizzato lo strumento dell'intervista nella forma semi-strutturata attraverso main questions (domande principali), domande follow up (specifici quesiti posti in seguito ad una risposta o a un commento) e probe ("stimoli" che incoraggiano l'intervistato a proseguire, senza però influenzare il percorso della riflessione) [12], per favorire da un lato la singolarità della narrazione individuale, dall'altro disporre di racconti paralleli su aspetti comuni. Per la realizzazione delle interviste individuali è stata stilata una griglia costituita da informazioni sociodemografiche e da 10 main questions concernenti il Care Management nutrizionale, con particolare riferimento al malato cronico, relativamente alle seguenti aree oggetto di studio: conoscenze teoriche, strategie gestionali aziendali, soluzioni operative per l'erogazione della prestazione nutrizionale, soddisfazione professionale e dell'utenza, programmi formativi.

Le domande aperte sono state formulate in forma generica e poco specifica al fine di consentire una libera narrazione attorno a ciascun quesito. In accordo con i partecipanti, le interviste sono state effettuate da G.C. mediante conversazione telefonica audio-registrata nel periodo Aprile - Giugno 2022 in un momento reciprocamente conveniente con i partecipanti, per poi essere trascritte e anonimizzate assegnando a ciascuna un codice identificativo (ID).

Nel corso delle interviste l'intervistatore è intervenuto nell'aiutare i partecipanti a esprimere le loro opinioni utilizzando, qualora necessario, domande esplorative.

L'analisi dei dati trascritti è stata realizzata senza una struttura di codifica predeterminata e, a tal fine, non è stato disposto l'impiego di specifici software. Le citazioni delle interviste sono state etichettate con una lettera e un numero (la lettera rappresenta l'intervistato e il numero la pagina della trascrizione dell'intervista dalla quale la citazione è stata estratta); l'analisi delle trascrizioni è stata condotta dai componenti del gruppo di lavoro in forma indipendente, al fine di valutare il grado di accordo ed effettuare una validazione consensuale, garantendo l'accuratezza dei dati. Lo sviluppo di temi e sottotemi e le discussioni riflessive hanno rafforzato la credibilità dello studio.

RISULTATI

Sono state inviate oltre 60 richieste di collegamento via LinkedIn; 30 dietisti non hanno dato riscontro, 22 hanno declinato l'invito, 11 si sono resi disponibili per un contatto telefonico, 6 dei quali hanno partecipato all'indagine. Le ragioni del declino non sono state esplorate. La numerosità prefissata (10-12 dietisti ospedalieri) non è stata raggiunta; pertanto, il presente lavoro deve essere considerato come studio pilota.

Hanno partecipato all'indagine 6 dietisti, tutti di sesso femminile, con età compresa tra 30 e 65 anni appartenenti a due realtà ospedaliere pubbliche: Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord (AORMN) (provincia di Pesaro-Urbino) e Azienda Ospedaliera di Perugia (AOPG) (provincia di Perugia) con differenti esperienze lavorative pregresse, eterogenei percorsi di formazione complementare (successivi alla laurea triennale abilitante), nonché con anni di lavoro conseguiti presso Aziende Ospedaliere (AO) pubbliche molto diversi (Tabella 1). Le interviste hanno registrato una durata media di 17 minuti (range: 13-24 minuti).

I D	M F	Età	AO	Anni servizio presso AO	Esperienze pregresse	Formazione complementare	Ambito lavorativo
A	f	38	AOPG	8	AOPG con altri contratti	-	Medico, medico- specialistico, oncologico
B	f	39	AORMN	12	ASL, comune, altra AO	LM, 1 M	Medico, medico- specialistico, oncologico
C	f	65	AOPG	28	Altra AO, AOPG con altri contratti	1 M, 1 CAPL	Medico, medico- specialistico
D	f	46	AORMN	20	Altra AO	-	medico-specialistico, oncologico
E	f	30	AORMN	2	Libera professione	-	chirurgico, oncologico
F	f	44	AOPG	14	AOPG con altri contratti	LM, 2 M	Medico, medico- specialistico, pediatrico

Tabella 1: Caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti (produzione propria). Legenda: LM (laurea Specialistica o Magistrale), M = Master, CAPL: Corso Avanzato Post Laurea

Area	Temi	Sottotemi
Conoscenze	• Care Management	
	• strategie gestionali aziendali	• tecnologia
	• soluzioni operative per la gestione nutrizionale	
Soddisfazione	• professionista	• ambito gestionale-organizzativo aziendale: criticità e proposte • ambito operativo nutrizionale: criticità e proposte
	• utente	• strumenti di rilevazione
Formazione	• formazione aziendale gestione malato cronico	

Tabella 2 Aree, temi e sottotemi (produzione propria)

Il processo di interpretazione del set completo di dati ha condotto all'individuazione di tre principali aree di analisi (conoscenze, soddisfazione e formazione), definendo al loro interno sei temi e quattro sottotemi, come riassunto nella Tabella 2. I risultati ottenuti dall'analisi delle interviste sono sintetizzati nella Tabella 3.

1. Area conoscenze

Questa prima area indaga le conoscenze dei partecipanti sul tema del CM. Tutti gli intervistati hanno dichiarato di occuparsi nella loro pratica professionale di pazienti con patologie croniche sebbene in contesti clinici differenti: oncologia, nefrologia, diabetologia, diabetologia pediatrica, obesità pediatrica, oncologia pediatrica.

1.1 Care Management

L'83% del campione esaminato ha dichiarato di conoscere il termine Care Management sebbene abbia dimostrato difficoltà nella descrizione di tale concetto. Il 33% delle definizioni fornite e provenienti da dietisti operanti nell'ambito oncologico, riconduce tale concetto alla modalità organizzativa dei PDTA ovvero ad una «presa in carico e gestione della cura del paziente in toto nella sua complessità, anche da un punto di vista psicologico» (A3) e quindi per la «gestione assistenziale di pazienti gravi, oncologici, cronici» (E2). Solo il 17% è riuscito a racchiudere in modo più completo le molteplici sfaccettature del CM, per cui è inteso: «come una presa in carico a tutto tondo di un paziente che praticamente rimane al centro e diventa l'elemento pregnante della sua salute, quindi [...] una serie di azioni volte a rendere il paziente il gestore della propria salute, [...] un'alphabetizzazione a tutto tondo; ma [...] anche una collaborazione a tutto tondo con tutte le figure professionali che interagiscono nella cura a 360 gradi della persona. Quindi è una presa in carico allargata» (C3).

Area	Temi	Sintesi risultati	Sottotemi	Sintesi risultati
Conoscenze	Care Management	<ul style="list-style-type: none"> ▪ no: 17 % ▪ sì, ma non so descrivere: 33% ▪ sì, so descrivere: 50% (ma solo 17% appropriato) 		
	strategie gestionali aziendali	<ul style="list-style-type: none"> ▪ lavoro multidisciplinare (PDTA): 66% ▪ continuità assistenziale ospedale-territorio: 50% ▪ figura del case manager per coordinamento: 17% ▪ assistenza personalizzata: 17% ▪ presenza professionisti in unico contesto cura: 17% 	tecnologia	<ul style="list-style-type: none"> • vantaggioso impiego di programmi informatizzati per erogare la prestazione nutrizionale: 100%
	soluzioni operative per la gestione nutrizionale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ relazione terapeutica con il paziente: 50% ▪ educazione terapeutica: 50% ▪ counseling: 33% ▪ dietista dedicata: 17% ▪ follow-up duraturo: 17% 		
Soddisfazione	professionista		ambito gestionale-organizzativo aziendale: criticità e proposte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mancanza spazi dedicati: 50% ▪ carenza personale: 33% ▪ mancanza continuità assistenziale ospedale-territorio: 33% ▪ scarsa comunicazione tra professionisti: 17%
			ambito operativo nutrizionale: criticità e proposte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ridotte tempistiche per svolgimento prestazione: 100% ▪ incapacità a garantire adeguati programmi di follow-up: 33% ▪ vantaggio programmi informatizzati: 17% ▪ dare maggior spazio al paziente acuto in ospedale: 17%
	utente		strumenti di rilevazione	<ul style="list-style-type: none"> • nessun impiego: 100%
Formazione	gestione malato cronico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ formazione aziendale adeguata: 17% ▪ formazione aziendale non adeguata: 83% 		

Tabella 3 Sintesi dei risultati (produzione propria)

1.2 Strategie gestionali aziendali

Le interviste rilasciate condividono al 66% l'idea di gestire un paziente con patologia cronica «mediante una presa in carico multidisciplinare: medico, dietista, psicologo [...] ciò che viene messo nero su bianco con il PDTA» (A4); ovvero la «creazione di un percorso condiviso e lavoro multiprofessionale in modo coordinato in cui ognuno dà il suo contributo» (D4). In aggiunta, il 50% dei partecipanti sottolinea l'importanza della continuità assistenziale terapeutica tra ospedale e territorio, quindi di una «[...] assistenza personalizzata, permettendo al paziente di rimanere più vicino al domicilio, nel proprio ambiente di vita» (F4).

1.3 Soluzioni operative per la gestione nutrizionale

Al fine di aumentare l'aderenza del malato cronico al programma nutrizionale, il 50% degli intervistati riferisce che entrare in relazione con il paziente «permette maggior fiducia che tu puoi dare al paziente e che lui riversa in te, quindi maggior riuscita del trattamento [...]» (A5); «c'è quindi la necessità di non fornire delle indicazioni chiuse, bensì aperte e di insegnare al paziente [...]» (C5) cercando di «trasformare l'intervento nutrizionale in qualcosa di davvero attuabile per il paziente ed efficace» (E5); «questo però è più difficile, ovvero entrare in sintonia con il paziente, capire i suoi bisogni e le sue necessità» (A5). Un ultimo punto di vista (17%) suggerisce l'importanza di «avere una dietista dedicata a una specifica patologia o a un numero definito di patologie così che sia anche maggiormente disponibile a rivedere il paziente nel medio-lungo termine e a garantire il follow-up» (B5).

1.3.1 Ruolo della tecnologia

Analizzando i dati, emerge inoltre l'importanza delle tecnologie informatiche, un sottotema originariamente non considerato, bensì sorto spontaneamente nel corso di alcune interviste e poi appositamente indagato nelle altre. Il 100% dei dietisti ha evidenziato il vantaggio derivante dall'uso di programmi informatizzati rispetto alla registrazione cartacea: «permette di snellire molto il lavoro, ma anche di avere delle informazioni pronte, immediate, vedi gli interventi di tutti [...]» (C11); «un ottimo strumento e fa sì che il paziente venga meglio curato a 360 gradi» (A7); quando questo manca «la gestione del cartaceo diventa più impegnativa» (B11).

2. Area della soddisfazione

Il secondo tema prende in analisi il grado di soddisfazione del professionista riguardo agli aspetti gestionali-organizzativi aziendali e operativi-nutrizionali; indaga inoltre sulla pratica di rilevazione della soddisfazione dell'utenza.

2.1 Soddisfazione del professionista

2.1.1 ambito gestionale – organizzativo aziendale

Le interviste raccolte evidenziano svariate criticità organizzative riconducibili, in entrambe le realtà esplorate, sia alla mancanza di spazi che alla carenza di personale generando un ridotto senso di soddisfazione da parte del professionista. La prima problematica, evidenziata dal 50% dei partecipanti, viene riferita come un disagio organizzativo: «gli stessi ambulatori a volte sono disponibili altre volte no, quindi uno non ha neanche modo di rivedere il paziente perché non ha gli spazi per poterlo rivalutare e questi sono aspetti che poi vanno a influire sul trattamento» (A6)

L'altra criticità, riscontrata dal 33% dei dietisti intervistati, è la carenza di risorse umane: «se ci fossero più dietiste si potrebbero creare percorsi diversi in modo da soddisfare i bisogni della popolazione con patologie croniche. Allo stato attuale con poche risorse si fa fatica» (B6).

Tutto ciò sembra riversarsi sui professionisti stessi in termini di aumentato carico di lavoro e ridotte tempistiche per la gestione dei pazienti: «sei costretto a fare tanto in poco tempo e di conseguenza non riesci a dare un senso, io lo definisco un senso terapeutico, a quello che fai» (C6).

Non solo, ma dal 33% degli intervistati emerge anche la lacuna organizzativa relativa alla continuità assistenziale ospedale-territorio: «ci sono doppioni tra territorio e ospedale e magari (il paziente) acuto quando esce non sa dove andare» (F6); «non c'è mai condivisione e continuità con chi poi, quando il paziente torna a casa, lo prende in carico» (C6).

2.1.2 Ambito operativo nutrizionale

Nonostante riposte eterogenee, buona è la soddisfazione riferita dai dietisti in merito alla gestione nutrizionale del paziente con patologia cronica.

«Soddisfatta al 60%. Potrei fare molto di più, però non so come fare, proprio per un'organizzazione logistica interna» (C7) alludendo alla difficoltà di seguire i pazienti con un costante programma di follow-up; «non sono per niente soddisfatta [...] alla situazione attuale in cui la forza lavoro è ridotta, ci sono tanti pazienti in entrata (tutte prime valutazioni) e non si riesce a fare un follow-up adeguato» (D7); «abbastanza soddisfatta [...] non soltanto in merito alla prestazione erogata, ma anche grazie ai programmi informatizzati [...] la valutazione ha un'importanza diversa; quindi uno alla fine rimane soddisfatto di come va l'operato» (A7); «attualmente mantenendo la qualità, si erogano prestazioni con fatica, è una corsa tutto il giorno, anche dal punto di vista di qualità personale oltre che professionale [...] sarebbe meglio avere tempistiche più consone» (B7).

Questa ultima dichiarazione focalizza inoltre l'attenzione sulla questione "tempo"; infatti, nel 100% del campione sono state evidenziate tempistiche inappropriate con ripercussioni sfavorevoli

sia sulla qualità assistenziale, per la difficoltà riportata a garantire idonei controlli, che sulla qualità terapeutica: «non riesci a svolgere appieno la tua funzione» (C6); «li faccio di fretta» (F10).

Tali effetti si riversano infine sul grado di soddisfazione e qualità di vita del professionista: «mi stresso un po' io personalmente» (E7); «è una corsa tutto il giorno» (B7).

2.2 Soddisfazione dell'utenza

Il 100% degli intervistati ha riferito di non disporre attualmente di sistemi per la verifica del grado di soddisfazione dell'utenza: «no strumenti per valutare il grado di soddisfazione dei pazienti» (B8); «uso soprattutto il mio feedback» (C8); «ti regoli sul ritorno del paziente in ambulatorio e se è compliant» (D8).

3. Area della formazione

Relativamente alla formazione aziendale sulla tematica in oggetto, le interviste hanno registrato per l'83% parere sfavorevole: «i corsi normalmente sono di altra natura e non mirati a queste tematiche» (F9); «ho dovuto cercare al di fuori dell'azienda come formazione personale» (D9).

Un solo vissuto (17%) si connota positivamente: «come azienda ci sono PDTA di condivisione per la presa in carico di tali pazienti ed è un valore aggiunto. Vengono fatti anche corsi di formazione interni; c'è alta sensibilità e presa in carico del malato cronico» (B9).

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti evidenziano innanzitutto quanto il concetto di Care Management sia attualmente da intendersi come un approccio innovativo in sanità, del quale risulta esserci una scarsa conoscenza a livello didattico-teorico, nonostante una padronanza del sistema e dei suoi elementi costitutivi dimostratisi al dettaglio.

I dati analizzati concordano sull'utilità di intervento con team multi-professionali per un lavoro coordinato e centrato sul paziente.

La maggioranza degli intervistati evidenzia inoltre l'importanza della costituzione di una relazione terapeutica col paziente, quale elemento capace di sostenere un programma di follow-up e l'aderenza alle raccomandazioni terapeutiche accordate, con lo scopo di attuare un intervento nutrizionale efficace ed effettivo che renda autonomo il paziente nella sua gestione quotidiana.

Di grande rilievo si è dimostrato anche l'utilizzo di programmi informatizzati capaci di influenzare positivamente la pratica professionale e il coordinamento con gli altri specialisti del team,

con vantaggi riferiti sia in termini di tempistiche più brevi per l'erogazione della prestazione nutrizionale che in termini di soddisfazione percepita dal professionista.

Tra le criticità, principalmente di carattere organizzativo, emergono la mancanza di risorse umane e la conseguente difficoltà a rispondere alle esigenze cliniche dei pazienti mediante la garanzia di programmi di follow-up che diano un senso terapeutico agli interventi nutrizionali impostati durante la prima valutazione; problematica che non trova peraltro supporto nei servizi clinico-assistenziali territoriali in prosecuzione alla dimissione, mancando di percorsi codificati.

Al contempo, anche la mancanza di spazi dedicati e di idonee tempistiche per la valutazione dei pazienti comportano disagi nell'esercizio della professione e sfavorevoli ripercussioni sul grado di soddisfazione del professionista.

Sul versante operativo, manca ancora la pratica di valutare il grado di soddisfazione dell'utenza in merito alla prestazione erogata.

Scarsa risulta, in ultimo, la soddisfazione riguardo la formazione offerta dall'azienda sanitaria di appartenenza, percepita dalla maggior parte dei partecipanti come carente sulla tematica in questione con conseguente necessità di provvedere autonomamente agli aggiornamenti.

In estrema sintesi, dunque, è possibile riassumere le seguenti proposte, di carattere principalmente gestionale-organizzativo, di miglioramento auspicato: risorse numericamente adeguate alla copertura dei servizi con adattamento dei percorsi ai bisogni dell'utenza e con personale dedicato, spazi di lavoro garantiti e tempi per la gestione dei pazienti più idonei ma anche la creazione di una rete assistenziale-terapeutica coordinata con il territorio e fruibile grazie all'individuazione di percorsi strutturati da parte degli organi di competenza aziendale. Tali considerazioni avvalorano pertanto l'ipotesi iniziale secondo la quale l'operato del professionista sanitario non può esulare dal sostegno organizzativo dell'azienda alla quale appartiene per offrire una maggior qualità di cura della cronicità e nell'intento di perseguire gli obiettivi aziendalistici di efficacia, efficienza ed economicità; contesto nel quale trova perfetta applicazione il CM con i suoi strumenti di supporto terapeutico.

Lo studio offre il vantaggio di un'analisi specifica dell'argomento in ambito nutrizionale ed è la prima esperienza ad oggi documentata in letteratura. L'inclusione del numero di professionisti previsto in fase di definizione dello studio avrebbe consentito di comprendere più a fondo la tematica e di esplorarla a livello nazionale; data la limitatezza del campione, lo studio si configura come esperienza pilota e i risultati che si presentano, pur non generalizzabili, possono contribuire ad una prima riflessione e all'impostazione di ricerche future.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti con l'indagine conoscitiva, seppur non generalizzabili data la limitatezza numerica del campione e delle realtà esaminate, intendono suggerire una riflessione sugli aspetti

che rappresentano attualmente potenziali limiti nonché esaminare aree di sviluppo cruciali per l'effettiva implementazione del CM nelle strutture ospedaliere pubbliche.

Ringraziamenti

Gli autori desiderano esprimere la loro gratitudine a tutti i partecipanti per la disponibilità, il tempo prezioso che hanno dedicato alle interviste e il loro contributo, determinante per la realizzazione di questo lavoro.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- [1] Legge n. 241/1990, art.1, comma 1
- [2] Ridolfi L. Le professioni sanitarie tra managerialismo e consumerismo: quali traiettorie per un rinnovamento della logica professionale?
- [3] Beccaria F, Morchio MG. La salute possibile. Manuale di sociologia per infermieri e altri professionisti della salute. Carocci Faber. 2004
- [4] Goncalves I et al. Nurse-led care management models for patients with multimorbidity in hospital settings: a scoping review protocol. JBI Evidence Synthesis. 2021
- [5] Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 15 settembre 2016
- [6] Robert Wood Johnson Foundation (RWJF). Complex Care Management Guidelines. Michigan Center for Clinical Systems Improvement. 2015
- [7] Reynolds R et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. BMC Family Practice. 2018; 19:11
- [8] Lacey K, Pritchett E. Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. Journal of the American Dietetic Association. 2003; 106:1-72
- [9] Kaegi-Braun N, Baumgartner A, Gomes F et al. Evidence-based medical nutrition - A difficult journey, but worth the effort! Clin Nutr. 2020;39(10):3014-3018.
- [10] Luo Z et al. A Comparison of Health Plan and Provider-Delivered Chronic Care Management Models on Patient Clinical Outcomes. J Gen Intern Med. 2016;31(7):762-70
- [11] Bradshaw C, Atkinson S, Doody O. Employing a Qualitative Description Approach in Health Care Research. Glob Qual Nurs Res. 2017;4: 1-8
- [12] Rubin HJ, Rubin IS. Qualitative interviewing: The art of hearing data (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. 2005