



SUFFP

SCUOLA UNIVERSITARIA
FEDERALE PER LA
FORMAZIONE PROFESSIONALE



Conferenza della Svizzera italiana
per la formazione continua degli adulti

Evoluzione e sfide delle pratiche infermieristiche

**Idee per
l'innovazione
nella
formazione
professionale**

Quaderno
3



I *Quaderni Idee per l'innovazione nella formazione professionale* nascono su iniziativa della Scuola universitaria federale per la formazione professionale (SUFFP) e della Conferenza della Svizzera italiana per la formazione continua degli adulti (CFC) con un triplice intento.

In primo luogo, raccogliere i testi delle conferenze aperte al pubblico promosse dalle due istituzioni nell'ambito del ciclo di conferenze *Un'officina delle idee: incontri per l'innovazione nella formazione professionale*, mirati a promuovere occasioni di scambio sui grandi temi dell'attualità e i loro risvolti sull'economia, sulla formazione e sulla società.

In secondo luogo, mettere a disposizione uno spazio dove condividere risultati di ricerca, spunti di riflessione e materiali prodotti nel quadro delle attività di formazione e ricerca dalle due istituzioni coinvolte, offrendo una cassa di risonanza ad attività innovative e sperimentali i cui confini, per i temi, le metodologie, le prospettive sviluppate, meritano di essere divulgati. È in questo secondo intento che si colloca il presente terzo numero dei *Quaderni*, testimoniando del lavoro di ricerca dapprima regionale e in seguito nazionale condotto negli ultimi sei anni dalla SUFFP in collaborazione con vari partner sul tema delle tecnologie nel settore delle cure.

In terzo luogo, i *Quaderni* vogliono offrire anche ad altre istituzioni formative attive sul territorio una piattaforma grazie alla quale dialogare su temi di comune interesse, favorendo in questo modo la messa in comune di esperienze e pratiche significative da cui la formazione professionale possa trarre giovamento.

La Redazione

Evoluzione e sfide delle pratiche infermieristiche

Indice

Prefazione	4
On. Raffaele De Rosa	
Introduzione	5
Deli Salini	
Parte 1	
Uno studio preliminare per esplorare l'attività infermieristica	7
1.1 Implicazioni della diffusione di dispositivi digitali per l'informazione e la comunicazione nella pratica infermieristica	8
Deli Salini	
Parte 2	
Le proposte formative per sviluppare e innovare le pratiche di cura	12
2.1 Pratica infermieristica e innovazione digitale: tre anni di proposte formative	13
Deli Salini, Furio Bednarz, Siegfried Alberton	
2.2 Il Master of science in Cure Infermieristiche SUPSI: dove siamo e dove vogliamo andare	18
Monica Bianchi	
2.3 Narrazioni digitali: il Digital Storytelling nei contesti di cura	24
Barbara Bruschi	
Parte 3	
La svolta digitale nelle cure: caratteristiche, opportunità ed aspetti critici	28
3.1 La cartella informatizzata del paziente per facilitare lo scambio interprofessionale di informazioni rilevanti per la cura dei pazienti	29
Valeria Belloni	
3.2 I molteplici aspetti della digitalizzazione nella trasmissione delle informazioni cliniche dei pazienti: il progetto FNS <i>digi-care</i>	35
Deli Salini, Patrizia Salzmann, Ines Trede, Thomas Bürkle, Christopher Lueg, Jürg Holm, François von Kaenel, Kezia Löffel, Andrea Volpe	
3.3 <i>Digi-care</i>: la prospettiva dell'informatica medica	45
Thomas Bürkle, Christopher Lueg, Michael Lehmann, François von Kaenel, Lea Meier, Marko Miletic, Gabriel Hess, Marco Schwarz, Alex Fahrni, Denis Moser, Kezia Löffel, Andrea Volpe, Jürgen Holm	
3.4 <i>Digi-care</i>: quali competenze digitali per la professione infermieristica?	52
Deli Salini, Andrea Volpe, Kezia Löffel, Geneviève Blanc, Ines Trede, Thomas Bürkle, Patrizia Salzmann	
3.5 <i>Digi-care</i>: proposte formative situate, innovative e immersive in ambito infermieristico	66
Patrizia Salzmann, Francesca Amenduni, Geneviève Blanc, Thomas Bürkle, Kezia Löffel, Deli Salini, Ines Trede, Andrea Volpe	

3.6	Sviluppo di un concetto integrato per le nuove tecnologie presso la “Clinica Hildebrand Centro di Riabilitazione Brissago” Claudio Petrillo, Daria Dinacci, Luca Tonolla	74
3.7	Dalla Telemedicina nuovi modelli assistenziali per pazienti anziani o fragili. Sviluppo di interventi a distanza per facilitare la vicinanza delle cure: l’esperienza degli operatori sanitari Dominga Salerno	82
3.8	Excursus. Il digitale nelle cure. Tra distopia e utopia NoèAlbergati	87
3.8.1	La medicina tra tecnica e tecnologia: l’urgenza etica Antonello Ambrosio	88
3.8.2	La tecnologia nella professione sanitaria: prospettive e timori Pier Luigi Ingrassia	92
	Parte 4	
	Favorire la resilienza del personale infermieristico: la situazione nel settore e le proposte innovative nelle cure di lunga durata	96
4.1	Criticità del clima di lavoro nei contesti infermieristici: alcuni approfondimenti nel percorso Master of Science in Cure infermieristiche Monica Bianchi, Elena Corina Luca	97
4.2	La casa per anziani del futuro Associazione dei Direttori delle case per anziani della Svizzera italiana (ADiCASI)	100
4.3	Favorire REinserimento e REsilienza nelle cure: il progetto Re Care Furio Bednarz, Tatiana Lurati Grassi	104
4.4	Re Care: la progettazione e attivazione di Atelier dei futuri in sei strutture sanitarie ticinesi Deli Salini, Antonio Furlanetto, Francesco Brunori, Siegfried Alberton, Furio Bednarz	108
4.5	Re Care: indagine esplorativa su interventi possibili per contrastare la penuria di personale infermieristico Delia Cattani, Deli Salini	124
4.6	Re Care: una proposta formativa in alternanza per favorire sostegno e rientro nella professione infermieristica Paolo Barro, Clelia Guglielmetti, Stefano Padovese	131
4.7	Re Care: promuovere il benessere nel lavoro di cura tramite la formazione del personale dirigente intermedio Siegfried Alberton, Paolo Barro, Tatiana Lurati Grassi	137
	Parte 5	
	Postfazione	139
	Una convergenza esemplare di conoscenze, risorse e azioni Fabio Merlini	140
	Parte 6	
	Note sugli autori e bibliografia	142
	Lista autori e autrici principali	143
	Bigliografia	146
	Ringraziamenti	155

Prefazione

Onorevole Raffaele De Rosa
Presidente del Consiglio di Stato
Direttore del Dipartimento della sanità
e della socialità del Cantone Ticino

“L’assistenza infermieristica è un’arte; e se deve essere realizzata come un’arte, richiede una devozione totale e una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore e scrittore”. Così descriveva la professione la madre dell’infermieristica moderna, Florence Nightingale, più di un secolo fa. Da allora, l’evoluzione di questa figura è stata abissale ma il suo spirito resta intatto, e racchiuso in quella missione rivolta verso il prossimo.

Oltre ad essere professionisti autonomi, con una formazione specifica e un codice deontologico, oggi le infermiere e gli infermieri rivestono un ruolo centrale nella rete di cura, soprattutto per l’attenzione alla sfera relazionale con il paziente. Questo investimento va ben oltre le nozioni e le competenze scientifiche che si apprendono sui libri e facendo pratica. Come per qualsiasi arte, anche l’infermiere tesse con cura una dimensione più emotiva, capace di accoglienza, comprensione, e tanta – tantissima – umanità e sensibilità.

Nel riflettere sull’evoluzione di questo mestiere, come questa pubblicazione ha il pregio di voler fare, credo sia oltremodo necessario tenere in considerazione queste dimensioni, che sono nell’essenza stessa di questa figura. Ecco perché nelle opportunità che si stanno aprendo con la digitalizzazione, la possibilità di restituire tempo di cura – negli ultimi anni sottratto da compiti amministrativi sempre più accresciuti – è un’occasione certamente da cogliere, con il pregio ulteriore di dare nuova attrattiva a questo splendido mestiere. Questo è un aspetto cruciale, in considerazione della carenza di professionisti sanitari che si prospetta all’orizzonte, accentuata dal fabbisogno crescente provocato dall’invecchiamento della popolazione. Un’esigenza che è già stata riconosciuta in diversi documenti programmatici fatti propri dal Consiglio di Stato, in particolare nella Pianificazione anziani 2030. Ma anche con un piano di azione specifico, detto PRO SAN, approvato nella scorsa Legislatura e le cui misure hanno l’obiettivo di sostenere sia i giovani in formazione, sia quei progetti attivi negli enti volti a favorire il mantenimento il più a lungo possibile nella professione, o ancora il rientro nel circuito delle persone che

per svariati motivi hanno nel frattempo lasciato. Un’azione a diversi livelli sostenuta da un investimento supplementare di 5/6 milioni di franchi nel settore, e che in parte anticipa quanto sollecitato dall’iniziativa popolare sul piano nazionale ‘Per cure infermieristiche forti’.

È chiaro che le condizioni per l’esercizio della professione sono determinanti per rafforzarne l’attrattiva, e attendiamo con fiducia anche la seconda parte dell’attuazione dell’iniziativa da parte della Confederazione. Siamo però anche consapevoli che i fattori in gioco per aumentare il numero di personale residente formato sono molteplici: uno di questi è la possibilità di investire nella propria formazione negli anni, grazie a percorsi di formazione continua e alle opportunità di carriera. Si inseriscono in questo potenziamento le iniziative formative della SUPSI, con il relativamente recente Master in cure infermieristiche e le possibilità offerte nell’ambito degli Advanced Studies.

È noto che intraprendere una professione in ambito sanitario oggi significa “avere il posto di lavoro assicurato”. Ma questo da solo non basta: occorre continuare a rafforzare le condizioni di lavoro, le possibilità, le opportunità e la qualità del tempo di cura al letto del paziente affinché sempre più persone possano avvicinarsi a questi ruoli e farli propri; oppure riprendere l’attività dopo una pausa, ad esempio a seguito della maternità oppure ancora superare stereotipi di genere duri da sradicare anche in questo contesto.

L’impegno del Cantone è continuo e serio, perché la sfida all’orizzonte è epocale. Sta a noi oggi prenderci cura di queste figure, affinché vi possa essere quello scambio di supporto e sostegno che è insito nella nostra comunità. L’evoluzione della società implica poter contare su una rete diversa da quella di un tempo, prettamente familiare. Occorre stare al passo, anche grazie alle opportunità offerte con la digitalizzazione, affinché si possa continuare a confermare l’indirizzo strategico del mantenimento a domicilio il più a lungo possibile, e al tempo stesso la possibilità – per tutti – di ricevere cure professionali adeguate e di qualità. È una sfida, ma anche un’occasione, che siamo pronti a cogliere.

Introduzione

Deli Salini

Cosa significa essere oggi un'infermiera o un infermiere? Quale lo sguardo che la popolazione volge verso queste figure professionali? E quale rivolgono a se stesse le persone che sono attive nel campo delle cure infermieristiche? Nel "gioco dei mestieri" con cui ci si divertiva da bambini, l'infermiera (poiché soprattutto di una donna si trattava) veniva raffigurata tramite il gesto del "fare un'iniezione". Gesto certamente riduttivo delle diverse componenti della professione infermieristica, ma che già fornisce alcune indicazioni sulla sapienza del fare nella cura. Diversamente, l'iconografia con cui spesso è raffigurata Florence Nightingale, la riconosciuta fondatrice della professione infermieristica moderna, ce la presenta dotata di una lampada, con la quale vegliava sui malati. Lampada accesa a simboleggiare l'attenzione perdurante, pur nelle notti difficili, indicando altresì la propensione della "presenza all'altro" insita in questa professione.

Chiunque sia stato in ospedale rammenta queste figure che passano a intervalli per somministrare terapie ma non solo, o che rispondono alle chiamate quando si percepisce un'urgenza. Chi ha avuto accanto queste infermiere o infermieri, in occasione di eventi dolorosi, sa che spesso ha potuto contare su una presenza silenziosa o parca di parole, a volte dotata di un humor che alleggeriva, senza caricare di superficialità, gli avvenimenti. Oppure chi, nell'imbarazzo del corpo che si manifesta nei suoi aspetti meno nobili, ha sentito di non essere stato oltraggiato dal disgusto, poiché con azioni semplici l'infermiera o l'infermiere ha restituito dignità. Ancora, quando il dolore, fisico o morale, lacerava il corpo o l'anima, lei o lui hanno saputo stare, senza lacerarsi altrettanto, sapendo accogliere e contenere.

L'infermiera o l'infermiere è anche colei o colui che opera accanto a curanti con specializzazioni diverse, medici ma non solo, essendoci oggi una molteplicità di altre e altri professionisti della salute. Piaceva pensare che questa figura professionale fosse "al servizio" dei medici, diligente esecutrice di terapie prescritte da altri. Ma se di servizio si tratta, oggi sappiamo che è ben altro. È una persona al servizio di un'idea di salute, compartecipe e alla pari con le altre professioniste e gli altri professionisti del curare, per la quale il "fare diagnosi", una

propria diagnosi infermieristica, equivale a esprimere un giudizio clinico volto a individuare bisogni e risorse globali, non solo dell'individuo che richiede assistenza, ma anche della sua famiglia o comunità. Ed è anche una persona al servizio del filo conduttore delle cure, nel saper tessere connessioni tra gli accadimenti di coloro che per un certo periodo della loro vita sono denominati pazienti, le terapie, i curanti e la cronologia degli eventi, facendo in modo che di tutto si abbia traccia. Consapevole che avere cura è sia preoccuparsi della vulnerabilità dell'altro, sia essere eticamente inquieti rispetto al come svolgere le cure, al come stanno le persone che ne beneficiano e al come facilitare l'insieme delle relazioni di cura, nel rispetto di ciascuno.

Si tratta di saperi clinici e di sensibilità che si coniugano con la sapienza del fare e la passione del conoscere. Da un lato un'abilità tecnico-artigiana nel gestire terapie e strumenti che, se ben integrati all'azione infermieristica, diventano trasparenti e non ostacolano la relazione. Così si possono applicare medicazioni, verificare lo stato di salute o sistemare il sostegno di una flebo che traballa sapendo al contempo mantenere i propri sensi (perché non solo lo sguardo è implicato) attenti alla persona-paziente. D'altro lato l'esplorazione continua degli approcci e dell'evoluzione della clinica e dei modi di stare accanto all'altro, per migliorare la propria capacità di comprendere e accogliere.

Per essere infermiera o infermiere occorre dunque operare una composizione equilibrata tra diversi aspetti di una complessità professionale, qui descritta certamente in modo non esaustivo, interpretandola con il proprio stile e il proprio modo di essere accanto agli altri. Composizione ideale, alla quale si guarda come aspirazione, soffrendo quando le condizioni di svolgimento delle proprie attività professionali sono ostacolanti e inibenti, soprattutto rispetto al proprio compito di perdurare nell'essere accanto.

Essere infermiera o infermiere oggi significa confrontarsi con le fatiche intrinseche alla professione, che richiedono di trovare la buona distanza - vicinanza alle persone sofferenti, nonché di assumersi importanti carichi di lavoro e orari che ostacolano la conciliazione tra vita privata e professionale. Al contempo significa far fronte alle nuove

sfide riguardanti i mutamenti sociali, economici e tecnologici del mondo delle cure, quali l'evoluzione demografica e sociale e l'aumento della popolazione che necessita di cure di lunga durata, l'accelerazione della trasformazione tecnologica e digitale, nonché il mutamento sfavorevole delle condizioni economiche, che incide da un lato sui costi della salute, dall'altro su un non corrispondente riconoscimento salariale dell'attività infermieristica. Sono sfide che necessitano, per poterle affrontare, un riconoscimento adeguato del lavoro infermieristico, uscendo da una visione eroica o sacrificale della professione, che non rende giustizia della sapienza clinica, etica e tecnologica in cui questa professione si declina.

Poter far fronte a queste sfide implica tra l'altro (e non solo per il personale infermieristico) di potersi prendere il tempo, non essere assillati dalla fretta o dall'interruzione continua, poiché stare accanto ad altri necessita il poter stare accanto a sé stessi, avendo cura del proprio spazio interiore e dei tempi di recupero indispensabili. Se questo non accade, gli aspetti logoranti della professione sopravanzano quelli gratificanti ed emerge il desiderio di prendere distanza, aumentando ahimè il distacco relazionale con le persone bisognose di cura o con colleghe e colleghi, oppure abbandonando il campo, per non farsi sopraffare, acuendo così il problema della carenza di personale infermieristico.

Alla luce di queste complessità, la finalità del presente quaderno è di permettere al lettore e alla lettrice di esplorare le potenzialità e le risorse della professione infermieristica, secondo diverse prospettive, a partire da conferenze, studi, ricerche e percorsi formativi svolti a partire dal 2017 nel Cantone Ticino e che hanno visto la collaborazione tra la SUFFP e diversi enti, persone e organizzazioni del territorio ticinese, svizzero e di altri paesi.¹

La prima parte del quaderno presenta lo studio che, nel 2017, ha esplorato alcuni temi del lavoro infermieristico in relazione all'influenza dei dispositivi digitali, e che ha permesso di individuare diversi aspetti su cui intervenire con proposte formative e ricerche negli anni seguenti.

La seconda parte presenta tre capitoli riguardanti iniziative formative: quelle promosse dalla SUFFP sull'arco di tre anni; l'attivazione dal 2018

del Master of science in Cure Infermieristiche da parte della SUPSI; la descrizione di un approccio, il Digital Storytelling, che articola lavoro di cura con l'utilizzo di strategie digitali.

La terza parte presenta un gruppo di otto capitoli focalizzati sul tema della digitalizzazione nelle cure sanitarie: il primo riguarda la Cartella informatizzata del paziente e la sua implementazione in Svizzera e in Ticino; quattro capitoli riguardano diversi aspetti del progetto di ricerca *digi-care*, finanziato dal Fondo nazionale svizzero, che ha coinvolto sia ospedali ticinesi che ospedali nella Svizzera interna e finalizzato ad indagare come la digitalizzazione intervenga nei processi di trasmissione delle informazioni cliniche dei e delle pazienti; il decimo riguarda l'implementazione di un concetto integrato per le nuove tecnologie presso la clinica Hildebrand - Centro di Riabilitazione Brissago; il seguente volto a illustrare un'esperienza di telemedicina e, infine, un excursus sul digitale nelle cure, tra distopia e utopia.

Nella quarta parte, composta da sette capitoli, ci si china su aspetti da considerare per favorire la resilienza del personale infermieristico. Un capitolo iniziale esplora le criticità del clima di lavoro nel settore; il seguente illustra il contesto attuale delle case per anziani nel cantone Ticino; i successivi cinque capitoli presentano i diversi aspetti della ricerca-azione Re Care, promossa dalla Divisione della formazione professionale del Cantone Ticino unitamente a numerosi altri partner e finanziata dalla Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione - SEFRI. Questa proposta era imperniata su diversi interventi volti a favorire la resilienza del personale infermieristico e il loro reinserimento nella professione.

A fronte di un settore fortemente sollecitato dai tempi correnti e, verosimilmente, sempre più incline a evolversi ai margini di crisi e ostacoli significativi, questo quaderno è un possibile punto di partenza per ulteriori studi o azioni volte a ripensare e ottimizzare il settore delle cure infermieristiche e la formazione professionale in questo ambito, affinché sia in grado di affrontare le sfide presenti e future.

1 — All'interno del quaderno, si è scelto di rispettare le scelte di ciascun autore o autrice per quanto riguarda l'approccio inclusivo alla lingua, nonché per altre formulazioni linguistiche o stilistiche, rinunciando a uniformare tutto.

Parte 1

**Uno studio preliminare per esplorare
l'attività infermieristica**

1.1 Implicazioni della diffusione di dispositivi digitali per l'informazione e la comunicazione nella pratica infermieristica

Deli Salini

In questo capitolo descriviamo l'attività e i risultati di uno studio preliminare finalizzato all'individuazione di elementi utili a circoscrivere dei progetti più estesi di ricerca e sviluppo riguardanti l'influenza dei dispositivi digitali (DD) nella pratica quotidiana d'infermiere e infermieri (Salini, 2018; Salini et al., 2018). Questo allo scopo di promuovere l'aggiornamento dei contenuti e dei metodi di formazione (di base e continua) in campo infermieristico, in considerazione delle trasformazioni del mondo delle cure, generate dal continuo avanzare dell'innovazione digitale.

Lo studio è stato realizzato dalla SUFFP (all'epoca IUFP) in risposta alla richiesta della direzione della Scuola specializzata superiore in cure infermieristiche e della direzione della Divisione della formazione professionale che auspicavano fosse indagata la necessità di aggiornare la formazione di infermiere e infermieri riguardo all'evoluzione delle tecnologie digitali nella pratica delle cure.

Realizzato nel 2017 in quattro servizi sanitari ticinesi, lo studio, svolto con un approccio qualitativo, è stato reso possibile grazie alla legittimazione e al supporto della Direzione del settore infermieristico dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC) e della Direzione del servizio di assistenza e cura a domicilio d'interesse pubblico del Luganese (SCuDo).

Gli interrogativi principali erano:

- descrivere le implicazioni della presenza di dispositivi digitali per l'informazione e comunicazione nella pratica infermieristica quotidiana;
- circoscrivere delle problematiche d'indagine e delle piste di sviluppo possibili per ulteriori progetti di ricerca e sviluppo riguardanti la tematica in oggetto.

Questi interrogativi sono stati ulteriormente precisati (Salini, 2018) e, in particolare, il primo ha guidato l'indagine sul terreno, mentre al secondo è stata data risposta sulla base di un'interpretazione trasversale dei risultati dell'indagine stessa. L'insieme dello studio è stato accompagnato da un'esplorazione della letteratura scientifica che ha permesso di individuare una serie di ricerche sull'oggetto di studio e le principali politiche nazionali sulle questioni di salute, formazione, ricerca e digitalizzazione.

Le seguenti ipotesi generali hanno guidato lo studio:

- i contesti lavorativi sono caratterizzati da dinamiche di apprendimento implicite che permettono alle e ai professionisti di acquisire e sviluppare in modo continuo e informale le proprie competenze, e questo avviene anche rispetto ai dispositivi digitali. Queste forme di apprendimento informale possono essere identificate e analizzate con metodologie specifiche, volte a far emergere le dinamiche dell'apprendimento in situazione (Bourgeois & Durand, 2012; Merlini & Bonoli, 2010; Poizat, Durand & Theureau, 2016; Varela, Thompson & Rosch, 1991, Theureau, 2006);
- l'attività professionale quotidiana del personale infermieristico (e non solo) è influenzata dalla diffusione e dal continuo sviluppo della digitalizzazione delle cure, così come dalla diffusione di tecnologie dell'informazione e comunicazione e, fra queste, dal crescente utilizzo di dispositivi digitali (Poizat & Bétrancourt, 2017; Geslin, 2002, 2005). La diffusione di questi ultimi ha un'influenza su a · la gestione

- e la pianificazione delle proprie attività e la presa di decisioni, b · l'interazione tra colleghe e colleghi e l'insieme delle attività delle équipes, c · la relazione con i pazienti (Fagerström et al., 2017; Lombi & Stievano, 2016; Rouleau et al., 2017);
- la progettazione di percorsi di formazione professionale nelle cure infermieristiche diventa pertinente se fondata su un'analisi accurata delle situazioni lavorative di riferimento, delle loro specificità e del modo in cui le professioniste e i professionisti acquisiscono competenza in tali contesti (Barbier & Durand, 2017; Cattaneo & Barabasch, 2017; Durand, 2009; Filliettaz et al., 2015).

L'indagine di terreno

Per l'indagine di terreno sono state compiute osservazioni presso quattro servizi di cura: un reparto di riabilitazione ospedaliera, tre reparti di un centro oncologico; un reparto di medicina interna; un servizio di cure a domicilio (per quattro zone d'intervento) e sono state intervistate 20 persone.

In ciascuna struttura sono stati svolti tre giorni di osservazione continuativa di un infermiere o un'infermiera, inserendosi nei turni correnti di servizio per un totale di circa cento ore di osservazione. Di regola è stata seguita principalmente una persona per turno, per un totale di 15 individui, cosa che ha comunque permesso di interagire con altre persone operanti nelle strutture seguite, per dei brevi colloqui di comprensione delle situazioni osservate. Le persone designate sono state selezionate dalle proprie direzioni e tutte hanno aderito a titolo volontario.

Le persone da intervistare invece sono state reperite tramite contatti forniti dai partner di progetto o emersi nel corso delle osservazioni sul campo. Oltre alle interviste individuali sono state svolte due interviste in piccoli gruppi (studentesse della formazione infermieristica, gruppo EOC per lo sviluppo della documentazione di cura orientata al paziente). Le interviste, di tipo semi strutturato, erano guidate da una trama focalizzata su elementi biografici professionali in particolare rispetto alla digitalizzazione, l'individuazione di situazioni e problematiche specifiche rispetto alla presenza di dispositivi digitali, nonché delle osservazioni, proposte e sguardi rispetto al futuro della professione. In totale (tra persone osservate e intervistate) nello studio sono state coinvolte 35 persone (24% uomini).

Risultati

Il trattamento dei dati è stato svolto a partire dalle trascrizioni delle interviste e dalle note di terreno, sulla base dell'articolazione tra un approccio di tipo etnografico (Céfaï, 2003, Trincherò, 2009) e l'approccio del quadro teorico di semiologia dell'attività (Theureau, 2006). Quanto emerso dall'osservazione etnografica e dalla analisi semiologica dell'attività ha permesso di costituire delle categorie principali, che sono state messe in corrispondenza con i sotto temi del primo interrogativo di ricerca (Tabella 1). Sottolineiamo peraltro che – in considerazione della dimensione circoscritta dello studio – i risultati hanno valenza di ipotesi, da confermare con ulteriori ricerche.

		C Percezione di professioniste e professionisti dell'influenza dei DD sulla loro pratica	
		Aree tematiche emerse dalla categorizzazione dei dati etnografici	Temi emersi dall'analisi semiologica
A Caratteristiche della diffusione dei DD nella pratica infermieristica quotidiana	• Aspetti generali		• Modi d'implicazione • Anticipazioni
	• Doppio monitoraggio • Molteplicità di supporti • Trasformazioni nella trasmissione d'informazioni		• Convinzioni, interrogativi, soluzioni locali
B Modalità di appropriazione nell'utilizzo dei DD	• Aspetti generali		• Modi d'implicazione • Anticipazioni
	• Forme e percorsi di appropriazione • Accettazione • Usabilità • Trasformazioni nella trasmissione di competenze		• Convinzioni, interrogativi, soluzioni locali

Tabella 1
Categorizzazione dei risultati.

L'analisi dei dati raccolti ha permesso di cogliere molteplici aspetti riferiti all'influenza dei dispositivi digitali per l'informazione e la comunicazione nella pratica infermieristica, reperibili nel rapporto specifico (Salini, 2018), che sintetizziamo di seguito:

I dispositivi digitali (DD) per l'informazione e comunicazione nella pratica infermieristica:

- pongono interrogativi rispetto all'immagine professionale d'infermiere e infermieri e alle loro preoccupazioni e valori, in particolare rispetto alla relazione con le e i pazienti, ma altresì al come la propria "attività digitale" sia percepita dalle persone affidate alle loro cure;
- sono parte di un sistema multilivello di gestione e comunicazione delle informazioni. L'analisi del loro utilizzo non può essere disgiunta da quella dell'organizzazione generale della raccolta e della trasmissione d'informazioni nei servizi di cura, congiunta a un'analisi locale di come questi processi avvengano;
- rappresentano un tassello centrale di un doppio monitoraggio: quello della situazione sanitaria del paziente e quello dell'attività del personale infermieristico. Questo ha delle implicazioni sulle cure erogate, ma altresì sulla gestione delle risorse umane e sulla definizione dei costi delle strutture sanitarie;
- sono parte di un insieme di supporti continuamente in via di attualizzazione e revisione (cartacei, affissi alle pareti, etc.) con i quali sono gestite e trasmesse le informazioni;
- accompagnano la trasformazione delle modalità di trasmissione e organizzazione delle informazioni, specie dall'orale allo scritto e rispetto alle diverse forme di categorizzazione delle informazioni stesse, partecipando così ai processi di dematerializzazione e decorporeizzazione delle informazioni;
- sono oggetti da manipolare e di cui appropriarsi, che "penetrano" nei luoghi di cura. In questo senso mettono in discussione le dinamiche di apprendimento individuali e collettive da parte del personale sanitario;

- mettono alla prova i vari livelli di competenza del corpo infermieristico e la necessità di svolgere continuamente una duplice attualizzazione: quella sull'evoluzione delle cure, quella sull'evoluzione dei dispositivi digitali. In questo senso interrogano i diversi livelli di expertise infermieristica, che si posizionano nella tensione tra il polo di competenza clinica e il polo di competenza digitale;
- partecipano al processo generale d'innovazione nell'assistenza sanitaria, che si manifesta anche nelle innovazioni locali attuate da infermiere e infermieri. Questo interpella la visione del come evolveranno le cure, quali saranno le effettive trasformazioni nei prossimi anni e come adattare in modo pertinente l'attività e la formazione infermieristica tenendo in considerazione i molteplici aspetti e interrogativi che tali innovazioni portano con sé.

Prospettive

I temi individuati portano a configurare coloro che lavorano in campo infermieristico come una “collettività professionale in transizione” verso un futuro sovente percepito come incerto, in una tensione tra visioni ottimistiche (una velocizzazione dei processi di cura, una maggiore trasparenza e tracciabilità, una maggiore sicurezza, una riduzione dei costi) e un pessimismo tecnocratico (il timore che “l'autentica” attività di cura e relazione sia soffocata da aspetti burocratici e tecnologici). Questi risultati, che naturalmente sono da esplorare ulteriormente tramite studi più approfonditi, portano a identificare due problematiche principali sulle quali si è pensato di attivare proposte d'innovazione, ricerca e intervento, rispondendo in questo modo al secondo obiettivo dello studio qui presentato:

- l'analisi della trasformazione delle modalità di trasmissione delle informazioni cliniche sui pazienti, indagando le dinamiche di significato emergenti, sulla base di una prospettiva di antropotecnologia educativa. Questo tema si è concretizzato grazie all'attivazione nel 2020 della ricerca *digi-care*, finanziata nel quadro di un Programma nazionale di ricerca (PNR 77) e che sarà descritta in questa rivista;
- la promozione di un approccio prospettivo, in riferimento agli studi sui sistemi di anticipazione e alle pratiche educative in quest'ambito, al fine di supportare individui o organizzazioni a passare da una modalità “reattiva” agli eventi, a una modalità in cui gli stessi possano contribuire a sviluppare scenari del futuro, facilitando i processi di anticipazione e di resilienza. Questo tema si è concretizzato in due modi: da un lato con l'attivazione di due cicli di conferenze (tra il 2018 e il 2022) volti a presentare alcune problematiche o aspetti di innovazione nelle pratiche infermieristiche, grazie al supporto di un finanziamento cantonale (Salini, Bednarz & Alberton in questa rivista); dall'altro con l'integrazione, nel progetto cantonale Re Care, di un progetto pilota di attivazione di Atelier dei futuri in alcune strutture sanitarie di lunga durata (Salini, Furlanetto et al., in questa rivista).

Parte 2

**Le proposte formative per sviluppare
e innovare le pratiche di cura**

2.1 Pratica infermieristica e innovazione digitale: tre anni di proposte formative

Deli Salini, Furio Bednarz, Siegfried Alberton

Introduzione

Scaturito dallo studio preliminare “Implicazioni della diffusione di dispositivi digitali per l’informazione e la comunicazione nella pratica infermieristica” (Salini, 2018), questo progetto era volto a sostenere delle attività di elaborazione progettuale su due aree tematiche principali: a · trasmissione di conoscenze e di expertise nelle cure infermieristiche e b · futuro delle pratiche infermieristiche e innovazione digitale (Salini, 2019). Il progetto è stato supportato finanziariamente dalla Divisione della formazione professionale del Cantone Ticino e ha beneficiato dell’apporto di diversi gruppi di lavoro (scientifico, operativo, e di accompagnamento), che hanno contribuito a sviluppare quanto prospettato nello studio preliminare citato¹.

La tematica “*Trasmissione di conoscenze e di expertise nelle cure infermieristiche*” prevedeva l’elaborazione di una ricerca di tipo etnografico in servizi di cura sulla trasmissione delle informazioni cliniche sui pazienti (ICP) al fine di a · identificare le implicazioni delle trasformazioni di significato nelle attività di trasmissione di conoscenze, che emergono a seguito dell’innovazione digitale; b · promuovere una maggiore consapevolezza di tali implicazioni nel personale infermieristico e sviluppare proposte formative su queste tematiche. Dopo alcuni tentativi infruttuosi questa tematica ha trovato la sua realizzazione nel progetto Digi Care (capitoli 6-9 di questa rivista).

La tematica “*Futuro delle pratiche infermieristiche e innovazione digitale*” era volta a promuovere la formazione continua del personale infermieristico e di insegnanti del settore riguardo al futuro del lavoro infermieristico, considerando sia l’influenza della digitalizzazione nelle cure, sia altri due temi cruciali per il settore: la necessità di favorire la permanenza nel mondo del lavoro del personale curante, soprattutto nel settore delle cure di lunga durata, e quella di attivare proposte che favoriscano l’interprofessionalità. Questo tema si è concretizzato a due livelli: da un lato l’elaborazione – guidata dall’Ufficio innovazione e formazione continua della DFP e con il coinvolgimento di un consistente partenariato – del progetto Re Care (capitoli 15-19 di questa rivista) che ha beneficiato di un finanziamento della SEFRI; dall’altro la promozione di una serie di conferenze e seminari formativi dal titolo “Testimonianze e dibattiti sul futuro delle pratiche infermieristiche”, nonché del percorso formativo “Laboratorio di progettazione di Atelier dei futuri”, che saranno ripresi alle pagine seguenti.

1 — Ringraziamo i rappresentanti della Scuola Specializzata superiore in cure infermieristiche, l’Area infermieristica dell’Ente ospedaliero cantonale, il Servizio di cure a domicilio del luganese SCUdo, il Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, l’Associazione svizzera infermieri sezione Ticino e, infine, i rappresentanti della Divisione della formazione professionale e del Dipartimento della sanità e socialità che hanno supportato con suggerimenti e proposte l’insieme del progetto.

Ciclo di proposte formative: testimonianze e dibattiti sul futuro delle pratiche infermieristiche

Il ciclo di proposte formative attivate aveva lo scopo sia di promuovere l’elaborazione progettuale e metodologica degli interventi previsti negli anni a venire, sia di coinvolgere sin da subito professioniste e professionisti del settore sanitario sul tema del futuro delle cure infermieristiche. Grazie al gruppo operativo di progetto sono stati stabiliti l’organizzazione, gli argomenti da trattare e i partenariati da coinvolgere per l’insieme degli incontri nonché i principi di riferimento. Il coordinamento degli incontri è stato assicurato dalla SUFFP mentre, per l’organizzazione operativa di ogni incontro formativo, sono stati coinvolti volta per volta i rispettivi partner di progetto.

Principi di riferimento per le conferenze proposte:

- privilegiare soprattutto testimonianze concrete di proposte innovative/digitali presenti sia in Ticino, sia in altri contesti;
- vegliare a che questi incontri si svolgano localmente presso gli enti, i servizi o le scuole sanitarie coinvolte (a turno in una diversa sede) per facilitare la partecipazione di professioniste e professionisti delle diverse regioni del Ticino;
- promuovere la discussione sull'articolazione e le possibilità di adattamento delle proposte presentate con il contesto locale, tramite moderatori degli incontri che favoriscano questo aspetto;
- rivolgere gli incontri non solo al personale infermieristico e ad altri curanti, ma anche alle altre categorie di professioniste e professionisti attivi nei servizi di cure, come il personale amministrativo, informatico e alberghiero.

Tra settembre 2018 e settembre 2021 sono state quindi proposte nove conferenze pubbliche, sei giornate e due mezze giornate di studio e un percorso formativo laboratoriale della durata di un anno scolastico. Gli incontri hanno avuto luogo in diverse sedi, proposte dai partner di progetto, e nel periodo della pandemia sono stati proposti a distanza o in formato ibrido. Per ogni incontro era prevista, oltre alla presenza di uno o più relatori o relatrici, un moderatore o una moderatrice e una breve intervista video-registrata alla maggior parte di coloro che sono intervenuti. Tutti i materiali descrittivi, i documenti di supporto e le video interviste realizzate per le conferenze sono reperibili nella specifica pagina web della SUFFP². Inoltre, la maggior parte dei relatori e delle relatrici di queste proposte partecipano alla presente pubblicazione, proponendo dei contenuti aggiornati rispetto agli interventi presentati a suo tempo.

Intese a potenziare l'attenzione pubblica sul ruolo e le attività di infermiere e infermieri, queste proposte sono state delle occasioni sia per esplorare testimonianze concrete di pratiche sanitarie legate alla digitalizzazione, sia per promuovere la riflessione e discussione riguardo al futuro della professione infermieristica e della formazione in questo settore. Esse sono state seguite con interesse dal grande pubblico (tra i 18 e i 50 partecipanti per volta, con una media di 23 partecipanti ad incontro) e soprattutto da operatori e operatrici del settore della salute³.

Tutte le proposte formative sono elencate di seguito in ordine cronologico.

26.9.2018 • **Pratica infermieristica e digitalizzazione: alcuni riscontri dalla ricerca**

Conferenza con Linda Lombi, professoressa dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano che ha presentato alcune implicazioni generali del fenomeno della digitalizzazione nel settore infermieristico, e con Deli Salini, che ha presentato una sintesi dei risultati dello studio preliminare, svolto nel 2017, sulle implicazioni della digitalizzazione nelle cure infermieristiche. La conferenza, rivolta a tutto il personale insegnante e operante nelle cure infermieristiche, è stata moderata da Carlo Riccardi, all'epoca vicedirettore SSSCI, che ha effettuato inoltre un'intervista video-registrata a Linda Lombi.

15.10.2018 • **Prepararsi al futuro della pratica infermieristica: spunti per la progettazione di proposte possibili**

Giornata di studio rivolta ai rappresentanti del partenariato del progetto Pratica infermieristica e innovazione digitale, nonché a collaboratori e collaboratrici SUFFP, finalizzata ad alimentare la riflessione per l'ideazione concettuale e metodologica di interventi innovativi nel settore sanitario. Gli interventi sono stati i seguenti: *Il progetto come processo di trasformazione*, con Salvatore Zingale, professore associato di Semiotica

² — www.suffp.swiss/futuro-delle-pratiche-infermieristiche-testimonianze-e-dibattiti

³ — Professioniste e professionisti attivi in ospedale o in strutture di lunga durata (servizi di cure a domicilio e case per anziani), nonché formatrici e formatori per adulti attivi in progetti attinenti al settore sanitario o rappresentanti degli enti partner, nonché un consistente gruppo di docenti del CPS in Cure infermieristiche.

del progetto al Politecnico di Milano; *Tecnologie digitali, professione infermieristica e Medical Humanities*, con Linda Lombi, ricercatrice e docente, della Facoltà di Scienze della formazione, Università Cattolica di Milano; *Professioni di servizio e digitalizzazione: implicazioni per la formazione professionale*, con Marc Durand, professore onorario della Facoltà di Psicologia e Scienze dell'educazione, Università di Ginevra; *Strategie per preparare e poter influire positivamente sul futuro*, con Roberto Poli, professore associato del Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università di Trento.

19.2.2019 • **Cara salute, ma quanto ci costi?**

Conferenza con il professor Luca Crivelli della SUPSI, imperniata sugli aspetti economici della gestione sanitaria, anche considerando le questioni relative alla digitalizzazione. Moderatore della conferenza è stato Bruno Cariboni, Direttore della casa per anziani Aranda di Giubiasco, che ha pure gestito l'intervista videoregistrata al relatore.

4-5.4.2019 • **Promoting permanence in the nursing profession: possible solutions⁴?**

Conferenza e mattinata di studio (in inglese) con Harald Plamper (esperto in gestione pubblica, che ha ricoperto per molti anni posizioni dirigenziali nella pubblica amministrazione germanica, e professore invitato presso numerose Università) ed Evelyn Plamper (infermiera capo dello sviluppo aziendale dell'Ospedale universitario di Colonia e specialista in salute pubblica, nonché responsabile della gestione strategica e della consulenza interna per la gestione delle risorse umane e le misure per affrontare la penuria di personale). La moderazione e traduzione dei due incontri è stata assicurata da Stefan Kunz (docente e ricercatore SUPSI). Sono state inoltre realizzate due interviste video registrate, rispettivamente ad Harald Plamper da parte di Carlo De Pietro (professore SUPSI) e a Evelyn Plamper da parte di Michela Vassalli (infermiera presso lo SCUdo).

4 — Promuovere la permanenza nella professione infermieristica: soluzioni possibili?

29-30.4.2019 / 20-21.8.2020 • **Metodi e principi dell'anticipazione**

Due giornate di studio, con Roberto Poli e Antonio Furlanetto della società -skopia anticipation services⁵, volte a fornire una prima sensibilizzazione sulla prospettiva teorica e metodologica dell'anticipazione al fine di attivare le competenze per capire e interrogare il futuro. Le due prime giornate (2019) sono state seguite da partner di progetto e da altri formatori e formatrici interessate, le due giornate del 2020 sono state seguite da docenti della SSSCI e operatori e operatrici delle strutture sanitarie interessate a essere coinvolte nel progetto Re Care citato in precedenza.

5 — -skopia S.r.l. è una società attiva nell'ambito di progetti imperniati sui metodi dell'anticipazione; è nata come startup dell'Università di Trento.
www.skopia-anticipation.it

11-12.6.2019 • **Principi e metodi di analisi dell'attività e delle pratiche professionali, per la formazione e la ricerca**

Giornata di studio, con Marc Durand, professore ordinario dell'Università di Ginevra. Questo incontro, tenutosi in francese, era rivolto in particolare a formatori-trici e ricercatori-rici al fine di identificare e discutere le basi dell'analisi del lavoro, chiarendone i principali aspetti teorici e presentando alcuni strumenti metodologici utili alla ricerca e alla formazione.

Settembre 2019-giugno 2020 • **Laboratorio per la progettazione di "Ateliers dei futuri"**

Attivato alla SUFFP nell'anno scolastico 2019-2020 con la collaborazione di Antonio Furlanetto e Francesco Brunori della società di consulenza e formazione -skopia citata in precedenza, questo laboratorio, della durata di 40 ore organizzate in incontri di mezza giornata, era volto ad accompagnare l'elaborazione di "Ateliers dei futuri pilota" da parte di facilitatori e facilitatrici provenienti da Scuole sanitarie ticinesi. L'intento era di permettere alle e ai partecipanti di precisare i principi e i metodi di attivazione di proposte formative sui processi di anticipazione, considerando le

specificità dei contesti di destinazione degli stessi. Gli Ateliers pilota potevano essere rivolti sia a operatori e operatrici delle istituzioni sanitarie, sia a docenti o studenti e studentesse delle formazioni sanitarie ticinesi o ad altri pubblici potenzialmente interessati. Al laboratorio hanno partecipato 10 persone, di cui 8 provenienti dalla Scuola specializzata superiore in Cure Infermieristiche (compresa la direzione) e due provenienti dal Centro professionale sociosanitario di Lugano. A seguito del laboratorio sono stati realizzati progetti sperimentali di applicazione presso studenti del CPS Infermieristico e presso organizzazioni regionali. In seguito, la maggior parte delle e dei partecipanti, in particolare docenti del CPS infermieristico, sono stati coinvolti nell'attivazione di Atelier dei futuri del progetto Re Care (Salini, Furlanetto et al., in questa rivista).

16.1.2020 • Telemedicina: interventi a distanza per facilitare la vicinanza delle cure?

Conferenza con la Dr.ssa Dominga Salerno, medico geriatra delle ASL di Torino, membro del consiglio direttivo della Società italiana di telemedicina, promotrice di un interessante intervento di telemedicina rivolto agli anziani a domicilio. L'incontro è stato moderato da Michele Battaglia, caposezione sociosanitaria, Istituti sociali comunali ISC, Città di Lugano. Un'intervista alla relatrice è stata effettuata da Gabriella Rossini, responsabile della formazione presso il Servizio Cure a domicilio del Luganese SCuDo.

3.3.2020 • Tecnologie robotiche a supporto delle cure riabilitative

Conferenza con il Dottor Graziano Ruggeri, primario presso la Clinica riabilitativa Hildebrand. Ha moderato l'incontro e realizzato l'intervista al relatore Roberto Guggiari, docente del Centro professionale sociosanitario infermieristico CPSI.

3.3.2020 • Frontiere (im)possibili del transumanesimo. Un tentativo di lettura Medical-Humanities

Intervento di Antonello Ambrosio, docente del Centro professionale sociosanitario infermieristico. Ha moderato l'incontro e realizzato l'intervista al relatore Giovanna Colatrella, docente del Centro professionale sociosanitario infermieristico CPSI.

9.10.2020 • Le esperienze di Digital Storytelling nei contesti di cura

Conferenza con la professoressa Barbara Bruschi, del Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione dell'Università di Torino e responsabile di diversi progetti di Digital Storytelling in contesti formativi e di cura. Ha moderato l'incontro e realizzato un'intervista alla relatrice Graziano Meli, MSc Ed, DAS in Medical Humanities, infermiere, e all'epoca, docente e responsabile della formazione di base del DEASS SUPSI.

29.10.2020 • Cartelle informatizzate dei pazienti e rete territoriale

Pomeriggio di studio online volto a promuovere una discussione e la riflessione sul rapporto tra vari attori del sanitario che sul territorio si trovano a gestire la digitalizzazione della trasmissione delle informazioni cliniche dei pazienti, i vari strumenti digitali utilizzati e il modo in cui sono introdotti e recepiti sia dal personale infermieristico, sia dai pazienti stessi. Sono stati proposti gli interventi seguenti: *Un sistema informativo per le cure domiciliari, la cartella clinica informatizzata*, con Sabrina Revolon ed Ester Peron, del servizio di cure a domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio (ACD); *Evoluzione storica degli strumenti digitali in uso nei servizi di cure a domicilio a partire dalla propria esperienza*, con Mara Ferracin del servizio di cure a domicilio del Luganese (SCuDo); *Interviste a confronto sulla cartella informatizzata*, con Linda Mossi-Sammali, del servizio di cure a domicilio del Moesano (ACAM); *Cartella medica informatizzata nello studio medico: pro, contro e vantaggi per l'interazione con i diversi servizi sanitari*,

con il dr. Med. Giuseppe Mossi, specialista in Medicina Interna Generale a Maggia; *La cartella informatizzata del paziente (CIP) per facilitare lo scambio interprofessionale di informazioni rilevanti per la cura dei pazienti*, con Valeria Belloni, direttrice operativa Associazione e-Health Ticino c/o Ufficio del medico cantonale eHTI. Dopo questi interventi, l'insieme delle e dei partecipanti ha lavorato in sottogruppi su sottotemi volti ad esplorare le problematiche operative per la gestione delle cartelle informatizzate dei pazienti sul territorio.

17.9.2021 • **Quali ruoli per l'infermiera e l'infermiere del futuro?**

Conferenze a distanza e in presenza finalizzate a proporre spunti di riflessione e uno scambio con il pubblico rispetto al futuro ruolo di infermiere e infermieri, considerando il cambiamento del loro ruolo a fronte dei mutamenti economici e sociali, di cui la digitalizzazione è uno dei principali elementi in gioco. Sono intervenuti Andrea Serena (Infirmier praticien spécialisé, Centro ospedaliero universitario vodese CHUV di Losanna) sul tema *Il bisogno della pratica infermieristica avanzata e quali sfide per il suo sviluppo* e Sara Piattini, Esperta in Cure Infermieristiche dell'Ente Ospedaliero Cantonale EOC, sul tema *Pratica clinica avanzata: un valore aggiunto per il contesto sanitario ticinese*. L'incontro, moderato da Siegfried Alberton (responsabile regionale Formazione continua alla SUFFP di Lugano), si è concluso con un intervento di Annette Biegger, Responsabile dell'Area Infermieristica dell'Ente Ospedaliero Cantonale EOC e di Luzia Mariani-Abächerli, Presidente dell'Associazione Svizzera Infermiere e Infermieri ASI-SBK Sezione Ticino.

2.2 Il Master of science in Cure Infermieristiche SUPSI: dove siamo e dove vogliamo andare

Monica Bianchi

La situazione attuale

A partire dal settembre 2018 nell'offerta formativa del Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (DEASS) della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) è presente il Master of Science in Cure infermieristiche (MScN), un percorso formativo che permette ai partecipanti di ampliare le proprie competenze professionali nell'ambito della pratica clinica avanzata.

La scelta di orientare il MScN verso la pratica clinica avanzata è stata fatta per rispondere ai bisogni espressi dal territorio, infatti, durante l'analisi di fattibilità, sono stati condotti svariati incontri con i rappresentanti delle diverse strutture e organizzazioni territoriali del settore sanitario, da cui è emerso chiaramente che la necessità in Ticino non era di avere nuovi professionisti per ruoli in ambiti organizzativi o di ricerca bensì professionisti che, sulla base delle competenze acquisite nel percorso formativo, potessero assumere il ruolo di infermiere di pratica clinica avanzata (Advanced Practice Nurse: APN). Questa esigenza era ed è in linea con gli sviluppi di questo ruolo a livello nazionale ed internazionale dove, sempre più spesso, si è cercato di introdurre l'infermiere di pratica clinica avanzata per far fronte alle problematiche diffuse nell'attuale contesto sanitario che vede l'aumento costante delle malattie croniche e delle malattie non trasmissibili, costi sanitari in continua crescita, strutture orientate maggiormente verso le cure acute, penuria di professionisti sanitari qualificati (UFSP, 2019).

Secondo l'International Council of Nurses (ICN) *“l'APN è un infermiere generalista o specializzato che ha acquisito, attraverso un'ulteriore formazione universitaria (minimo un master), la base di conoscenze specialistiche, le capacità decisionali complesse e le competenze cliniche per la pratica infermieristica avanzata, le cui caratteristiche sono modellate dal contesto in cui è accreditato a praticare.”* (Schober et al., 2020, p. 6). Per permettere lo sviluppo di conoscenze e competenze orientate a costruire questo profilo professionale è stato necessario definire un percorso formativo orientato a fornire, non solo conoscenze professionali approfondite, ma anche riflessioni e approfondimenti relativi a interdisciplinarietà e interprofessionalità, ricerca e sviluppo delle prestazioni di cura di qualità.

A partire da queste premesse, il profilo di competenze della persona che frequenta il percorso MScN (DEASS 2017) è stato elaborato sulla base di alcuni documenti fondamentali: i Descrittori di Dublino (Bologna Working Group, 2005), il Profilo di competenze di ruoli secondo il modello CanMEDS (Frank, Snell & Sherbino, 2015), il Profilo di competenze secondo Hamric (Tracy & O'Grady, 2019), le competenze secondo l'APN Task force nazionale (APN-CH).

Attualmente a livello nazionale, la Conferenza sulla salute che riunisce tutte le scuole universitarie professionali svizzere (Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschule der Schweiz), sta lavorando per creare un profilo di competenze unico per tutti i master of science sanitari presenti nel panorama formativo nazionale e, sicuramente, al momento della sua pubblicazione, se ne terrà conto per declinarlo nelle competenze specifiche definite in precedenza.

Il programma MScN in SUPSI ha elementi distintivi che si basano su quattro aspetti specifici: a· l'interprofessionalità, b· la leadership, c· l'organizzazione e la cultura basata sulla relazione, d· la partnership con pazienti. Esso è strutturato seguendo tre principali filoni: la pratica

clinica avanzata; la ricerca applicata; la leadership clinica ed è stato organizzato in moduli che si susseguono nel corso dei cinque semestri e che approfondiscono tematiche legate agli ambiti delle cure acute e croniche, preventive, riabilitative e delle attività di promozione della salute.

Nel procedere dei semestri, la formazione valorizza e promuove la condivisione delle esperienze degli studenti e ha un orientamento nazionale e internazionale. Inoltre, nell'ottica di favorire lo sviluppo della pratica clinica avanzata in aula viene valorizzata la dimensione riflessiva delle pratiche professionali e, per permettere ciò, è necessario che gli studenti siano attivi nella pratica clinica nelle diverse organizzazioni sanitarie.

A partire dal profilo di competenze sono stati definiti gli **obiettivi della formazione** indicati di seguito e operazionalizzati nei singoli moduli.

- Utilizzare i risultati di ricerca nei diversi campi per trovare soluzioni innovative a problemi complessi e diffondere la promozione della necessaria innovazione del processo e dell'organizzazione.
- Partecipare attivamente ai progetti di ricerca a livello locale, nazionale e internazionale.
- Adottare metodi di gestione dei progetti e di miglioramento dei processi per aumentare la qualità e la sicurezza delle cure e accrescere la soddisfazione dei pazienti e del personale.
- Applicare la leadership trasformativa volta all'empowerment di pazienti, familiari e colleghi, arricchendo appieno il loro potenziale.
- Applicare i principi della collaborazione interprofessionale ad ogni livello dalle cure al paziente fino al livello dirigenziale.
- Contribuire alla redistribuzione della responsabilità della sanità, con il conseguente sviluppo di nuovi ruoli basati su competenze specifiche, e a nuove forme di collaborazione.
- Evidenziare i contributi infermieristici nel determinare il successo e la performance di un'organizzazione nel suo insieme.

La prima edizione del MScN si è svolta da settembre 2018 a dicembre 2020, la seconda da gennaio 2021 a giugno 2023 (si è deciso di posticipare l'inizio a gennaio a causa della pandemia COVID 19 che non permetteva agli studenti di staccarsi dalle strutture sanitarie in cui lavoravano per frequentare le lezioni). In entrambe le edizioni le classi erano composte da studenti provenienti da contesti di cura cantonali o extra Cantone, differenziati dal punto di vista della tipologia di struttura (ospedali, case anziani e Spitex). Essi con la loro eterogeneità hanno arricchito e animato i momenti di discussione e confronto stimolati dai docenti nei diversi momenti formativi.

Cosa comporta la presenza del MScN in Ticino?

Con l'inserimento della formazione MScN in Ticino si è voluto e si vogliono raggiungere obiettivi diversi che impattano sulle professioni sanitarie, sulla gestione e qualità delle cure, sulle risposte ai bisogni di cura della popolazione. Alcuni di essi sono:

Lo sviluppo della disciplina infermieristica

È importante stimolare e favorire la riflessione in ambito disciplinare sia durante la formazione che al suo termine. Nel percorso formativo si promuovono il dibattito e la riflessione attraverso seminari e conferenze organizzate in loco aperte anche agli ex studenti e ai professionisti sanitari che operano nel territorio; si stimola la diffusione dei risultati di lavori scientifici attraverso la partecipazione attiva a congressi internazionali/nazionali e con la scrittura di articoli da pubblicare su riviste internazionali. L'elaborazione del lavoro di tesi è un momento privilegiato per

condurre lo studente nella riflessione e nello sviluppo di tematiche legate alla disciplina infermieristica ed ai suoi ambiti di applicazione. Le tematiche approfondite nelle tesi sono state, sino ad ora, scelte dagli studenti anche se uno degli orientamenti definiti dalla Direzione del Master è di stimolare l'approfondimento nei lavori di tesi di tre tematiche attualmente presenti nel confronto e nel dibattito internazionale: *fundamentals of care*; *interprofessionalità*; *self care*.

La creazione di una comunità scientifica a livello cantonale

Creare e sviluppare nel tempo un gruppo di professionisti che regolarmente si incontra, si confronta e approfondisce temi di interesse per la professione infermieristica e per le professioni sanitarie è un obiettivo sfidante. E ancora di più lo diventa se si esplicita l'intenzione, una volta consolidato il procedere, di invitare a farne parte anche gli altri professionisti sanitari. Per l'ambito sanitario del Cantone sarebbe arricchente avere momenti di incontro interprofessionali in cui affrontare tematiche di interesse comuni volte alla cura, alla formazione, al management, alla ricerca ma anche alle tematiche in discussione a livello nazionale e internazionale. Il MScN con la sua Faculty potrà diventare il promotore e il perno attorno a cui ruotano le diverse organizzazioni e associazioni cantonali che decidono di parteciparvi.

La creazione e il sostegno alla leadership infermieristica

Più volte in aula, parlando con gli studenti, ho detto che loro “saranno la leadership infermieristica futura del nostro Cantone”. Infatti, nella due edizioni sono stati formati i professionisti che ricoprono il ruolo di Direttore infermieristico/Direttore sanitario nelle diverse organizzazioni presenti nel Cantone ma anche coloro che hanno il ruolo di Esperti clinici, di Infermieri ricercatori e di APN. La presenza di professionisti, formati a livello Master, nei vari livelli delle organizzazioni sanitarie rafforza sicuramente la leadership infermieristica e la sostiene nelle scelte legate alla cura e alla politica sanitaria.

Possibili sviluppi futuri

Riprendendo e sviluppando la definizione di APN dell'ICN (2020), inserita all'inizio, è necessario specificare che a livello internazionale il termine APN è utilizzato come termine generale per indicare la pratica clinica avanzata, cui afferiscono due diversi ruoli: Clinical nurse specialist (CNS) e Nurse Practitioner (NP). Ad oggi la formazione sviluppata in Ticino prepara a ricoprire il ruolo di CNS, ossia di “un infermiere con conoscenze e abilità avanzate, capace di prendere decisioni complesse e di utilizzare un approccio sistemico nella gestione di un caso clinico, garantendo un'assistenza ottimale nelle organizzazioni sanitarie” (ICN, 2020, p. 12).

Uno sviluppo futuro potrà essere la formazione del NP ossia di “un infermiere che, dopo un percorso formativo avanzato, raggiunge una propria autonomia clinica nella definizione di diagnosi e un trattamento orientati alla persona e non solo alla condizione o alla malattia, facendo riferimento a linee guida basate sulle evidenze.” (ICN, 2020, p. 18). Questa figura è già presente in alcuni Cantoni, tra cui il Canton Vaud ed il Canton Berna. Il percorso formativo che prepara questo professionista approfondisce in moduli specifici Farmacologia, Fisiopatologia e Clinical assessment per sviluppare competenze specifiche per valutare a fondo il paziente e i suoi bisogni di cura, fare diagnosi e impostare alcuni trattamenti terapeutici.

Sebbene il MScN sia iniziato nel 2018, ancora oggi in Canton Ticino siamo all'inizio di un percorso sfidante ed interessante. Negli anni a venire l'attuale master potrà svilupparsi includendo la formazione per NP e orientarsi all'educazione interprofessionale nel momento in cui verranno attivati altri MSc.

2.3 Narrazioni digitali: il Digital Storytelling nei contesti di cura

Barbara Bruschi

Mentre questo contributo viene scritto, l'esperienza "digitale" sembra superata dall'intelligenza artificiale e dalle tecnologie immersive. Ormai, il digitale sembra quasi obsoleto e destinato a definire pratiche e contesti appartenenti a un mondo superato. Forse, proprio per questo, è necessario spiegare cosa intendiamo, in questa sede, quando parliamo di Digital storytelling (DST) e fare riferimento esplicito al quadro concettuale e metodologico adottato. Infatti, le esperienze di cui parlerò in seguito, così come il modello di intervento illustrato, prendono spunto dal lavoro di Joe Lambert e Dana Atchley presso il Center for digital storytelling in California. La storia del centro è lunga e articolata e per questo rimandiamo alla letteratura per approfondimenti ulteriori (Lambert, 2013).

A caratterizzare la proposta metodologica sono essenzialmente tre fattori:

- la vocazione sociale;
- il forte legame con le pratiche teatrali e filmiche dovuto alla professionalità dei due autori;
- il focus sulla persona e la sua identità.

Questa caratterizzazione è stata determinante quando si è trattato di individuare, tra le varie forme di DST presenti, la soluzione più adatta ai contesti educativi e di cura. Infatti, la vocazione sociale permette di intendere questa strategia non solo come una pratica narrativa, ma anche come una metodologia di intervento, basata sul gruppo e sulla valorizzazione delle esperienze degli individui intesi come persone portatrici di sapere e di conoscenza. Il collegamento con le arti performative attribuisce al DST una potenzialità espressiva rilevante, che non si esaurisce nell'esercizio estetico, ma che consente ai soggetti narranti di rappresentare la propria storia attraverso linguaggi differenti, adatti ad esprimere costrutti, emozioni e sentimenti diversi.

Infine, l'attenzione per la persona e per la sua identità costituisce, come noto, un aspetto di grande attenzione in tutte le situazioni di fragilità, dove proprio la persona con le sue specificità è messa in crisi dagli eventi e deve essere supportata, nel percorso che sta compiendo, con strategie e metodologie capaci di porla al centro, di collocarla in una postura di apertura – attraverso la narrazione – e di contemporaneo ascolto dell'altro (Frank, 2022).

Dopo questa premessa siamo in grado di fornire una definizione di DST che sarà ulteriormente completata nei paragrafi successivi. Il DST è una narrazione breve (max 10 minuti), raccontata in prima persona dall'autore attraverso linguaggi differenti quali immagini, statiche e/o in movimento, suoni, musica, testi. Come anticipato, nelle pagine che seguono questa definizione verrà approfondita per fornire gli elementi caratterizzanti e significativi per i contesti di cura.

Elementi fondamentali del DST

Joe Lambert nelle prime pagine del volume Digital storytelling (Lambert, 2013), sottolinea come la sua interpretazione del metodo sia basata su un forte spirito democratico, da intendersi come la possibilità, data a tutti, di esprimersi nella modalità e nella forma preferita, al di là di qualsiasi vincolo formale e concettuale. Nonostante questo, ad un certo punto, proprio per attribuire al DST una riconoscibilità formale si è reso necessario definire il "metodo" e la "teoria" soggiacenti alla pratica. Sono stati, pertanto,

indicati i sette elementi fondamentali che contribuiscono a caratterizzare questa forma di narrazione digitale.

Vediamoli in breve:

- **il punto di vista personale.** Uno degli aspetti fondamentali di questa pratica narrativa consiste nel porre al centro dell'intervento il soggetto e la sua narrazione. Ciò che interessa non è la narrazione corretta o quella che corrisponde a una qualche "verità", ma il punto di vista attraverso cui il narratore legge e interpreta la realtà (Viney, 1997). Nel caso dei contesti di cura, per quanto attiene sia il personale sanitario, sia i pazienti, questo tipo di approccio assume un significato particolare in quanto consente la restituzione di uno sguardo inedito. Si tratta di definire una sorta di ingresso privilegiato all'interno di uno spazio, quello del vissuto individuale, diversamente irraggiungibile;
- **una struttura di narrazione che possa anche sorprendere** ponendo domande e fornendo risposte non banali. Le teorie sulle narrazioni sostengono che le storie non forniscono soluzioni ai problemi, ma elementi affinché i soggetti siano in grado di individuare i problemi (Bruner, 2002). Il DST ha fatto propria questa teoria e la processualità che porta il narratore a costruire il proprio racconto è finalizzata anche all'individuazione delle criticità (il problema) esistenziali che stanno caratterizzando o hanno caratterizzato un momento specifico dell'esistenza di chi racconta. Si tratta di un processo che, in particolare nei contesti di cura, consente all'individuo di intercettare quei fattori sui quali potrebbe essere utile lavorare in vista di un loro superamento¹;
- **contenuti emotivi e coinvolgenti.** Questo è forse l'aspetto più facile da definire in quanto fa parte della vita di ciascuno di noi. Le storie ci piacciono non perché descrivono, ma perché ci permettono una collocazione emotiva particolare e un coinvolgimento che le sole descrizioni non renderebbero possibile (Gallese & Guerra, 2015);
- **l'uso della propria voce per la narrazione.** Come afferma Lambert (2013, p. 37) le storie sono riflessioni personali in merito a un tema specifico. Devono trasmettere le emozioni del narratore e per questo la sua voce costituisce il vettore privilegiato (Cavarero, 2022);
- **l'utilizzo di una colonna sonora adeguata** ai momenti della narrazione. Così come le colonne sonore dei film costituiscono una parte fondamentale della pellicola, altrettanto accade per il DST. La musica costituisce un linguaggio a sé che, come tale, contribuisce alla narrazione, alla costruzione di un'ambientazione specifica, alla trasmissione di particolari elementi emotivi;
- **un'efficace economia della narrazione** perché si può dire molto con poco. Il narrare ci appartiene (Bruner, 2002), tuttavia raccontare non è cosa facile, soprattutto per chi non lo fa abitualmente. Per questo nelle pratiche di DST si preferisce lavorare a narrazioni contenute che permettano a tutti di esprimersi, evitando il rischio di dilungarsi nella narrazione della propria vita. Il fatto di avere tempi ristretti spinge il soggetto narrante a focalizzarsi sugli aspetti salienti, sui costrutti più significativi;
- **un ritmo adeguato alle modalità narrative** che abbiamo scelto. Inutile nascondere che il DST, come gran parte delle narrazioni ad esclusione di quelle diaristiche, sono realizzate per essere fruite da un qualche tipo di pubblico. Pertanto, al di là dei contenuti, anche il ritmo deve essere curato affinché il racconto possa coinvolgere totalmente chi ascolta.

¹ – “[...] narratività quale processo per ricostruire il mondo della vita” (Good, 2006, p. 204).

DST in action

Il DST può essere applicato in contesti molto diversi che vanno dalla didattica, alla formazione dei lifelong learning, alla cura (Bruschi, 2015, 2018, 2020). In questa sede, ci focalizzeremo sull'ultimo ambito, la cura, riportando in forma sintetica i risultati di alcune esperienze svolte soprattutto presso l'ospedale di Biella in Italia. Infatti, per circa cinque anni, è stato attivo presso questo ospedale², un progetto volto da un lato a formare i professionisti all'uso del DST nella propria pratica lavorativa; dall'altro, a offrire spazi narrativi ai pazienti. Come anticipato all'inizio di questo contributo, la scuola di Lambert, da cui attingiamo le prassi e le teorie del DST, trae le sue origini dal lavoro creativo/educativo in contesti di fragilità. Si può pertanto affermare che questa metodologia sia, più di altre, adeguata a rispondere alle necessità che emergono in particolari situazioni narrative, quali ad esempio il lavoro educativo con le persone fragili e i contesti di cura.

I laboratori di Digital storytelling

Riportiamo la struttura e l'organizzazione delle attività svolte con quattro differenti gruppi di persone provenienti da altrettanti contesti di cura:

- dipartimento di salute mentale. Tre educatori e cinque pazienti;
- Domus Laetitiaie. Gruppo composto solo da pazienti con varie disabilità conseguenti a traumi gravi. Essi frequentano, due volte alla settimana, il centro diurno la Bottega dei mestieri³ in cui svolgono attività educativo-ricreative;
- fisiatria Ospedale degli Infermi di Biella. Cinque operatori (logopedisti e fisioterapisti) e quattro pazienti con patologie degenerative e da trauma;
- operatori esperti di narrazione. Cinque operatrici della cura già esperte di metodi narrativi nei contesti sanitari. Obiettivo della loro partecipazione al progetto era di mettere in campo una metariflessione professionale sulle modalità secondo cui hanno utilizzato alcune pratiche narrative nei loro contesti di cura.

L'adesione ai gruppi, come previsto dalle metodologie narrative, deve avvenire su base volontaria e spontanea. Il numero dei partecipanti per ciascun gruppo è, in linea di tendenza, ridotto per garantire una buona dimensione relazionale con tutti i membri del gruppo e per consentire, a ciascun partecipante, spazi e tempi personalizzati. Le persone che hanno preso parte alle attività non presentavano particolari competenze digitali e, fatta eccezione per il solo gruppo degli operatori esperti, non avevano mai partecipato a laboratori narrativi.

La strategia d'intervento

Le attività sono state svolte secondo una strategia di intervento strutturata in fasi che presenteremo a breve. Prima, però, è necessaria una precisazione: sebbene il modello sia il medesimo per tutti i workshop di DST, è fondamentale mantenere un certo grado di flessibilità, necessario a fornire risposte adeguate alle differenze che, naturalmente, si manifestano da gruppo a gruppo. Come noto, i processi narrativi si basano su due principi fondamentali: il primo ha a che fare con la libertà dei soggetti di partecipare e di definire l'intensità del proprio contributo; il secondo riguarda la costruzione di un contesto di benessere in cui i narratori possano inserirsi e godere di una pausa riflessiva. Per favorire la costituzione di questa "zona di riflessione" è fondamentale essere disposti ad adattare le modalità di intervento alle necessità dei partecipanti, pur mantenendo il rigore metodologico necessario a garantire la qualità dei processi messi in atto. Di seguito, presentiamo le fasi in cui si articolano i workshop di DST.

² — I workshop sono stati svolti nell'ambito del progetto Storie in circolo www.vocieimmaginidicura.it/storie-in-circolo

³ — "La Bottega dei Mestieri è il luogo dove possono esprimersi e concretizzarsi opportunità di occupazione per persone con disabilità e giovani ed adulti "fragili", nel territorio della Provincia di Biella. Le Botteghe hanno come obiettivo la valorizzazione delle competenze socio-professionali delle persone che non sono in grado di sostenere un contesto lavorativo in termini di profitto e produttività" (www.domuslaetitiaie.com/bottega).

Engagement

Questa è la prima e forse la più delicata delle fasi in cui si articolano i workshop. Infatti, l'efficacia del percorso narrativo è garantita se i partecipanti sono pienamente consapevoli dell'impegno che verrà richiesto loro e se condividono gli obiettivi del progetto. Le modalità di coinvolgimento si differenziano a seconda del target, in quanto si basano su una relazione diretta con i futuri narratori, relazione che deve essere finalizzata ad accogliere le istanze delle persone e soprattutto a definire sin dall'inizio un clima di fiducia reciproca. Nel caso dei professionisti è opportuno precisare dettagliatamente: a · le aspettative che si hanno nei loro confronti; b · le fasi del lavoro; c · la durata del percorso; d · gli obiettivi e i risultati attesi. Un aspetto che non deve essere trascurato riguarda, inoltre, le opportunità di applicazione del metodo acquisito alle pratiche professionali. Si tratta di trovare risposte convincenti alla domanda: a cosa mi serve conoscere il DST?

Nel coinvolgimento dei pazienti e delle persone fragili i facilitatori dei workshop e i professionisti che le hanno in cura devono collaborare e condividere le informazioni che consentiranno di rendere quanto più possibile coerente l'intervento alle necessità specifiche. Tale condivisione sarà anche utile per individuare le persone più adatte a svolgere un'attività narrativa e per definire gli obiettivi che si intende raggiungere. Se nel primo caso la domanda a cui rispondere riguardava il valore dell'attività per l'agire professionale dei soggetti, in questo caso si tratta di chiedersi quali vantaggi possono trarre le persone dall'adesione a un percorso di DST. A questo proposito, va ricordato che il digital storytelling è, nella nostra accezione, una metodologia educativa a cui fare ricorso solo quando si è certi che la sua adozione determini il raggiungimento di finalità e obiettivi che non potrebbero essere ottenuti diversamente. Individuati i partecipanti al workshop si procede con la presentazione dell'attività e con la condivisione degli obiettivi. Come già anticipato, la partecipazione deve essere spontanea e i soggetti possono ritirarsi dal progetto in qualsiasi momento.

Condivisione dramatic question

Chiedere a chiunque di raccontare di sé pone, quasi certamente, il problema di come ritagliare, nel flusso della vita, le esperienze da raccontare o come riuscire a riassumere in poche pagine una vita. Si tratta di questioni molto delicate, che devono essere affrontate tenendo in conto le conseguenze determinate dalle scelte in questo ambito. Per facilitare il processo narrativo, ma soprattutto per fare in modo che le narrazioni siano coerenti con gli obiettivi dei workshop si propone una dramatic question (DQ). Si tratta di uno "stimolo narrativo", individuato dal facilitatore – ed eventualmente dagli altri professionisti coinvolti nelle attività, come indicato al punto precedente – sulla base delle caratteristiche dei narratori e delle finalità del progetto. Lambert sostiene che la DQ è il fattore che permette di rendere "interessante" la narrazione in quanto richiede al narratore di individuare, nell'ambito delle proprie esperienze, quelle situazioni che meritano di essere raccontate. Possiamo, pertanto, intendere la DQ come un ponte tra chi narra e chi ascolta: le narrazioni "servono" a chi le narra, ma agiscono anche nei confronti di chi ascolta, modificandone le conoscenze, le rappresentazioni e talvolta anche le scelte. Anche nel caso della dramatic question i narratori devono essere liberi di accogliere quanto viene proposto loro oppure di rifiutare motivando tale scelta. In questo caso è importante che i facilitatori svolgano una funzione di supporto, accogliendo la richiesta del narratore e cercando di individuare soluzioni alternative più aderenti alle specificità del soggetto. Le DQ vengono condivise, illustrate e discusse in un momento collegiale: tutti i partecipanti sono invitati a riflettere sulla proposta che è stata fatta loro, ad esprimere un parere in merito e a comunicare quale storia pensano di voler raccontare.

Socializzazione draft

A differenza di altre metodologie narrative, nel DST le modalità di scrittura possono variare da persona a persona. In generale, il primo momento narrativo consiste nella realizzazione di una versione iniziale della storia secondo la modalità preferita: si possono individuare delle parole chiave, oppure ricorrere a una mappa concettuale per organizzare i pensieri o ancora produrre una prima sinossi che sarà completata successivamente. Quello appena descritto è un passaggio rilevante e rappresenta un *trait d'union* tra il momento in cui la storia viene individuata (fase precedente) e quello in cui sarà costruita più in dettaglio (fase successiva). Anche in questo caso, come per la fase precedente, i risultati delle attività sono condivisi: nell'ambito di un "momento sociale", i partecipanti sono invitati a presentare i risultati raggiunti affinché, attraverso lo scambio, possano scoprire nuove dimensioni e individuare costrutti inediti.

Costruzione storia e condivisione

Affinché la narrazione possa trasformarsi in un DST è necessario avvalersi di uno storyboard che permetta l'organizzazione dei contenuti attraverso i diversi linguaggi di cui potranno avvalersi i narratori: fotografia, musica, supporto vocale, testo, immagini in movimento. Lo storyboard consente di suddividere il racconto in scene e di creare associazioni efficaci tra i diversi elementi. Inoltre, la corretta implementazione dello storyboard renderà più facile il montaggio del videoracconto finale. Come si diceva, lo storyboard richiede di organizzare la storia in scene e di individuare il linguaggio più adatto ad esprimere i contenuti. Ad esempio, se sto raccontando delle difficoltà che ho incontrato al momento in cui mi è stata comunicata la diagnosi di diabete potrò scegliere se avvalermi solo di un'immagine, per me particolarmente rappresentativa, associata a una colonna sonora adatta al momento oppure posso ricorrere ad un colore associato a un passaggio testuale raccontato con la mia voce. L'obiettivo è permettere al narratore un'ampiezza narrativa adeguata a rappresentare anche ciò che non sempre le parole consentono di definire. Occorre ricordare che nessuno degli elementi multimediali scelti svolge solo una funzione esclusivamente esornativa. Ciò non significa che la bellezza e l'equilibrio estetico non siano considerati, ma che, in generale, i diversi linguaggi hanno principalmente una finalità espressivo-comunicativa. L'individuazione degli elementi multimediali da utilizzare (quale fotografia, quale musica, ecc.) favorisce la riflessione e il ricordo. L'apertura della "scatola delle fotografie" è sempre l'inizio di una nuova storia, fatta di immagini che si susseguono e che riportano a persone, momenti, luoghi ed emozioni differenti. Si tratta di pezzi di un puzzle attraverso cui ripercorrere tappe più o meno fondamentali della propria esperienza esistenziale, ma soprattutto costituiscono delle ancore per la ricostruzione di sé alla luce del presente. In questo modo, i narratori hanno l'opportunità di ritrovare degli elementi della propria vita utili non solo alla contestualizzazione, ma anche alla ridefinizione di un sé che in particolari momenti vacilla e rischia di perdersi.

Tutte le scelte svolte nelle diverse fasi sono condivise in gruppo, affinché i partecipanti possano confrontarsi direttamente tra loro, sviluppando i significati espressi tramite i diversi linguaggi. Non si tratta, ovviamente, di discutere della bellezza o meno di quanto rappresentato, ma di condividere i significati espressi, le modalità individuate e le possibili alternative a disposizione. Sono momenti molto significativi, in cui i narratori analizzano, ricordano, ripercorrono e spesso ricostruiscono le loro storie grazie al confronto con altri. Nel caso dei contesti di cura, questa processualità è particolarmente importante in quanto sostiene i pazienti nel percorso verso una ridefinizione del significato della propria vita dopo la diagnosi. La presenza di persone che - pur condividendo una medesima situazione - conducono, come è naturale, vite diverse permette di avvicinare soluzioni, significati e prospettive differenti che, probabilmente, in autonomia non potrebbero essere avvicinate.

Il montaggio finale

La fase finale è rappresentata dal montaggio attraverso un software che sia semplice e adatto a chi può anche non avere solide competenze digitali. Ovviamente, in questa fase la presenza di facilitatori e tutor che accompagnino anche operativamente i narratori è fondamentale. Altrettanto importante è che chi supporta la realizzazione digitale del racconto non intervenga sulla storia e si presti ad essere quello che Demetrio definisce uno “scrivano intelligente” ovvero una persona che si limita a mettere in pratica ciò che il narratore chiede.

I prodotti terminati sono oggetto di una nuova fase di condivisione che, generalmente, segna la fine dei lavori. Il gruppo si riunisce per l'ultima volta, condivide i prodotti finiti e si saluta. Per questo, normalmente, si organizza una festa per celebrare i risultati, ma soprattutto il gruppo.

Cosa fare dei DST? Questa è la domanda ricorrente. Non c'è una risposta univoca in quanto molto dipende dal contesto e dalle persone. Sono queste che devono decidere in assoluta libertà se vogliono rendere pubblico il risultato del loro lavoro oppure se mantenerlo riservato.

Conclusione

Il DST ha rappresentato, innanzitutto, uno spazio di condivisione. I partecipanti ai diversi workshop vivono l'esperienza come un momento particolarmente favorevole per condividere con altri ricordi, criticità, paure, visioni del mondo, trovando in questa condivisione non tanto una conferma delle difficoltà con cui si stavano confrontando, quanto la possibilità di attribuire ai propri costrutti un significato talvolta diverso da quello originario. Assumere un punto di vista diverso rappresenta, in particolari situazioni, quali ad esempio quelle di malattia, un'opportunità per passare dalla rassegnazione all'azione, dal senso di sconfitta alla resistenza.

In continuità con il punto precedente, il DST è stato spesso vissuto anche come uno spazio di riflessione (Mortari, 2019). Normalmente le pratiche narrative promuovono la riflessività e l'introspezione, ciò che accade con il DST è che i momenti di autoriflessione sono particolarmente favoriti dall'impiego di linguaggi espressivi differenti che impongono un processo di recupero dei ricordi e di analisi del proprio vissuto particolarmente intenso. Come afferma Demetrio: “La sorpresa più straordinaria è questa. Si impara dall'analisi della propria storia, si impara apprendendo da se stessi [...]” (Demetrio, 1995, p. 15).

Secondo quanto formulato dalla Transportation theory, possiamo affermare che il DST promuova una sorta di “allontanamento” del narratore dalla propria situazione di origine, determinato dall'accesso a contenuti e significati differenti dai propri (grazie ai processi di condivisione) (Green, 2021). Al ritorno alla propria situazione originaria, lo storyteller si trova arricchito non solo dall'esperienza appena vissuta, ma anche dal contatto con significati, modelli e rappresentazioni del mondo differenti e particolarmente significativi per rendere possibile un approccio esistenziale differente.

In questo senso, il DST permette nei soggetti la crescita della propria competenza «resistiva» o, per citare nuovamente Demetrio, aiuta il narratore a darsi una “tregua autobiografica” (Demetrio, 1995, p. 27), in cui non smette di “combattere”, ma scende a patti con se stesso grazie alla presa di coscienza della propria capacità di gestione della complessità. E proprio questa presa di coscienza incrementa il senso di autoefficacia e l'autostima. Si passa così dallo stato di resa a quello dell'azione riconoscendo le proprie capacità e competenze e rimettendole a disposizione per un nuovo progetto di vita.

In ultimo, ma non certo per importanza, le esperienze di DST favoriscono il senso di appartenenza a una comunità. Sebbene questa pratica narrativa dia un ampio spazio all'individualità, altrettanto spazio è dato alla collegialità, ai momenti di condivisione grazie ai quali i processi,

appena descritti, sono resi possibili. In particolare, si genera una piccola comunità di soggetti che condivide non solo gli obiettivi e talvolta le esperienze pregresse, ma la volontà di consegnare all'altro/agli altri le proprie storie attraverso un atto di fiducia assoluta nella capacità della comunità di accogliere la narrazione e di proteggerla.

A questo punto è opportuna una precisazione: quanto appena esposto non intende assolutamente delineare un qualche potere salvifico del DST, ma dotare i "narratori" di strumenti per far fronte alle difficoltà e proporre una strategia attraverso cui le persone possano accedere a un modo differente di guardare alla propria realtà che, nonostante il lavoro di riflessione e di autonarrazione, continuerà ad esistere nella stessa configurazione di partenza (la malattia, il disagio sociale, ecc.). A cambiare potrà essere il punto di vista del soggetto e il modo di approcciarsi alla vita con l'unico obiettivo di generare benessere.

Parte 3

**La svolta digitale nelle cure:
caratteristiche, opportunità ed aspetti critici**

3.1 La cartella informatizzata del paziente per facilitare lo scambio interprofessionale di informazioni rilevanti per la cura dei pazienti

Valeria Belloni

La cartella informatizzata del paziente

La cartella informatizzata del paziente (CIP) è uno strumento di salute pubblica fortemente sostenuto da Confederazione e Cantoni ed inserito nel contesto della strategia nazionale «Strategia eHealth Svizzera 2.0» per una digitalizzazione nell'ambito sanitario.

Quando parliamo di CIP, ci riferiamo in maniera specifica ad una raccolta di informazioni sanitarie personali (sistema secondario) che possono essere consultate in qualsiasi momento da professionisti della salute autorizzati e dal paziente stesso. La CIP può essere attivata da tutta la popolazione svizzera, indipendentemente dallo stato di salute. Essa non va confusa con la cartella clinica elettronica, ovvero la struttura di documentazione digitale (sistema primario) che documenta le attività svolte nelle strutture stazionarie o negli ambulatori.

La CIP ha lo scopo di permettere ai professionisti della salute coinvolti nelle cure del paziente di coordinare le prestazioni erogate e rendere il sistema sanitario più efficiente. Grazie alla CIP, il paziente può accedere in modo semplice e sicuro ai documenti che riguardano la sua salute.

Comunità di riferimento

Con il termine Comunità di riferimento ci si riferisce ad una rete di professionisti della salute e dei loro istituti che possono condividere dati sanitari in modo decentralizzato tramite la CIP (Figura 1). Questa comunità deve permettere ai pazienti di aprire e accedere alla propria CIP e di gestire i diritti d'accesso e i gradi di confidenzialità dei propri dati.



Figura 1
Rappresentazione di una
Comunità di riferimento.
Credits: e-Health Ticino.

In Svizzera ad oggi possiamo contare sulla presenza di otto Comunità (Figura 2), di cui sette dette di “riferimento” (come eHTI), abilitate all'apertura di una CIP a favore della popolazione, mentre una, detta “semplice” (AD Swiss), che garantisce solo l'accesso ai dati sanitari da parte dei professionisti della salute, ma non permette l'apertura di una CIP.

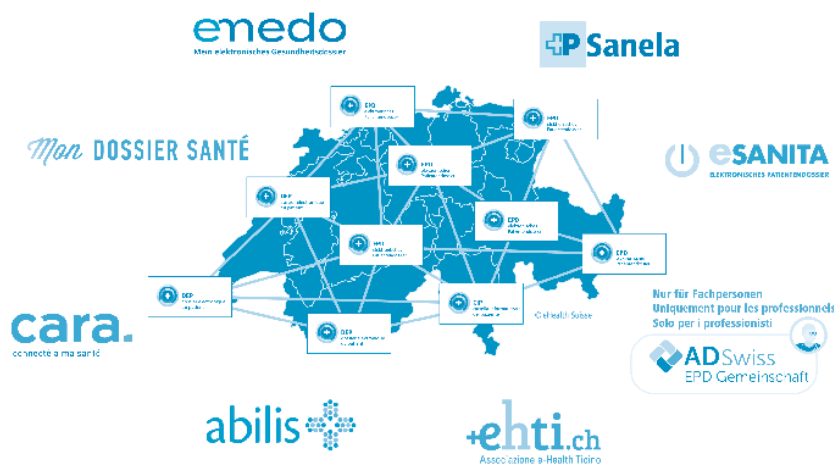


Figura 2
Comunità di riferimento e semplici presenti in Svizzera al 23.06.2023.
Credits: e-Health Svizzera.

Obbligo di adesione ad una Comunità di riferimento secondo la legge

La già citata legge federale sulla cartella informatizzata del paziente disciplina le condizioni quadro per l'introduzione e la diffusione della CIP. Secondo la legge hanno l'obbligo di adesione ad una Comunità di riferimento certificata ai sensi della legge le seguenti strutture e nelle seguenti tempistiche:

- ospedali e cliniche: adesione obbligatoria entro il 15 aprile 2020;
- case di cura / case per anziani: adesione obbligatoria entro il 15 aprile 2022;
- settore ambulatoriale (studi medici, farmacie, Spitex): adesione obbligatoria per i nuovi professionisti della salute che a partire dal 1° gennaio 2022 intendono fare richiesta per poter fatturare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie (AOMS). Per tutti gli altri professionisti della salute, tale partecipazione resta facoltativa, sebbene fortemente raccomandata;
- pazienti: l'apertura della CIP è facoltativa.

La comunità di riferimento e-Health Ticino

Nel 2016, su mandato del Cantone, è stata fondata la Comunità di riferimento ticinese, rappresentata dall'associazione e-Health Ticino (eHTI), con lo scopo di sostenere i fornitori di prestazioni affiliati nello sviluppo della CIP in applicazione della legge federale di riferimento (LCIP) entrata in vigore il 15 aprile 2017. All'interno del suo comitato, sono rappresentati tutti i più importanti fornitori di cura presenti sul territorio ticinese, quali l'ordine dei medici del cantone Ticino (OMCT), l'ordine dei farmacisti del cantone Ticino (OFCT), le case anziani tramite ADiCASI, l'ospedale cantonale ticinese (EOC), le Cliniche private (ACPT), ecc. Non da ultimo l'associazione dei consumatori e consumatrici della svizzera italiana (ACSI) in rappresentanza del cittadino - paziente. Tra i compiti dell'associazione troviamo:

- provvedere alla promozione e alla creazione a livello cantonale di un'unica unità organizzativa di professionisti della salute e di istituti;
- offrire alla popolazione ticinese di aprire la propria CIP;
- rappresentare la comunità di riferimento cantonale verso le autorità federali e cantonali, i fornitori del sistema informatico CIP e gli altri *stakeholders*;

- promuovere le misure tecniche, amministrative, giuridiche e di marketing sociale volte alla creazione ed allo sviluppo degli strumenti di sanità elettronica (*e-health*);
- fungere da centro di competenza cantonale *e-health* sia per i fornitori di prestazioni che per la popolazione della Svizzera italiana.

Dopo anni di intenso lavoro, il 17 settembre 2021 e-Health Ticino ha ottenuto la certificazione conformemente alla LCIP. Ricordiamo che ogni Comunità è soggetta ad un complesso ed articolato processo di certificazione che garantisce la qualità e la sicurezza dei servizi erogati. Infatti, per poter offrire la cartella informatizzata alla popolazione, l'associazione e-Health Ticino ha dovuto soddisfare 460 requisiti tecnici e organizzativi in grado di garantire la protezione e la sicurezza delle informazioni sanitarie personali. A seguire, nell'autunno del 2021, l'associazione ha ottenuto la propria piattaforma CIP certificata e la stessa è stata messa online per l'esecuzione dei primi test a favore della popolazione.

Con il raggiungimento di questo importante traguardo sono attestate la sicurezza del sistema di gestione della CIP e la qualità delle misure tecnico-organizzative messe in atto da parte di e-Health Ticino e dalle strutture sanitarie a lei affiliate. Grazie a questo strumento, il paziente può disporre di un accesso semplice e sicuro alle proprie informazioni sanitarie e può così gestire le informazioni che riguardano la sua salute in tutta libertà.

Benefici e ricadute positive sul sistema sanitario svizzero grazie alla CIP

Possiamo riassumere i benefici attesi dallo strumento della cartella informatizzata del paziente sul sistema sanitario svizzero e quindi anche ticinese come segue:

- **miglioramento della qualità delle cure.** La CIP migliora la qualità dei processi terapeutici. I professionisti della salute hanno accesso alle informazioni importanti ai fini delle cure e possono così consigliare la migliore terapia da seguire evitando trattamenti inutili o già effettuati;
- **maggiore sicurezza dei pazienti.** La CIP aumenta la sicurezza del paziente grazie ad un flusso ininterrotto d'informazioni sanitarie che permettono ai professionisti della salute di elaborare diagnosi ed erogare terapie in modo sicuro e conforme allo stato di salute aggiornato del paziente. In questo modo i professionisti della salute sono sempre aggiornati sulle terapie in vigore, i trattamenti già effettuati e i medicinali assunti dal paziente riducendo così il rischio di errori dovuti a un deficit d'informazioni. La CIP è un sistema di gestione di dati sanitari estremamente sicuro. Grazie a processi quali il criptaggio dei dati, la tracciabilità e la verbalizzazione del trattamento la protezione delle informazioni sanitarie è garantita;
- **migliore coordinamento delle cure.** Un migliore coordinamento dei professionisti della salute contribuisce alla qualità delle cure. La CIP garantisce uno strumento di condivisione e di comunicazione efficace che permette ai professionisti della salute di coordinare le proprie attività in modo ottimale ponendo il paziente sempre al centro delle cure;
- **empowerment del paziente.** L'empowerment del paziente indica il processo di rafforzamento delle competenze sanitarie del paziente. Grazie alla CIP, il paziente ha la possibilità di appropriarsi dei propri dati sanitari e di gestirli in modo consapevole. Egli può accedere

in ogni momento e in ogni luogo alla propria CIP e può così partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Grazie alla CIP, il paziente non deve inoltre ripetere costantemente le informazioni mediche che lo riguardano ai propri professionisti della salute, i quali hanno sempre a disposizione le informazioni necessarie. Il paziente ha anche un maggiore controllo dei propri dati sanitari grazie alla possibilità di verificare chi ha consultato la sua CIP e di gestire liberamente i diritti d'accesso e i gradi di confidenzialità;

- **maggior efficienza del sistema sanitario.** La CIP rappresenta un valido strumento per rendere il sistema sanitario più efficiente. Essa permette ad esempio di evitare la ripetizione di esami già effettuati di recente o l'attuazione di trattamenti inutili. Dal lato amministrativo, la CIP permette di snellire i processi di comunicazione tra professionisti della salute andando a sostituire processi cartacei poco sicuri e obsoleti. Ciò renderà il sistema sanitario più efficiente grazie alla diminuzione degli oneri amministrativi e sanitari e migliorando al contempo la qualità e la sicurezza delle cure.

Diritti dei pazienti e sicurezza della CIP

La CIP permette alla popolazione di consultare le proprie informazioni sanitarie in tutta sicurezza. La legge federale sulla cartella informatizzata del paziente prevede una serie di strumenti volti a tutelare il paziente e proteggere le sue informazioni sanitarie.

- **Gradi di riservatezza.** Il paziente può attribuire alle informazioni sanitarie contenute nella sua CIP uno dei tre gradi di riservatezza seguenti: a · dati normalmente accessibili; b · dati limitatamente accessibili; c · dati segreti.
- **Diritti d'accesso.** Il paziente può accordare liberamente l'accesso alla propria CIP ai professionisti della salute, a gruppi di professionisti della salute o a intere strutture sanitarie (Figura 3). Il paziente può decidere di accordare un diritto d'accesso "normale", consentendo l'accesso ai dati normalmente accessibili, oppure di accordare un diritto d'accesso "esteso", consentendo l'accesso sia ai dati normalmente accessibili, sia ai dati limitatamente accessibili. I professionisti della salute possono consultare le informazioni sanitarie dei pazienti solo nella misura in cui questi ultimi abbiano accordato loro i diritti d'accesso. Il paziente può così decidere quali professionisti della salute possono accedere a quali informazioni e per quanto tempo.

Il paziente ha accesso alla propria CIP e può modificarne in ogni momento i diritti d'accesso e i gradi di riservatezza. Egli può inoltre nominare un rappresentante, ad esempio un familiare o il proprio medico di fiducia, che gestisca al posto suo la CIP, i relativi diritti d'accesso e i gradi di riservatezza.

In situazioni di emergenza medica, anche dei professionisti della salute ai quali il paziente non ha accordato un diritto d'accesso possono accedere ai dati normalmente accessibili dove potranno trovare informazioni vitali. In questo caso, l'accesso viene verbalizzato e il paziente ne viene informato entro un termine adeguato.

Diritti d'accesso





		Paziente	Professionisti della salute		
					
Grado di riservatezza			Diritto d'accesso esteso	Diritto d'accesso normale	Senza diritto d'accesso
A	Normalmente accessibile	✓	✓	✓	
B	Limitatamente accessibile	✓	✓		
C	Segreto	✓			

Figura 3
Diritti di accesso e gradi di riservatezza dei documenti.
Credits: e-Health Ticino.

- **Tracciabilità.** Nella CIP, ogni trattamento dei dati viene tracciato e verbalizzato. In questo modo è possibile controllare l'uso della CIP e il paziente può verificare quali professionisti della salute hanno consultato informazioni o registrato nuovi documenti nella sua CIP.
- **Standard tecnici di sicurezza.** Per poter offrire la CIP alla popolazione, una comunità di riferimento deve essere certificata da un organo indipendente accreditato. La certificazione verte su 460 requisiti tecnici e organizzativi che garantiscono la protezione e la sicurezza delle informazioni all'interno della CIP.
- **Identificazione sicura.** Tutti gli utenti della CIP devono provare la propria identità tramite uno strumento di identificazione forte basato su 2 fattori (ad esempio la password personale e il codice SMS). All'apertura della CIP, viene inoltre attribuito alla persona un numero d'identificazione del paziente che permette di identificarla in modo univoco all'interno del sistema e di attribuirle le informazioni sanitarie corrette riducendo così il rischio di errori dovuti a scambi di cartelle cliniche o informazioni errate.

Servizi a valore aggiunto

Con l'introduzione della CIP è stato compiuto un passo importante verso quello che sarà in futuro un sistema sanitario più efficiente e incentrato sul paziente. Il sistema va però ulteriormente supportato e sviluppato con tutta una serie di servizi a valore aggiunto e che verranno implementati nel corso dei prossimi anni.

Per quanto concerne il 2023, si potrà già assistere in alcuni Cantoni all'implementazione di un servizio dedicato ad una gestione coordinata e puntuale delle proprie vaccinazioni, "eVaccination". Con questo nuovo modulo, pazienti e professionisti della salute autorizzati saranno sempre informati e aggiornati sulla situazione relativa alle vaccinazioni del paziente stesso grazie ad un sistema sicuro e sempre accessibile come lo è quello della CIP.

Altri servizi a valore aggiunto potranno essere integrati in futuro per una migliore presa a carico dei pazienti.

La CIP per facilitare lo scambio interprofessionale di informazioni rilevanti per la cura dei pazienti

Lo strumento della cartella informatizzata del paziente apre le porte ad un nuovo approccio basato su una gestione integrata e coordinata nel processo di presa a carico del paziente. La Confederazione ha ribadito in più occasioni la propria volontà di sviluppare ulteriormente questo strumento allo scopo di accrescerne i benefici per pazienti, medici, infermieri, ospedali, case di cura e tutte le altre strutture sanitarie. In questo modo le informazioni riguardanti la salute del paziente potranno in maniera sicura, aggiornata e puntuale essere sempre a disposizione del paziente e dei professionisti della salute da lui autorizzati. Egli potrà così partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la propria salute. Le aspettative che ruotano attorno a questo strumento sono elevate sebbene bisognerà attendere ancora alcuni anni per vederne una diffusione più marcata tra la popolazione svizzera ed un utilizzo attivo da parte di tutti i professionisti coinvolti. Per ora le basi sono state gettate e si guarda al futuro con ottimismo.

E in Canton Ticino?

In Canton Ticino, dopo la messa a disposizione della piattaforma CIP a favore della Comunità di riferimento ticinese, si è proceduto con un'implementazione del sistema in maniera graduale. Si è partiti con una fase pilota grazie alla collaborazione con l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), dove si è provveduto ad aprire le prime CIP presso due sedi ospedaliere. Il target di riferimento sono stati i collaboratori. Ciò ha permesso di raccogliere alcune prime informazioni, come ad esempio che l'adozione di un approccio più proattivo, dove ci si è recati con una postazione mobile presso i vari reparti per reclutare i collaboratori, ha suscitato un maggiore interesse nei confronti della CIP ed una loro successiva adesione. Nel secondo caso, sebbene si sia lavorato altrettanto bene, il reclutamento è stato un po' inferiore. In questo caso si è proceduto con l'invio di una lettera a tutti i collaboratori da parte della Direzione, invitandoli ad aderire alla CIP. Inoltre, questa fase di test ha potuto fornire alcuni riscontri interessanti durante il processo di apertura di una CIP evidenziando eventuali difficoltà riscontrate da parte dell'utente finale. Un'estensione di questo strumento alla popolazione ticinese è atteso in un prossimo futuro.

Per quanto invece concerne i professionisti della salute che al momento sono considerati il target principale della campagna nazionale svizzera (avviata a fine giugno 2023 e attiva sino a fine dicembre dello stesso anno) in favore della promozione e diffusione della CIP si continua con il loro reclutamento e affiliazione alla Comunità di riferimento ticinese in modo da creare una solida rete di fornitori di cura da mettere in futuro a disposizione della popolazione ticinese.

3.2 I molteplici aspetti della digitalizzazione nella trasmissione delle informazioni cliniche dei pazienti: il progetto FNS *digi-care*

Deli Salini, Patrizia Salzmann, Ines Trede, Thomas Bürkle, Christopher Lueg, Jürg Holm, François von Kaenel, Kezia Löffel, Andrea Volpe

Questo capitolo presenta una sintesi del quadro teorico, metodologico, organizzativo e dei risultati del progetto di ricerca denominato *digi-care*¹, il cui titolo in italiano è *Digitalizzazione e trasmissione di informazioni cliniche nelle cure infermieristiche: implicazioni e prospettive (digi-care)*. Il progetto si iscrive nel Programma nazionale di ricerca PNR 77 «Trasformazione digitale» del Fondo nazionale svizzero (FNS) ed è condotto dalla Scuola universitaria federale per la formazione professionale (SUFFP) e dall'Istituto di informatica medica dell'Università di scienze applicate di Berna (BFH).

La ricerca era intesa a indagare l'influenza della tecnologia digitale sulla trasmissione delle informazioni cliniche dei pazienti (ICP) presso il personale infermieristico e la rilevanza di incidenti critici correlati, al fine di identificare le esigenze di competenze infermieristiche in ambito digitale e le necessità formative conseguenti (Bürkle et al., 2022). Non era mirata invece a stabilire valutazioni comparative sulla qualità delle pratiche infermieristiche o sulla qualità delle tecnologie digitali in uso nelle strutture sanitarie.

Lo studio *digi-care*² è stato strutturato in due grandi tappe: a · indagine di terreno con approccio etnografico, svolta in parallelo in 6 ospedali (2 nella Svizzera italiana e 4 nella Svizzera tedesca) con validazione dei risultati tramite il confronto con gli attori di terreno; b · elaborazione di proposte formative (un prototipo multimediale e delle schede di situazioni di apprendimento), nonché di modelli di potenziali soluzioni tecniche (*mockup*) per migliorare l'usabilità dei dispositivi digitali e ottimizzare i processi lavorativi digitalizzati. Anche questi elaborati sono stati validati tramite il confronto con rappresentanti degli ospedali e delle istituzioni formative coinvolte, ossia i partner di terreno che presenteremo più avanti.

L'ideazione del progetto *digi-care* prende origine da uno studio preliminare (Salini, in questa rivista) in cui si sottolineava l'importanza di esplorare in maniera più accurata le trasformazioni delle modalità di trasmissione delle informazioni cliniche dei pazienti generate dalla digitalizzazione. I prossimi capitoli di questa rivista approfondiranno ulteriori aspetti della ricerca: la prospettiva e le proposte di intervento dell'informatica medica (Bürkle et al.), la questione delle competenze digitali del personale infermieristico (Salini, Volpe et al.) e le proposte formative ideate a partire da alcuni risultati della ricerca etnografica (Salzmann et al.).

Approvato dal FNS nel dicembre 2019, il progetto ha risentito della situazione legata alla pandemia di Coronavirus 19, tanto che, per diverso tempo, si è temuto per la realizzazione dello stesso. Grazie però alla pazienza e alla notevole collaborazione di tutte le persone coinvolte³ la ricerca ha potuto essere realizzata in tutte le sue parti.

Digitalizzazione e trasmissione di informazioni cliniche dei pazienti

Nella pratica quotidiana del personale infermieristico l'uso delle tecnologie digitali per la trasmissione delle informazioni cliniche dei pazienti (ICP) è sempre più pervasivo. Queste tecnologie, in continua evoluzione e innovazione, richiedono un adattamento e un apprendimento graduale per il loro utilizzo e hanno un impatto sia sul lavoro e le interazioni del

1 — « Digitalization and transmission of clinical information in nursing: implications and perspectives (*digi-care*) » FNS Nr.: 407740_187503/1.

2 — Ringraziamo vivamente Lea Meier, Marko Miletic, Michael Lehmann, Gabriel Hess, Marco Schwarz, Alex Fahrni, Denis Moser del BFH, e Francesca Amenduni, Geneviève Blanc, Stephy-Mathew Moozhiyil, Matthias Conte e Sandro Perrini della SUFFP per il loro impegno e collaborazione in distinte fasi della ricerca.

3 — Oltre alle persone responsabili delle sei strutture ospedaliere, ringraziamo in particolare le 24 infermiere e infermieri che, pur restando anonimi, hanno contribuito in maniera essenziale a una accurata raccolta dei dati della loro pratica professionale.

personale curante, sia sulla relazione con pazienti e *care giver* (Salini, 2018). Egualmente, la rapida evoluzione dei dispositivi digitali in uso e la loro diversificazione pongono interrogativi rispetto a come gli stessi si integrino utilmente all'attività quotidiana del personale infermieristico. In questo senso, occorre che gli istituti di formazione infermieristica aggiornino le proprie pratiche didattiche e i contenuti d'insegnamento, per stare al passo con l'evoluzione dei processi di digitalizzazione, e che le strutture sanitarie analizzino da vicino l'efficacia concreta dei diversi dispositivi in uso.

Molti studi esplorano il processo di trasmissione delle ICP e le sue trasformazioni indotte dalla digitalizzazione e ne evidenziano la natura specifica e l'importanza per garantire la continuità delle cure e la qualità dell'assistenza al-la paziente (Akhu-Zaheya et al., 2018; Bartlett et al., 2017; Daum, 2017; Güttler et al., 2010; Schneider, 2018; Rouleau et al., 2017; Topaz et al., 2016). Questo processo è fondamentale nella pratica infermieristica e ha implicazioni sanitarie e legali, poiché comporta il trasferimento delle responsabilità e degli obblighi professionali per l'assistenza totale o parziale di un-a paziente, o di un gruppo di pazienti, a un'altra persona o a un altro gruppo professionale, in modo temporaneo o permanente (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2010; Vogt & Sopka, 2017).

La digitalizzazione come elemento a favore della trasmissione di ICP

L'evidenza empirica e gli studi sul tema indicano come la digitalizzazione favorisca i processi di trasmissione di ICP (ad es. Atasoy et al., 2019). Questo in particolare grazie alla presenza di cartelle cliniche elettroniche, utilizzate soprattutto dal personale curante (dunque distinte dalla Cartella informatizzata del paziente – CIP, descritta da Belloni, in questa rivista). Queste cartelle partecipano del generale processo di “dematerializzazione” della documentazione cartacea delle organizzazioni sanitarie e permettono una riduzione del rischio clinico grazie a una diminuzione del numero di errori durante la trascrizione; una migliore trasparenza e comprensione della lettura delle prescrizioni farmacologiche o dei parametri vitali; una maggiore accessibilità alle informazioni da parte dei curanti; una maggiore strutturazione e tracciabilità dei dati (con possibilità di rilevamenti statistici) con conseguente riduzione dei doppioni di analisi o di trattamento; un monitoraggio e accorpamento delle osservazioni e delle attività di tutti i membri dell'équipe curante. Idealmente, grazie a questo processo di digitalizzazione, è possibile avere una visione globale del paziente e supportare le attività di medici e infermieri in modo proattivo, segnalando informazioni utili e fornendo avvisi su rischi e scelte coerenti con il quadro clinico del paziente (Mangia, 2021).

Aspetti critici della digitalizzazione delle ICP

A fronte di questi indubbi benefici sulla qualità delle cure, una serie di problematiche interpellano rappresentanti della pratica e studiosi riguardo a diversi aspetti critici relativi alla digitalizzazione nei processi di trasmissione delle ICP (già in parte rilevati in Salini, 2018), che riassumiamo di seguito.

Il parziale o incompleto processo di dematerializzazione della documentazione cartacea nelle strutture sanitarie, che si manifesta con la copresenza di informazioni digitali e analogiche (prescrizioni e/o cartelle mediche, fogli informativi, tabelloni, etc.) e che comporta un rischio di sovrapposizione, confusione o perdita dei dati, oltre che di aumento del carico di lavoro del personale curante. A questo si aggiunge sovente la mancanza di interoperabilità tra diverse applicazioni o programmi informatici.

La presenza di un doppio monitoraggio, tramite il quale sia i dati sanitari del-la paziente sia le prestazioni del personale infermieristico vengono registrate contemporaneamente nella cartella clinica elettronica.

Questo se da un lato sembra facilitare l'organizzazione, la trasparenza e la trasmissione delle informazioni, dall'altro può essere utilizzato anche per il controllo della qualità dell'assistenza, per l'amministrazione finanziaria e per la gestione del personale in modi non sempre condivisi dal personale stesso, che lamenta dunque un aumento dell'attività burocratica a proprio carico, causata appunto dal doppio monitoraggio.

La modifica della comunicazione professionale tra il personale curante: la comunicazione scritta diventa prevalente e lo scambio verbale, comprensivo delle interazioni non verbali, viene ridotto se non quasi completamente sostituito, con un rischio di limitazione delle informazioni, delle conoscenze, delle riflessioni condivise e della trasmissione di competenza clinica, che spesso sono frutto di un'interazione in presenza (Boucheix & Coiron, 2008; Morrison et al., 2011).

La questione dell'accettabilità dei dispositivi informatici proposti nel settore sanitario, che è fortemente interrelata alla questione della loro usabilità. Di quest'ultima nozione, soggetta a molteplici definizioni (Cattaneo et al., 2015) sono generalmente condivise le caratteristiche indicate da Nielsen (1993): efficienza, apprendibilità, memorabilità (relativa a come usare un dispositivo), errori (che si possono manifestare), alle quali va aggiunto l'aspetto dell'utilità concreta dei dispositivi e quello della loro adeguata integrazione nei flussi di lavoro. L'usabilità risulta essere un elemento chiave per l'accettabilità dei dispositivi digitali, che si considerano ben integrati nell'attività se diventano "trasparenti" all'uso (Winograd e Flores, 1986). Infatti, dei dispositivi informatici ben progettati supportano il lavoro in modo tale che l'attenzione si concentri sull'attività lavorativa e non sull'artefatto, proprio come quando si usa un martello ci si concentra sul chiodo e non sull'uso del martello. Queste questioni sono cruciali e oggetto di numerosi studi che sottolineano l'importanza di una migliore interazione tra responsabili dello sviluppo informatico e operatori sanitari, al fine di migliorare l'uso di tali dispositivi dal punto di vista dell'utilizzatore (ad es. Bürkle et al., 2017, Lueg & Twidale 2018; Topaz et al., 2016).

La dimensione ipertestuale delle cartelle cliniche elettroniche comporta una specificità della scrittura e della lettura riguardo al modo di registrazione dei dati e al modo in cui ce ne si appropria, considerando in particolare gli aspetti semantici e interpretativi delle informazioni trasmesse (Bachimont, 2001; Smeulers et al., 2014). Il passaggio dalla scrittura di un documento cartaceo a quella su un documento elettronico comporta dunque una complessificazione di tutte le fasi del processo di trasmissione d'informazioni.

La questione della dematerializzazione interpella altresì il rapporto tra registrazione digitale e registrazione su carta delle informazioni cliniche. Al momento le caratteristiche fisiche della carta consentono tangibilità, flessibilità e di essere marcabile in misura spesso migliore rispetto ai dispositivi digitali. La carta sembra supportare maggiormente la lettura approfondita (anche perché, oltre a poter essere facilmente annotate, le pagine cartacee dei documenti si possono distribuire nello spazio per leggere "su" più superfici) ed è un media di interazione sociale e di collaborazione, consentendo la discussione condivisa di documenti in riunioni e discussioni (Bardram & Houben, 2018).

Finalità e obiettivi dello studio *digi-care*

La letteratura esaminata ha permesso di individuare che sulla trasmissione delle ICP le ricerche prendevano spesso in considerazione elementi parziali di questo processo, o in maniera asincrona (ad es. Rouleau et al., 2017), mentre la letteratura sulle competenze infermieristiche si concentrava troppo su aspetti generali (Hülsken-Giesler, 2010) senza considerare le questioni relative all'uso appropriato della tecnologia e alla consapevolezza critica degli effetti del suo utilizzo. Egualmente, poche ricerche

trasversali si sono chinate sul vissuto nella pratica rispetto all'usabilità di strumenti digitali. I ricercatori svizzeri indicavano perciò l'urgenza di costruire un consenso sulle competenze digitali di base nel campo delle cure e di considerare gli aspetti di usabilità effettiva dei dispositivi in uso (ad es. Egbert et al., 2018; Kuhn et al., 2019).

Lo studio *digi-care* è stato quindi pensato al fine di prendere in considerazione tutte le fasi del processo di trasmissione delle ICP in diversi contesti socio-tecnologici e in diverse culture ospedaliere, esplorando l'insieme delle modalità comunicative che ne fanno parte e focalizzando l'attenzione sulle pratiche effettive, sui problemi incontrati e sull'attività di significazione del personale infermieristico. Questo anche considerando che sono pochi gli studi sui processi collaborativi in campo infermieristico volti a fondare proposte d'innovazione educativa e tecnologica, alla luce dell'esperienza vissuta di professioniste e professionisti qualificati (Fillietaz et al., 2015; Perini et al., 2019).

Gli **obiettivi principali** sono stati così definiti:

- identificare e caratterizzare le situazioni di trasmissione di ICP tra il personale infermieristico e altro personale curante, e come queste si associno all'uso di dispositivi digitali, dando rilievo alle esperienze del personale infermieristico e rilevando quali competenze e risorse sono attivate o richieste;
- analizzare come il design dei dispositivi digitali utilizzati nella trasmissione di ICP contribuisca a situazioni che i partecipanti percepiscono come critiche per l'uso della tecnologia;
- selezionare e validare, in collaborazione con ricercatori, partecipanti ed esperti interni ed esterni, una serie di situazioni tipiche ed esemplari di trasmissione delle ICP, comprendenti anche aspetti digitali: a · per quanto riguarda le competenze operative messe in atto e richieste; b · da un punto di vista tecnologico;
- utilizzare le situazioni selezionate come base per l'elaborazione di due tipologie di prototipi (validati anch'essi con gli attori di terreno): a · scenari formativi, anche sottoforma di oggetti multimediali, per la trasmissione di ICP; b · potenziali proposte informatiche volte a mitigare le situazioni percepite come critiche da un punto di vista tecnologico.

Quadro teorico e metodologico

Lo studio *digi-care* si fonda su un approccio di analisi del lavoro inscritto nella corrente ergonomica francese e, in particolare, è basato sulla prospettiva enattiva del "corso d'azione" (Durand & Poizat, 2015; Theureau, 2006; Varela et al., 1991). Tre i presupposti fondamentali di questo approccio: a · esiste un divario irriducibile tra ciò che dovrebbe essere svolto da lavoratori e lavoratrici (i compiti prescritti) e ciò che viene effettivamente effettuato. L'attività reale di professioniste e professionisti si caratterizza dunque per essere "opaca" ed enigmatica e va indagata con metodi opportuni; b · la progettazione di ambienti e percorsi formativi dovrebbe basarsi su una comprensione dettagliata delle pratiche e dei requisiti del luogo di lavoro, facendo riferimento all'attività reale e ai vissuti di lavoratori e lavoratrici; c · gli studi che combinano i metodi di analisi del lavoro con le pratiche di formazione sono caratterizzati da disegni di ricerca collaborativi, in cui si tiene conto delle prospettive e delle conoscenze di chi opera nella professione, sia per l'analisi del lavoro che per la progettazione di metodi o strumenti di formazione (Poizat & Bétrancourt, 2017).

Per analizzare le pratiche lavorative reali e identificarne le componenti tipiche, i ricercatori adottano metodi specifici, tra cui l'osservazione *in situ*, al fine di osservare e descrivere gli aspetti visibili dell'attività umana direttamente in un contesto reale (Theureau, 2006). Nel caso di *digi-care*, all'osservazione sul campo è stato incorporato il metodo del

“Job-Shadowing” (Czarniawska, 2007), che permette di comprendere meglio il comportamento di una persona considerando le sue traiettorie e le sue molteplici interazioni con altre persone e oggetti. Basato, come tutti gli approcci etnografici, sul rispetto e l’instaurazione di condizioni di fiducia con le persone seguite, il Job-Shadowing consiste nel monitorare un individuo durante la sua attività lavorativa, per un determinato periodo. Nello studio *digi-care* l’osservazione è stata integrata da videoriprese *in continuum* dell’attività osservata, con una videocamera indossabile e uno smartphone, al fine di poter raccogliere immagini ravvicinate.

Per identificare gli aspetti taciti o impliciti dell’attività, si è ricorso a “interviste di autoconfronto” rispetto alle tracce della propria attività (Theureau, 2006) che permettono di far emergere il punto di vista e i vissuti della persona che è stata osservata. Le persone coinvolte sono invitate durante l’intervista a osservare la videoregistrazione e sono incoraggiate a “rivivere” le situazioni vissute e a raccontare, mostrare, descrivere e commentare gli elementi per loro significativi (Theureau, 2006). Queste interviste di autoconfronto sono a loro volta registrate e, a partire dalla trascrizione sia della situazione originaria sia dell’intervista, sono costituiti dei protocolli sincronizzati, sui quali svolgere il trattamento dei dati. Questi ultimi sono elaborati tramite un’analisi semiologica dell’attività: una forma specifica di analisi tematica di contenuto, riferita ai tre registri di esperienza ripresi dalla semiotica di Peirce (vedere Salini, Volpe et al., in questa rivista).

Per quanto riguarda il rilevamento di incidenti critici, si tratta di individuare come il dispositivo digitale in uso si inserisca nel contesto dell’attività lavorativa. Ciò richiede di: a · esaminare l’integrazione delle tecnologie per l’informazione e comunicazione (TIC) nelle rispettive attività e flussi di lavoro; b · determinare in che misura gli aspetti progettuali delle TIC, come i problemi di usabilità che interrompono il flusso di lavoro, possano aver contribuito all’esperienza di un incidente critico. A partire da questa prospettiva gli incidenti sono mappati su una scala di maggiore o minore “rilevanza tecnologica” che va da periferica (o meno) a più o meno indispensabile. Questa mappatura fonda la progettazione di potenziali interventi tecnici (Bürkle et al., in questa rivista).

Dimensioni etiche e di protezione dei dati

Le pratiche di analisi del lavoro fondate sull’osservazione e la raccolta dati in situazioni reali richiedono una garanzia delle condizioni etiche e di confidenzialità nei confronti di tutte le persone coinvolte: curanti e pazienti. Questo implica: a · il rispetto delle persone coinvolte nella ricerca e la loro adesione volontaria; b · una presenza di ricercatori non perturbatrice delle attività correnti di cura; c · il rispetto dell’anonimato delle persone coinvolte nel caso di presentazioni e di valorizzazione dei risultati. Più formalmente, lo studio ha dovuto rispondere alle rigorose esigenze etiche e di protezione dei dati promulgate dal FNS⁴ e da Swissethics⁵.

4 — www.snf.ch

5 — <https://swissethics.ch/en>

Partenariato

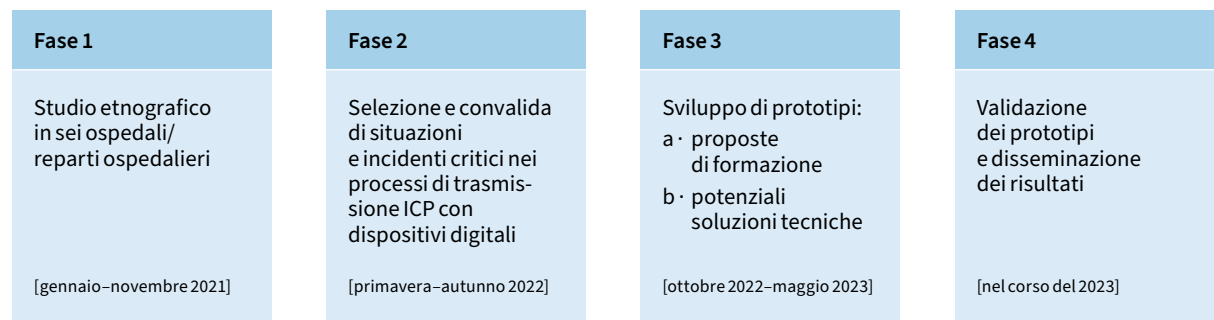
Al fine di svolgere lo studio *digi-care*, considerando l’importanza sia di raccogliere dati sul campo, sia di favorire un processo partecipativo e collaborativo, è stato costituito un esteso partenariato, che ha coinvolto 6 ospedali (4 nella Svizzera tedesca, 2 in Ticino) e 4 istituzioni formative (3 nella Svizzera tedesca e una in Ticino) come elencato di seguito (Tabella 1). Questo partenariato ha reso possibile un arricchente confronto con le diverse culture e pratiche professionali, sia ospedaliere sia formative, favorendo il perseguimento delle finalità della ricerca.

Strutture ospedaliere	Istituzioni scolastiche
<ul style="list-style-type: none"> Ospedale regionale di Bellinzona e Valli (ORBV), dell'Ente ospedaliero cantonale EOC Ospedale regionale di Lugano (ORL), dell'Ente ospedaliero cantonale EOC Centro svizzero di paraplegia di Nottwil Clinica universitaria di Balgrist Ospedale cantonale di Baden (KSB) Ospedale cantonale di Basilea campagna a Bruderholz (KSBL) 	<ul style="list-style-type: none"> Scuola specializzata superiore in cure infermieristiche (SSSCI) del Cantone Ticino Scuola specializzata superiore in cure infermieristiche di Berna (BZ Pflege) Centro formativo sociosanitario a Coira (BGS) Chur Dipartimento Strategia e Innovazione Careum, di Zurigo

Tabella 1
Istituzioni partner dello studio *digi-care*.

Fasi della ricerca e dati raccolti

Le due grandi tappe della ricerca sono state organizzate in quattro fasi (Figura 1).



Nella prima fase è stata svolta un'indagine etnografica, distinta in due tipologie di raccolta e trattamento dati:

- raccolta dati di contesto tramite *desk research* unitamente a 24 interviste semi strutturate e alla distribuzione di un questionario (27 risposte) sottoposti sia a responsabili principali e intermedi del personale infermieristico (60%), sia a responsabili ospedalieri del settore IT (40%). Questi dati hanno permesso di comprendere le caratteristiche generali degli ospedali coinvolti e le strategie informatiche adottate;
- raccolta dati *in situ*, tramite job-shadowing di 3 giornate/turni continuati e se possibile consecutivi, in ciascuno dei reparti selezionati, con 24 infermiere e infermieri coinvolti (6 per ospedale), i cui dati sociodemografici sono indicati alla Tabella 2 e specificati rispetto alle generazioni alla Figura 2. Questa tappa è stata preceduta da un periodo di familiarizzazione di ricercatori e ricercatrici nei reparti ospedalieri implicati⁶ e, come precisato in precedenza, per ogni infermiera o infermiere sono state poi raccolte delle interviste di autoconfronto. Nello specifico, per ogni infermiera o infermiere, a partire da circa 24 ore di registrazione della loro attività in reparto, sono stati montati degli estratti video di un'ora che raccoglievano da 8 a 12 situazioni significative rispetto ai processi di trasmissione di ICP. Questa selezione, effettuata dal gruppo di ricercatori, è stata la base delle tracce video su cui sono state svolte le interviste di autoconfronto.

Figura 1
Le 4 fasi della ricerca *digi-care*.

⁶ — Le specializzazioni dei sei reparti erano le seguenti: Ginecologia e Interdisciplinare; Interdisciplinare e COVID; Neurologia; Ortopedia e Reumatologia; Riabilitazione acuta e Interdisciplinare; Urologia e Dermatologia.

La maggioranza del personale infermieristico coinvolto era costituito da donne (83%) e, per quanto riguarda la formazione, il 58% proveniva da una Scuola specializzata superiore in Cure infermieristiche, il 21% da una Scuola universitaria superiore, sempre in Cure infermieristiche, infine il restante 21% aveva una specializzazione in Cure infermieristiche acquisita all'estero. Per quanto riguarda l'età, in relazione al tema trattato dallo studio, abbiamo considerato le categorie sociodemografiche generazionali (McCrinkle & Wolfinger, 2010). In base a queste risulta che il 50% del personale infermieristico coinvolto era composto da persone della generazione Y (1981-1995), o cosiddetti Millennial, nati e cresciuti in un mondo pervaso dalle tecnologie digitali, il 25% era situato nella generazione Z (1996-2010), cresciuta a stretto contatto con le tecnologie digitali e per la quale i social media fanno parte del quotidiano. Il 16.5% faceva parte della generazione cosiddetta dei Baby Boomers (1945-1964), cresciuta soprattutto in un mondo predigitale, e infine l'8.5% si situava nella generazione X (1965-1980), cresciuta nella transizione tra predigitale e digitale (Figura 2).

Tabella 2
Caratteristiche del personale infermieristico coinvolto nella raccolta di dati sul campo.

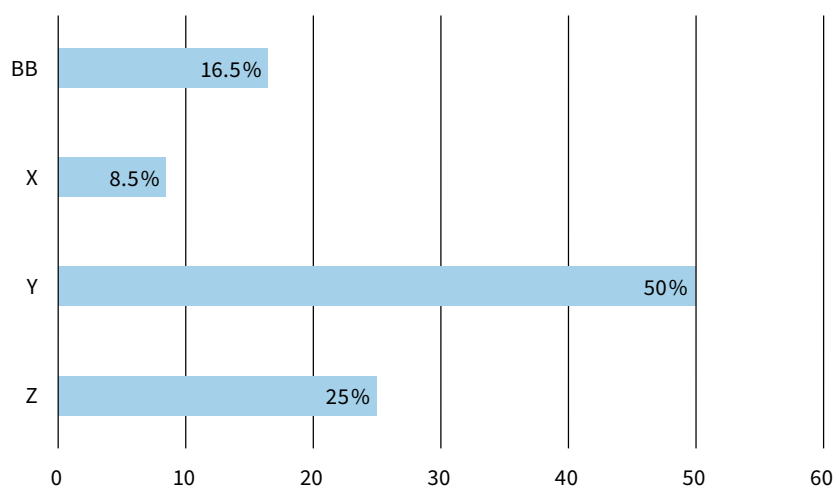


Figura 2
Percentuali di partecipanti secondo le generazioni.

Questa prima fase, conclusa nell'inverno 2021, ha permesso di raccogliere più di 300 situazioni significative e circa 180 incidenti critici. I risultati del trattamento di questi dati sono descritti nei capitoli di Bürkle et al.; Salini, Volpe et al.; Salzmann et al., in questa rivista.

Nella seconda fase, dopo una serie di incontri tra le équipes delle due istituzioni di ricerca portatrici del progetto (SUFFP e BFH), volti a co-definire gli elementi salienti provenienti dall'analisi dei dati, sono stati attivati due tipi di workshop nelle rispettive regioni linguistiche con rappresentanti e partecipanti di tutte le strutture ospedaliere implicate nella prima fase (compresi referenti IT e persone responsabili della formazione interna) e con partecipanti delle istituzioni scolastiche coinvolte. Nel primo workshop, a cui hanno partecipato 50 persone delle due regioni linguistiche (un terzo proveniente dalle istituzioni scolastiche), sono state discusse e validate le descrizioni delle situazioni professionali selezionate nonché gli incidenti critici rilevati. Nel secondo workshop le situazioni selezionate sono state ulteriormente discusse, validate e adattate a seguito del primo workshop, in vista dell'elaborazione di proposte formative e tecnologiche. A questa seconda tappa di workshop hanno partecipato 22 persone delle due regioni linguistiche, di cui il 15% proveniente dalle istituzioni scolastiche. Questo processo partecipativo ha permesso di selezionare e validare una serie di situazioni tipiche significative, ovvero aspetti fondamentali generalizzabili che evidenziano le sfide relative alla

trasmissione delle ICP con dispositivi digitali, i nuovi requisiti di competenza per infermieri ed équipes sanitarie, nonché gli incidenti critici particolarmente rilevanti (Bürkle et al.; Salini, Volpe et al.; Salzmann et al., in questa rivista).

Nella terza fase, a partire dalle situazioni e dagli incidenti critici selezionati nei workshop precedenti, sono stati sviluppati due tipi di prototipi: a · proposte formative, comprensive di un prototipo multimediale⁷ e di sei schede di situazioni di apprendimento, da utilizzare nelle scuole professionali e sul posto di lavoro per la formazione di base e continua (Salzmann et al., in questa rivista); b · potenziali soluzioni tecniche - tra cui 2 *mockup* -, prodotte dal dipartimento di informatica medica della BFH e volte a mitigare le situazioni critiche identificate dal punto di vista informatico (Bürkle et al., in questa rivista). Tutte le proposte sono state sviluppate con il supporto di gruppi regionali di accompagnamento, composti da persone provenienti dagli ospedali o dalle istituzioni formative implicate (in totale 12 persone coinvolte, di cui il 60% proveniva dalle strutture ospedaliere e il restante 40% dalle istituzioni di formazione).

Nella quarta fase, sono stati attivati due workshop di discussione e convalida di quanto sviluppato, uno per ciascuna regione linguistica. Questi workshop, a cui hanno partecipato in totale 24 persone (il 70% rappresentanti degli ospedali e il restante 30% degli istituti di formazione coinvolti nel progetto), hanno permesso di rilevare sia gli aspetti positivi sia gli aspetti critici o da migliorare delle proposte elaborate, allo scopo di permetterne il successivo perfezionamento (Salzmann et al., in questa rivista).

Risultati

La ricerca *digi-care* ha dovuto affrontare diverse sfide, prima fra tutte la messa in atto di un'indagine multisito in due regioni linguistiche, durante la concomitante e impreveduta pandemia di Covid 2019. Pertanto, già il fatto di averla potuta realizzare in tutte le sue fasi, rispettando i criteri metodologici di raccolta e trattamento dati e gli aspetti partecipativi della loro discussione e validazione, è da considerarsi un risultato significativo, che depone per l'attendibilità di quanto reperito e delle conclusioni raggiunte.

Più in generale, a partire da quanto emerso dalle interviste iniziali di analisi di contesto e da quanto rilevato nell'indagine etnografica, si conferma l'importanza della digitalizzazione per favorire uno sviluppo e miglioramento dei processi di trasmissione delle informazioni cliniche dei pazienti. Si è però constatato che i sei ospedali osservati presentavano diversi gradi di digitalizzazione: da quelli aventi dei sistemi paralleli e poco interfacciabili (cartacei o elettronici) di raccolta dati a quelli in cui il processo di dematerializzazione e di interoperabilità tra le diverse interfacce era maggiormente avanzato. Nella maggior parte dei casi si è comunque osservata una copresenza di diversi supporti informativo-comunicativi rispetto ai quali il personale infermieristico doveva sapersi orientare.

D'altra parte, nonostante le differenze tra le specialità cliniche dei servizi ospedalieri osservati, le differenze linguistiche e i diversi gradi di digitalizzazione, le situazioni legate alla trasmissione delle ICP hanno mostrato invarianti trasversali che permettono di fondare la generalizzazione dei dati raccolti. Queste invarianti sono relative all'insieme del processo delle cure infermieristiche, che risulta strutturato secondo una cornice comune, proveniente dal bagaglio teorico e metodologico condiviso delle Scienze infermieristiche. Tramite l'analisi semiologica (Salini, Volpe et al., in questa rivista) si è inoltre potuto rilevare, tra il personale infermieristico coinvolto, la presenza di riflessioni, interrogativi e preoccupazioni specifiche e al contempo trasversali sul tema oggetto della ricerca e lo sviluppo di una serie di strategie per farvi fronte. Egualmente è stato rilevato come, nel ragionamento clinico attivato per la gestione di situazioni assistenziali problematiche, si verificasse un intreccio tra l'utilizzo di forme di comunicazione orale, scritta e digitale.

⁷ — Grazie alla collaborazione di Francesca Amenduni, del gruppo di ricerca SUFFP Tecnologie educative nella formazione professionale, e di Matthias Conte, del Laboratorio Multimediale SUFFP.

Si è inoltre osservato che in maniera più o meno importante, in tutti gli ospedali il personale infermieristico utilizzava strumenti cartacei, quali ad es. liste delle attività, per annotare /memorizzare le attività essenziali per i rispettivi pazienti, soprattutto a inizio turno. Anche nelle situazioni di transfert intraospedaliero (ad es. con la sala di chirurgia) vi erano sovente interruzioni dei media digitali e l'uso conseguente di documenti cartacei per garantire che le azioni preoperatorie fossero state completate. Tale presenza diffusa di documenti cartacei sembra legata a due ragioni principali: a · in alcuni ospedali le applicazioni digitali disponibili non sono ancora sufficienti a soddisfare le esigenze di gestione delle ICP; b · alcuni infermieri preferiscono ancora le possibilità offerte dai documenti cartacei, poiché aiutano ad avere a portata di mano tutte le informazioni importanti e offrono altre possibilità di rappresentazione grafica rispetto ai dispositivi digitali in uso.

A questo proposito, e più in generale rispetto agli incidenti critici rilevati (ca. 180), l'équipe del dipartimento di Informatica medica ha esplorato metodi per facilitare una maggiore adesione del personale infermieristico a soluzioni digitali e per elaborare modelli di potenziali soluzioni tecniche per migliorare l'usabilità degli stessi e ottimizzare i processi lavorativi digitalizzati. Le soluzioni innovative devono infatti fornire un guadagno in termini di funzionalità e flessibilità per essere integrate all'attività corrente. Su questa base sono stati elaborati due *mockup* digitali (uno riguardante la lista delle attività e uno riguardante le check-list preoperatorie) e dei suggerimenti per migliorare sia l'ordine di successione nell'introduzione delle prescrizioni mediche, sia la visualizzazione delle stesse su un arco temporale (Bürkle et al., in questa rivista).

Il gran numero di situazioni professionali individuate (più di 300) configura un grande potenziale per la progettazione di proposte formative per il personale infermieristico. Di fatto ha fornito le basi per elaborare un prototipo multimediale di tipo immersivo e una serie di schede descrittive di situazioni di apprendimento su diversi momenti del processo di trasmissione delle ICP supportate da media digitali (Salzmann et al., in questa rivista). L'analisi dell'attività di infermiere e infermieri in situazione, a partire dall'osservazione sul campo e dalle interviste di autoconfronto, ha permesso di approfondire la questione delle competenze necessarie per lavorare in un settore permeato dal digitale. In particolare, l'analisi semiologica mostra in modo molto più specifico, rispetto al Piano quadro di riferimento per la formazione infermieristica in Svizzera, sia quello delle Scuole specializzate superiori, sia quello delle Scuole universitarie professionali, (FKG-CSS, 2021; OdASanté, 2021), quali competenze e risorse dovrebbero attivare infermiere e infermieri nei processi di trasmissione delle ICP che integrano media digitali (Salini, Volpe et al., in questa rivista).

Possiamo considerare l'insieme di questi risultati ancora parziali, poiché la ricchezza dei dati raccolti ha rappresentato una sfida per la loro analisi e ancora vi è margine per derivarne ulteriori considerazioni e proposte sulla questione dell'attività infermieristica rispetto alla digitalizzazione del processo di trasmissione delle ICP.

Conclusioni e prospettive

Questa ricerca rappresenta per la Svizzera il primo studio multi-sito, in due regioni linguistiche, che ha preso in considerazione, e in contemporanea, le pratiche infermieristiche di sei diversi contesti ospedalieri sul tema specifico della trasmissione delle ICP. La prospettiva teorica e metodologica utilizzata, pur essendo conosciuta nella francofonia e in taluni contesti anglofoni (Filliettaz et al., 2015), risulta essere innovativa rispetto alle pratiche usuali di rilevamento dell'attività lavorativa e delle competenze delle professioniste e dei professionisti delle cure, così come per il rilevamento di situazioni critiche dal punto di vista tecnologico. Ciò può fornire indicazioni teoriche e metodologiche per l'uti-

lizzo di questo approccio in altri contesti, articolando una prospettiva di ricerca situata con una prospettiva di ricerca comparativa.

L'articolazione tra la metodologia di Job Shadowing e le registrazioni video con l'attrezzatura tecnica specifica ha rappresentato una sfida che ha richiesto una ricerca tecnologica dettagliata al fine di reperire strumenti di ripresa di qualità e sufficientemente discreti. Al contempo, per i ricercatori sul campo ciò ha significato anche un affinamento delle competenze metodologiche e tecniche per trovare la "giusta distanza" con le persone seguite. Questa articolazione e gli affinamenti tecnici e metodologici che ne sono derivati sono, a nostra conoscenza, nuovi nel contesto ospedaliero svizzero e potrebbero essere tenuti in considerazione per eventuali studi simili. L'indagine etnografica ha messo a disposizione una massa importante di dati, non ancora tutti esplorati. Questo suggerisce anche l'opportunità di ricercare metodi innovativi di gestione della dimensione sia qualitativa sia quantitativa dei dati con le loro reciproche specificità.

Lo studio ha permesso di elaborare prototipi per la formazione e l'aggiornamento continuo, nonché possibili soluzioni tecniche. La natura sperimentale di quanto elaborato genera l'auspicio di poter procedere a uno sviluppo ulteriore o più esteso di quanto progettato. I dati raccolti possono essere considerati per procedere nell'ideazione di ulteriori proposte formative, nonché di potenziali soluzioni tecniche. Lo sviluppo di ulteriori prototipi multimediali che illustrino situazioni tipiche consentirà in particolare di avanzare nello sviluppo non solo di nuove modalità di formazione immersive, ma anche di nuovi modi di illustrazione dei risultati della ricerca, mostrando i diversi aspetti delle situazioni professionali osservate.

Ulteriore elemento di novità, che sarà significativo per gli studi successivi, è legato alla compresenza di uno studio focalizzato sugli aspetti situati e semiologici dell'attività professionale e di uno studio focalizzato sugli aspetti tecnologico-informatici della stessa. In questo senso, anche il protocollo attivato per la segnalazione degli incidenti critici può essere un'opzione da riprendere per altri progetti, al fine di definire, distinguere o confrontare diversi incidenti critici legati ai dispositivi digitali.

I riscontri di tutte le persone che hanno partecipato ai diversi workshop di validazione dei risultati sono stati particolarmente utili, non solo per identificare le opportunità date da quanto elaborato, ma anche per rilevare le aree di miglioramento o sviluppo possibili. Per esempio, è stato suggerito di estendere ulteriori ricerche ad altri settori delle cure (servizi di cure a domicilio, case per anziani), ma anche ad altri processi infermieristici, e di affinare alcuni aspetti delle proposte formative (Salzmann et al., in questa rivista).

A partire da questi materiali sarebbe altresì utile verificare come e cosa le persone in formazione di base o continua effettivamente acquisiscono grazie alle proposte formative elaborate. Parimenti, la questione delle competenze digitali del personale infermieristico potrebbe essere ulteriormente indagata tramite nuovi studi nel settore. Sarebbe anche particolarmente utile poter osservare la messa in pratica e il grado di appropriazione da parte delle strutture sanitarie e/o del personale dei *mockup* e delle altre proposte tecnologiche sviluppate per fronteggiare gli incidenti critici individuati (Bürkle et al., in questa rivista). Infine, un ulteriore progetto di ricerca potrebbe riguardare il come supportare l'apprendimento e la condivisione informale delle informazioni in contesti digitalizzati facendo riferimento, per esempio, ai metodi e alle pratiche di Ubiquitous Computing e di Computer Supported Cooperative Work (CSCW).

Per concludere, riteniamo che l'insieme di quanto rilevato e dei materiali prodotti fornisca un'utile base di riferimento per attivare ricerche più estese (anche di tipo quantitativo), per contribuire allo sviluppo della formazione infermieristica, nonché per indagare in altri campi della formazione professionale.

3.3 *Digi-care*: la prospettiva dell'informatica medica

Thomas Bürkle, Christopher Lueg, Michael Lehmann,
François von Kaenel, Lea Meier, Marko Miletic, Gabriel Hess,
Marco Schwarz, Alex Fahrni, Denis Moser, Kezia Löffel,
Andrea Volpe, Jürgen Holm

Introduzione

Le strutture sanitarie, in particolare gli ospedali, si affidano sempre più ai sistemi informatici per migliorare l'assistenza dei e delle pazienti, snellire i flussi di lavoro e migliorare l'efficienza nel suo insieme. Sebbene queste implementazioni tecnologiche siano concepite per ridurre gli errori umani e migliorare i risultati nel processo di cura, esse presentano a volte una serie di problematiche. Una scarsa usabilità delle tecnologie informatiche può comportare infatti errori nell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Ash et al. (2004) hanno evidenziato i potenziali problemi derivanti dall'utilizzo dei sistemi informativi clinici (SIC), classificando i possibili errori in due gruppi principali: quelli che si verificano nel processo di inserimento e recupero delle informazioni e quelli propri al processo di comunicazione e coordinamento. Persson e Rydenfält (2021) hanno dimostrato attraverso due scenari che i sistemi informatici mal concepiti sono ancora presenti nella pratica clinica, sottolineando il loro impatto negativo e le strategie messe in atto dal personale clinico per limitare i rischi. Le valutazioni relative all'usabilità sono una componente essenziale di qualsiasi processo di progettazione incentrato sull'essere umano e diversi autori (ad es. Preece et al., 2019; Twidale et al., 2021) si interrogano sulla ragione per cui si continui a imbattersi in sistemi informatici mal concepiti anche in contesti critici come gli ospedali, nonostante i criteri per una buona progettazione e per un'usabilità adeguata dei software siano noti da oltre 30 anni. Idealmente l'usabilità delle tecnologie dovrebbe essere verificata sin dalle prime fasi della progettazione di un sistema informatico, innescando un processo formativo volto a migliorare quest'ultimo (cfr. ad es. Peute & Jaspers, 2005).

A fronte di queste problematiche e nell'intento di individuare proposte di miglioramento dell'usabilità degli strumenti informatici utilizzati in contesto ospedaliero, questo capitolo presenta le caratteristiche e i risultati delle attività dell'Istituto di informatica medica dell'Università di scienze applicate di Berna (BFH) nel quadro del progetto di ricerca *digi-care*. Questo progetto, sostenuto dal FNS¹ e condotto in collaborazione con la Scuola universitaria federale per la formazione professionale (SUFFP)², intendeva indagare, tramite uno studio etnografico, l'influenza della tecnologia digitale sulla trasmissione delle informazioni cliniche dei pazienti (ICP) presso il personale infermieristico e la rilevanza di incidenti critici correlati. Lo scopo era di identificare le esigenze di competenze infermieristiche in ambito digitale e le necessità formative conseguenti, nonché potenziali soluzioni tecniche mirate a far fronte agli elementi critici rilevati (Bürkle et al., 2022; Salini, Salzmann et al., in questa rivista).

In particolare, il compito della BFH consisteva nell'esaminare in quali circostanze e modalità le interruzioni dell'uso della tecnologia influenzassero la trasmissione di ICP tra il personale infermieristico e altri parti interessate e se eventuali progettazioni informatiche alternative potessero contribuire alla mitigazione di alcuni degli effetti negativi riscontrati. Il gruppo di ricerca BFH ha esaminato quali delle difficoltà osservate sono correlate all'uso delle tecnologie dell'informazione (IT) e quali potrebbero essere potenzialmente risolte con migliori soluzioni digitali. In questo contesto è stato coniato il termine *Eventi relativi all'IT*, con il quale non si intendono descrivere solo i problemi di usabilità dell'IT, ma anche altre potenziali categorie di problemi.

1 — «Digitalization and transmission of clinical information in nursing: implications and perspectives (*digi-care*)» FNS Nr.: 407740_187503/1.

2 — Ringraziamo vivamente Lea Meier, Marko Miletic, Michael Lehmann, Gabriel Hess, Marco Schwarz, Alex Fahrni, Denis Moser del BFH, e Francesca Amenduni, Geneviève Blanc, Stephy-Mathew Moozhiiyl, Matthias Conte e Sandro Perrini della SUFFP per il loro impegno e collaborazione in distinte fasi della ricerca.

Metodo

Raccolta dati

Per raccogliere gli eventi relativi all'IT, ovvero le situazioni potenzialmente critiche da un punto di vista informatico, è stato sviluppato all'interno dello studio *digi-care* un modello di documentazione denominato *Rapporto degli eventi informatici*, utilizzato da ricercatori e ricercatrici in ciascuno dei sei reparti ospedalieri coinvolti nello studio (Bürkle et al., 2022). Essi erano incaricati di registrare la data e l'ora dell'evento, definire di quale tipo di attività si trattasse come, ad esempio, la consegna infermieristica di cambio turno, la visita medico-infermieristica, il rilevamento e la documentazione dei parametri vitali, l'avvio del processo di cura, la documentazione delle attività infermieristiche, la preparazione dei farmaci e la loro somministrazione, le comunicazioni relative a pazienti, le attività amministrative o altro. Avevano, inoltre, la possibilità di scegliere più di un'attività per ciascun evento.

Il compito di ricercatori e ricercatrici sul campo consisteva nel classificare l'evento rilevato come problema causato da informazioni mancanti, informazioni errate, informazioni confuse, informazioni mal interpretate/non chiare, doppia registrazione dell'informazione, documentazione cartacea, interruzione del flusso comunicativo digitale, difficoltà a inserire i dati richiesti, difficoltà tecniche, usabilità informatica o altro. Anche in questo caso si poteva selezionare, se necessario, più di una categoria di problemi per uno stesso evento. Inoltre, ricercatori e ricercatrici sono stati invitati a fornire ulteriori commenti scritti sul tipo di evento. Per ogni evento è stato in seguito visionato, se disponibile, il relativo filmato video registrato durante l'osservazione nei reparti ospedalieri. Le videoregistrazioni previste per la raccolta dati nel progetto *digi-care* sono state effettuate con delle videocamere GoPro fissate a una cintura pettorale di ciascun ricercatore e ricercatrice, mentre le schermate dei dispositivi digitali utilizzati dal personale infermieristico sono state videoregistrate o fotografate tramite smartphone appositamente selezionati per il progetto. In alcuni casi, gli eventi informatici relativi agli IT, considerati significativi, sono stati espressamente riprodotti con il personale infermieristico coinvolto, per riprendere nel dettaglio il processo informatico generatore dell'evento osservato.

Selezione degli eventi relativi all'IT

Tutti gli *Eventi relativi all'IT* sono stati classificati in un foglio Excel, dove ciascun reparto ospedaliero è stato contrassegnato da un codice univoco e in cui sono stati registrati i commenti di ricercatori e ricercatrici che avevano effettuato la raccolta dei dati. Il foglio è stato assegnato a cinque diversi specialisti dell'informatica medica della BFH, che hanno effettuato un'ulteriore classificazione degli eventi, suddividendoli in eventi problematici di usabilità informatica, problemi tecnici e situazioni di comunicazione (sottoposti in seguito al gruppo di ricerca SUFFP per eventuali chiarimenti). Inoltre, i cinque specialisti hanno stabilito delle priorità per eventuali ricerche future, assegnando dei valori che indicavano (A) la più alta e (C) la più bassa priorità per ogni evento. Problemi tecnici come "una persona non riesce ad accedere al sistema" o "un guasto al sistema" sono stati deliberatamente esclusi da ulteriori analisi, poiché, essendo strettamente connessi alle singole architetture dei sistemi informatici di ogni ospedale, non consentivano l'identificazione di proposte di ottimizzazione generiche in contesti diversificati. I problemi di usabilità e i problemi legati ai flussi di lavoro sono stati analizzati considerando la rilevanza percepita e le possibili opzioni per dimostrare i miglioramenti tramite delle modellizzazioni digitali chiamate *mockup*. La maggior parte dei problemi legati alle interfacce informatiche mancanti non sono stati invece inclusi in un ulteriore processo di analisi, poiché molti possono

eventualmente essere risolti investendo nell'acquisto o nell'implementazioni delle interfacce stesse. Gli eventi classificati da due o più revisori con una priorità alta (A) di monitoraggio sono stati elaborati in vista dei workshop di riscontro con i singoli ospedali.

Primo workshop con rappresentanti di ciascun ospedale

Al termine dell'analisi sopra descritta sono stati elaborati degli elenchi sintetici degli eventi critici per ciascun istituto ospedaliero, da presentare e discutere durante un primo workshop. Questi elenchi contenevano da 4 a 11 situazioni potenzialmente critiche da un punto di vista informatico. Sono stati organizzati cinque workshop, uno per ciascun ospedale della Svizzera tedesca coinvolto nel progetto di ricerca e un workshop congiunto con i due ospedali della Svizzera italiana. Questi workshop includevano come partecipanti i membri del personale infermieristico osservato e le persone responsabili dei servizi infermieristici e informatici coinvolti nel progetto *digi-care* per ciascun istituto ospedaliero. Durante ciascun workshop è stato somministrato un questionario con l'obiettivo di valutare la rilevanza di ciascun evento presentato in vista di possibili ricerche future.

Secondo workshop plenario regionale

I risultati emersi grazie al primo workshop sono stati esaminati e sottoposti a verifica per individuare somiglianze o doppioni che potessero essere accorpati in un unico evento. In seguito, è stato elaborato un ulteriore elenco sintetico di situazioni potenzialmente critiche da un punto di vista informatico, ritenute appropriate per lo sviluppo di *mockup* nell'ambito delle tecnologie informatiche, nonché in grado di illustrare una migliore gestione del problema di fondo. Per ognuna di queste situazioni è stata elaborata una proposta per ottimizzare il flusso di lavoro, incluse le prime progettazioni delle schermate sul desktop del PC o Tablet.

Le sette situazioni individuate sono state oggetto di discussione e presentate in tavole rotonde durante i workshop plenari *digi-care* sia in Ticino, sia a Zurigo. In questi workshop, oltre al personale infermieristico e dirigente dei servizi infermieristici osservati, alle persone responsabili dell'IT e della formazione degli ospedali di lingua italiana o di lingua tedesca, sono intervenuti anche rappresentanti degli istituti formativi partner (Salini, Salzmann et al., in questa rivista). In tre tavole rotonde con piccoli gruppi di 4-6 partecipanti sono state selezionate le situazioni ritenute più importanti.

Realizzazione di *mockup* in ambito informatico

Uno degli obiettivi dell'indagine nell'ambito dell'informatica medica è consistito nel mostrare delle alternative ottimizzate attraverso dei *mockup* generici, che potessero suggerire delle soluzioni esemplificative, pur essendo privi di funzionalità complete. I primi tentativi di prototipazione, effettuati utilizzando lo strumento di progettazione *Figma*, ampiamente diffuso, non hanno dato esito positivo. *Figma* consente di utilizzare modelli per il layout, ma non supporta componenti software con interazioni logiche, come invece sarebbe stato necessario nel nostro caso. Inoltre garantisce un supporto limitato per linguaggi multipli e simultanei. Il gruppo di ricerca della BFH ha avviato a questo ostacolo ricorrendo a una soluzione personalizzata basata sul web.

Risultati

Primo *mockup* – lista individuale digitalizzata delle attività di cura

Nel progetto *digi-care* sono stati sviluppati due *mockup*. Il problema osservato, alla base dello sviluppo del primo *mockup* “lista individuale digitalizzata delle attività di cura”, può essere descritto come segue: all’inizio del turno di lavoro, è stato possibile osservare come sovente alcuni membri del personale infermieristico annotavano su supporto cartaceo le attività di cura da prestare durante il turno, utilizzando o un documento panoramico dei pazienti, stampato dal Sistema informativo clinico (SIC) a cui le Cartelle cliniche elettroniche (CCE) sono connesse, stampato dal Sistema informativo clinico (SIC)³ a cui le Cartelle cliniche elettroniche (CCE)⁴ sono connesse, oppure un foglio bianco su cui venivano indicati i nominativi e i dati principali dei pazienti. Poi, durante il turno, il personale infermieristico portava con sé questo supporto cartaceo su cui annotava se le attività previste erano state completate, oppure riportava altre informazioni, quali ad esempio i valori dei parametri vitali o altri dati. In seguito, il personale infermieristico ricopiava parte di queste informazioni nella cartella clinica elettronica (CCE) durante o alla fine del turno.

Questo modo di procedere potrebbe essere rischioso. Infatti, oltre all’interruzione del flusso comunicativo digitale e alla produzione di doppi della documentazione, esso potrebbe dare luogo a dei possibili errori di somministrazione delle terapie. Per esempio, se prima di somministrare i farmaci tramite infusione, l’infermiere non verificava sulla CCE le variazioni di prescrizione e si atteneva unicamente a quanto ripreso sul proprio supporto cartaceo, non si accorgeva se poco prima il personale medico aveva modificato la terapia sulla CEE e dunque non adattava la terapia. Oppure, nel caso della trascrizione su supporto cartaceo dei valori dei parametri vitali o di altre osservazioni, tali informazioni non erano disponibili tempestivamente per il resto del personale curante poiché, di fatto, non erano state registrate nella SIC.

Questo primo *mockup* contempla due parti. Per digitalizzare in modo tempestivo la documentazione delle attività, il personale infermieristico deve essere messo nelle condizioni di annotare rapidamente sia quel che deve svolgere sia i commenti sui pazienti di cui si occupa durante il turno. Ciò avviene solitamente all’inizio del turno, su un computer stazionario o portatile posizionato, ad esempio, sulle scrivanie del locale infermieristico. Il *mockup*, pertanto, si avvia con la selezione interattiva dei pazienti da seguire. Successivamente è possibile selezionare le voci pertinenti dalla CCE e inserire sia annotazioni specifiche su singoli pazienti, sia annotazioni generiche valide per il turno nel quale si sta operando.

La lista delle attività di cura, inoltre, dovrebbe essere disponibile sotto forma di dispositivo portatile da utilizzare durante il turno. Il *mockup* può essere installato su un dispositivo, quale uno smartphone, connesso tramite Wi-Fi alla SIC. Grazie al *mockup* sono visualizzati l’elenco dei propri pazienti, le annotazioni e le voci contrassegnate nelle cartelle elettroniche di ciascuno e la lista delle attività per il turno. Le voci della lista delle attività possono essere spuntate, compresa l’immissione di dati, come, ad esempio, per la voce *osservazioni* o *parametri vitali*. L’insieme di queste proposte sono rappresentate nella pagina web *digi-care* della BFH.

Secondo *mockup* – checklist preoperatoria digitalizzata

Uno degli aspetti problematici osservati è stato quello relativo alla conservazione per lo più cartacea delle checklist, destinate, ad esempio, alla preparazione preoperatoria, all’ammissione o alla dimissione dei pazienti. In alcuni reparti ospedalieri, la checklist era abbinata a una cartella contenente tutta la documentazione stampata e necessaria alla procedura, come i fogli di consenso firmati o i referti degli esami di laboratorio e degli accertamenti.

3 – “Una parte essenziale del sistema informativo ospedaliero è quella costituita dal Sistema Informativo Clinico (SIC) dove l’informazione, raccolta nelle diverse componenti del sistema, trova la sua integrazione per l’ottimizzazione del processo di diagnosi e cura del paziente” (Cecchetti et al., 2022, p. 4). Il SIC supporta la gestione della Cartella clinica elettronica dei pazienti (*ibidem*).

4 – La Cartella Clinica Elettronica (CCE) è un documento digitale che viene creato e archiviato dalla struttura sanitaria che ha in cura un paziente per gestire in modo organizzato tutti i dati relativi alla sua storia clinica e garantire continuità al suo percorso di cura (Grilli, 2022).

Il *mockup* “checklist digitalizzata preoperatoria” è inteso a garantire che le informazioni digitali siano sempre con il-la paziente durante il trasferimento da e verso la sala operatoria. La soluzione proposta implica l’assegnazione temporanea di tablet specifici per ciascun-a paziente che, riportando i dati necessari, consentano di seguire l’intera procedura, come, ad esempio, il trasferimento dal reparto alla sala operatoria, o dalla sala di risveglio post-operatorio al reparto.

Il tablet, collegato alla rete Wi-Fi quando disponibile, raccoglie una quantità sempre maggiore di informazioni sulla paziente, a partire dalla preparazione preoperatoria nel reparto. I dati devono essere memorizzati localmente nella cache e sincronizzati una volta ristabilita la connessione. L’applicazione per tablet comprende una parte informativa sul-la paziente che riporta le diagnosi, la procedura prevista, le allergie e i valori di laboratorio richiesti in sede preoperatoria. I documenti, come i fogli di consenso o le relazioni cliniche, sono archiviati in una scheda specifica. La prima checklist contiene le informazioni necessarie prima del trasferimento fisico del-la paziente in sala operatoria. Altre due checklist con login diversi sono state realizzate per il personale infermieristico che si occupa delle fasi successive. La seconda checklist comprende la registrazione dei membri dell’*équipe* di anestesia durante i preparativi e tiene conto delle raccomandazioni del programma pilota svizzero «progress! Sicurezza in chirurgia» della Fondazione svizzera per la sicurezza dei pazienti. La terza riguarda le attività da espletare e le misure post-operatorie per il o la paziente dopo il trasferimento dalla sala di rianimazione al reparto. Anche questo *mockup* è disponibile nella pagina web *digi-care* della BFH.

Ottimizzazione del processo di prescrizione digitale

Sono stati identificati diversi problemi nel processo di prescrizione medica, i quali influenzavano la comunicazione tra medici e personale infermieristico e talvolta anche la comunicazione tra membri del personale di turni diversi. Poteva succedere infatti che le prescrizioni mediche fossero inserite nei sistemi digitali in modo casuale, per cui non era chiaro se dovessero essere eseguite, ad esempio, prima o dopo un intervento chirurgico. In un caso, una prescrizione di somministrazione di analgesici oppiacei era stata inserita quando il paziente stava ancora ricevendo l’anestesia locale attraverso un catetere del dolore. Inoltre, le prescrizioni mediche talvolta venivano impartite verbalmente o telefonicamente e il personale infermieristico doveva richiedere al personale medico di inserire tali informazioni anche nel sistema digitale.

Abbiamo individuato due potenziali soluzioni per questa situazione. La prima riguarda l’assenza di documentazione digitale relativa alle prescrizioni mediche date verbalmente. Proponiamo, pertanto, l’introduzione di una lista di lavoro di “prescrizioni non firmate” nella SIC. Il personale infermieristico che riceve una prescrizione in modo verbale può documentarla e selezionare il medico responsabile all’interno della SIC. Al successivo accesso, al medico viene richiesto di firmare le prescrizioni non ancora confermate nella lista di lavoro “prescrizioni non firmate”. La seconda soluzione riguarda l’inadeguata tempistica delle prescrizioni mediche. Proponiamo l’introduzione di una visualizzazione cronologica specifica a un problema clinico all’interno del sistema digitale. Ad esempio, quando viene richiesta la somministrazione di un nuovo analgesico, il medico dovrebbe poter visualizzare immediatamente su una linea temporale tutte le informazioni relative all’analgesico e constatare, tra le altre cose, se il catetere del dolore è ancora in funzione. La stessa considerazione si applica quando è prescritto un trattamento post-operatorio: occorre avere la possibilità di monitorare l’andamento della procedura in sala operatoria tramite la rappresentazione di una linea temporale, al fine di effettuare correttamente la prescrizione al termine della procedura. Entrambi i problemi sono stati descritti e illustrati come “casi d’uso” unitamente a brevi dimostrazioni video delle potenziali soluzioni.

Discussione e conclusione

Durante il periodo di osservazione, il gruppo di ricercatori e ricercatrici si è trovato ad affrontare un numero superiore alle attese di situazioni informatiche potenzialmente critiche, il che ha comportato anche un imprevisto carico di lavoro supplementare, per riesaminarle e valutarle. Abbiamo tuttavia sfruttato il vantaggio di poter effettuare una selezione, sulla base anche dei riscontri forniti dal personale infermieristico, per assicurarci che gli aspetti trattati corrispondessero effettivamente al target cui erano destinati.

Inizialmente avevamo pianificato di elaborare alcuni *mockup* tramite uno strumento specifico comunemente adoperato, denominato *Figma*. I problemi e le situazioni osservate, unitamente alla necessità di gestire potenziali utenti multilingue, ci hanno tuttavia spinto a optare per una soluzione basata sul web che consentisse la definizione e l'archiviazione di "metodi d'uso orientati agli oggetti" (ad esempio, un "oggetto dati" della paziente) nella cache per una sessione utente individuale e che supportasse, inoltre, diverse lingue.

Le nostre linee guida, emerse da un processo di valutazione che si è progressivamente affinato, prevedevano, in prima istanza, che le proposte finali fossero in grado di dimostrare un miglioramento generico, utile sia agli ospedali che richiedono tali funzionalità ai loro fornitori di sistemi informatici, sia a quest'ultimi come indicazione per un'eventuale implementazione. Ciò ha escluso inizialmente molte situazioni potenzialmente critiche da un punto di vista informatico, fra cui l'impossibilità di inserire i dati richiesti, la presenza di difetti del sistema che ostacolavano il lavoro o la mancanza di interfacce tra i vari reparti e tra i sistemi informatici, cosa che generava interruzioni delle attività del personale infermieristico. Alla luce dell'elevato numero di eventi di questo tipo è necessario procedere a ulteriori verifiche, anche in relazione ai Sistemi di informazione clinica utilizzati e al grado di digitalizzazione della documentazione infermieristica esaminata.

In seconda istanza, il nostro obiettivo era quello di coinvolgere direttamente il personale infermieristico, le persone responsabili dei servizi IT e della formazione, nonché i e le rappresentanti degli istituti formativi implicati nello studio *digi-care*, nella fase di selezione delle situazioni potenzialmente critiche da un punto di vista informatico (Preece et al., 2019). Il risultato di questo approccio è stato interessante, poiché i *mockup* risultanti riflettono la volontà di un approccio più avanzato e quindi più coerente e completamente digitalizzato all'interno del processo di documentazione infermieristica. Entrambi i *mockup* riguardano ambiti in cui, in sede di osservazione, sono state constatate interruzioni del flusso comunicativo digitale, l'uso di supporti cartacei e la creazione di doppioni della documentazione. Il *mockup* "lista individuale digitalizzata delle attività di cura" cerca, ad esempio, di risolvere il caso di un'infermiera o un infermiere che, all'inizio del turno, stampa una panoramica dei propri pazienti dalla CCE o la compila manualmente su un foglio di carta. Il foglio viene utilizzato continuamente durante il turno con vari scopi, quali spuntare le attività svolte o prendere appunti. Chiaramente non tutti questi dati sono rilevanti per la documentazione infermieristica digitalizzata, ma il personale infermieristico riporta comunque alcune delle ICP nelle SIC, durante o alla fine del turno. L'inserimento di tali informazioni potrebbe risultare tardivo rispetto alla lettura da parte del restante personale curante e, tra l'altro, la lista delle attività cartacea spesso non riflette le recenti modifiche a livello di diagnosi e terapia. Il *mockup* digitale proposto potrebbe ottimizzare tale situazione. Un'osservazione che è stata sollevata frequentemente consiste nella persistente percezione da parte di alcuni membri del personale infermieristico che, a seguito della raccolta e documentazione dei dati attraverso i dispositivi mobili, questi debbano essere ancora inseriti nella SIC. Tali professionisti potrebbero

non essere del tutto consapevoli del fatto che i sistemi sono completamente integrati e a prova di errore.

D'altro canto, esiste un aspetto cognitivo legato alla scrittura su supporto cartaceo che contribuisce alla memorizzazione delle attività da svolgere. Abbiamo cercato di risolvere questo aspetto tramite la funzione di selezione interattiva delle informazioni sul dispositivo digitale precedentemente menzionato. Si tratta, tuttavia, di un aspetto cruciale, che deve essere testato in contesto reale. In aggiunta, lo schermo di uno smartphone offre funzionalità limitate in confronto a un foglio di carta esteso, che consente di includere annotazioni e disegni.

Analogamente, il *mockup* "checklist preoperatoria digitalizzata" tiene conto di situazioni in cui comunemente si ricorre alla creazione e all'uso di documenti cartacei per raccogliere tutte le ICP necessarie per i pazienti, sotto forma di documenti stampati abbinati a una checklist di spunta degli elementi da verificare. Pertanto, giungiamo alle seguenti conclusioni:

- si constatano ancora notevoli interruzioni nella documentazione clinica infermieristica di routine, nello specifico interruzioni del flusso comunicativo digitale, doppioni e documentazione in parte cartacea;
- il personale infermieristico coinvolto mostra l'intenzione di incrementare l'adozione della digitalizzazione per gestire queste situazioni;
- il personale infermieristico coinvolto riconosce un potenziale vantaggio nella disponibilità tempestiva di informazioni cliniche aggiornate per tutto il personale curante.

3.4 *Digi-care*: quali competenze digitali per la professione infermieristica?

Deli Salini, Andrea Volpe, Kezia Löffel, Geneviève Blanc, Ines Trede, Thomas Bürkle, Patrizia Salzmann

La ricerca *digi-care*¹, focalizzata sull'influenza della digitalizzazione nel processo di trasmissione delle informazioni cliniche dei pazienti (ICP), aveva tra i suoi principali obiettivi quello di indagare il tema delle competenze digitali del personale infermieristico al fine di fornire informazioni utili alla formazione di base e continua del personale infermieristico in Svizzera (Salini, Salzmann et al., in questa rivista).

Nella prima parte di questo capitolo situiamo questo tema sullo sfondo generale dell'evoluzione digitale nel settore sanitario, per poi esplorare la problematica delle competenze digitali nell'attività infermieristica e in seguito le normative dei due titoli iniziali di formazione di livello terziario per il personale infermieristico svizzero e le nuove prospettive nel settore. Nella seconda parte presentiamo le caratteristiche dell'indagine etnografica svolta nel corso dello studio *digi-care* e nella terza descriviamo alcuni risultati dell'analisi semiologica dell'attività, rispetto alle risorse del personale infermieristico nell'ambito della digitalizzazione. La discussione finale riprende e mette in prospettiva quanto emerso in precedenza rispetto alle competenze digitali del personale infermieristico.

Elementi di contestualizzazione

Verso un futuro sempre più digitalizzato nel settore della salute

Le politiche e le organizzazioni sanitarie sono interpellate in misura sempre maggiore da una visione delle cure detta "Salute 4.0", che prevede una crescente compenetrazione tra mondo fisico, digitale e biologico ed intende promuovere l'interconnessione e la gestione integrata di tutte le tecnologie innovative che hanno a che fare con il settore della salute. Questa visione mira a un'assistenza sanitaria centrata sul paziente, a fornire servizi sanitari ottimizzati, convenienti e soddisfacenti per il pubblico, nonché a migliorare l'efficacia, l'affidabilità e l'efficienza del settore (Al-Jaroodi et al., 2020; Chen et al., 2020; Li & Carayon, 2021; Vitali, 2021).

A fronte delle incalzanti trasformazioni delle cure sanitarie, il Consiglio federale ha promosso la nuova Strategia Svizzera digitale 2023 (Consiglio Federale, 2019)² nella quale, per il settore della salute, si postula un'accelerazione degli interventi (UFSP, 2023). Infatti, come sottolineato da Digital Switzerland³, pur essendo la Svizzera una nazione leader nel campo dell'innovazione tecnologica, la digitalizzazione del suo sistema sanitario presenta molti anni di ritardo rispetto ad altri paesi industrializzati. Il progetto di ricerca "La sanità digitale al servizio di tutta la popolazione"⁴ ha identificato i principali elementi che frenano questo sviluppo, come ad esempio la collaborazione inefficace tra tutte le parti interessate (Landers et al., 2023). Le sfide che occorre affrontare comprendono diverse lacune, tra le quali citiamo la mancanza di linee guida e standard nazionali o la mancanza di interoperabilità dei dati, che ha forte incidenza nel settore delle cure, a causa delle lacune nella standardizzazione, armonizzazione e comparabilità dei dati sanitari. Questo perché ogni organizzazione dispone di un proprio sistema informatico per gestire e immagazzinare i dati relativi alla salute (Digital Switzerland, 2022).

Diversi sono gli assi d'intervento promossi a livello nazionale affinché nei prossimi anni le istituzioni e gli specialisti del settore della salute siano meglio connessi digitalmente in rete (Consiglio Federale, 2023). In particolare, la Strategia svizzera digitale⁵ ha definito delle misure specifiche per il settore sanitario: a · il consolidamento della Strategia eHealth

1 — FNS Nr.: 407740_187503 / 1: «Digitalization and transmission of clinical information in nursing: implications and perspectives (*digi-care*)» (In Italiano: *Digitalizzazione e trasmissione di informazioni cliniche nelle cure infermieristiche: implicazioni e prospettive (digi-care)*).

2 — www.uvek.admin.ch/uvek/it/home/communicazione/svizzera-digitale.html

3 — *digitalswitzerland* è un'iniziativa nazionale e intersettoriale che mira a rafforzare e ancorare la Svizzera come nazione digitale leader nel mondo. È composta da più di 200 membri provenienti da aziende, università, organizzazioni, istituzioni politiche e rappresentanti dello stato che collaborano trasversalmente per raggiungere questo obiettivo.

4 — www.nfp77.ch/fr/KBvQMnKggQwnGGDS/projet/la-sante-numerique-au-service-de-la-population-tout-entiere

5 — <https://digital.swiss.it/strategia/strategia-svizzera-digitale-2023.html>

Svizzera 2.0 per la diffusione della cartella informatizzata del paziente (CIP)⁶; b · il lancio, nell'estate 2023, del programma DigiSanté⁷ per promuovere la trasformazione digitale nel settore sanitario, al fine di creare sin da subito un quadro giuridico e organizzativo chiaro, oltre che i requisiti tecnici necessari per garantire uno scambio di informazioni senza discontinuità.

Interrogativi e prospettive riguardo alle competenze digitali del personale infermieristico

Nella letteratura scientifica nazionale e internazionale e da parte delle associazioni professionali del settore si sottolinea l'urgenza di trovare un consenso rispetto alle competenze delle professioniste e dei professionisti delle cure in ambito digitale, nonché di preparare, già nella formazione iniziale, il personale curante a padroneggiare le attività e gli strumenti correlati alla trasformazione digitale (ASI, 2021; Egbert et al., 2018; ICN, 2023; Kuhn et al., 2019).

Seppure sin dalla fine degli anni Novanta del secolo scorso ci si interrogò su questo tema, è solo negli ultimi anni che la ricerca scientifica ha conosciuto un proliferare di studi e pubblicazioni sul tema. Alcune delle questioni maggiormente trattate sono: a · la terminologia; b · le classificazioni delle competenze digitali; c · l'accettabilità dei dispositivi digitali.

Per la terminologia, le denominazioni del concetto di competenze digitali sono ancora poco armonizzate e il concetto stesso soggetto a molteplici descrizioni (Anastasiou & Smith, 2023). Nello specifico del settore infermieristico si possono dunque trovare termini quali: abilità digitali, alfabetizzazione digitale, competenze eHealth, competenze di informatica digitale in infermieristica e via dicendo. A partire da un'analisi concettuale, questa molteplicità di definizioni e classificazioni è stata recensita (Anastasiou e Smith, 2023) ed è stata proposta una definizione operativa⁸:

Competenze richieste per utilizzare risorse tecnologiche, dispositivi digitali e applicazioni di comunicazione per accedere, condividere, gestire e valutare diverse forme di informazione (in ambito sanitario). Competenze digitali specifiche possono includere la capacità di utilizzare cartelle cliniche elettroniche (CCE), piattaforme di telemedicina, dispositivi medici e app mobili relative alla salute. Tuttavia, i requisiti specifici per le competenze digitali in ambito sanitario possono variare a seconda dei ruoli e delle responsabilità specifiche degli operatori sanitari, nonché delle tecnologie e degli strumenti utilizzati nel loro particolare contesto sanitario (Anastasiou & Smith, 2023, p. 8, traduzione nostra).

Questa definizione sottende anche l'attivazione di competenze etiche e critiche rispetto all'uso funzionale delle tecnologie (Anastasiou & Smith, 2023; Becka et al., 2020; Landers et al., 2023; Wynn et al., 2023).

Rispetto alle classificazioni, molteplici sono i cataloghi internazionali sulle competenze tecniche e/o digitali nelle professioni infermieristiche, che tuttavia non sono ancora formalmente ancorati nei curricula formativi svizzeri (ad es. Becka et al, 2020; Müller & Peters, 2022; NHS, 2017; Kuhn et al., 2019; Hübner et al., 2018, Trede, Aeschlimann & Schweri, 2023). Peraltro, tali classificazioni dovrebbero potersi anche interfacciare in maniera pertinente rispetto a due altre tipologie di classificazioni: a · quelle delle competenze generali per le professioni sanitarie, così come definite nei curricula formativi (vedere il sotto capitolo seguente) o definite da organizzazioni internazionali, come il Quadro globale delle competenze e dei risultati per la copertura sanitaria universale dell'OMS (WHO, 2022) e quello stabilito dalla European Federation of Nurses Associations (2015); b · quelle internazionali riguardanti le competenze digitali della popolazione tutta, come ad esempio Il quadro di riferimento per le competenze digitali dei cittadini⁹ (DigiComp2.1) promosso dall'Unione Europea (Carretero et al., 2017).

6 — www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth-schweiz.html

7 — www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/digisante.html

8 — Nell'ambito dello studio *digi-care* vengono considerate soprattutto le competenze relative all'interazione con le tecnologie per l'informazione e la comunicazione.

9 — www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/digcomp2-1_ita.pdf

La questione dell'accettabilità delle tecnologie digitali da parte del personale infermieristico può essere riferita a quattro aspetti: a · l'alfabetizzazione digitale di base dei curanti nonché la tempestiva formazione iniziale e continua sui concetti e sull'evoluzione dei dispositivi digitali nelle cure (Brown et al., 2020); b · l'usabilità ed efficienza delle tecnologie digitali (Bürkle et al., 2017; Lueg & Twidale 2018; Salini, Salzmann et al., in questa rivista); c · l'aumento del carico di lavoro spesso dovuto all'incremento di attività burocratiche di registrazione delle prestazioni, nonché ai tempi necessari per l'implementazione di nuovi dispositivi (Brown et al., 2020; Rouleau et al., 2017; Salini, 2018); d · la preoccupazione sulla conciliabilità tra aspetti relazionali e aspetti tecnici delle attività di cura (Booth et al.; 2021; Locsin & Purnell; 2009; Stoumpos et al., 2023).

Ambiti di competenza del personale infermieristico svizzero e digitalizzazione

In Svizzera, molteplici sono i titoli di qualificazione per coloro che operano nel settore delle cure infermieristiche (Trede et al., 2023). Nell'ambito dello studio *digi-care* facciamo riferimento unicamente ai due titoli iniziali di livello terziario: il Diploma di infermiera-e conseguito presso una Scuola Specializzata Superiore (SSS) e il Bachelor di infermiera-e conseguito presso una Scuola universitaria professionale (SUP).

Le definizioni del profilo di competenza dei due titoli hanno differenti normative: per il Diploma SSS vi è il Programma quadro (PQ) d'insegnamento SSS «Cure infermieristiche», riapprovato dalla SEFRI nel 2021¹⁰ ed emesso da Oda Santé e dall'Associazione svizzera dei centri di formazione sanitaria (ODA Santé & ASCFS, 2021); per il Bachelor SUP in Cure infermieristiche si fa riferimento all'Ordinanza sulle competenze professionali specifiche delle professioni sanitarie¹¹ e a quanto stabilito dalla Conferenza di esperti della salute delle Scuole universitarie professionali svizzere¹², riguardo alle competenze specifiche relative alle professioni sanitarie. A fronte di queste diverse normative, tramite il progetto "Titoli nelle cure"¹³, realizzato dalla SUFFP su mandato di Oda Santé, è stato elaborato un approccio volto a permettere una presentazione comparabile delle competenze attuali e future dei vari gradi dell'assistenza infermieristica (Trede et al., 2023).

Presentiamo di seguito le caratteristiche principali degli ambiti di competenza definiti per i due titoli infermieristici¹⁴, nonché quelli definiti nel progetto "Titoli nelle cure" indicando, se del caso, gli aspetti relativi alla digitalizzazione.

Profilo di competenza del Diploma di infermiera/infermiere SSS

Il PQ descrive i compiti professionali centrali, la loro collocazione nel contesto professionale e gli attori coinvolti, nonché i processi lavorativi deducendoli dal campo professionale e dal contesto. Su questa base, esso precisa dieci processi lavorativi, riassunti in quattro processi principali: Processo di cura, Management delle conoscenze, Processo di comunicazione e Processo organizzativo. Per ogni processo di cura sono specificate delle competenze specifiche e, benché almeno quattro si riferiscano al processo di trasmissione delle ICP, nessuna cita esplicitamente aspetti relativi all'uso di dispositivi digitali.

Profilo di competenza del Bachelor in Cure infermieristiche

Tutti i curricula delle SUP sanità svizzere si ispirano al modello canadese CanMEDS2015¹⁵. Questo quadro di riferimento, adottato nel mondo intero dai professionisti della salute, definisce e descrive le competenze specifiche di cui occorre dar prova per rispondere in modo efficace ai bisogni delle persone alle quali si prestano le cure. Queste competenze si declinano in 7 ruoli comuni a tutte le professioni sanitarie: esperto-a; comunicatore-ricer; collaboratore-ricer; leader; promotore-ricer della salute; apprendente

10 — www.odasante.ch/it/attualita/riapprovazione-del-programma-quadro-dinsegnamento-cure-infermieristiche-sss

11 — www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2020/17/it

12 — <https://fkg-css.ch/it>

13 — www.suffp.swiss/project/titoli-nel-campo-dattivita-professionale-cure

14 — Ogni descrittivo fa riferimento a un suo specifico concetto di competenza, che non possiamo approfondire in questa sede.

15 — www.royalcollege.ca/content/rcpsc/ca/fr/canmeds/canmeds-framework.html

ed insegnante; professionista (FKG-CSS, 2021). Per ciascun ruolo di ogni professione sanitaria sono definite delle competenze specifiche. Nel Bachelor in Cure infermieristiche le competenze che hanno direttamente a che fare con il processo di trasmissione delle ICP afferiscono in particolare ai ruoli di Esperto, di Comunicatore e di Leader e in un caso sono specificate le capacità di utilizzo delle tecnologie, come indicato di seguito.

Coloro che hanno concluso un Bachelor in Cure infermieristiche

D3: Utilizzano in modo adeguato le tecnologie, gli strumenti così come le procedure di qualità, valutano in modo critico vantaggi e svantaggi così come i rischi che concernono la sicurezza dei/delle pazienti, la qualità delle cure e la protezione dei dati.

Ambiti di attività infermieristica proposti nel progetto *Titoli nelle cure*

Il progetto *Titoli nelle cure* era finalizzato a elaborare strumenti e metodi per poter sviluppare in modo coordinato i descrittivi di competenze odierne e future dei diversi titoli nel settore (Trede et al., 2023). Tale approccio ha permesso di costituire una base comune per comprendere i diversi livelli e dimensioni delle descrizioni delle competenze per le qualifiche nel campo infermieristico. Riguardo alla definizione del termine “competenza” e delle rispettive classificazioni, da un lato gli autori dello studio auspicano che si arrivi progressivamente a una armonizzazione di tali definizioni e classificazioni¹⁶. D’altro lato hanno optato per una definizione di competenza che tenesse conto in modo operativo della complessità di questa nozione, assimilandola alla definizione delle competenze operative nella formazione professionale svizzera:

attitudini per esercitare una professione, ossia capacità (disposizioni) individuali per agire professionalmente negli ambiti dell’attività sanitaria, che si traducono in azioni, pensieri e comportamenti adeguati alla situazione in cui si trovano nello svolgimento di compiti (prestazioni) (Trede et al., p. 43, traduzione dell’autore).

È stata inoltre proposta una classificazione distinta in cinque ambiti principali di attività (precisati in 13 sottocategorie), trasversali ai curricula di formazione del settore infermieristico, come precisato di seguito.

- Cure infermieristiche
- Collaborazione
- Organizzazione e processi
- Sviluppo del sapere
- Sviluppo personale e professionale

Nello stesso studio sono stati inoltre individuati sei scenari di tendenza rispetto alle sfide che il settore sanitario si trova a fronteggiare attualmente: a · svolta ambulatoriale; b · salute e diversità; c · personalizzazione e autodeterminazione; d · digitalizzazione; e · assistenza sanitaria e rete estesa; f · minacce ambientali e sostenibilità (Leumann et al., 2022).

L’incrocio di queste categorizzazioni ha permesso di classificare trasversalmente i nuovi compiti del settore delle cure rispetto ai curricula di formazione infermieristica e, per ognuna delle sfide sopracitate, sono state identificate delle tematiche principali, di cui le cinque seguenti riguardano la sfida della digitalizzazione:

- utilizzo di strumenti digitali nel processo di cura, in particolare per la valutazione, l’ammissione e la dimissione;
- comunicazione e cooperazione interprofessionale e intersettoriale tramite dispositivi digitali;
- consulenza ed educazione dei pazienti e care-giver utilizzando dispositivi digitali;

16 — In particolare, si suggerisce di tenere conto sia dei già citati approcci CanMEDS 2015, sia del Quadro globale delle competenze e dei risultati per la copertura sanitaria universale dell’OMS (WHO, 2022), sia del quadro delle competenze stabilito dalla European Federation of Nurses Associations (2015).

- partecipazione alla progettazione e introduzione di dispositivi digitali/co-progettazione/cooperazione progettuale/ottimizzazione della tecnologia per le cure;
- riflessione sull'effetto della tecnologia sul ruolo professionale nonché sull'utilità per i pazienti.

La fase etnografica dello studio *digi-care*

Quadro teorico e metodologico

La ricerca *digi-care* si fonda sulla prospettiva teorica e metodologica del “Corso d'azione” (CdA), che mira a esplorare l'attività umana situata, considerando la complessità del suo contesto e le specificità degli individui che vi sono inseriti (Poizat & San Martin, 2020; Theureau, 2006). Nel settore della formazione degli adulti questo approccio fonda l'elaborazione di percorsi formativi basati sull'attività reale delle e dei professionisti (Durand & Poizat, 2015). Nel caso della ricerca *digi-care* questa prospettiva era appunto volta a identificare le competenze digitali attivate sul campo dal personale infermieristico, al fine di elaborare proposte formative pertinenti.

Secondo la prospettiva del CdA, l'esperienza umana è considerata a partire da due assunti di base: da un lato è considerata come una particolare modalità di coscienza o di “presenza a sé stessi”, una familiarità dell'individuo alla propria attività, che è possibile esplorare attraverso metodologie specifiche. D'altro lato, l'esperienza è caratterizzata da una continua attività interpretativa dell'esistente e comprende una dinamica di significato che si costituisce nell'interazione fra i tre registri di esperienza definiti da Peirce (1994).

Sulla base di questa prospettiva, le ricerche sull'attività umana sono svolte secondo un approccio di tipo etnografico, che tiene conto sia degli aspetti estrinseci all'attività (rilevati tramite osservazione sul campo o altre forme di analisi di contesto) sia di quelli intrinseci, ovvero i dati che emergono dall'esplorazione dell'esperienza vissuta da coloro che hanno compiuto l'attività considerata (Theureau, 2006). Dal punto di vista metodologico, per accedere all'esperienza vissuta delle persone è utilizzata l'intervista di Autoconfronto (AC) alle tracce della propria attività, mentre il trattamento dei dati è effettuato tramite un'analisi semiologica dell'attività, fondata sulla semiotica di Peirce (Theureau, 2006).

Considerando le caratteristiche della pratica lavorativa del personale infermieristico, per l'osservazione sul campo è stato inoltre integrato il metodo del Job-Shadowing, volto a cogliere le attività di un individuo considerando i suoi percorsi e le sue multiple interazioni con altri e con oggetti (Czarniawska, 2007). La raccolta concreta delle tracce dell'attività infermieristica è stata svolta tramite un approccio di video etnografia (Collier et al., 2015). Il tutto nel rispetto delle condizioni etiche e di protezione dei dati al fine di non perturbare l'attività delle persone seguite e garantire la confidenzialità (Salini, Salzmann et al., in questa rivista).

Date queste premesse, la prima delle quattro fasi organizzative della ricerca *digi-care* o fase etnografica, è stata ulteriormente organizzata in tre tappe principali: a · analisi di contesto e familiarizzazione; b · raccolta e selezione dei dati; c · trattamento dei dati, considerando in particolare l'analisi semiologica effettuata e la costituzione della corrispondenza tra questa e l'approccio per competenze.

Dall'analisi di contesto all'osservazione partecipante

La tappa di analisi di contesto è stata caratterizzata da *Desk research*, interviste semi-strutturate e somministrazione di un questionario a diversi rappresentanti delle strutture sanitarie¹⁷ (Salini, Salzmann et al., in questa rivista). In seguito, ha avuto luogo la familiarizzazione vera e propria nei reparti ospedalieri, tramite la presenza di ciascun ricercatore-ricercente nel

¹⁷ — Ricordiamo che la ricerca *digi-care* è stata svolta presso 6 ospedali e ha coinvolto in totale 24 infermiere o infermieri.

reparto nel quale avrebbe poi svolto la raccolta dati. Questa osservazione ha consentito la conoscenza reciproca tra ricercatori-rici e il personale infermieristico coinvolto e la comprensione del contesto professionale, compresi gli strumenti utilizzati, i ritmi e l'organizzazione quotidiana del lavoro.

Raccolta e selezione dei dati per la realizzazione delle interviste di Autoconfronto

La raccolta dati sul campo è stata effettuata come detto tramite un approccio di Job-Shadowing coniugato a una metodologia video etnografica, grazie a strumenti indossabili volti a raccogliere le tracce video necessarie allo svolgimento delle interviste di AC (Bürkle et al., in questa rivista). Ciascun ricercatore-rici ha affiancato separatamente quattro membri del personale infermieristico per ciascun ospedale coinvolto, per tre turni di lavoro. Ciò ha permesso di acquisire per ciascuna infermiera-e, circa ventiquattro ore di videoregistrazioni della loro attività. I dati registrati avevano due scopi: a · fornire informazioni comportamentali e contestuali per aiutare a identificare gli elementi della pratica dei partecipanti; b · fornire tracce per le interviste di AC successive (Poizat, Flandin & Theureau, 2022)¹⁸.

Per preparare le interviste di AC sono state selezionate da otto a dieci situazioni dal materiale video-registrato per ciascun'infermiera-e, andando a costituire un video di circa un'ora, quale base per le interviste di AC successive. L'intervista proposta dopo pochi giorni dall'osservazione in reparto, è stata realizzata in uno spazio neutrale, provvisto di un PC e di un monitor adibito alla proiezione del filmato selezionato. Nel corso dell'intervista (altresi registrata) i due interlocutori erano posizionati affiancati di fronte al PC e la persona intervistata poteva in qualsiasi momento gestire lo scorrimento del filmato mentre il ricercatore guidava l'intervista, sollecitando la persona stessa con domande mirate ad aiutarla a rivivere la situazione considerata e a farne emergere gli aspetti cognitivi taciti (Theureau, 2006). Le registrazioni delle interviste di AC sono state poi trascritte e in seguito sono stati costituiti dei protocolli di sincronizzazione, grazie alla messa in parallelo delle sintesi delle situazioni selezionate nel video utilizzato per l'AC e la corrispondente trascrizione. Su questa documentazione è stata poi applicata l'analisi semiologica dell'attività.

Trattamento dei dati: l'analisi semiologica

A partire dai protocolli sopradescritti, l'analisi semiologica si è fondata su un'elaborazione operativa dei tre registri d'esperienza indicati da Peirce (1994) al fine di rendere possibile l'identificazione degli aspetti della dinamica d'esperienza e dunque di significazione delle persone coinvolte. La struttura d'analisi si è basata su una matrice a sei componenti (Tabella 1) volta a identificare i diversi aspetti della dinamica di significato emersi in situazione (Theureau, 2006).

Il primo è dell'ordine del *Possibile*, dei significati che potrebbero realizzarsi o meno in una data situazione (modi d'implicazione, anticipazioni, sapere situato); il secondo è dell'ordine dell'*Attuale*, di ciò che viene percepito come significativo in una situazione specifica e di quel che è espresso-agito nell'immediato (*representamen e unità d'esperienza*¹⁹); il terzo è dell'ordine del *Virtuale* e si costituisce come mediazione emergente dall'interazione tra i due registri d'esperienza precedenti. Esso è identificabile tramite elementi che appaiono direttamente come generalizzazioni costituite in situazione (nuovi apprendimenti) e tramite elementi che caratterizzano il ciclo d'indagine che emerge nel caso di destabilizzazione di significati antecedenti, ossia convalida, confutazione, modifica o nuova elaborazione di significati precedentemente stabiliti in una determinata situazione (Peirce, 1994; Salini, 2013; Theureau, 2006).

18 — Parallelamente alla raccolta di questo materiale filmico dell'attività di trasmissione di ICP, i ricercatori hanno raccolto eventi relativi all'IT, ovvero le situazioni potenzialmente critiche da un punto di vista informatico (Bürkle et al., in questa rivista).

19 — L'*Unità di esperienza* permette di precisare le sequenze del vissuto di un individuo in situazione, rispetto a una situazione specifica.

Registro d'esperienza	Componenti del segno esadico che emergono in situazione e loro codifica
Primità/Possibile	Modi d'implicazione: intenzioni, preoccupazioni, stati d'animo, ricerche aperte [E] ²⁰
	Anticipazioni: attese o previsioni rispetto ad avvenimenti che accadranno o di azioni proprie da effettuarsi in seguito [A]
	Sapere situato: conoscenze, regole d'azione, abitudini, situazioni sperimentate in precedenza [SK] ²¹
Secondità/Attuale	Representamen: ciò che è significativo per l'individuo in un dato momento [R]
	Unità d'esperienza: le azioni concrete, le comunicazioni ed emozioni che si manifestano in uno specifico momento della situazione [U]
Terzità/Virtuale	Interpretante: le (nuove) generalizzazioni o regole d'azione costituite in situazione (nuovi apprendimenti), oppure gli elementi dei cicli d'indagine attivati (dubbi, interrogativi, ipotesi, ecc.) [I] ²²

20 — La sigla E, corrisponde al termine inglese Engagement.

21 — La sigla SK corrisponde al termine inglese Situated Knowledge.

22 — Data la presenza di numerose osservazioni trasversali sull'attività infermieristica da parte delle infermiere e degli infermieri coinvolti, nella categoria [I] è stata anche inserita la sottocategoria COM, ad indicare i commenti generali espressi.

Tabella 1
Categorie per l'analisi semiologica dell'esperienza.

L'analisi dei protocolli è stata condotta da ogni ricercatore attivo sul campo e verificata / corretta e/o validata da almeno un altro ricercatore. Questo approccio analitico o decostruttivo è stato seguito da una fase di generalizzazione: le dimensioni tipiche dell'esperienza di ciascun'infermiere e poi dell'insieme di infermiere-i sono state categorizzate tematicamente per identificarne gli aspetti tipici individuali e poi trasversali.

Trattamento dei dati: dall'analisi semiologica a un approccio per competenze

Per descrivere le competenze digitali del personale infermieristico, emergenti dalle situazioni raccolte nel corso della fase etnografica della ricerca *digi-care*, è stato necessario elaborare un approccio teorico e metodologico che rendesse possibile la costituzione di una corrispondenza tra le categorie dell'analisi semiologica e le nozioni e categorizzazioni delle competenze. A tal proposito si è optato per fare riferimento a quanto proposto dal già citato studio "Titoli nelle cure" (Trede et al., 2023) e, in particolare, alla definizione delle competenze e alla classificazione degli ambiti delle stesse, così come ai temi relativi alla sfida della digitalizzazione, quale cornice generale entro cui disporre le competenze attivate in situazione dal personale infermieristico implicato nello studio *digi-care*.

La definizione di competenza proposta nello studio sopraccitato ci sembra particolarmente interessante perché permette di distinguere tra "disposizioni" fruibili e atualizzabili in situazione, e "prestazioni", ossia le attività effettivamente compiute dagli individui in situazione. Questo rapporto tra disposizioni e prestazioni esprime un processo dinamico e processuale rispetto al quale le disposizioni possono essere considerate delle risorse interne, ovvero delle potenzialità che, nel caso dell'agire competente, si atualizzano e permettono una prestazione pertinente ad una data situazione. Per la categorizzazione delle risorse / disposizioni su cui si fondano le competenze, ci rifacciamo altresì alla distinzione in *conoscenze, capacità e attitudini* (Boldrini & Wüthrich, 2022)²³.

Riprendendo gli elementi della matrice utilizzata per l'analisi semiologica, tali disposizioni possono essere associate agli elementi del registro d'esperienza del *Possibile* (*modi d'implicazione, saperi situati e anticipazioni*). Questi sono dinamicamente correlati al registro dell'*Attuale*, nell'ambito del quale avvengono le prestazioni, poiché ciò che è significativo per l'individuo considerato (il *representamen*) diventa l'ancoraggio tramite il quale le disposizioni si atualizzano. Contemporaneamente,

23 — Nello specifico, le *conoscenze* designano 'saperi' riguardanti fatti, concetti o procedure di cui un soggetto può disporre, le *capacità* esprimono dei saper fare e si traducono in azioni concrete, mentre gli *atteggiamenti* designano 'saper essere' ossia forme e modi di porsi nell'agire in situazione, di cui una componente essenziale risiede nei valori e, dunque, nelle scelte etiche e morali dei soggetti (Boldrini et al., 2014; Ghisla et al., 2008). Questa distinzione è altresì considerata dalla SEFRI, come parte del modello Competenze Risorse (CoRe) utilizzabile per elaborare profili professionali, www.sbf.admin.ch/sbfi/it/home/formazione/fpc/formazione-professionale-di-base/sviluppo-delle-formazioni-professionali-di-base/aspetti/orientamento-alle-competenze-operative.html

l'analisi delle *unità di esperienza* permette di individuare le prestazioni e al contempo i saperi metodologici messi in atto (le capacità). Infine, la categoria del *Virtuale* esprime quel che nel corso della prestazione/attività viene acquisito, ovvero le nuove conoscenze costruite o eventualmente in elaborazione nel percorso d'indagine attivato.

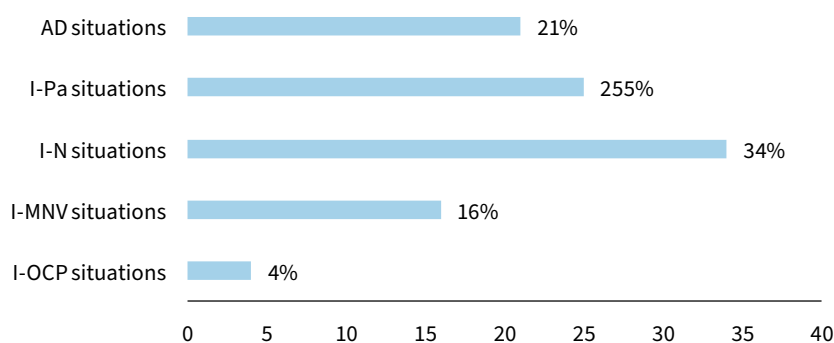
Risultati: aspetti contestuali alle situazioni

L'indagine sul campo ha permesso di raccogliere 307 situazioni significative dell'attività infermieristica in relazione al processo di trasmissione di ICP²⁴ e circa 180 incidenti critici. Le tipologie di risultati del trattamento di questi dati sono descritte in diversi capitoli di questa rivista (Salini, Salzmann et al.; Bürkle et al.: Salzmann et al.). In questo capitolo approfondiamo soprattutto alcuni aspetti trasversali utili a contestualizzare l'attività infermieristica nelle situazioni recensite, e in seguito alcuni risultati trasversali e specifici dell'analisi semiologica, rispetto alle competenze digitali del personale infermieristico.

Le situazioni recensite sono caratterizzate da una circolarità d'interazioni tra persone e strumenti per la documentazione delle cure²⁵. Questa circolarità avviene perlopiù in modo sincrono o parallelo, tuttavia vi sono momenti in cui il personale infermieristico svolge unicamente attività di interazione con persone, o unicamente attività di documentazione delle cure. Le interazioni con persone si fondano in maniera prioritaria sullo scambio orale (anche tramite contatti telefonici), mentre le interazioni relative alla documentazione si concretizzano nell'utilizzo di dispositivi, digitali o non digitali.

Tipologie d'interazione con persone e strumenti

Le interazioni con altre persone sono state distinte in quattro tipologie: con pazienti; intraprofessionali con altro personale infermieristico; interprofessionali nell'interazione con medici; oppure interprofessionali con altri professionisti delle cure. Come si può notare alla Figura 1, un terzo delle situazioni recensite è relativo all'interscambio con personale infermieristico (consegne di cambio turno, consegne nel caso di transfert tra un reparto, servizio o ospedale, oppure interazioni puntuali, formalizzate o informali, o momenti formativi rivolti a colleghi o studenti), un quarto riguarda le interazioni con pazienti (ammissioni, dimissioni, amministrazione terapie e valutazioni); un quinto riguarda le interazioni con altri professionisti delle cure, di cui la maggior parte nel corso delle visite medico-infermieristiche e infine un quinto riguarda momenti di documentazione asincrona²⁶.



L'utilizzo esplicito di strumenti digitali era presente nel 50% delle situazioni considerate. Di questa percentuale, il 30% era riferito a situazioni di documentazione asincrona e il restante 70% a situazioni di interazione con persone, parallela all'attività di documentazione.

24 — La trasmissione delle informazioni cliniche dei pazienti indica un trasferimento di responsabilità e obblighi professionali per tutto il processo di cura, o parte di esso, di un paziente o di un gruppo di pazienti, a un altro professionista o a un altro gruppo professionale, temporaneamente o permanentemente (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2010; Vogt & Sopka, 2017). Si tratta di una priorità assoluta per garantire la continuità delle cure al paziente ed evitare errori di natura medica. Questo processo è complementare al processo di documentazione delle informazioni cliniche.

25 — Ovvero lettura o inserimento/redazione di informazioni cliniche su supporti digitali o cartacei.

26 — Per momenti di documentazione asincrona si intendono i momenti in cui il personale infermieristico si occupa di leggere o redigere ICP in momenti separati dall'interazione con altri curanti o con pazienti.

Figura 1

Percentuali delle tipologie di situazioni raccolte. La categorizzazione e codifica delle situazioni è redatta in inglese: asynchronous documentation (AD situations); Interaction with patients (I-Pa situations); Interaction with other nurses (I-N situations); Interaction during medical-nursing visit (I-MNV situations); Interaction with other care professionals (I-OCP situations).

Strumenti di supporto al processo di trasmissione e documentazione di ICP

Il processo di documentazione delle informazioni cliniche dei pazienti è indissociabile dal processo di trasmissione delle ICP. Esso è inteso come modalità per tracciare e discutere i diversi elementi riguardanti la cura del paziente ed è essenziale per contribuire a garantire la sicurezza e la qualità delle cure (SBK-ASI, 2020). I dispositivi digitali o non digitali tramite i quali la documentazione si concretizza sono recensiti di seguito.

- **Documentazione tramite dispositivi digitali.** In tutti gli ospedali implicati nello studio sono presenti computer fissi e portatili, in alcuni si utilizzano dei tablet e più raramente smartphone ad uso specifico delle attività di cura. Ogni ospedale è provvisto di un Sistema informativo clinico (SIC) all'interno del quale si articolano le Cartelle cliniche elettroniche (CCE) dei pazienti²⁷. A questi dispositivi sono connesse diverse applicazioni informatiche, volte a gestire, segnalare/raccogliere dati specifici rispetto alle cure dei pazienti, oppure a raccogliere/gestire informazioni di tipo amministrativo (gestione magazzino medicinali, come ad es. l'armadio farmaci automatizzato, o aspetti alberghieri), oppure relative alla quantificazione delle prestazioni infermieristiche.
- **Documentazione tramite dispositivi non digitali.** Sebbene SIC e CCE siano il supporto centrale per la tracciabilità e le interazioni sull'attività di cura, negli ospedali coinvolti la completezza dell'informatizzazione della cartella clinica presenta diversi gradi di attuazione, corrispondenti ai gradi di dematerializzazione e interoperabilità delle informazioni nella struttura sanitaria. In particolare, e in misura maggiore o minore a seconda dell'ospedale, la CCE convive con diverse forme di documentazione cartacea o altre forme di supporto editoriale, quali bacheca o lavagna magnetica, liste pazienti, nonché una molteplicità di altre piccole forme di promemoria cartacei.

27 — In questa sede non citeremo esplicitamente le denominazioni dei diversi tipi di SIC o CCE utilizzati negli ospedali coinvolti, così come quelle dei diversi applicativi.

Risultati trasversali dell'analisi semiologica

L'analisi delle *unità di esperienza* ha permesso di identificare: a · le categorie di interazioni (con persone e dispositivi) descritte in precedenza; b · le situazioni specifiche in cui si presentavano attività legate alla digitalizzazione e c · la messa in pratica di saperi teorici e metodologici relativi alla gestione di dispositivi digitali (che sono ripresi nell'analisi dei *saperi situati*).

L'analisi del *representamen* ha permesso di differenziare tra diverse capacità, relative al saper cogliere: a · segnali informativi importanti da parte di pazienti o colleghi, b · segnali di malfunzionamento tecnico; c · segnali di discordanza tra informazioni; nonché d · saper anticipare attività di routine da eseguire e, infine, e · sapersi interrogare rispetto al coordinamento e alla collaborazione tra colleghi.

L'analisi dei *modi di implicazione* ha permesso di identificare quattro loro ambiti principali²⁸:

- quello generale relativo al corretto ed efficace svolgimento del processo delle cure;
- quello generale relativo al processo di trasmissione delle ICP, riguardante la raccolta, documentazione e trasmissione delle ICP;
- quello specifico al processo di trasmissione delle ICP riguardante a · la memorizzazione e tracciabilità delle informazioni (attualizzando così capacità volte a garantire la sicurezza, non commettere errori, ricordarsi, concentrarsi, non perdere informazioni, selezionare le priorità); b · l'attenzione alla comprensibilità delle stesse (attualizzando così capacità volte a rendere comprensibili le informazioni,

28 — I modi di implicazione sono in corrispondenza con le capacità operative messe in atto nelle *unità di esperienza*.

sapendole variare a seconda degli interlocutori, e a comprenderle sapendo differenziare la fonte delle stesse); c · l'esigenza di avere una visione globale delle stesse, per i propri pazienti e per quelli seguiti da altri colleghi nel proprio reparto (attualizzando così capacità volte a raccogliere dati specifici e a saperli collegare in una visione d'insieme dei pazienti); d · l'esigenza di effettuare rapidamente i propri compiti (attualizzando così prestazioni intese ad anticipare l'eventuale documentazione di ICP: pre-redigere indicazioni terapeutiche prevedibili, in attesa della conferma del medico, pre-redigere tempistiche di prestazioni infermieristiche, da validare o correggere in seguito).

L'analisi delle *anticipazioni* ha permesso di identificare una propensione del personale infermieristico ad anticipare le azioni o gli eventi che seguiranno nel corso delle ore o delle giornate successive, e a prepararsi o preparare materiali in anticipo, sfruttando per esempio i tempi di riduzione delle attività o svolgendo azioni concomitanti.

L'analisi dei *saperi situati* ha permesso di identificare una quantità considerevole di saperi attualizzati in situazione, considerando sia le conoscenze espresse dal personale infermieristico nel corso dei colloqui di autoconfronto, sia quanto agito in azioni effettive nelle *unità di esperienza* (saperi metodologici o capacità). Una prima categorizzazione di questi saperi ha permesso di distinguere tra quelli peculiari alla professione infermieristica in generale e quelli relativi all'interazione con strumenti digitali. La categorizzazione di questi ultimi è tuttora in corso, ma una descrizione di come si attualizzano gli stessi è presentata nell'analisi di una situazione specifica, al prossimo sotto capitolo.

L'analisi dell'*interpretante* ha permesso sia di individuare le nuove conoscenze acquisite (riguardo a pazienti, terapie o aspetti metodologici) sia di apprezzare come la pratica infermieristica sia costellata da attività di ragionamento clinico, volto a meglio comprendere o risolvere situazioni di cura o situazioni operative. In quest'attività l'utilizzo di strumenti digitali si inserisce in modo ricorrente quale supporto essenziale per esplorare informazioni oppure per metterle in relazione.

Infine, l'analisi trasversale dei *commenti* espressi da infermiere e infermieri nel corso dei colloqui di autoconfronto ha permesso di rilevare un insieme di riflessioni etiche riguardanti le dimensioni collaborative tra colleghi, l'interazione con pazienti e l'interazione con strumenti digitali.

Benché in questa sede non sia possibile presentare le categorizzazioni di tutti gli aspetti citati, è possibile indicare la presenza e prevalenza delle situazioni raccolte²⁹, rispetto agli ambiti dell'attività infermieristica e ai temi riguardanti la sfida della digitalizzazione (Trede et al., 2023) nella seguente Tabella 2.

29 — Avendo raccolto i dati solo in contesto ospedaliero e solo in riferimento all'attività operativa delle infermiere e degli infermieri seguiti, alcuni ambiti di attività non sono stati esplorati nello studio *digi-care*.

Ambiti attività infermieristiche	Temi sfida digitale	Situazioni rilevate in <i>digi-care</i>
A CURE INFERMERISTICHE A1 Compiti (medico) tecnici e compiti delegati A2 Misure infermieristiche, terapeutiche e profilattiche A3 Supporto nelle attività quotidiane e nelle situazioni difficili A4 Relazione orientata alle e ai pazienti	1 Utilizzo di strumenti digitali nel processo delle cure, in particolare per la valutazione, l'ammissione e la dimissione	Molto presenti e rilevate per tutte le categorie, ma in maggioranza per le categorie A1 e A2
B COOPERAZIONE B1 Cooperazione intraprofessionale, interprofessionale e intersettoriale B2 Collaborazione con la rete dei pazienti	2 Comunicazione e cooperazione interprofessionale e intersettoriale tramite dispositivi digitali	Molto presenti e rilevate soprattutto per la cooperazione intra e interprofessionale
C ORGANIZZAZIONE E PROCESSI C1 Documentazione e amministrazione C2 Economato e Logistica C3 Gestione dei processi e direzione	2 Comunicazione e cooperazione interprofessionale e intersettoriale tramite dispositivi digitali	Rilevate soprattutto per le categorie di documentazione e amministrazione
D ACCRESCIMENTO DELLA CONOSCENZA D1 Formazione e formazione continua (altrui) D2 Garanzia e sviluppo della qualità; ricerca	5 Riflessione sull'effetto della tecnologia sul ruolo professionale nonché sull'utilità per i pazienti	Rilevate per entrambe le categorie, soprattutto a partire dai commenti nelle situazioni analizzate
E SVILUPPO PERSONALE E PROFESSIONALE E1 Sviluppo professionale E2 Propria formazione e formazione continua in quanto professionista	5 Riflessione sull'effetto della tecnologia sul ruolo professionale nonché sull'utilità per i pazienti	Rilevate per entrambe le categorie, soprattutto a partire dai commenti nelle situazioni analizzate

Tabella 2

Presenza delle situazioni rilevate in *digi-care* rispetto agli ambiti di attività infermieristiche e ai temi sulla digitalizzazione.

Estratto di un'analisi semiologica

Al fine di illustrare alcuni aspetti dell'analisi semiologica e di sottolineare come l'interazione con strumenti digitali sia ricorrente nell'attività infermieristica, di seguito è presentato un estratto dell'analisi semiologica della situazione 5 vissuta dall'infermiera N23³⁰, in un turno pomeridiano. Di questa, oltre a un breve riassunto iniziale, sono indicate unicamente le *unità di esperienza* della situazione e i saperi situati riferiti unicamente all'ambito digitale, identificati sia nella descrizione della situazione, sia nell'intervista di autoconfronto (qui non riportate).

Situazione 5: Errata prescrizione di un antidolorifico alla paziente B che risulta allergica allo stesso e attività conseguenti o collaterali

La situazione si svolge a partire dalle 18:00 del pomeriggio e si estende sulla durata di circa due ore. L'infermiera N23, esplorando la CCE della paziente B giunta dal pronto soccorso, si accorge che vi è la prescrizione di un antidolorifico al quale la paziente ha avuto una reazione allergica (un eczema). N23 chiama dunque il medico di guardia per rimuovere il farmaco dalla prescrizione e procede nelle attività di intervento infermieristico, d'interazione col medico e di esplorazione e redazione d'informazioni cliniche nella CCE (Tabella 3).

30 — Le infermiere e gli infermieri coinvolti sono stati codificati con un numero (N1, N2, N3 etc. sino a N24) che non è riferibile all'ospedale in cui sono state effettuate le indagini sul campo.

Unità di esperienza per N23 ³¹	Saperi situati (conoscenze e capacità) nella sfera delle competenze digitali
U5.01: constata un errore di prescrizione e contatta il medico di turno per informarlo che la prescrizione non è idonea, poiché la paziente B è allergica a quel tipo di analgesici e ha delle eruzioni cutanee	<ul style="list-style-type: none"> • Descrivere le caratteristiche e le funzioni dei dispositivi digitali per trasmettere l'ICP • Esplorare la CEE e mettere in relazione le diverse categorie in cui è strutturata per avere una visione globale della situazione di un-a paziente • Identificare le discordanze d'informazione nella CEE e informare i curanti di riferimento
U5.02: organizza la distribuzione dei farmaci tramite un programma specifico, collegato all'armadio automatico, e risolve un problema tecnico relativo alla documentazione del prelievo di medicinali dall'armadio	<ul style="list-style-type: none"> • Descrivere e utilizzare la corretta procedura per documentare la gestione dei farmaci nel programma specifico • Risolvere problemi di utilizzo di un'applicazione in caso di malfunzionamento
U5.03: risponde alla chiamata del medico di turno che chiede nuovamente informazioni sulla situazione della paziente B e sulla prescrizione da adeguare, chiedendole dove si inseriscono le prescrizioni sulla CEE	<ul style="list-style-type: none"> • Differenziare i gradi di accesso e di responsabilità nell'uso della CCE tra le diverse categorie di curanti • Spiegare ad un altro curante come navigare nella CCE
U5.04: controlla le nuove prescrizione sulla CCE e nota che il medico di turno ha prescritto alla paziente B un antidolorifico al quale la paziente non è allergica	<ul style="list-style-type: none"> • Esplorare regolarmente la CCE per identificare nuove prescrizioni
U5.06: trascrive nella CEE i segni vitali della paziente B (annotati su un foglio in precedenza) e aggiorna e verifica le cure nella curva assistenziale della CEE (segni vitali, soglia del dolore, prescrizioni nuove/modificate, decorso, ecc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Aggiornare il decorso e la situazione clinica di un-a paziente nella CCE, sapendo utilizzare adeguatamente i diversi applicativi collegati • Redigere correttamente i dati clinici di un-a paziente nella CCE • Assicurare l'aggiornamento della documentazione nella CCE • Verificare nella curva assistenziale della CEE se tutte le azioni infermieristiche sono state eseguite • Utilizzare applicazioni specifiche della CEE per documentare le cure
U5.08: si accorge che il medicamento al quale la paziente B è allergica è ancora indicato nella CEE, allora lo rimuove affinché nessuno lo somministri per sbaglio	<ul style="list-style-type: none"> • Differenziare i gradi di accesso e di responsabilità nell'inserimento dati della CCE • Utilizzare la CCE per correggere una prescrizione errata e ridurre il rischio di errore • Spiegare che nella CEE è possibile identificare chi ha modificato le prescrizioni e quali modifiche sono state apportate • Indicare il motivo della modifica nella CEE, in modo che questo possa essere utile ai colleghi di lavoro
U5.10: redige nella CEE alcune osservazioni nella cronologia della paziente B	<ul style="list-style-type: none"> • Aggiornare il decorso di un-a paziente nella CCE • Selezionare le informazioni importanti da redigere nella CCE
U5.11: procede a documentare gli interventi infermieristici e le nuove prescrizioni per la paziente B nella CCE	<ul style="list-style-type: none"> • Assicurare l'aggiornamento della documentazione nella CCE • Differenziare le diverse possibilità di inserimento di procedure e prescrizioni
U5.12: cerca il modo migliore per documentare l'applicazione delle pomate, poiché non esiste una categoria corrispondente nella CCE. Indica allora la prescrizione sulla scheda di decorso e informa i colleghi	<ul style="list-style-type: none"> • Esplorare le diverse categorie della CEE per identificare il corretto posizionamento di una terapia • Risolvere problemi di categorizzazione nella CEE • Informare i colleghi su limiti della CEE
U5.13: aggiunge una foto dell'eczema alla documentazione della ferita della paziente B	<ul style="list-style-type: none"> • Differenziare le diverse possibilità di inserimento di informazioni infermieristiche • Utilizzare applicazioni multimedia per documentare le cure
U5.14: legge le voci dell'anamnesi della paziente B nella CCE ed esegue anche una ricerca su Internet per identificare le caratteristiche di un medicamento estero, che la paziente B suggerisce essere per lei efficace	<ul style="list-style-type: none"> • Esplorare la CCE per identificare il decorso delle cure di un-a paziente • Esplorare internet per raccogliere informazioni su un farmaco

Tabella 3
Unità di esperienza e saperi situati dell'ambito della digitalizzazione, per la situazione 5 di N23.

Come è possibile rilevare, i saperi situati attivati da N23 sono molteplici e sono riferibili a diversi ambiti di competenza nel campo del digitale. Trasversalmente a tutte le unità, quelle riguardanti l'alfabetizzazione digitale nel settore infermieristico (saper descrivere e utilizzare dispositivi digitali e applicativi correnti per la pratica infermieristica); nella maggior parte delle unità, quelle di comunicazione e collaborazione esplicita o implicita con strumenti digitali (in questo caso direttamente col medico, indirettamente con colleghe e colleghi); quelle relative all'identificazione e risoluzione di problemi tecnici (che si articolano con la capacità di trovare soluzioni innovative ai limiti posti dal dispositivo digitale, come nelle unità 5.2 e 5.12); quelle relative al garantire la sicurezza dei pazienti utilizzando in modo pertinente il dispositivo digitale (ad es. U5.8) e infine quelle afferenti alla creazione di contenuti digitali (come in 5.13, quando N23 elabora la foto per inserirla nella CEE). In questo senso la situazione presentata risulta particolarmente rappresentativa sia di diverse risorse da attivare per agire in modo competente nel contesto digitalizzato delle cure, sia di come le interazioni con dispositivi digitali si intersechino regolarmente all'attività corrente del personale infermieristico.

Discussione e conclusioni

In questo capitolo si è cercato di articolare problematiche terminologiche e categoriali all'interno dei dati contestuali, svizzeri e internazionali, a ricerche recenti sul tema (la maggior parte degli studi considerati si situa negli ultimi 4 anni), alle normative svizzere delle formazioni infermieristiche, a progetti che indicano delle prospettive rispetto a questo tema e infine ai risultati dello studio *digi-care*. Pur trattandosi di una ricerca qualitativa, l'indagine etnografica ha permesso di raccogliere un'importante quantità di informazioni diversificate su questo tema che, grazie agli incontri previsti dallo studio con operatrici e operatori del settore, sono state confermate come rappresentative del tema in oggetto.

L'esplorazione di contesto ha permesso di rilevare l'imminenza della prospettiva di una Salute 4.0, permeata dall'intelligenza artificiale, e il ritardo della Confederazione riguardo al quadro normativo e strutturale e riguardo all'aggiornamento pertinente su questo tema dei curricula formativi delle professioni infermieristiche. Il panorama in cui operano i professionisti e le professioniste della salute è dunque molto mutevole e difforme: i servizi sanitari presentano gradi diversificati di dematerializzazione delle informazioni, le innovazioni tecnologiche sono sempre più incalzanti e, benché viste come particolarmente utili per rendere più efficace ed economico il sistema delle cure, presentano sovente problemi operativi e al contempo generano preoccupazioni di ordine etico e relative all'identità professionale stessa dei curanti.

A fronte di questo panorama, l'attività quotidiana di infermiere e infermieri, rilevata tramite lo studio *digi-care*, mostra in modo ologrammatico come gli aspetti macroscopici del contesto si riflettano nel loro lavoro e richiedano non solo competenze digitali "ideali" ma anche competenze digitali e riflessive pertinenti ad essere attivate in una condizione di continuo cambiamento. Ad esempio, i diversi livelli di avanzamento dell'informaticizzazione nelle strutture sanitarie richiedono che l'infermiere assunto in una struttura debba essere consapevole e agire secondo questo livello, al di là delle sue precedenti esperienze in altre strutture sanitarie³². O che la molteplicità dei software e degli applicativi presenti richieda sia la padronanza nella gestione degli stessi (e delle loro attualizzazioni) e della loro copresenza, sia la capacità di gestione dei problemi tecnici che si possono presentare a causa di una difficile interoperabilità. Infine, la copresenza, peraltro non eliminabile, di dispositivi digitali e non digitali per la documentazione delle cure richiede da parte dei curanti di rafforzare le proprie competenze riguardo alla gestione delle informazioni su più supporti, sapendo differenziare le funzioni e la rilevanza di ciascuno.

31 — La lista non comprende le Unità 5.4, 5.7 e 5.9 perché ridondanti o non attinenti ad interazioni con dispositivi digitali.

32 — Questione peraltro cruciale per il re-inserimento di personale infermieristico dopo alcuni anni di interruzione dell'attività lavorativa.

Più in generale, il fatto che la questione stessa della definizione delle competenze digitali e della loro classificazione sia soggetta a molteplici prospettive e quadri di riferimento categoriali ha reso necessario operare delle scelte terminologiche per poter strutturare il passaggio dall'analisi semiologica delle attività infermieristiche rilevate ad una identificazione delle risorse connesse alla gestione degli aspetti digitali dell'attività infermieristica. In questo senso, per la definizione delle competenze digitali ci si è riferiti all'analisi concettuale di Anastasiou e Smith (2023), pur precisando che nel caso dello studio *digi-care* le stesse sono riferite prioritariamente alla gestione delle TIC. Per la definizione generale delle competenze e la loro categorizzazione per la professione infermieristica ci si è rifatti invece allo studio "Titoli nelle cure" (Trede et al., 2023) in quanto portatore di una prospettiva trasversale alle diverse qualificazioni. Questo ha permesso a · di reperire una definizione di competenza articolabile nella prospettiva dell'analisi semiologica, b · di non limitarsi a una normativa settoriale riguardo alla categorizzazione degli ambiti di competenza infermieristica; c · di riferirsi a delle categorie generali nelle quali posizionare le risorse in ambito digitale attivate da infermiere e infermieri.

L'analisi dei dati raccolti ha permesso di identificare una quantità ragguardevole di elementi utili a precisare le risorse necessarie per muoversi in un contesto sanitario digitalizzato. Questi elementi sono ancora in elaborazione, ma possiamo già segnalare alcuni aspetti relativi alle risorse (conoscenze, capacità e atteggiamenti) inerenti al digitale identificate nell'attività del personale infermieristico coinvolto. Per le conoscenze, si è rilevata l'attualizzazione importante di saperi relativi alla struttura e al funzionamento di sistemi, programmi e dispositivi digitali, nonché alla gestione del loro eventuale malfunzionamento o degli aspetti relativi alle lacune indotte da una mancanza di interoperabilità. Per le capacità, oltre a quelle relative al saper utilizzare in modo pertinente diversi media comunicativi, citiamo alcune strategie messe in opera per garantire la continuità delle cure tramite dispositivi digitali, quali ad esempio: garantire la sicurezza, concentrarsi, selezionare le priorità, rendere comprensibili le informazioni, sapendole variare a seconda degli interlocutori, comprenderle sapendo differenziare la fonte delle stesse, raccogliere dati specifici e saperli collegare in una visione d'insieme dei pazienti. Per l'ambito delle attitudini, infine, molteplici sono gli aspetti valoriali sia personali sia professionali reperiti, che riguardano la cura della relazione con pazienti e colleghi, il rispetto delle dimensioni etiche e la riflessione sulle implicazioni delle tecnologie rispetto al proprio lavoro di curante.

Questi elementi sono stati considerati per progettare proposte formative rivolte al personale infermieristico (Salzmann et al., in questa rivista) e potranno contribuire alla costituzione di un repertorio generale di risorse in ambito digitale da promuovere nella formazione infermieristica.

Per concludere desideriamo sottolineare come dall'esplorazione della letteratura così come dall'osservazione sul campo sia possibile immaginare che il rapporto tra mondo digitale e attività infermieristica possa essere considerato non in modo dicotomico o contrastivo, bensì alla luce di una prospettiva che metta in relazione aspetti tecnici e aspetti riguardanti l'interazione umana. Come prospettato dagli studi sulla cognizione distribuita (Hutchins, 1995) o nella prospettiva dell'Actor Network Theory (Latour, 2005) l'attività umana nonché la cognizione emergono sullo sfondo di un'intricata rete di relazioni tra individui umani e non-umani, rete che occorre considerare per esplorare l'attività umana stessa. Allo stesso modo, pur da un'altra prospettiva, l'approccio della Technological Competency as Caring in Nursing (Locsin & Purnell, 2009; Krel et al., 2022) sottolinea l'importanza di favorire una coesistenza armoniosa tra tecnologia e assistenza infermieristica, poiché la competenza tecnologica può essere espressione della cura accentuando la presa a carico del paziente nella sua interezza.

3.5 *Digi-care*: proposte formative situate, innovative e immersive in ambito infermieristico

Patrizia Salzmann, Francesca Amenduni, Geneviève Blanc,
Thomas Bürkle, Kezia Löffel, Deli Salini, Ines Trede, Andrea Volpe

Nell'attuale dibattito sulla crescente digitalizzazione del mondo del lavoro, sono spesso messi in luce gli impatti dei cambiamenti tecnologici sui processi e sulle attività lavorative e, di conseguenza, sul fabbisogno di competenze digitali di lavoratori e lavoratrici (eHealth Suisse, 2018). Nell'ambito delle cure infermieristiche, l'introduzione di sistemi di documentazione e comunicazione supportati dalle tecnologie dell'informazione (IT) e da dispositivi mobili è particolarmente importante (Daum, 2017) e, soprattutto, il processo di trasmissione delle *informazioni cliniche dei pazienti* (ICP) è stato significativamente impattato dalla digitalizzazione (ad es. Rouleau et al., 2017) in quanto pratica essenziale per garantire la continuità e la qualità dell'assistenza ai e alle pazienti negli istituti sanitari (Daum, 2017; Güttler et al., 2010;).

Nel progetto "*Digitalizzazione e trasmissione di informazioni cliniche nelle cure infermieristiche: implicazioni e prospettive (digi-care)*"¹, tramite l'osservazione delle pratiche lavorative situate del personale infermieristico in alcuni ospedali svizzeri, è stato indagato l'impatto della digitalizzazione sulla trasmissione delle ICP (per una panoramica del progetto, vedere Salini, Salzmann et al., in questa rivista). In particolare, è stato analizzato l'impatto della digitalizzazione sui requisiti necessari in materia di competenze digitali del personale infermieristico (Salini, Volpe et al., in questa rivista) e sono state sviluppate delle proposte didattiche per la formazione di base e continua del personale infermieristico riguardanti la trasmissione di ICP attraverso l'uso di dispositivi digitali, a partire da situazioni reali, osservate, selezionate e validate.

Questo capitolo illustra il quadro teorico e l'approccio metodologico alla base dello sviluppo delle proposte didattiche. Saranno poi presentate e discusse le due tipologie di proposte didattiche sviluppate: un prototipo multimediale relativo al tema della consegna infermieristica durante il cambio di turno e alcune schede di situazioni di apprendimento che inscenano altri momenti o tematiche chiave del processo di trasmissione delle ICP con dispositivi digitali.

Quadro teorico

Lo sviluppo delle proposte didattiche si è basato sugli approcci della cognizione situata o distribuita (ad es. Collins et al., 1991) e su una tradizione teorica appartenente alla corrente ergonomica francese di analisi del lavoro, l'approccio del "corso d'azione" (Durand & Poizat, 2015; Theureau, 2006).

Progettare proposte didattiche basate sull'analisi del lavoro

L'analisi del lavoro può orientare la progettazione didattica in diversi modi (Durand & Poizat, 2015; Theureau, 2003). In primo luogo, essa può essere applicata per identificare le componenti centrali del lavoro reale o di situazioni professionali tipiche e le competenze necessarie per affrontare adeguatamente tali situazioni. Una documentazione delle situazioni lavorative reali e dei requisiti di competenza, può guidare lo sviluppo di profili di competenze e l'ideazione di contenuti formativi che rappresentino delle prassi professionali tipiche (ad es. Durand, 2011). In secondo luogo, l'analisi del lavoro può essere utilizzata per comprendere l'attività di professioniste e professionisti nelle situazioni di lavoro e/o di formazione al fine di identificare come queste persone apprendono e affrontano tali situazioni.

¹— Il progetto *digi-care* fa parte del Programma Nazionale di Ricerca NRP 77 "Trasformazione digitale" gestito dal Fondo Nazionale Svizzero per la Ricerca Scientifica (FNS). È stato condotto dalla Scuola universitaria federale per la formazione professionale (SUFFP) e dall'Istituto di Informatica Medica dell'Università di Scienze Applicate di Berna (BFH).

L'identificazione dei processi di apprendimento tipici e delle sfide riscontrate dalle persone coinvolte nel processo di sviluppo professionale può guidare la progettazione di proposte didattiche che facilitino trasformazioni positive dell'attività delle persone in formazione. Nella prospettiva del "corso dell'azione", per avviare trasformazioni positive dell'attività, gli ambienti di apprendimento devono essere progettati in modo da consentire alle persone in formazione di affrontare attivamente situazioni molto simili a quelle che si incontrano nel lavoro reale e che percepiscono come critiche. Per esempio, si possono guardare e analizzare filmati che mostrano altri professionisti in situazioni simili e sviluppare soluzioni per superare gli ostacoli incontrati (Durand, 2014).

Gli studi che combinano i metodi di analisi del lavoro con le pratiche di formazione sono caratterizzati da disegni di ricerca collaborativi. In altre parole, i ricercatori tengono conto delle prospettive e delle conoscenze dei professionisti, sia per l'analisi del lavoro che per la progettazione dei metodi di formazione (Poizat & Bétrancourt, 2017; Poizat & Durand, 2017). Nel progetto *digi-care*, ci si è fondati su questo approccio conducendo diversi workshop con il personale infermieristico partecipante, con i rappresentanti dei reparti ospedalieri e degli istituti di formazione e lavorando a stretto contatto con un gruppo di esperti del settore per sviluppare le proposte didattiche.

L'uso del video nella formazione professionale in ambito sanitario

Il video è ampiamente riconosciuto come uno strumento prezioso nella formazione degli operatori sanitari (Forbes et al., 2016). Esso può facilitare l'apprendimento in quanto offre una rappresentazione visiva di situazioni cliniche in un ambiente sicuro e controllato. Le persone in formazione possono guardare i video ripetutamente, seguendo il proprio ritmo individuale e reVISIONANDO molteplici volte il materiale (Cardoso et al., 2012).

Studi recenti hanno introdotto il video a 360° come ulteriore strumento per la formazione professionale, soprattutto in ambito sanitario (Blair et al., 2021; Ranieri et al., 2022). Il vantaggio di tale strumento è che dà la possibilità di creare contenuti supportati da visori per la realtà virtuale, senza richiedere competenze di programmazione. Un video a 360° viene registrato utilizzando sistemi omnidirezionali o multicamera, che consentono la registrazione simultanea in tutte le direzioni (Snelson & Hsu, 2020) e permettono agli e alle utenti che visionano il video di controllare in modo indipendente la direzione in cui guardare, navigando con un mouse (desktop) o muovendo la testa con un visore per la realtà virtuale (Violante et al., 2019). Tuttavia, questa libertà di movimento all'interno dell'ambiente a 360° potrebbe comportare un maggiore carico cognitivo rispetto alla visione di un video tradizionale, soprattutto in situazioni di lavoro complesse in cui si verificano più interazioni contemporaneamente (Hsin et al., 2022).

Per ovviare a queste limitazioni, sono stati sviluppati ulteriori elementi nelle funzionalità dei video a 360°. Ad esempio, i creatori di video a 360° possono catturare artificialmente l'attenzione su punti specifici del video incorporando contenuti multimediali aggiuntivi, così da renderlo interattivo e da guidare l'utente nella visione del filmato (del Molino et al., 2020; Wallgrün et al., 2020).

Metodo

Come anticipato, per lo sviluppo delle proposte didattiche del progetto *digi-care* è stato applicato un approccio di analisi del lavoro basato sulla prospettiva del "corso d'azione" (Theureau, 2006). Le pratiche lavorative reali osservate hanno permesso di sviluppare due tipologie di strumenti didattici: un prototipo multimediale e delle schede di situazioni di apprendimento. La procedura metodologica si è suddivisa in quattro fasi.

Prima fase: studio etnografico nei reparti ospedalieri

Lo studio etnografico è stato svolto in sei reparti ospedalieri della Svizzera tedesca e del Canton Ticino per identificare le situazioni di trasmissione di ICP con l'uso di dispositivi digitali. Complessivamente, applicando il metodo del "job shadowing" (Czarniawska, 2007), sono stati accompagnati e filmati con l'uso di microcamere 24 infermiere-i durante la loro attività professionale. Successivamente, queste infermiere e questi infermieri sono stati invitati a partecipare individualmente a dei colloqui di auto-confronto (Salini, Volpe et al., in questa rivista). Durante gli stessi, a ciascuna persona intervistata sono stati mostrati dei filmati costituiti da una selezione (effettuata dal gruppo di ricerca) di situazioni osservate, rilevanti per il tema della trasmissione di ICP. Il fine delle interviste è stato quello di identificare, secondo un approccio semiotico, gli aspetti significativi dell'esperienza vissuta dal personale infermieristico coinvolto nelle attività di trasmissione di ICP con dispositivi digitali.

Per analizzare i dati, le situazioni osservate sono state descritte, categorizzate e integrate dalle osservazioni del personale infermieristico e dalle informazioni contestuali, in base alla modalità di trasmissione delle ICP, o a seconda che si trattasse di una comunicazione pianificata o informale. In seguito, esse sono state classificate in quattro categorie:

- comunicazione con i pazienti;
- comunicazione intraprofessionale (tra personale infermieristico);
- comunicazione interprofessionale (con medici e altri operatori sanitari);
- documentazione infermieristica asincrona (lettura, inserimento o modifica di ICP nel sistema informativo clinico in momenti separati dalle altre categorie).

Seconda fase: selezione e validazione delle situazioni tipiche

Nella seconda fase, all'interno di ciascuna categoria sopraindicata il gruppo di ricerca ha identificato delle situazioni tipiche in cui i dispositivi digitali sono stati utilizzati per la trasmissione di ICP e che sono risultate significative dal punto di vista del personale infermieristico. Sono state quindi discusse e validate le situazioni selezionate tramite due tipi di workshop successivi: a · in ogni struttura ospedaliera coinvolta, con il personale infermieristico e con i responsabili infermieristici e del settore informatico; b · per regione linguistica con rappresentanti di ogni struttura ospedaliera coinvolta, comprese le persone responsabili della formazione interna e con rappresentanti degli istituti scolastici coinvolti.

Terza fase: sviluppo delle proposte didattiche

Nella terza fase, sulla base delle situazioni selezionate e validate, sono state sviluppate le proposte didattiche: un prototipo multimediale e delle schede descrittive di situazioni di apprendimento che possono essere utilizzate nella formazione di base e continua del personale infermieristico, al fine di sviluppare competenze digitali relative alla trasmissione e documentazione delle ICP. Lo sviluppo di queste proposte didattiche è stato accompagnato da un gruppo di esperti, composto da rappresentanti degli ospedali e degli istituti di formazione coinvolti.

Sviluppo del prototipo multimediale

Il prototipo multimediale sviluppato è un video a 360° interattivo basato sul tema della consegna infermieristica di cambio turno. Questo video si basa su una situazione reale, osservata e reinterpretata da attori e attrici. Lo scenario rappresentato nel video contiene consuetudini della pratica, ma anche alcuni errori professionali su cui il o la persona in formazione può riflettere. Il video è interattivo poiché dotato di punti grafici, detti punti attivi, che gli e le utenti possono cliccare e attraverso i quali possono

accedere a contenuti supplementari come illustrazioni e consegne didattiche. Questi contenuti sono connessi alle competenze necessarie per trasmettere le ICP attraverso l'uso dei dispositivi digitali in una situazione di consegna infermieristica di cambio turno.

Lo sviluppo tecnico del video a 360° è stato svolto in tre tappe principali. Nella prima, il gruppo di ricerca ha creato uno storyboard completo, suddiviso per scene da rappresentare. Per ciascuna scena è stata indicata una breve descrizione dell'attività, i testi dei dialoghi, una sua rappresentazione visiva e gli elementi interattivi da incorporare. Una volta completato, lo storyboard è stato trasmesso al gruppo di esperte-i del settore infermieristico e formativo per una revisione meticolosa dei contenuti.

La seconda tappa è stata la registrazione del video. Per garantire l'autenticità delle scene, essa è stata realizzata in un reparto ospedaliero. Considerando il limite delle risorse a disposizione, è stata presa la decisione di videoregistrare una sola volta nella Svizzera italiana, con un successivo doppiaggio in tedesco degli stessi contenuti. È stato quindi avviato il reclutamento di attori e attrici professioniste-i, cui sono state fornite istruzioni complete per garantire la loro preparazione al momento della registrazione. Il processo di registrazione video è durato circa quattro ore, incluso un briefing con tutto il personale coinvolto, le riprese delle due scene principali e la registrazione dei contenuti per i punti attivi. La traccia audio in tedesco per il doppiaggio, invece, è stata registrata con microfoni professionali e montata sulla traccia video in un secondo momento.

Durante la terza tappa è stato realizzato l'editing del video, nel quale le riprese grezze a 360° sono state tagliate e le tracce video sono state sincronizzate con le registrazioni audio in italiano e tedesco. Per integrare i punti attivi nel video a 360° è stato utilizzato il software 3D Vista®.

Sviluppo delle schede di situazioni di apprendimento

Per altri momenti chiave della trasmissione di ICP con dispositivi digitali, non trattati all'interno del prototipo multimediale, sono state sviluppate sei schede di descrizione di situazioni di apprendimento che potrebbero anche servire da base per lo sviluppo di ulteriori prototipi multimediali.

Queste schede consistono in una descrizione testuale della situazione basata su pratiche di lavoro reali e arricchita da immagini. Inoltre, ogni scheda include esempi di consegne didattiche e di competenze digitali sviluppate che possono essere sviluppate attraverso la situazione di apprendimento. Le descrizioni delle situazioni possono contenere aspetti che si discostano dalla pratica ideale e, pertanto, nella formazione di base e continua le persone in formazione possono essere invitate a riflettere su come avrebbero potuto agire nelle situazioni proposte.

Per lo sviluppo delle schede di situazioni di apprendimento sono state selezionate le situazioni originali, basandosi sui filmati e sui colloqui di auto-confronto effettuati nel corso della fase etnografica della ricerca. Le situazioni di apprendimento contengono aspetti che evidenziano le sfide legate alla trasmissione di ICP con dispositivi digitali e spesso coinvolgono diverse forme di comunicazione (orale, digitale, cartacea) e diverse fonti di informazione. Le situazioni sono particolarmente rilevanti per ciò che concerne l'interazione all'interno di un'équipe professionale e gli aspetti legati all'uso del digitale che hanno rappresentato una sfida per il personale infermieristico osservato e intervistato.

Per sviluppare le schede di situazioni di apprendimento, sono state in un primo momento realizzate delle descrizioni dettagliate delle situazioni osservate nei filmati. Successivamente, queste descrizioni sono state sintetizzate e, in alcuni casi, sono stati aggiunti elementi tratti da altre situazioni simili. In altri casi, alcuni elementi sono stati semplificati o modificati (ad esempio, se la situazione originale conteneva una diagnosi rara o farmaci meno comuni). Inoltre, i nomi, l'età e talvolta il sesso sono stati modificati per garantire l'anonimato delle persone coinvolte.

Successivamente sono state sviluppate delle consegne per ogni situazione utilizzando il metodo dello studio di casi (Müllauer & Schopf, 2012). Questo metodo comprende quattro varianti possibili di elaborazione di casi, al fine di dare alle persone in formazione l'opportunità di lavorare su casi con aspettative, sfide e requisiti di competenza diversi: a · il metodo del problema dichiarato, che si concentra sulla critica delle soluzioni date, b · il metodo del problema del caso, che ha come finalità l'identificazione delle varianti di soluzione e la presa a carico di una decisione, c · il metodo dell'incidente critico, che richiede l'ottenimento di informazioni in modo indipendente e d · il metodo dello studio del caso, che si concentra sull'analisi delle problematiche nascoste. Le consegne didattiche sono state inoltre messe in relazione con le competenze digitali situate necessarie per agire in maniera adeguata in una determinata situazione.

Poiché i Piani quadro esistenti per la formazione nelle cure infermieristiche non includono esplicitamente delle specifiche sulle competenze digitali, è stato formulato un catalogo di competenze digitali situate basato su varie fonti (Salini, Volpe et al., in questa rivista), declinato rispetto alle situazioni di apprendimento selezionate. Le schede delle situazioni di apprendimento sono state sviluppate con il supporto del gruppo di esperte-i, tramite due incontri successivi e ciò ha permesso al gruppo di ricerca di raccogliere riscontri e di rifinire in corso d'opera lo sviluppo delle schede stesse.

Quarta fase: workshop di valutazione delle proposte didattiche

La validazione e valutazione delle proposte didattiche (sia prototipo multimediale sia schede di situazioni di apprendimento) sono state svolte in due workshop conclusivi, condotti rispettivamente nella Svizzera italiana e tedesca, che hanno implicato un totale di 24 rappresentanti degli ospedali e degli istituti di formazione coinvolti nel progetto. Durante i workshop, ogni partecipante ha ricevuto una breve introduzione sugli obiettivi delle proposte didattiche. Successivamente sono stati costituiti dei sottogruppi e a ciascuno, a rotazione, è stata assegnata una postazione in cui venivano illustrate le proposte didattiche. Nella prima postazione, le persone partecipanti hanno visualizzato individualmente il prototipo multimediale utilizzando un visore per la realtà virtuale (Oculus Quest 2), con la possibilità di guardare il video a 360° interattivo due volte, in modo tale da prendere in esame in un primo momento solo il filmato e, in un secondo momento, i punti attivi. In una seconda postazione, i/le partecipanti hanno selezionato una scheda di situazione di apprendimento tra le sei proposte, l'hanno esplorata a fondo e, mediante post-it affissi a una lavagna, hanno fornito riscontri sia su aspetti ritenuti positivi, sia su aspetti ritenuti critici in relazione alla situazione presa in esame. Dopo queste sessioni, i/le partecipanti hanno completato un breve questionario per valutare la loro esperienza con le proposte didattiche. Il questionario comprendeva sette domande a risposta chiusa, grazie a una scala Likert, (ovvero una scala che propone diverse affermazioni rispetto alle quali situarsi), e una domanda a risposta aperta, tutte relative sia al video interattivo a 360° sia alle situazioni di apprendimento.

Risultati

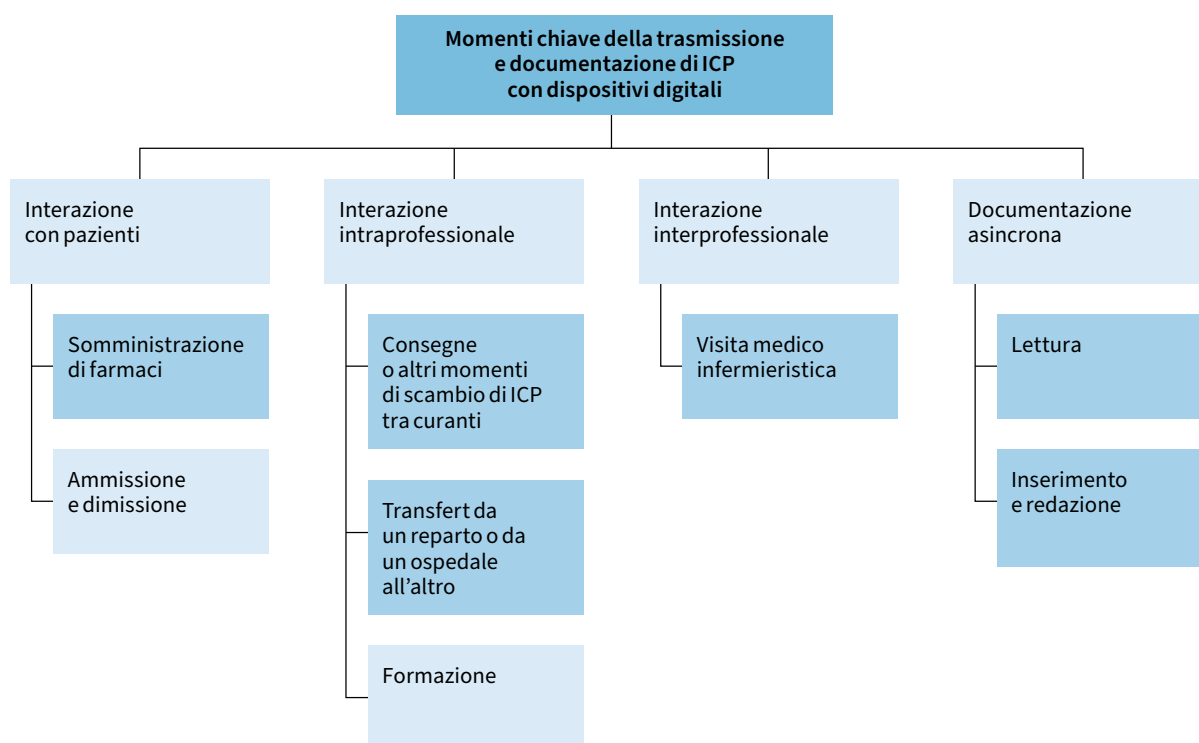
In questa parte dell'articolo presenteremo anzitutto i momenti chiave della trasmissione e documentazione delle ICP con dispositivi digitali. In seguito, saranno presentati il prototipo multimediale, le schede di situazioni di apprendimento e i risultati delle loro rispettive valutazioni. Tutti questi materiali sono accessibili al sito web del progetto *digi-care*.

Momenti chiave nella trasmissione di ICP con dispositivi digitali

Sulla base di quanto emerso dalla ricerca etnografica, all'interno di ciascuna delle quattro categorie identificate nel processo di trasmissione di ICP (comunicazione con i pazienti, comunicazione intraprofessionale, comunicazione interprofessionale e documentazione infermieristica asincrona), sono stati selezionati sei momenti chiave della trasmissione di ICP con dispositivi digitali, rappresentati dalle proposte formative selezionate e validate (Figura 1):

- somministrazione di farmaci;
- consegna infermieristica di cambio turno;
- ammissione, trasferimento e dimissione della paziente;
- visita medico-infermieristica;
- lettura delle ICP;
- inserimento e/o modifica delle ICP.

Questi elementi hanno costituito la base per lo sviluppo delle proposte didattiche.



Caratteristiche e valutazione del prototipo multimediale

Per lo sviluppo del prototipo multimediale è stato scelto il tema della consegna infermieristica di cambio turno, perché è stato ritenuto, nel corso dei workshop intermedi, uno dei momenti più importanti per lo scambio di ICP. Inoltre, vista la complessità della situazione in termini di movimenti degli attori e delle attrici coinvolte, la situazione si prestava a essere rappresentata all'interno di un video a 360°. Quest'ultimo è stato organizzato in due scene rappresentanti due aspetti distinti della situazione di consegna prescelta. Disponibile in due lingue (italiano e tedesco) e su richiesta tramite il sito web del progetto, il prototipo multimediale può essere visionato sia sullo schermo di un computer sia con un visore per la realtà virtuale.

Nel video, la prima fase della consegna infermieristica avviene nel corridoio del reparto ospedaliero. In questa scena i fruitori possono osservare come due infermieri si scambiano ICP davanti ai rispettivi carrelli infermieristici dotati di dispositivi digitali. La seconda scena, invece,

Figura 1
Momenti chiave nella trasmissione di ICP con dispositivi digitali.

si svolge nella stanza della paziente. Entrambe le scene sono arricchite da un totale di dieci punti attivi, posizionati strategicamente per promuovere la riflessione delle persone in formazione sulle competenze digitali chiave nella trasmissione delle ICP. I punti attivi riguardano, ad esempio, la protezione dei dati sensibili del-la paziente all'interno del dossier informatizzato, la tempistica dell'attività di documentazione infermieristica per garantire il flusso di informazioni in tempo reale, la minimizzazione degli errori e la trasparenza dei dati.

La valutazione del prototipo multimediale da parte dei/delle partecipanti ai due workshop finali (in Ticino e nella Svizzera tedesca) è risultata complessivamente positiva. I riscontri hanno mostrato un generale apprezzamento della natura immersiva e autentica del video interattivo a 360°. Le persone coinvolte hanno dichiarato che l'esperienza del video a 360° rappresentava in maniera verosimile le situazioni professionali reali, mettendo l'utente al centro delle azioni rappresentate. Entrambi i gruppi ne hanno riconosciuto il potenziale per l'apprendimento e la formazione in ambito sanitario. Inoltre, in entrambi i workshop sono state apprezzate l'interfaccia e la navigazione intuitiva e comprensibile del materiale. Un aspetto negativo evidenziato da una ridotta percentuale di partecipanti in entrambi i gruppi è legato alle sensazioni di disagio o nausea indotte dal movimento durante l'interazione con il video interattivo a 360°.

D'altra parte, i due gruppi hanno espresso preoccupazioni specifiche e raccomandazioni di miglioramento. Infatti, diverse persone partecipanti hanno richiamato l'attenzione su aspetti relativi all'assistenza infermieristica rappresentati nel filmato e ritenuti non ideali o addirittura critici. Queste preoccupazioni riguardavano l'organizzazione della consegna infermieristica di cambio turno, percepita come caotica dal punto di vista dei contenuti. Inoltre, sono stati criticati aspetti della comunicazione con la paziente e rilevati errori nell'assistenza infermieristica, come ad esempio il controllo del polso e l'omissione di ulteriori controlli. È stato suggerito di segnalare esplicitamente e in anticipo la presenza di errori professionali nelle scene rappresentate nel video a 360°, cosicché tali errori possano essere discussi con le persone in formazione.

Caratteristiche e valutazione delle schede di situazioni di apprendimento

Ad oggi sono state sviluppate in totale sei schede di situazioni di apprendimento rispetto ai diversi momenti chiave della trasmissione di ICP descritti alla Figura 1: una scheda per la Somministrazione dei farmaci, due per le attività di Ammissione, trasferimento e dimissione del paziente, due per la Visita medico-infermieristica e infine una scheda per l'attività di Lettura asincrona delle ICP. Tutte le schede elaborate sono disponibili in due lingue (italiano e tedesco) e sono accessibili sul sito web del progetto².

In generale le schede delle situazioni di apprendimento sono state valutate positivamente, in modo simile alle valutazioni ottenute dal prototipo multimediale. Dai riscontri emerge che i/le partecipanti trovano agevole l'utilizzo delle schede di situazioni di apprendimento e le consegne didattiche risultano chiare e comprensibili. Un particolare apprezzamento è stato riservato all'elevata rilevanza pratica delle situazioni proposte. Inoltre, le situazioni sono state valutate come utili per acquisire competenze digitali nella trasmissione di informazioni e per promuovere l'interesse degli studenti verso l'apprendimento. Invece, un aspetto negativo evidenziato da entrambi i gruppi consiste nella notevole estensione delle descrizioni delle situazioni, che le rende eccessivamente prolisse. Al fine di semplificarle, le persone partecipanti hanno suggerito l'inclusione di un maggior numero di immagini o la presentazione delle situazioni attraverso video.

²—www.suffp.swiss/ricerca/progetti/digi-care

Discussione e conclusioni

Uno degli obiettivi principali del progetto *digi-care* era quello di realizzare delle proposte didattiche che riflettesero in modo realistico le pratiche professionali del personale infermieristico al fine di aiutare le persone in formazione a sviluppare le proprie competenze digitali nella trasmissione e nella documentazione delle ICP. A partire da uno studio etnografico, svolto negli ospedali svizzeri, sono state selezionate e valutate situazioni tipiche e generalizzabili di trasmissione di ICP con dispositivi digitali. Le situazioni osservate sono state successivamente impiegate per lo sviluppo di un prototipo multimediale e di una serie di schede di situazioni di apprendimento per la formazione di base e continua del personale infermieristico. Le prospettive e le competenze degli esperti del settore sono state considerate durante la fase di analisi dei risultati e nella creazione delle proposte didattiche.

Il contributo delle specialiste e degli specialisti di settore è stato acquisito grazie alle analisi e alle valutazioni effettuate nell'ambito di diversi workshop con gli infermieri e le infermiere partecipanti, con rappresentanti dei reparti ospedalieri e degli istituti di formazione e lavorando a stretto contatto con un gruppo di esperte-i nella fase di sviluppo delle proposte didattiche.

L'uso del video a 360° nell'educazione e nella formazione sanitaria (in questo caso relativo alla consegna infermieristica di cambio turno) rappresenta un notevole progresso, con un potenziale sostanziale per facilitare l'apprendimento di studenti e studentesse in cure infermieristiche e per fornire rappresentazioni visive delle situazioni di trasmissione di ICP. L'integrazione del video a 360° introduce esperienze immersive che amplificano l'interesse e la partecipazione attiva, ma solleva anche delle sfide, come, ad esempio, il possibile carico cognitivo elevato dovuto alla maggiore complessità dei materiali. D'altra parte, grazie alla presenza nel video a 360° di diversi punti attivi che contengono illustrazioni e consegne didattiche connesse ai requisiti di competenza per la trasmissione di ICP con dispositivi digitali, l'attenzione degli/delle utenti viene catturata e guidata.

La valutazione del prototipo multimediale e delle schede di situazioni di apprendimento da parte di coloro che hanno partecipato ai due workshop finali di Lugano e Zurigo mostra che entrambe le proposte didattiche sono state valutate positivamente in termini di facilità d'uso, realismo e rilevanza per la formazione.

Il realismo delle situazioni di apprendimento è stato evidenziato come un aspetto particolarmente positivo. Tuttavia, le descrizioni delle situazioni sono state ritenute prolisse e complesse. Durante i workshop è stato altresì proposto di mostrare una maggiore quantità di situazioni attraverso l'utilizzo del video. L'espansione della portata del prototipo multimediale, includendo altri scenari identificati nel progetto, ne arricchirebbe certamente l'applicabilità e la rilevanza. Per accogliere questa prospettiva, nei progetti futuri sarà indispensabile disporre del tempo e delle risorse finanziarie opportune.

Come detto, riguardo al video interattivo a 360°, da diverse persone partecipanti ai workshop è stata richiamata l'attenzione su aspetti relativi all'assistenza infermieristica rappresentati nel filmato e ritenuti non ideali; pertanto, è stato raccomandato di sottolineare esplicitamente gli errori in modo da poterli utilizzare didatticamente. Inoltre, è stata messa in luce la necessità di sviluppare una guida per fornire ai e alle docenti delle indicazioni per l'uso didattico del video interattivo a 360°. Sperimentare il prototipo multimediale in un contesto di formazione sarà un passo fondamentale per valutare come studenti e studentesse vivano questa esperienza di apprendimento. Questo processo fornirà informazioni concrete sulla sua efficacia pratica, a complemento delle opinioni espresse dagli specialisti.

Desideriamo esprimere la nostra gratitudine alle numerose istituzioni e persone per il loro prezioso contributo al progetto *digi-care*, in primo luogo agli ospedali, agli istituti di formazione e al personale infermieristico coinvolto, senza i quali il progetto non avrebbe potuto essere realizzato. Desideriamo inoltre ringraziare i membri del gruppo di esperte-i per il loro riscontro costruttivo durante lo sviluppo delle proposte didattiche, la *Clinica Ars Medica* di Gravesano per aver fornito i luoghi delle riprese; gli attori e le attrici - Ettore Chiummo, Fulvia Parisi, Marco Capodiecì e Ruth Soldini -; i doppiatori e le doppiatrici - Tillmann Depping, Natalie Gutiérrez García, Lilly Hartmann e Jörg Neumann. Ringraziamo Stephy-Matthew Moozhiyil e Sandro Perrini che hanno effettuato le sessioni di job shadowing negli ospedali coinvolti durante la fase etnografica dello studio e hanno contribuito all'analisi dei dati. Ringraziamo il *Multimedia Lab della SUFFP*, in particolare Matthias Conte, da cui abbiamo ricevuto supporto tecnico per lo sviluppo del prototipo multimediale. Ringraziamo infine il personale della BFH - François von Känel, Marko Miletic e Denis Sumin Moser - che hanno collaborato alla creazione di un punto attivo del video a 360°. Infine, vorremmo ringraziare il Fondo Nazionale Svizzero per aver finanziato il progetto di ricerca.

3.6 Sviluppo di un concetto integrato per le nuove tecnologie presso la “Clinica Hildebrand Centro di Riabilitazione Brissago”

Claudio Petrillo, Daria Dinacci, Luca Tonolla

Lo sviluppo crescente di nuove tecnologie per la riabilitazione nasce da un insieme di necessità mediche e non mediche (amministrative, etiche, finanziarie, ecc.) fra cui la crescente domanda di cura, di recupero o di mantenimento di condizioni funzionali performanti nell’ambito di un sistema di vita tendenzialmente sempre più complesso. È proprio in tale contesto, di visione biopsicosociale della cura dei pazienti in ambito riabilitativo, che la tecnologia si affaccia come possibile nuova modalità terapeutica, soprattutto nell’ambito di deficit funzionali su base neurologica e traumatologica. Lo sviluppo di tale settore ha richiesto la collaborazione tra discipline diverse quali la medicina, l’ingegneria elettronica, meccanica ed informatica con particolare indirizzo all’utilizzo integrato di tecnologie abilitanti con una offerta molto ampia e diversificata.

Tra i sistemi maggiormente sviluppati e che hanno catalizzato le attenzioni del vasto pubblico, ci sono sicuramente i sistemi ad esoscheletro che si configurano come strumenti di riabilitazione “robotica”. Tali sistemi sono stati sviluppati sia per gli arti superiori che per gli arti inferiori e sono costituiti da moduli in grado di sostenere ed anche muovere in modo articolato diverse parti del corpo in modo più o meno integrato con altre tecnologie (tappeto mobile, realtà aumentate, sensori di forza etc.). In dettaglio si tratta di una struttura esterna che simula l’anatomia dell’arto da trattare, formata da segmenti snodati ed articolati che presentano come obiettivo il supporto o la sostituzione del gesto mancante.

Per gli *arti superiori* si sono sviluppate due tipologie di sistemi esoscheletrici: a · di tipo avvolgente con un’ortesi motorizzata che supporta il peso di un arto umano e capace di assisterlo parzialmente o completamente durante le funzioni di movimento-esplorazione gestuale finalizzata (Figura 1); b · di tipo effettore finale con presenza di unico vincolo distale dell’arto superiore.



Figura 1
Esempio di esoscheletro per l’arto superiore.
Credits: <https://knowledge.hocoma.com>

Per gli *arti inferiori* gli esoscheletri sono ancora maggiormente diversificati, ma le due principali categorie sono: a · esoscheletro articolato abbinato a tappeto mobile e sistema di sgravio ponderale dall’alto in grado di sostenere il peso del corpo e di assistere in modo parziale o completo i movimenti degli arti inferiori e del tronco necessari per la deambulazione;

b·esoscheletro sostitutivo con struttura indossabile a batterie e libero da ogni vincolo con sistema di sostegno del peso e di assistenza parziale o completa dei movimenti degli arti inferiori necessari per la deambulazione (Figura 2).



Figura 2

Esempio di esoscheletro sostitutivo
Credits: www.ortopediciesanitari.it/files/2019/10/FDG_Esoscheletro_Hal_mailDonGnocchi2.10-e1580284520996.png

Bisogna però precisare che le nuove tecnologie per la riabilitazione non sono solo “robotiche”, esistono infatti altri sistemi non dotati di esoscheletro, ma che presentano un’interfaccia “macchina paziente” che può essere di varia natura. In questo ambito si può spaziare ulteriormente e la diversificazione è ancora maggiore. Per fare degli esempi, esistono dispositivi dotati di un hardware indossabile spesso costituito da accelerometri o altri rilevatori di movimento, pedane con sensori di forza di tipo fisso, mobili o anche scorrevoli, strutture di sostegno leggere modulabili; tale componente hardware è sempre integrata con una componente software in grado di guidare gli esercizi e l’attività riabilitativa (Figura 3).

I software a loro volta possono essere estremamente variabili. Esistono infatti sistemi in grado di modificare i propri parametri in funzione dei cambiamenti effettuati dal complesso macchina paziente (controllo adattativo) oppure sistemi quasi logici che partendo da premesse già impostate nel software arrivano a conclusioni autonome ideali coerenti con le premesse impostate (abilità deduttive), oppure ancora sistemi integrati con exergames, ossia con “giochi” adattati all’esercizio riabilitativo in modo da inserire anche la componente ludica nell’attività svolta.



Figura 3

Esempio palestra dotata di nuove tecnologie per la riabilitazione.
Credits: Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione Brissago.

Di fronte ad un'offerta così ampia il team di riabilitazione medica della Clinica Hildebrand Centro Riabilitazione Brissago (CRB), in stretta collaborazione con l'area terapie della clinica, ha ritenuto necessario impostare un percorso di analisi e studio interdisciplinare per valutare se ed in che modo le nuove tecnologie potessero integrarsi nel sistema riabilitativo esistente come reale valore aggiunto, tenendo in considerazione lo sviluppo di una modalità di applicazione che permettesse un utilizzo efficiente delle risorse da impiegare a favore dei nostri pazienti.

Il progetto nuove tecnologie per la riabilitazione

L'attuale convinzione che il progetto "nuove tecnologie" andasse sviluppato in modo trasversale ed inclusivo nasceva anche da precedenti esperienze. Un primo passo verso l'acquisizione di nuove tecnologie presso la clinica Hildebrand era infatti stato fatto già nel 2007, con l'acquisizione di un esoscheletro con tappeto mobile e sgravio del peso per il cammino ed un letto automatizzato di statica con associata mobilitazione alternata degli arti inferiori. Dopo un iniziale interesse verso i due nuovi dispositivi, si era verificato un rapido e progressivo calo nell'uso effettivo degli stessi, forse per scarsa conformità con la tipologia dei pazienti presenti in clinica, ma soprattutto per scarsa corrispondenza con la visione riabilitativa del team, fino al rifiuto dei due presidi, percepiti come "corpo estraneo" alla cultura riabilitativa e all'approccio di cura già esistente e radicato. L'inserimento di tali tecnologie, per quanto fortemente innovative all'epoca, senza la strutturazione di un percorso condiviso, si era dunque dimostrata fallimentare nel nostro contesto.

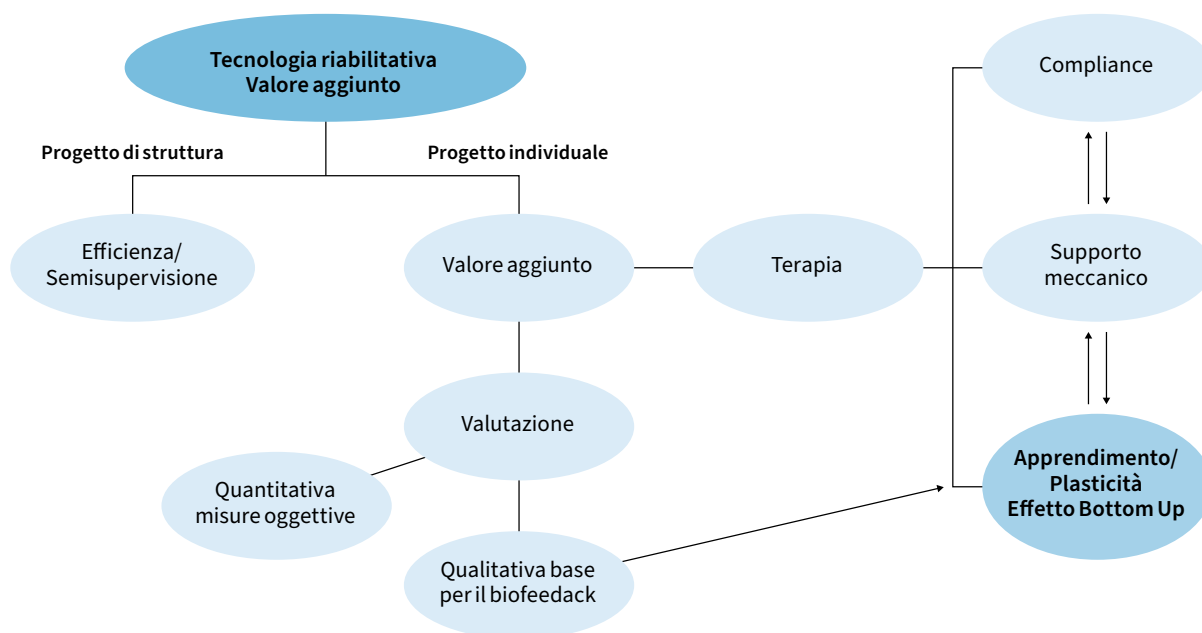
La successiva acquisizione di nuove tecnologie avrebbe dovuto giovare anche di questo bagaglio di esperienza e così, a partire da luglio 2020, nasceva presso la CRB un gruppo interdisciplinare finalizzato ad affrontare in modo completo ed integrato l'analisi dei devices tecnologici esistenti sul mercato ed il loro corretto inserimento presso il centro riabilitativo. In questo gruppo, sin dall'inizio è stata prevista la partecipazione di tutte le figure professionali potenzialmente coinvolte: cinque fisioterapisti, due ergoterapisti, una logopedista, due neuropsicologi, il responsabile del servizio terapie, un infermiere, due medici responsabili del progetto, un esperto informatico, un responsabile delle finanze e l'assistente di direzione.

Per ottenere il coinvolgimento attivo e diretto di tutti gli operatori abbiamo suddiviso il campo in aree di interesse specifico (cammino, equilibrio, arti superiori, arti inferiori, neuropsicologia-realtà virtuale, assistenza) e ciascun'area di interesse specifico è stata affidata ad un sottogruppo di lavoro costituito da 2-3 operatori. I medici coinvolti hanno supervisionato l'attività di tutti i gruppi.

Abbiamo quindi eseguito uno studio preliminare della letteratura scientifica per orientare la prima fase di selezione, abbiamo infine proposto una flow-chart che guidasse nell'approccio al ragionamento applicato sulla nuova tecnologia che veniva presa in analisi (Figura 4). In particolare, la flow chart si poneva un obiettivo per noi fondante, ossia di individuare quelle nuove tecnologie che potessero costituire un reale valore aggiunto per la presa in carico riabilitativa dei nostri pazienti, in linea con la filosofia e l'approccio alle cure riabilitative esistenti alla CRB.

Come si può vedere alla Figura 4 il discorso relativo al valore aggiunto di una nuova tecnologia può essere affrontato da diversi punti di vista.

Nell'analisi svolta con il gruppo interdisciplinare abbiamo approfondito ed utilizzato come primo parametro di riferimento il concetto di nuova tecnologia come possibile valore aggiunto per la terapia del paziente.



La cultura riabilitativa, in particolare relativamente alla riabilitazione neurologica, è infatti molto radicata alla CRB ed è ulteriormente rinforzata dall'esperienza decennale in questo campo.

Nel contesto delle nuove tecnologie l'offerta, come abbiamo visto, è estremamente ampia e purtroppo non sempre il concetto riabilitativo e neurofisiologico portato dai devices offerti è così chiaro e strutturato. Questo ha portato nel tempo anche ad un possibile scetticismo (in parte giustificato) da parte di chi si occupa di riabilitazione con attività basate sull'evidenza, sui concetti neurofisiologici di apprendimento e sull'esperienza clinica.

Abbiamo ritenuto quindi che fosse un'ottima opportunità sfruttare il bagaglio di conoscenze portato dal gruppo interdisciplinare per orientare la scelta in modo ragionato, consapevole, condiviso, ed integrato con il sistema di cura presente da anni nella clinica.

Dall'analisi svolta relativamente al punto "nuova tecnologia come valore aggiunto per la cura del paziente" abbiamo individuato alcuni elementi chiave. Una nuova tecnologia può essere un valore aggiunto quando può permettere al paziente di svolgere della attività che altrimenti sarebbero impossibili ed è in grado di ottenere un incremento della partecipazione grazie alla diversificazione ed al sistema di "engaging" (che vedremo dopo). Ma soprattutto ci siamo orientati verso quelle nuove tecnologie che potessero integrarsi all'interno del processo di apprendimento del paziente, indispensabile per una corretta riabilitazione, completando e magari potenziando quanto impostato dalla riabilitazione tradizionale. Tale punto è particolarmente importante perché, quando il concetto riabilitativo che sostiene lo sviluppo di una nuova tecnologia è valido, oltre ad aumentare l'efficacia dello strumento stesso, aumenta anche la possibilità di uso in semi super visione e quindi la possibilità di aumento della "dose di terapie" che sappiamo essere importante per stabilizzare l'apprendimento e per migliorare l'uso delle risorse riabilitative.

Siamo arrivati in questo modo a selezionare un insieme di dispositivi di potenziale interesse per il gruppo interdisciplinare e quindi a organizzare le prove pratiche per testare i dispositivi selezionati. Nello specifico, sono stati testati sia in sede che fuori sede un totale di 13 devices. Queste prove hanno permesso di verificare l'appropriatezza degli apparecchi per il nostro progetto. Per la valutazione abbiamo creato una scheda di valutazione, impostata su sette items con un punteggio da 1 a 10 per ciascuno

Figura 4
Processo di analisi delle tecnologie.
Credits: Clinica Hildebrand Centro di Riabilitazione Brissago.

e ponderata sulle specifiche voci importanti per la nostra analisi (Allegato 1). terminate le prove pratiche, il gruppo di progetto ha analizzato le medie dei punteggi delle schede ponderate, regolato le medie con il parere del responsabile informatico e definito il cut off di punteggio globale che indirizzasse verso la selezione finale di ciascun device (cut off scelto: 7.5).

Le prove pratiche sono terminate alla fine del 2021 e hanno coinvolto, oltre ai terapeuti del gruppo di interesse specifico, i due medici ed il responsabile del servizio informatico della CRB per verificare la compatibilità dei sistemi testati con il sistema informatico della clinica.

Al termine delle prove pratiche e dell'analisi di gruppo erano stati selezionati quattro strumenti:

- un dispositivo per la riabilitazione del cammino costituito da un tappeto mobile con sgravio del peso, sensore di forza sul tapis roulant, analisi del cammino con telecamera ad infrarossi ed interfaccia video per il monitoraggio;
- un dispositivo per la riabilitazione cognitivo-motoria e dell'equilibrio dotato di una pedana con rilevatori di forza ed interfaccia video;
- un dispositivo per la riabilitazione degli arti inferiori costituito di un sedile con pedane mobili dotate di sensori di forza ed interfaccia video;
- un esoscheletro end effector per la riabilitazione della mano con interfaccia video;
- un dispositivo di realtà virtuale semi immersiva dotato di telecamere per la rilevazione del movimento e di un sistema di proiettori a pavimento ed a parete per ampliare lo spazio di azione del paziente.

Una volta scelte le nuove tecnologie da inserire alla CRB, il gruppo di lavoro, allo scopo di ottimizzare al meglio le risorse impiegate, ha affrontato il tema relativo alla possibilità di uso in semi supervisione, da parte del paziente, dei devices selezionati. È stata quindi eseguita una proiezione dell'uso potenziale di ciascun device in base alle caratteristiche funzionali dei nostri pazienti calcolata tramite la scala Functional Independence Measurement (FIM) e sono stati pianificati gli spazi e la disposizione ideale per poter strutturare il lavoro riabilitativo singolarmente e/o in gruppo. Gli apparecchi sono stati consegnati nel gennaio 2023 ed è stata eseguita un'istruzione pratica approfondita per ciascun dispositivo a tutti i terapeuti del gruppo Nuove tecnologie.

Sono state inoltre organizzate formazioni allargate a tutti i gruppi clinici in modo da ampliare la cultura generale sul tema all'interno della clinica.

Ci troviamo attualmente nella fase finale di applicazione pratica sul paziente per la quale il gruppo di lavoro, in collaborazione con il servizio che si occupa di programmare le varie attività terapeutiche ai pazienti, si sta occupando di strutturare i percorsi di inserimento delle nuove tecnologie nei processi operativi esistenti (scelta del paziente secondo specifici criteri, prescrizione, valutazione da parte del terapeuta, strutturazione del programma di terapia con nuove tecnologie bilanciato con il resto delle attività riabilitative).

Conclusioni e prospettive

La storia dell'inserimento delle nuove tecnologie presso la CRB non è certamente finita: oltre al percorso fatto, da analizzare per trarre ulteriori spunti per la crescita, c'è il presente, ossia l'implementazione del sistema gestionale per portare a regime l'uso dei devices acquisiti, e c'è il futuro da costruire, per fare in modo che il gruppo resti dinamico ed aggiornato, così come occorre aspettarsi da chi si deve occupare di innovazione.

Relativamente alla strada fatta finora, possiamo dire che il nostro percorso è stato segnato da diverse sfide: culturali, organizzative e di

visione prospettica (non da ultimo le visioni scientifiche da conciliare con le necessità legate alle realtà finanziarie) e proprio per questo possiamo confermare che in una realtà ricca e poliedrica come quella della riabilitazione, il confronto e la condivisione sono ingredienti fondamentali per portare avanti progetti che trovino, nella convinzione dei partecipanti, la solidità per durare nel tempo. Un esempio tra tanti, il percorso svolto ci ha permesso di trasformare possibili punti di debolezza (scetticismo verso la tecnologia ad ogni costo), in punti di forza (scelta consapevole e ragionata).

Se alcune sfide sono quindi state vinte, altre ci hanno invece portato a risultati imprevedibili, in particolare, uno dei dispositivi scelti, una volta installato nella nostra realtà, non si sta rivelando all'altezza delle aspettative: il sistema di realtà virtuale semi-immersiva da noi selezionato si è infatti dimostrato molto meno sensibile, molto più rigido e quindi molto meno applicabile alla nostra popolazione di pazienti di quanto non ci fosse apparso durante le prove pratiche.

Abbiamo analizzato quali potessero essere stati i motivi di tale discrepanza tra aspettative e risultati. Tra i punti che abbiamo potuto mettere a fuoco c'è da sottolineare che il progetto nuove tecnologie è stato sviluppato nella sua prima fase durante la pandemia da Covid19, per cui i contatti tra persone in generale, ma in particolare la possibilità di accesso agli ospedali e alle cliniche e la possibilità di coinvolgimento dei pazienti erano estremamente limitati. D'altra parte, all'interno di una realtà aziendale, i progetti hanno delle scadenze e non si poteva rimandare troppo. Ciò ha comportato che non sia stato possibile testare tutti i devices nel setting riabilitativo reale (ossia in una struttura sanitaria e con pazienti), ma all'interno del setting "artefatto" dell'azienda di riferimento: ovvero con configurazioni diverse, utenti e tester privi di problemi cognitivo motori, tempi limitati per le prove.

Questa esperienza ci ha permesso di elaborare due riflessioni: la prima è di tipo pratico, relativo alla necessità di prevedere sempre una verifica con il paziente: come suggerisce il nuovo approccio alla ricerca di scuola anglosassone (il cosiddetto PPI - Patient and Public Involvement) un gruppo interdisciplinare dovrebbe forse includere non solo tutti gli operatori potenzialmente coinvolti nel processo di cura, ma anche i pazienti che sono gli utenti finali. Come seconda riflessione, abbiamo avuto la prova del fatto che il mondo delle nuove tecnologie è estremamente vario e diversificato e solo con il tempo si può acquisire l'esperienza per poter mettere a fuoco in modo rapido i problemi potenziali che un sistema di interfaccia macchina-paziente (rilevazione e feedback) potrebbe creare.

Veniamo quindi al futuro del gruppo, che sarà definito dall'effettivo mantenimento nel tempo dell'uso delle nuove tecnologie acquisite e dal costante aggiornamento per le possibili integrazioni.

Per mantenere viva la cultura e alto l'interesse, sarà necessario che il gruppo nuove tecnologie possa rinnovarsi grazie ad incontri costanti e cadenzati, per vagliare le trasformazioni del mercato, organizzare nuove prove pratiche ed aumentare la presenza a livello nazionale anche prendendo parte a studi clinici mirati. Al tempo stesso riteniamo fondamentale mantenere saldo il nostro concetto di partenza e magari posizionarci come testimoni operativi di un modello ragionato ed integrato di approccio alle nuove tecnologie.

In conclusione, rinforzato dalle sfide affrontate lungo il percorso, il gruppo rimane impegnato nell'utilizzo delle nuove tecnologie come parte integrante della nostra pratica clinica e riabilitativa.

Conciliando cultura riabilitativa, apertura ragionata verso l'innovazione e presenza a livello nazionale, ci proponiamo di portare il nostro contributo per la crescita dell'offerta delle nuove tecnologie in riabilitazione, intese come reale valore aggiunto a vantaggio del paziente.

Allegato 1
SCHEDA DI VALUTAZIONE DEVICES
NUOVE TECNOLOGIE - MEDICO¹

1—© Clinica Hildebrand Centro di Riabilitazione Brissago. Ogni eventuale riproduzione e divulgazione di questa documentazione deve essere espressamente autorizzata.

Nome del device valutato	
---------------------------------	--

Prerequisiti: aspetti riabilitativi e teorici, verifica che siano soddisfatti

	Aspetto	Si/No	Note
	Validità dei prerequisiti neurofisiologici e della letteratura		
	Possibilità di fare attività altrimenti impossibili o limitate (per aspetti di natura meccanica, qualitativa-tipo di stimolazione, quantitativa)		

Di seguito, si chiede di fare una valutazione quantitativa, assegnando un punteggio su una scala che varia da 0 (punteggio peggiore) a 10 (punteggio migliore) ai seguenti aspetti.

Aspetti pratici

	Aspetto	Punteggio di valutazione	Ponderazione
A	Maneggevolezza e rapidità di uso		15%
B	Applicabilità a popolazione ampia		25%
C	Buona accettazione da parte del team		30%

Aspetto innovativo e di impatto dello strumento

	Aspetto	Punteggio di valutazione	Ponderazione
D	Aspetto innovativo e di impatto dello strumento		10%
E	Basso rischio di obsolescenza		10%
F	Efficacia della manutenzione		15%

Costo non particolarmente sopra la media

	Aspetto	Punteggio di valutazione	Ponderazione
G	Costo non particolarmente sopra la media		5%

Valutazione quantitativa	
Formula	Punteggio
$(A \times 5\%) + (B \times 15\%) + (C \times 15\%) + (D \times 25\%) + (E \times 20\%) + (F \times 5\%) + (G \times 5\%)$	

Di seguito, si chiede di fare una valutazione qualitativa, descrivendo i punti forti ed i punti deboli del device valutato.

Punti di forza	Punti di debolezza

Sulla base della valutazione qualitativa, si chiede confermare o di rivedere la valutazione quantitativa precedentemente effettuata, e di assegnare il punteggio di valutazione definitivo del device valutato.

Valutazione finale

3.7 Dalla Telemedicina nuovi modelli assistenziali per pazienti anziani o fragili. Sviluppo di interventi a distanza per facilitare la vicinanza delle cure: l'esperienza degli operatori sanitari

Dominga Salerno

Premessa

Le modificazioni demografiche e sociali in atto nei Paesi occidentali (invecchiamento della popolazione, aumento del consumo delle risorse socio-sanitarie), spingono da anni le autorità sanitarie alla promozione di modelli innovativi che consentano di ottimizzare le risorse economiche senza ridurre la qualità dell'assistenza, in particolare in quelle aree geograficamente decentrate, per favorire l'accessibilità ai servizi al fine di garantire equità, in particolare per soggetti anziani o disabili.

Un tratto saliente che caratterizza la nostra era è indubbiamente quello di essere definita come società dell'informazione dove prevalgono lo sviluppo e la diffusione di innovazioni tecnologiche. Istanze raccolte anche dalla medicina che, attraverso l'impiego di moderne strategie di comunicazione, come la rete globale di Internet, perfeziona sempre nuovi e più affascinanti modelli di cura ed assistenza. Un esempio è rappresentato dalla Telemedicina, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "l'erogazione di servizi sanitari, quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni" (OMS, 1997).

Più recentemente, la pandemia da COVID-19 ha rappresentato una inevitabile spinta nei confronti dell'accettazione culturale e per la messa in atto di attività di trasmissione di informazioni sanitarie e monitoraggio a distanza dei pazienti. Questo al fine di poter raggiungere e prendere in carico il maggior numero di cittadini possibile, in maniera capillare, anche nelle grandi città, nel tentativo di poterne preservare la salute, intesa come benessere fisico, ma anche con rinnovata attenzione nei confronti degli aspetti psicologici, grazie all'applicazione di strumenti di diagnosi, cura e telemonitoraggio, volti anche a garantire la sicurezza dei pazienti stessi e degli operatori. La fase post pandemica è ancora incerta, ma in molti Paesi è prevista una riorganizzazione dei sistemi socio-sanitari che preveda l'integrazione degli strumenti di Telemedicina, ove possibile e col supporto di studi di evidenza scientifica, facilitando soluzioni vantaggiose sia per i pazienti che per gli operatori.

Il Servizio di Telemedicina di Avigliana

Ad inizio 2013, in fase di progettazione di un Servizio di Telemedicina ad Avigliana, comune alla periferia di Torino, in Italia, è stato realizzato uno studio su terreno, che aveva come obiettivo prioritario la valutazione della fattibilità e l'individuazione di indicatori di efficacia di modelli assistenziali innovativi, erogati dall'Azienda Sanitaria Locale Torino 3 (ASLTO3) attraverso la realizzazione di una Centrale operativa di telemonitoraggio e teleconsulto, grazie all'applicazione nella pratica clinica di strumenti validati ed innovativi di e-Health (Salerno, 2014; Salerno et al., 2013). La finalità era quella di realizzare un sistema di cure integrate e continuative tra Ospedale e Distretto (anche a seguito di chiusure o riconversioni di alcuni piccoli presidi ospedalieri diffusi sul territorio) per consentire la presa a carico domiciliare di soggetti anziani, fragili o affetti da disabilità, riducendo il carico di lavoro ed i livelli di stress di familiari e caregivers.

Tale studio implicava un change management in Sanità Pubblica, attraverso la formazione del personale medico ed infermieristico

all'utilizzo delle nuove tecnologie, nonché la disseminazione e condivisione dei Protocolli aziendali con i medici di medicina generale operanti sul Distretto.

Materiali e metodi

Il Servizio di Telemedicina è stato avviato da un team multidisciplinare, gestito dal medico ospedaliero Specialista in geriatria ed esperto di cure integrate e telemedicina, da infermieri del distretto, un coordinatore infermieristico ospedaliero, medici specialisti (consulenti) operanti presso le strutture ambulatoriali ospedaliere e dei distretti, medici di medicina generale, operatori sanitari ed assistenti sociali dell'Azienda Sanitaria Locale.

Il Servizio di Telemedicina è stato avviato seguendo le modalità assistenziali dei Servizi di Cure Domiciliari e le tempistiche delle attività ambulatoriali.

Sono stati coinvolti pazienti affetti da patologie croniche, residenti al domicilio o presso strutture protette (quali Case di riposo, RSA) nel territorio del Distretto di riferimento: alcuni pazienti sono stati seguiti dal Servizio di Telemedicina, gli altri sono stati curati secondo le modalità tradizionali.

Sono stati via via valutati ed è stato proposto il Servizio a soggetti anziani o adulti con disabilità, non autosufficienti, con difficoltà motorie, affetti da patologie croniche od in fase di riacutizzazione, quali cardiopatie (aritmie croniche, ipertensione arteriosa), scompenso cardiaco cronico, broncopneumopatie croniche ostruttive, diabete mellito in compenso labile, patologie neurodegenerative con difficoltà negli spostamenti dal domicilio ai luoghi di cura, esiti di patologie cerebrovascolari, sindrome da allettamento, lesioni ulcerose cutanee croniche, deterioramento cognitivo (demenze, sindromi depressive). A tale campione è stato affiancato un gruppo di pazienti di controllo con caratteristiche anagrafiche, sociali e cliniche sovrapponibili, per i quali non è stato attivato il Servizio di Telemedicina per scelta del Curante o dei familiari.

Lo strumento clinico utilizzato è quello della Valutazione multidimensionale, una cartella clinica orientata per problemi che consente una valutazione multidisciplinare delle condizioni sanitarie e sociali e dei bisogni assistenziali, rivalutabili nel tempo. All'atto della presa in carico e, periodicamente, secondo l'andamento clinico di ogni singolo paziente, sono state somministrate scale di valutazione per consentire l'elaborazione di un Piano Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale (PDTA) personalizzato dal team durante le riunioni di lavoro multidisciplinari svolte quotidianamente presso la Centrale Operativa, in collaborazione (a distanza) con i Medici di Medicina Generale.

I parametri clinici sono stati raccolti presso il domicilio durante le visite medico-infermieristiche utilizzando strumenti elettromedicali portatili collegati via bluetooth al tablet. Sono stati utilizzati due kit di strumentazione portatile per la rilevazione di: elettrocardiogramma a 12 derivazioni, valori di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturimetria, spirometrie, glicemie da sangue capillare, peso corporeo, registrazione di foto e video. Sul tablet, un'applicazione WEB ha permesso la selezione del paziente da una lista di lavoro precedentemente caricata, la raccolta e l'archiviazione su un Sistema Centrale di Raccolta al quale il tablet è collegato attraverso la rete GSM. Il Sistema Centrale di Raccolta era collegato via connessione sicura internet. Sono state inoltre registrate Cartelle cliniche informatizzate, messe in rete e leggibili dai medici di famiglia coinvolti nel progetto e dagli specialisti ospedalieri ed ambulatoriali per il teleconsulto e la telerefertazione da remoto (con accesso protetto nel rispetto delle normative vigenti nell'ambito della tutela della privacy).

Il medico e gli infermieri della Centrale operativa potevano accedere sia all'applicazione di gestione delle misurazioni per un'immediata visua-

lizzazione delle misure, sia alla Cartella clinica aziendale residente sul Sistema Informatizzato dell'ASL. Tutti i pazienti (o i familiari o il tutore in caso di deterioramento cognitivo dell'assistito) hanno firmato un consenso informato elaborato secondo le indicazioni di legge vigenti.

Risultati

Il risultato principale è rappresentato dal fatto che il progetto pilota avviato con un minimo investimento di risorse umane ed economiche è diventato un Servizio di Telemedicina, operativo nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale italiano già da novembre 2013.

La vera innovazione è risultata nella capacità di realizzare concretamente una rete integrata di assistenza sanitaria (pubblica) tra i servizi già erogati dagli operatori socio-sanitari dell'ASLTO3 e gli Amministratori dei Comuni del territorio della Valsusa, processando un sistema di presa a carico multidisciplinare di pazienti anziani affetti da malattie croniche grazie all'utilizzo di strumenti di Telemedicina e mobile healthcare.

Il risultato sorprendente è rappresentato dal lavoro di divulgazione svolto dal personale infermieristico e dai medici coinvolti, un passaparola di buone prassi con narrazione in tutti i luoghi possibili di proposte ed esempi concreti di nuovi approcci nella gestione delle problematiche di salute, con veri e propri momenti di coinvolgimento dei cittadini, grazie all'intervento dei familiari, del vicinato, delle parrocchie e persino degli esercenti commerciali.

Il Servizio è stato inserito nel gruppo di lavoro della partnership della Commissione Europea, impegnata in attività di analisi, progettazione, valutazione dei risultati e ricadute in ambito locale, regionale ed internazionale di modelli di cure innovativi sul tema dell'Integrated Care: innovative solutions and integrated care for chronic diseases, including remote monitoring at region (EC, 2015-2020). Il Progetto è stato inoltre selezionato dalla World Health Organization come esempio di best practices per lo sviluppo e l'erogazione di nuovi modelli assistenziali di cure integrate e coordinate atte a garantire la continuità dei percorsi di cure dall'ospedale al territorio con implementazione dell'ICT (Coordinated/Integrated Health Services Delivery CIHSD Initiatives).

Indicatori di fattibilità

La partecipazione di un ampio campione di soggetti (195 pazienti) e l'elaborazione di 7 protocolli gestionali rappresentano dei risultati che consentono di porre le basi scientifiche per validare e poter proseguire con le attività di un Servizio pubblico di cure integrate alternativo (quando possibile) ai servizi ambulatoriali o al Pronto Soccorso. Questo per permettere la cura al domicilio di soggetti affetti da malattie croniche, garantendo gli standard di sicurezza e di qualità dell'assistenza erogata in ambiente extraospedaliero.

Vantaggi per gli utenti ed i familiari

Dall'analisi dei dati raccolti, emergono vantaggi misurabili (anche in termini di risparmio di spesa) a beneficio degli utenti e delle famiglie coinvolte: riduzione dei tempi di attesa per le visite specialistiche al domicilio, riduzione degli effetti collaterali derivanti da errori nell'assunzione dei farmaci e dei danni clinici legati alla solitudine (quali deterioramento cognitivo, calo ponderale, riduzione delle difese immunitarie, depressione, aumento dell'utilizzo dei farmaci) con miglioramento della qualità della vita.

I pazienti hanno visto aumentare il numero di contatti (anche quotidiani) con operatori sanitari che conoscono la loro storia con la possibilità di effettuare variazioni della terapia in tempi più rapidi, riducendo il rischio di scompenso clinico di patologie croniche e implementando o

mantenendo i livelli di autonomia dei pazienti, insieme all'autocontrollo nel processo di cure (empowerment). Si è registrata, inoltre, una prevedibile, ma comunque documentata, riduzione dei livelli di stress dei caregiver (misurati con la Relatives Stress Scale, RSS) (Greene et al., 1982).

L'esperienza delle infermiere e degli infermieri del Servizio di Telemedicina di Avigliana

La crescente carenza di personale sanitario rappresenta una problematica sempre più allarmante per i sistemi sanitari non solo ospedalieri, ma anche territoriali. In questo senso, il gruppo di lavoro, fin dall'avvio del progetto, ha lavorato ed investito energie e risorse sul coinvolgimento del personale infermieristico durante tutte le fasi, dalla progettazione all'analisi dei risultati.

I dirigenti aziendali hanno scelto di coinvolgere il personale già attivo presso i servizi di Cure Domiciliari, individuando alcuni infermieri che per età anagrafica, esperienza professionale o desiderio di novità, potessero accettare di diventare protagonisti e creatori di modelli di presa in carico innovativi. Alcuni infermieri, invece, sono stati scelti perché avevano esplicitamente in precedenza richiesto un trasferimento presso altre strutture sanitarie, anche ospedaliere, per burnout o desiderio di cambiamento. Dopo il reclutamento, è stato avviato un percorso formativo che ha visto tre ambiti principali.

Il primo prevedeva una sorta di ripasso di competenze cliniche e strumentali già presenti ma che magari non erano più state utilizzate nella pratica quotidiana. Sono state avviate classi multidisciplinari con docenti (per lo più medici specialisti, coordinatori infermieristici o infermieri esperti) al fine di rinnovare le competenze professionali necessarie per la gestione dei pazienti affetti da malattie croniche: esecuzione ed interpretazione dell'ECG, nursing in diabetologia, gestione della polifarmacoterapia, prevenzione e cura delle lesioni da pressione, gestione e cura delle patologie respiratorie croniche, peculiarità del paziente con deterioramento cognitivo, la sindrome da allettamento.

Il secondo step ha visto coinvolti i tecnici informatici ed i fornitori dei supporti strumentali per un percorso interattivo e multidisciplinare di formazione teorica e pratica specifica sull'utilizzo delle tecnologie, quali tablet, Cartella Clinica Informatizzata, devices medicali, oltre ad un indispensabile momento di studio ed aggiornamento rispetto alle normative vigenti (privacy, sicurezza).

Il terzo pilastro ha visto infermieri ed infermieri diventare protagonisti attivi del cambiamento delle modalità di cura attraverso le visite in presenza presso Centri regionali e nazionali di riferimento per esperienze di Telemedicina, con possibilità di confronto tra medici ed infermieri di altre Regioni (Lombardia, Lazio). La partecipazione a Congressi ed eventi tematici anche in qualità di relatori ha davvero contribuito a ridefinire una consapevolezza di ruolo per le infermiere e gli infermieri, con miglioramento della qualità del lavoro e creazione di un team unito ed aperto al confronto sia verso i colleghi e gli studenti in formazione, sia verso i cittadini.

Conclusioni

Attraverso l'implementazione e l'ammodernamento dei percorsi formativi degli operatori e l'apprendimento dell'utilizzo di strumenti professionali innovativi e motivanti, la progressiva perdita di risorse umane in ambiente sanitario può trovare risposte sia sul piano organizzativo, sia rispetto alle motivazioni ed aspettative professionali dei singoli operatori ed operatrici. Si tratta di soluzioni parziali, certo, ma sicuramente di impatto misurabile, consentendo forme moderne di riqualificazione professionale per operatori sanitari di tutte le età.

Il Servizio di Telemedicina di Avigliana ha coinvolto da subito i soggetti dediti al supporto formale e informale nell'ambiente di vita dei pazienti presi in carico (badanti, familiari, vicini e caregivers) i quali sono stati formati a loro volta dal personale infermieristico per la gestione dei devices, la cura della persona, la capacità di riconoscere segni e sintomi di malessere o inizio di scompensi della salute, diventando consapevoli e pronti ad intervenire prima di un eventuale peggioramento delle condizioni generali del soggetto monitorato. Tale approccio è risultato motivante sia per i caregivers sia per gli infermieri stessi, come dimostrato dai risultati dei test e questionari somministrati. Tutti questi aspetti dunque, contribuiscono a supportare le prossime auspicabili trasformazioni delle procedure di cura ed assistenza. Le evidenze scientifiche internazionali dimostrano che è necessario partire dalla revisione delle prassi clinico-mediche, cui associare poi l'adozione di adeguate innovazioni tecnologiche. A questi elementi fondamentali vanno affiancati sia il lavoro di divulgazione culturale che quello di confronto con tutte le parti coinvolte. Altre strategie, particolarmente quelle che hanno preteso di dare all'atto medico un ruolo marginale nei piani di sviluppo dei sistemi sanitari digitali, hanno più spesso portato all'insuccesso delle nuove forme di tele-assistenza.

L'esperienza assistenziale maturata, con un minimo ma indispensabile investimento economico iniziale, ha permesso di dimostrare (con dati scientifici validati in collaborazione con il Politecnico di Torino) che la Telemedicina può rappresentare quella nuova avanguardia delle professioni mediche e sanitarie che, mediante il cambiamento di processi organizzativi e tecnologici, permetterà di eliminare le barriere di distanza, di tempo e di costi apportando così un miglioramento dei processi di cura. La tecnologia, infatti, con tutte le sue potenzialità, può avere ricadute importanti sulla qualità dell'assistenza sanitaria. D'altra parte, se l'infrastruttura tecnologica che supporta un servizio è senza dubbio una variabile determinante, essa da sola non è sufficiente per restituire ai pazienti un buon servizio. Guardando la Telemedicina con gli occhi del paziente abbiamo potuto constatare come le potenzialità dischiuse da questa siano valutate in maniera profondamente positiva e questa propensione nasce, come rilevato dalla letteratura esaminata, proprio dalla relazione interpersonale che si instaura tra l'utente e l'operatore sanitario.

La relazione è la portante principale a cui l'innovazione tecnologica deve essere asservita per non spersonalizzare quell'incontro e per non minare alla base il processo di cure. La Telemedicina, così come è declinata ancora oggi nel servizio di Avigliana, è un intervento dove utenti, medici, specialisti, tecnici, studenti e infermieri influenzano reciprocamente il loro sviluppo e dove l'efficacia di un risultato non deriva solo da un successo terapeutico o dall'economicità dell'intervento, ma da quella complessa relazione collaborativa che si è instaurata e che in fin dei conti è la risposta al processo di cura.

Non da ultimo, il Servizio di Telemedicina ha permesso di condividere il percorso di cure con i pazienti stessi che hanno potuto beneficiare di ambienti di cure a loro familiari, come la casa o le Strutture residenziali del territorio, inserite in una comunità proattiva che finalmente impara a leggere in maniera concreta i propri concittadini anziani, fragili o disabili come opportunità di sostegno comunitario. Questa proposta di modalità di welfare di comunità potrà essere dunque sviluppata da subito e certamente riavviata, come forma di rete di sostegno (già tarata e validata), in caso di nuove pandemie o di possibili emergenze sociali o ambientali.

3.8 Excursus. Il digitale nelle cure. Tra distopia e utopia

Noè Albergati

È ormai immagine trita quella delle due facce della medaglia, eppure rimane molto efficace e si attaglia perfettamente a questo capitolo. Le grandi opportunità che si dischiudono nel campo sanitario grazie alla tecnologia sono controbilanciate da questioni etiche e da legittimi timori. Molto spesso tendiamo a lasciarci abbagliare dallo strato più superficiale della tecnologia e del suo funzionamento (e in ciò è senz'altro complice il design studiatamente accattivante), ma trascuriamo l'ombra che inevitabilmente essa si trascina dietro e dalla quale cerca di distogliere la nostra attenzione. Per contrastare questo pericolo allora è fondamentale partire proprio da questa zona più scura e meno piacevole, osservare la tecnologia stando nella sua ombra, così da ridurre il rischio dell'abbagliamento, o addirittura dell'abbaglio.

Antonello Ambrosio, con la sua riflessione sui rischi etici insiti nella tecnologia, con l'analisi di quanto essa abbia mutato il nostro paradigma di pensiero e con la constatazione della sua sostanziale assenza di moralità, poiché strumento di solo raziocinio, ci guida esattamente lì, in quell'ombra costituita da sani dubbi. Nell'ombra emergono parimenti l'assenza di una rotta stabilita e le disuguaglianze che la tecnologia crea, entrambe sintomi di una spinta costante e prioritaria ad autosuperarsi, rendendo obsoleti i modelli precedenti e trascurando spesso le possibili conseguenze.

È quindi con una diversa consapevolezza, con uno sguardo più critico, che si affronta la lettura del testo di Pier Luigi Ingrassia; appunto l'altra faccia della medaglia. Ingrassia infatti rileva giustamente le potenzialità di miglioramento nella qualità delle cure grazie all'innovazione tecnologica, non solo relativamente all'aspetto più visibile (strumenti che permettono di trattare malattie o infortuni in modi prima impensabili), bensì anche sul piano gestionale, riducendo i rischi di errore e restituendo tempo al personale infermieristico da dedicare direttamente al-la paziente, così come sul piano formativo, con le possibilità offerte dai dispositivi di simulazione. La conclusione invita nuovamente, in una sorta di chiusura circolare che lega i due testi, a interrogarsi parallelamente sulle implicazioni etiche della tecnologia, considerando le opportunità offerte dalla tecnologia digitale alla luce dei suoi limiti e dei suoi rischi.

3.8.1 La medicina tra tecnica e tecnologia: l'urgenza etica

Antonello Ambrosio

Per permettere di capirci al meglio è doveroso fare una premessa, dando alcune definizioni a tecnica e tecnologia. La definizione operativa ci ricorda come la tecnica sia la possibilità di raggiungere il massimo degli scopi utilizzando il minimo dei mezzi, è in questa accezione espressione massima di razionalità ed efficienza. Per tecnologia intendiamo l'insieme di strumenti necessari affinché la tecnica possa essere soddisfatta e possa così funzionare; permette quindi alla tecnica di essere.

Appartengo a quella fascia d'età in cui la robotica era il futuro a venire e solo ipotizzato. Nel nostro immaginario era un futuro fatto di macchine volanti e di robot che avrebbero sollevato da taluni lavori onerosi la razza umana¹. Era il futuro a venire e con esso i relativi timori e speranze.

Il timore

I timori riguardavano (e riguardano) la potenziale deriva di un'intelligenza (per l'appunto quella delle macchine) priva di sentimenti ed emozioni: una razionalità totale che posta fuori controllo cercasse il primato della razza androide su quella umana.

È lo stesso timore dichiarato dal fisico Steven Hawking in un intervento sull'intelligenza artificiale (AI) al Web Summit del 2017²: *“Non possiamo prevedere cosa riusciremo a raggiungere quando le nostre menti verranno amplificate dalle AI. Forse, con questi nuovi strumenti, riusciremo a rimediare ai danni che stiamo infliggendo alla natura e forse potremmo essere in grado di sradicare povertà e malattie. Ogni aspetto della nostra vita verrà trasformato. Ma è anche possibile che con la distruzione di milioni di posti di lavoro venga distrutta la nostra economia e la nostra società”* (...). *“Se non ci prepariamo a gestirla, l'AI potrebbe essere il peggior evento della storia della nostra civiltà. Per questo occorre attuare tutte le strategie necessarie per evitarlo”*.

Quale codice dare alle macchine per svolgere un lavoro? Le macchine assolvono funzioni e pare quindi logico che il tipo di competenza da impartire sia quella logico-matematica, poiché sembra essere la funzione più semplice da trasferire a un'intelligenza artificiale. Abbiamo bisogno di macchine che svolgano funzioni, non di androidi che riproducano ninfee a Giverny. Appare quindi chiaro che il codice da impartire non possa che essere un codice raziocinante.

Il raziocinio è la porta per le alte stanze in cui alberga la competenza logico-matematica, grazie alla quale l'uomo è stato in grado di fare enormi balzi evolucionistici, ma se assunto ad unico modello interpretativo dell'esistenza, esso diviene immediatamente riduzionismo dello sguardo ultimo che possiamo avere dell'uomo (l'uomo, secondo una visione puramente razionalistica è un conglomerato di cellule tenute in vita da reazioni biochimiche e dotato di un'esperienza psichica soggettiva che chiamiamo coscienza, derivante dall'attivazione e dall'inibizione di neurotrasmettitori).

D'altro canto, sembrava volerci avvertire proprio di questo, Mary Shelley con il suo romanzo sul Dr. Frankenstein, un uomo circolante privo di anima che si aggira ramingo a seminare distruzione.

La speranza

Il futuro è da sempre il luogo della speranza. Sostiene Galimberti (2012) che assieme a Emanuele Severino ha trattato a lungo la questione della tecnica, che nella tradizione giudaico-cristiana, dalla quale siamo costituitivamente intrisi indipendentemente dalla frequentazione ecclesiastica che ne facciamo, il passato è il tempo del peccato originale e della conseguente cacciata dall'Eden, il presente è redenzione, il futuro è la vita eterna. Pure la scienza, sostiene sempre Galimberti, ragiona in modo cristiano.

¹ — Robot: dal ceco Robot (ròbot, nome proprio, der. a sua volta di robota «lavoro», con cui lo scrittore ceco Karel Čapek denominava gli automi (Enciclopedia Treccani, online).

² — <https://websummit.com>

Abbiamo un passato che è ignoranza, il presente è ricerca e miglioramento, il futuro è progresso, tanto da avere radicato in noi l'idea di vecchio-peggiore e nuovo-migliore. Quest'ultima idea è uno degli esempi su come tecnica e tecnologia abbiano plasmato radicalmente la nostra *Weltanschauung*, la nostra visione del mondo, ricordandoci che ogni trasformazione culturale non è solo una trasformazione dei costumi ma soprattutto il cambiamento del modo in cui vedremo e concepiremo il mondo. Dettando in questo senso i nuovi parametri di norma e devianza, norma e divieto, creando spazio e materia all'inconscio collettivo per la costruzione di nuovi totem e tabù.

L'idea di un futuro-speranza sta però da qualche tempo cedendo il passo ad una possibile inversione di rotta in cui sovrappopolazione mondiale, cambiamenti climatici, nuovi assetti geopolitici per assicurarsi le risorse della terra, e l'appena passata pandemia di Covid 19 stanno incrinando lo schermo di sfondo rassicurante, tanto da far dire a Bauman "abbiamo invertito la rotta e navighiamo a ritroso. Il futuro è finito alla gogna e il passato è stato spostato tra i crediti, rivalutato, a torto o a ragione, come spazio in cui le speranze non sono ancora screditate. Sono gli anni della retrotopia." (Bauman, 2018)

Chi definisce gli obiettivi della tecnologia?

La medicina e la tecnologia condividono lo stesso bizzarro destino e forse non è un caso visto che si compenetrano a vicenda in modo quasi sussidiario; ambedue sono navi impazzite al cui timone non c'è alcun capitano. Chi definisce la rotta della medicina? Chi definisce la direzione della tecnologia? Quale tecnologia produrre, con quali scopi, quanto a fondo e quanto radicalmente penetrare l'uomo, quali protesi, ortesi, devices integrati?

Se non vi è intenzione di rotta e decisione di rotta, allora significa che non può esserci alcuna etica che possa fare almeno da sestante. Non si può neppure applicare quell'etica delle intenzioni così rigorosamente descritta da Kant (Mordacci, 2003) perché la tecnologia non ha intenzioni, la tecnologia semplicemente accade (Galimberti, 2016). È un meccanismo autofagocitante che ha come unico scopo quello di superarsi nel minor tempo possibile rendendo vetusta la versione precedente nel tempo giusto del sorpasso.

Cosa può fare l'etica?

Galimberti a questo proposito gioca con le parole e lo fa, come sempre, pure bene. Afferma che l'etica diventa patetica (Galimberti, 2016). Diventa patetica perché nulla può. Perché l'etica della tecnologia non è deontologica. L'etica della tecnologia è l'etica che si compie nell'azione della creazione, la verità che avviene nell'apparire al mondo.

L'etica come bene sappiamo è una branca della filosofia e la filosofia richiede un pensiero rigoroso, ma il pensiero rigoroso è lento e macchinoso. Poco sopra si diceva di come vecchio fosse stato reso dalla tecnologia sinonimo di peggiore; lo stesso vale per lento, rigido e approfondito (o i suoi sinonimi), che diverranno i nuovi termini banditi. È un esercizio semplice: definiamo le caratteristiche della logica dominante (in questo caso la tecnologia) attraverso degli aggettivi (nuovo, veloce, trasferibile, flessibile, smart, social, ubiquitario, espanso...); cerchiamo ora i loro contrari ed ecco trovata la lista nuova degli aggettivi perdenti.

La frase "sei vecchio", eccezione fatta per la liuteria cremonese e per altre puntuali eccezioni, ha sempre un significato denigratorio e squalificante. Queste sono solo le prime conseguenze dirette. È solo questione di tempo, tra breve inizieremo a chiederci se le "azioni della cura", in quanto non funzionali alle azioni della tecnologia, siano davvero indispensabili per assolvere l'idea di curare. Ci chiederemo forse se la relazione serva, oppure se l'empatia sia davvero necessaria per curare bene. Se lo è già chiesto Gilberto Corbellini (tra le altre cose direttore del Consiglio Nazionale Italiano di Ricerca), dalle pagine del Sole 24 ore (9 luglio 2018) quando

afferma: “Si tratta di affermazioni non provate, incluso il fatto che l’empatia sia così importante, ammesso si sia capito cosa sia e che non si tratti di un pericoloso miraggio”. L’articolo trattava il tema dell’intelligenza artificiale, e di come ogni timore al proposito fosse (secondo lui) ingiustificato.

Capiamo su quali campi ci confronteremo in futuro?

Ribalteremo il concetto di cura che sino ad oggi abbiamo concepito e condiviso, delegheremo il concetto di accoglienza alle questioni alberghiere.

Il grande problema della tecnica è che ha trasformato la nostra visione culturale. La logica della tecnologia non è quella di avere uno scopo, è quella di funzionare, spostando l’asse cartesiano dal *cogito ergo sum* al *funziona ergo sum*. Non si pone il problema morale perché la moralità, nell’età della tecnica, non esiste più. Non esiste più perché è vecchia, è lenta, implica sforzo e rigore intellettuale, perché è l’antitesi del concetto di smart. Non esiste più perché la tecnologia non chiede permesso, non necessita di una riflessione sull’oggetto, necessita che l’oggetto possa funzionare. Sarà sempre l’etica a doverla rincorrere con incolmabile distacco.

La necessità tecnica concede pochi errori: se non sei all’altezza sei *out*. Si potrebbe pensare ad una forzatura del pensiero e forse, in parte, lo è. Ma chiediamoci quanto sia ancora incidente l’idea morale della professione infermieristica, di cui la prima disattesa, apro un caustico inciso, è che sia nata come professione assistenziale e relazionale e che abbia progressivamente mutato il proprio baricentro dal letto del malato agli schermi dei locali infermieristici. Tanto da garantirci la sensazione di compimento professionale quando abbiamo assolto la compilazione dei campi nei nostri programmi informatici.

Oggi può essere tollerato che un operatore sanitario sia eticamente discutibile (nei toni, nei gesti o nelle parole) ma non viene tollerato che non sia all’altezza tecnologica del suo lavoro. Se non sai fare funzionare i programmi informatici legati alla cura (che è cura del sistema, non cura del paziente) se non sai immettere i dati nei campi giusti, se non sei in grado di far funzionare la tecnologia richiesta, allora hai un gap da sanare e, se non sei in grado di sanarlo, non sei all’altezza del tuo compito sanitario. Ci si rende conto di come sia cambiata la logica? Si capisce come la tecnica abbia, forse per sempre, modificato radicalmente la modalità con cui guardiamo al mondo? La nostra capacità di leggere il mondo somiglia in modo terrificante alla modalità di funzionamento degli strumenti che utilizziamo tutti i giorni. La nostra capacità riflessiva somiglia sempre più ad un’app piuttosto che ad una funzione esistenziale.

Nel giro di pochi anni abbiamo trasformato il riferimento a Wikipedia da superficiale (rispetto alle informazioni reperite) a concetto profondo (riferendosi alle stesse informazioni reperite su Wikipedia).

Si può pensare ad un moto rivoluzionario?

Hegel sosteneva che le rivoluzioni sono possibili quando vi sono due volontà contrapposte (ad esempio tra mondo monarchico e popolo) (Marcuse, 2020). Ma come si può fare una rivoluzione quando non c’è una volontà teleologica? Come fai a fare una rivoluzione quando sei assoggettato e affascinato dall’entità alla quale dovresti ribellarti? Tutti ci sentiamo imbrigliati dalla tecnica e dalla tecnologia e al contempo non possiamo farne a meno. Siamo in piena sindrome di Stoccolma.

L’epoca dell’umanesimo in medicina è forse finita. Lo sguardo si è spostato dall’uomo quale fine, all’uomo quale mezzo affinché la tecnica possa accadere. È sufficiente guardare da quanta tecnologia siamo circondati sul luogo di lavoro, sui luoghi di cura per capire qual è la logica dominante, e di sicuro non è quella umanistica.

La tecnologia crea gerarchia, crea vincitori e vinti, crea una medicina di serie A e una di serie B.

Nella logica del pensiero dominante attuale ecco che vincono i Big Data, gli studi e le pubblicazioni (la nuova tirannia della medicina, in cui non si può essere un medico eccellente se non si pubblica), l’ingegner-

ria bio-molecolare, l'oncologia, gli anticorpi monoclonali, la medicina d'urgenza, la medicina intensiva, le neuroscienze, la neurochirurgia, l'imaging e altro ancora.

I figli di un Dio minore sono ormai da qualche tempo la medicina della cronicità, la geriatria, la psichiatria, la dermatologia, la bioetica,... Infatti, ciò che ha molta tecnologia risulta affascinante, mentre laddove la presenza tecnologica è limitata, il fascino e "l'importanza" di questa branca diventano secondari. Potremmo dunque stabilire questo enunciato: il glamour di una disciplina è direttamente proporzionale alla quantità di tecnologia presente.

Verso una conclusione

Credo alle storie con un lieto fine ma è difficile poter dire se questa sarà una di quelle. A pochi anni dalla creazione delle reti neurali, a pochi mesi dall'entrata sul mercato dei primi programmi di AI vi sono già le prime avvisaglie su quali problemi complessi dovremo chinarci. Di padri (virtuali) che rinnegano i propri figli, a suo tempo armati di possibilità di pensiero e ora temuti.

Di persone già sostituite dalla AI per fare gli stessi compiti ma gratuitamente.

Di funzioni appena nate e che già vengono definite insostituibili.

Di profitti e di derive, i primi per pochi le seconde per molti.

Heidegger sosteneva che la tecnica non è neutra (Galimberti, 2016). Aveva ovviamente visto lungo.

Non aveva però previsto che puoi chiedere ad un programma di produrre una foto di un cavallo sulla spiaggia intento a fumare un sigaro Havana e con un elmo spartano in testa. Vuoi mettere la differenza?

3.8.2 La tecnologia nella professione sanitaria: prospettive e timori

Pier Luigi Ingrassia

Il mondo dell'assistenza sanitaria è in continua evoluzione e la tecnologia è uno dei fattori che guidano queste trasformazioni. Le tecnologie innovative, quali la realtà virtuale e l'intelligenza artificiale (IA), iniziano a penetrare ormai tutti i settori professionali, presentando innegabili vantaggi ma aprendo la strada anche a rischi concreti. D'altro canto, è innegabile la necessità di creare strategie innovative per rispondere alle esigenze di assistenza sanitaria delle generazioni future. La crescente prevalenza di malattie croniche, l'invecchiamento della popolazione, le mutate aspettative dei pazienti, la carenza di forza lavoro, i finanziamenti insufficienti per l'assistenza sanitaria, sono tutte sfide che i sistemi di salute devono affrontare in maniera decisa per potere mitigare le conseguenze sulla capacità di cura degli stati e quindi sul benessere delle popolazioni.

Digitalizzazione, intelligenza clinica e assistenza infermieristica

L'emergere di nuove tecnologie, inclusa sicuramente l'IA, sta portando, e continuerà a farlo, enormi benefici ai sistemi sanitari, spesso criticati perché costosi, obsoleti e poco coerenti nell'erogazione dei servizi. Ad esempio, renderanno più gestibili i compiti quotidiani dei professionisti della salute, come gli infermieri, comportando numerosi vantaggi.

È ormai documentato che troppo spesso il tempo del personale infermieristico è dedicato a compiti completamente estranei alla cura del paziente, come la gestione delle forniture, la ricerca di dispositivi o attrezzature, la compilazione di cartelle, la gestione dei check-in o delle dimissioni dei pazienti. Non è certo un buon uso delle competenze e del tempo di un operatore sanitario altamente qualificato. Un sistema di localizzazione in tempo reale, che utilizza piccoli tag contenenti trasmettitori che possono essere attaccati a persone o macchine, consentendo una facile localizzazione online, è in grado oggi di ridurre il tempo che mediamente gli infermieri passano ogni turno a cercare le attrezzature necessarie per l'assistenza ai pazienti, come le macchine per l'elettrocardiogramma, o gli altri membri del personale o persino dei pazienti che si allontanano dalle loro stanze, migliorando l'uso delle loro competenze e del loro tempo che potrebbe essere speso meglio per l'effettiva assistenza. La tecnologia può gestire alcuni compiti quotidiani: robot possono essere programmati per andare a prendere le medicine in farmacia, confezionare i farmaci, portare la biancheria pulita nelle stanze dei pazienti, consegnare i pasti, portare i campioni in laboratorio e svolgere altri compiti che impediscono agli infermieri di dedicare tempo ai pazienti.

Le cartelle cliniche elettroniche, ossia le registrazioni digitali della storia clinica di un paziente, hanno trasformato il settore medico e infermieristico migliorando l'accuratezza e la chiarezza delle cartelle cliniche e rendendo i dati più accessibili. Oggi, usando le parole di Andrea Cavicchioli (2018) si mira ad *aggiungere un'“intelligenza clinica” alle intense attività di documentazione e registrazione di dati, ... trovando forme avanzate di lettura delle informazioni elettroniche che possano anticipare il possibile verificarsi di problemi al paziente e fornire, al tempo stesso, suggerimenti ai team di cura*. Secondo Tian e colleghi (2019), grazie all'IA, in futuro sarà possibile classificare accuratamente le malattie, riclassificare le categorie di malattie preesistenti in base alle caratteristiche individuali, analizzare rapidamente le immagini e i dati medici nelle cartelle cliniche elettroniche e fornire servizi adeguati e personalizzati.

Purtroppo molte unità operative continuano ad avere poco personale costringendo gli infermieri a turni più lunghi, rendendoli quindi

più inclini a compiere errori. Una pompa endovenosa automatizzata può somministrare ai pazienti il giusto dosaggio di farmaci a un orario prestabilito, sollevando l'infermiere da questo compito, garantendone l'esatta esecuzione, e lasciandogli più tempo per l'interazione umana col paziente, prerogativa imprescindibile della professione infermieristica.

L'introduzione della teleassistenza ha consentito agli infermieri di raggiungere i pazienti nelle aree rurali. La teleassistenza va a vantaggio di questi sistemi che soffrono di carenza di personale, in quanto diminuisce il numero di visite ai pazienti, che possono accedere all'assistenza sanitaria da casa propria, e riduce i costi associati.

Questi sono solo alcuni esempi di come la tecnologia stia modificando il settore infermieristico e si prevede che il ritmo del cambiamento aumenterà con il tempo. Ma la tecnologia sta anche trasformando la cura.

L'intelligenza artificiale permetterà di arrivare a una medicina sempre più personalizzata sulle esigenze dei pazienti, aprendo lo spazio a nuove soluzioni e servizi. Già da qualche anno si sente parlare delle Terapie Digitali (TD), ossia di quei trattamenti terapeutici che sono sostenuti da software e tecnologie avanzate e sono equiparati a farmaci convenzionali. Come questi ultimi, subiscono un rigoroso processo di sperimentazione clinica prima di ottenere l'approvazione per la vendita e la prescrizione medica. Tuttavia, a differenza dei farmaci classici che si fondano sulla chimica e sulla biologia, le TD operano attraverso applicazioni digitali, algoritmi e analisi di *big data*. Questi trattamenti, scaricabili direttamente sugli smartphone, operano in sinergia con i dati biometrici dell'utente, agendo secondo necessità. Queste applicazioni stanno emergendo come una nuova frontiera nel trattamento di diverse patologie. Oggi sentiamo sempre più parlare di "gemello digitale" o *digital twin*, ossia della replica virtuale di un paziente, che include dati anatomici, fisiologici e clinici raccolti attraverso l'utilizzo di sensori, dispositivi di monitoraggio e IA. Utilizzando il modello digitale di un paziente, sarà possibile simulare diverse terapie e valutare i risultati prima di prendere decisioni, riducendo il rischio di errori e ottimizzando le scelte terapeutiche.

Formazione e aggiornamento dei professionisti sanitari

Allo stesso modo sarà possibile personalizzare la formazione e l'aggiornamento dei professionisti della salute simulando casi che corrispondano ai pazienti che si trovano in reparto in quel momento, ai loro gemelli digitali, in altre parole. Infatti, che la tecnologia stia trasformando anche il modo in cui gli infermieri, e il personale sanitario in generale, viene formato e addestrato è un dato di fatto. Il rapporto di Horizon 2020 sull'insegnamento e l'apprendimento, redatto da un gruppo di esperti per evidenziare come la tecnologia emergente abbia il potenziale di trasformare la futura offerta di istruzione superiore (Brown et al., 2020), ha identificato due cambiamenti principali: l'apprendimento adattivo e la realtà estesa.

L'introduzione dell'apprendimento adattivo o personalizzato consentirà agli studenti di attingere a una gamma diversificata di risorse educative e offrirà al contempo ai formatori approfondimenti sui modelli di apprendimento degli studenti. Al centro di questo paradigma di apprendimento adattivo ci sono due tecnologie emergenti fondamentali: ancora una volta l'IA e l'analisi dell'apprendimento (Chan & Zary, 2019). L'utilizzo dell'IA dà origine a "sistemi intelligenti" in grado di fornire e valutare i contenuti didattici, che possono interagire dinamicamente con gli studenti sia attraverso il testo che il parlato. Questi strumenti guidati dall'IA spaziano dalla comprensione dell'anatomia all'affrontare complessi scenari di diagnosi e gestione clinica. A loro volta, le analisi dell'apprendimento raccolgono dati sia sul percorso che sui risultati della formazione, offrendo ai formatori preziose informazioni sui progressi e sul percorso sia dei singoli che dei gruppi di allievi. Il vantaggio di questi metodi innovativi è duplice: consentono agli studenti di sperimentare un processo di

apprendimento adatto alle loro esigenze specifiche e riducono potenzialmente il tempo necessario per far acquisire le competenze individuali.

La realtà estesa crea esperienze formative che fondono componenti tangibili e virtuali (come nel caso della realtà aumentata o AR) o permette di immergersi completamente in uno spazio virtuale (come nel caso della realtà virtuale o VR) (Zweifach & Triola, 2019). Questo ambiente immersivo mira a replicare le esperienze del mondo reale e vi si può accedere tramite dispositivi semplici, quali cuffie o visori portatili. Una tendenza in crescita in questo spazio tecnologico è la simulazione aptica, che riproduce le sensazioni tattili che si provano nella vita reale. Queste simulazioni avanzate possono coprire un ampio spettro di aree cliniche, dalla comunicazione interpersonale alle abilità procedurali. Inoltre, queste simulazioni possono integrarsi perfettamente con l'apprendimento adattivo, aumentandone i vantaggi in termini di efficacia. In uno studio del 2021 (Ruberto et al., 2021) si sperimentava una simulazione in realtà aumentata che utilizzava algoritmi di IA per misurare il carico cognitivo in tempo reale, attraverso l'elettrocardiografia e la risposta galvanica della pelle, e quindi modulare la difficoltà del caso in maniera dinamica, modificando la gravità dei sintomi del paziente presentato.

Sfide e barriere nell'adozione delle tecnologie sanitarie digitali

Mentre la tecnologia continua il suo rapido sviluppo, sono ancora molti i fattori limitanti per l'ampio utilizzo delle tecnologie sanitarie digitali da parte dei professionisti della sanità. Borges do Nascimento e colleghi (2023) hanno recentemente esaminato la letteratura disponibile per identificare i principali. Le barriere infrastrutturali e tecniche sono state le più frequentemente descritte, ossia quelle relative ai problemi di limitata o insufficiente connettività, alla mancanza di dispositivi, alla compatibilità con il flusso di lavoro quotidiano, alla capacità di integrazione delle tecnologie sanitarie e all'assenza di sistemi standardizzati/armonizzati in diverse strutture. Esistono però anche fattori personali e psicologici, come la diffusa resistenza degli operatori sanitari al cambiamento, associata spesso a una generale tecnofobia, le preoccupazioni per l'aumento del carico di lavoro e l'alterazione del flusso di lavoro, insieme alla percezione che la tecnologia comporti una minore interazione umana. La scarsa alfabetizzazione digitale è inoltre considerata uno dei fattori che potrebbe ostacolare la sostenibilità delle tecnologie sanitarie digitali. Il rafforzamento delle competenze digitali dei professionisti della cura è, infatti, considerato un fattore chiave per l'utilizzo dei servizi sanitari digitali, così come raccomandato dall'OMS nel suo recente *Digital Health Regional Action Plan 2023-2030* per la Regione Europea.

Etica e tecnologia in sanità

In questo attuale scenario aumenta anche l'importanza di comprendere le implicazioni etiche delle nuove tecnologie utilizzate in sanità.

Indubbiamente non è il primo caso in cui la tecnologia si intreccia con considerazioni di carattere etico: tali intersezioni risalgono all'epoca degli antichi pensatori. Platone, nel celebre dialogo Fedro, già rifletteva sugli effetti della scrittura sulle facoltà umane fondamentali come la memoria e la cognizione. Se nel mondo di oggi la scrittura è considerata a malapena una forma di tecnologia, all'epoca rappresentava un'innovazione all'avanguardia. Platone esprimeva il timore che la scrittura potesse diminuire la nostra innata capacità di ricordare o addirittura di pensare criticamente, minando potenzialmente l'intelligenza umana. Quello che è innegabile oggi è il ruolo fondamentale che la scrittura ha avuto nel promuovere il progresso umano. Con il passare del tempo, la nostra apertura nei confronti delle tecnologie emergenti si è ampliata, dalla Rivoluzione industriale del XVIII secolo alla Rivoluzione informatica del XX secolo, completata dai continui progressi della tecnologia medica.

Tuttavia, ogni innovazione tecnologica richiede un continuo perfezionamento attraverso la lente dell'etica e dei valori morali. Oggi una moltitudine di studi provenienti dai campi delle scienze sociali, della medicina, dei sistemi informativi sanitari e dell'informatica ha cercato di affrontare il tema dell'innovazione tecnologica e delle sue implicazioni etiche, soprattutto alla luce dell'emergente e sempre più pervasiva IA. Sebbene non esista un quadro etico universalmente accettato, in una recente revisione di letteratura sull'etica dell'IA (Siala & Wang, 2022), correttezza, trasparenza, affidabilità, responsabilità, privacy ed empatia sono le caratteristiche etiche ritenute importanti e più citate nella ricerca sull'IA in ambito sanitario, al fine di sviluppare la nostra comprensione iniziale dell'IA responsabile. I ricercatori giungono alla conclusione che il ruolo più appropriato dell'AI nei sistemi sanitari sia quello di assistente, ossia di supportare gli operatori umani nelle loro decisioni e azioni cliniche.

Conclusione

Condivido il pensiero di Francesca Rossi, Global Leader sull'Etica dell'IA dell'IBM, la quale sostiene che siamo in un momento storico entusiasmante, in cui le tecnologie forniscono la possibilità di risolvere problemi importanti, quali quelli legati alla salute, di ottimizzare e migliorare i processi lavorativi e di aiutare gli esseri umani, e quindi anche i professionisti della salute, a prendere decisioni migliori e più informate. La capacità di analizzare grandi quantità di dati e di derivare conoscenza da essi è fondamentale per raggiungere questi scopi. È però anche necessario capire i possibili rischi insiti in questa tecnologia così trasformativa nel suo uso pervasivo nella nostra vita. Dobbiamo ancora capire in modo realistico le sue reali capacità, i suoi limiti e i suoi rischi, e individuare in modo condiviso le soluzioni tecnologiche e le regole per indirizzare l'innovazione tecnologica verso la creazione di un futuro in cui i valori e i diritti umani vengano rispettati e l'unicità della nostra intelligenza venga amplificata.

Parte 4

**Favorire la resilienza del personale infermieristico:
la situazione nel settore e le proposte innovative
nelle cure di lunga durata**

4.1 Criticità del clima di lavoro nei contesti infermieristici: alcuni approfondimenti nel percorso Master of Science in Cure infermieristiche

Monica Bianchi, Elena Corina Luca

Nelle due prime edizioni del Master of science in cure infermieristiche (MScN), del Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale – Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, sono stati dedicati tempo e risorse ad approfondire le tematiche del bullismo e della violenza laterale sul posto di lavoro, considerando che, a livello internazionale, vi è un grande dibattito su questi temi e sul loro impatto sull'ambiente di lavoro, sulla salute dei professionisti e sulla qualità delle cure erogate ai pazienti. Questi temi sono considerati problemi seri nella professione infermieristica (Homayuni et al., 2021) tanto da essere identificati come una vera e propria epidemia dall'Associazione americana degli infermieri (Kroning, 2019) e da stimolare l'inserimento di posizioni e linee guida per affrontarli nella revisione del codice deontologico degli infermieri (International Council of Nurses, 2021).

Il bullismo si verifica attraverso azioni negative e persistenti volte a danneggiare le relazioni professionali e personali del bersaglio attraverso l'esclusione sociale e le molestie (Bambi, Guazzini et al., 2019). Esso può assumere forme diverse tra cui: abuso verbale; condotta offensiva; comportamenti, anche non verbali, minacciosi, umilianti o intimidatori; interferenze che impediscono di svolgere il proprio lavoro (De Barros Lima et al., 2021). La violenza laterale si ha quando l'intento dei comportamenti negativi è evidente per danneggiare la persona. Si esprime in genere con la molestia psicologica che porta all'ostilità: abusi verbali, minacce, umiliazioni, intimidazioni, critiche, insinuazioni, esclusione sociale e professionale, scoraggiamento, disinteresse e accesso negato alle informazioni. È presente nel contesto infermieristico ed è stato rilevato che gli infermieri che lavorano con turni giornalieri sono i più colpiti (Bambi et al., 2018; Bambi, Guazzini et al., 2019; Hartin et al., 2020). Un altro aspetto che permette di differenziare il bullismo dalla violenza laterale è la frequenza con cui questi aspetti si manifestano: mentre la violenza laterale può essere isolata e sporadica, si parla di bullismo quando gli atti negativi vengono ripetuti settimanalmente o più spesso, per sei o più mesi (Bambi et al., 2018; Bambi, Guazzini et al., 2019; Bambi, Lucchini et al., 2019; Hartin et al., 2019). Tra gli antecedenti di entrambi questi fenomeni vi è un atteggiamento di inciviltà professionale ossia un deterioramento delle relazioni sul posto di lavoro tra pari (Bambi et al., 2018).

Rispetto alla prevalenza del fenomeno la stima è che: a livello mondiale essa possa variare tra l'1% e l'87% (Bambi et al., 2018), negli Stati Uniti tra il 21% e l'82%, in Europa tra il 9% e il 74% (Serafin et al., 2019) in Italia è del 3,7% (Rubini, 2018) mentre a livello svizzero è del 6,8% (SECO, 2020).

Gli effetti di questi eventi si hanno a livelli diversi: sul professionista, sul paziente e sulla qualità delle cure. I professionisti che hanno subito bullismo possono manifestare ansia, insonnia, astenia e depressione; si osserva in loro: perdita dell'autostima, eccessivo controllo legato ad ogni azione compiuta, attenzione ossessiva al lavoro, propensione al burnout sino a sintomi del disturbo post traumatico da stress. È presente anche una maggior propensione all'abbandono della carriera e/o della professione (Bambi et al., 2018; Bambi, Guazzini et al., 2019; Berry et al., 2016). Gli effetti sui pazienti e di conseguenza sulla qualità delle cure sono legati a una diminuzione della sicurezza. Questo può essere causato dal fatto che i professionisti vittime di questi fenomeni omettano azioni di cura oppure compiano azioni a rischio di compromettere la cura e/o la sicurezza, come ad es.: non aver chiarito un ordine illeggibile, non aver chiesto aiuto per

sollevare o far deambulare pazienti pesanti o debilitati oppure aver utilizzato un apparecchio nuovo senza chiedere chiarimenti (De Barros Lima et al., 2021; Doo & Choi, 2021; Wilson & Phelps, 2013).

Considerando l'impatto sui professionisti, sui pazienti e sulla qualità delle cure, le evidenze che indicano l'importanza della prevenzione orientata a sensibilizzare all'azione per isolare e contenere qualsiasi violenza sul posto di lavoro e la sua escalation verso il bullismo (Bambi et al., 2018; Bambi, Guazzini et al., 2019; La Toya et al., 2019) e non da ultima l'importanza del ruolo giocato dalla leadership infermieristica nel collaborare alla creazione di ambienti di lavoro civili e nell'evitare la tolleranza di comportamenti inaccettabili, abusi di potere, protezione degli autori di bullismo, è divenuto fondamentale trattare e approfondire il tema nel MScN. Questo perché gli studenti delle due edizioni di MScN concluse rappresentano la leadership infermieristica che agisce nelle diverse organizzazioni ticinesi.

Un primo approccio alla tematica è avvenuto nel modulo *Ricerca, metodi e scrittura scientifica 2*, modulo centrato sulla metodologia della ricerca qualitativa che - per permettere l'acquisizione delle competenze agli studenti - prevede una parte teorica e una parte di applicazione pratica in cui essi sperimentano la costruzione e l'uso di strumenti della ricerca qualitativa. Quale responsabile e docente del modulo, ho coinvolto dunque gli studenti in un piccolo progetto di ricerca che aveva l'obiettivo di indagare la presenza di esperienze di bullismo nelle strutture sanitarie del Canton Ticino e i vissuti ad esso correlati. Nel periodo marzo-giugno 2019 gli studenti hanno svolto interviste a 18 infermieri operanti nelle strutture ospedaliere, negli istituti di cura, nelle case per anziani e nei servizi di aiuto domiciliari.

L'analisi dei dati raccolti ha mostrato che tutti i partecipanti hanno avuto un vissuto diretto o indiretto riconducibile a situazioni di bullismo e che tra loro vi erano conoscenze e consapevolezza della presenza dei fenomeni diversificate: non tutti avevano sentito parlare del fenomeno, oppure ne associavano i comportamenti ad altre definizioni. (De Barros Lima et al., 2021). Dalle interviste sono emersi vissuti ed esperienze eterogenei che vanno da situazioni di isolamento al lavoro, al sentirsi giudicati e alla percezione di "chiacchericcio" rispetto al proprio operato e, in alcuni casi, le risposte date in modo sgarbato hanno causato vissuti di sconforto. I partecipanti riferiscono che questi fenomeni sono avvenuti tra colleghi che lavorano nello stesso ambiente e più spesso all'inizio della vita professionale (De Barros Lima et al., 2021).

Le ripercussioni sulle persone che hanno vissuto queste esperienze sono in linea con quelle descritte in letteratura (Bambi et al., 2018; Bambi, Guazzini et al., 2019; Berry et al., 2016) e riguardano i livelli: fisico, psicologico, sociale e lavorativo. A livello fisico e psicologico sono stati descritti: insorgenza di dolori, difficoltà a dormire e ansia lavorativa. A livello sociale: isolamento e difficoltà nell'essere parte dell'ambiente lavorativo per la sensazione di solitudine e il sentirsi giudicati dai colleghi. A livello di clima di lavoro: situazioni lavorative in cui era presente molta tensione e in cui la persona non si sentiva libera di esprimere la propria opinione. In alcuni casi il vissuto è stato inizialmente meno marcato e con il passare del tempo è divenuto insostenibile, arrivando al punto di far decidere alla persona di lasciare il posto di lavoro. Rispetto agli effetti sui pazienti non sono stati riferiti elementi particolari ma solo il timore di non essere abbastanza lucidi per garantire il livello di assistenza necessario (De Barros Lima et al., 2021).

Sulla base dei risultati emersi da questo primo progetto e, dopo aver avuto consapevolezza della presenza di entrambi i fenomeni in Ticino, ci si è interrogati su quali potevano essere gli interventi per prevenire o affrontare e risolvere queste situazioni. Per trovare le migliori e più aggiornate risposte a questa domanda, con il coinvolgimento degli studenti della seconda edizione del MScN, si è deciso di procedere facendo una scoping review il cui obiettivo era: *"Descrivere e fare una sintesi della*

letteratura scientifica sugli interventi di prevenzione o risoluzione del bullismo nella professione infermieristica nei contesti sanitari". Dalla consultazione delle banche dati più significative (Cochrane Collaboration, Pubmed, CINAHL Complete e PsychInfo) sono stati reperiti 1066 articoli e, dopo la rimozione di duplicati e di studi non rilevanti, 88 di essi sono stati selezionati per la lettura del testo completo. Al termine di questa sono stati individuati 14 articoli che rispondevano alla domanda iniziale e ai criteri di selezione definiti (Luca et al., 2022).

La sintesi narrativa dei risultati dell'analisi dei testi ha evidenziato 4 temi: a · interventi formativi, b · cognitive rehearsal, c · team building e d · vissuti dei leader infermieristici (Luca et al., 2022). I primi tre sono legati agli interventi per prevenire o per agire sul fenomeno e l'ultimo è legato al ruolo della leadership infermieristica.

La tipologia degli interventi formativi è consigliata per formare, tramite modalità e strumenti diversi, sul fenomeno, sulle sue caratteristiche e conseguenze ed anche su come creare un ambiente di lavoro che non favorisca l'istaurarsi di queste situazioni (Chipps & McRury, 2012; Howard & Embree, 2020; Kang & Jeong, 2019; Nikstaitis & Simko, 2014; Walrafen et al., 2012). L'intervento relativo al cognitive rehearsal consiste in una tecnica di comunicazione in cui, tramite simulazione di risposte appropriate, viene insegnata ai partecipanti una modalità per interrompere il comportamento incivile (Balevre et al., 2018; Kang et al., 2017; Kile et al., 2019; Razzi & Bianchi, 2019). Un esempio di questa tecnica è quella descritta da Balevre et al. (2018), in cui gli autori descrivono quanto hanno sviluppato nel loro contesto di studio strutturando una formazione sulla psicodinamica del bullismo e su un'attività di coaching di cognitive rehearsal. Attraverso esercizi e giochi di ruolo con scenari atti a praticare le risposte apprese hanno insegnato al personale infermieristico le tecniche per difendersi dal bullismo. Rispetto al tema del team building, gli interventi proposti hanno considerato, oltre ai contenuti formativi specifici, attività volte alla creazione del team e di un ambiente di lavoro civile attraverso modalità d'interazione tra i membri (Armstrong, 2017; Keller et al., 2019; Vessey & Williams, 2021). Infine, riguardo al tema dei vissuti dei leader infermieristici, sono stati inclusi i risultati che hanno evidenziato gli interventi ritenuti validi dai leader infermieristici per contrastare il bullismo (Skarbek et al., 2015). Tra essi, i metodi ritenuti efficaci sono gli interventi specifici implementati nei singoli reparti e coordinati dalla leadership con il supporto dell'istituzione.

Oltre a queste esperienze nei moduli formativi, le tematiche del bullismo e dalla violenza laterale sono state sviluppate, nel corso della prima edizione del MScN, nella tesi di Pezzoli (2021), riguardante *"Le conoscenze e la consapevolezza dei leader infermieristici sul fenomeno del distress relazionale, del bullismo e della violenza laterale: un'indagine qualitativa"*. Mentre il tema legato alla leadership infermieristica è stato sviluppato nella tesi di Cavatorti (2021) su *"La transizione nella leadership infermieristica: uno studio osservazionale"*. Entrambi i lavori sono in via di pubblicazione, di conseguenza, non è ancora possibile presentarne i risultati. Nella seconda edizione del Master, a partire dai risultati di questi due lavori, sono derivati tre nuovi progetti di tesi discussi nel novembre 2023.

Riflettere, confrontarsi e discutere in aula sui fenomeni di bullismo, violenza laterale, ambienti incivili e sugli interventi per prevenirli e gestirli ha contribuito a sensibilizzare gli studenti sul tema e a cascata, a favorire il trasferimento delle conoscenze acquisite nelle organizzazioni in cui lavorano, nonché a far crescere l'attenzione verso i fenomeni anche tra chi non li conosce e/o riconosce e a fornire concrete modalità di intervento.

Quali responsabili del MScN SUPSI da un lato e di ricerca ospedaliera dall'altro, siamo convinte che questo transfer tra la formazione in aula e le pratiche di terreno sia uno dei ruoli e compiti fondamentali dei percorsi formativi di un'università, che abbia nella propria Visione e Missione la costante collaborazione con il territorio e la risposta ai suoi bisogni.

4.2 La casa per anziani del futuro

Associazione dei Direttori delle case per anziani della Svizzera italiana (ADiCASI)

Da diversi anni l'opinione pubblica è pervasa da un senso di inquietudine sulla sostenibilità futura del nostro sistema economico-sociale. Politici, media, esperti previdenziali sventolano con fare allarmistico che, se negli anni 60, in Svizzera, per ogni pensionato c'erano 6 persone attive, oggi sono soltanto 3,5 per pensionato; se gettiamo lo sguardo avanti, nel 2045 si prevede che per ogni pensionato ci saranno soltanto due contribuenti. Stringendo la prospettiva al Canton Ticino, ci pensano gli scenari elaborati dall'Ufficio federale di statistica a definire la portata del fenomeno: si prevede infatti che fra poco meno di un decennio, ci saranno in Ticino ben 11'653 residenti sopra gli 80 anni in più rispetto al 2019 (+46.8%) ed una riduzione della popolazione professionalmente attiva (40-64 anni) di 13'723 unità (-10.5%).

Se da un lato queste cifre rappresentano un grande traguardo per la nostra società, che testimonia i risultati positivi raggiunti in campo medico, insieme al continuo miglioramento delle condizioni di vita, dall'altro è lecito chiedersi: chi manterrà i pensionati? Chi si prenderà cura di loro?

Sul tema si sono chinati già da molto tempo gli attori del sistema sanitario e assistenziale, nonché la politica, attraverso i due grandi strumenti a disposizione per provare a definire i bisogni di una popolazione che invecchia e a disegnare un sistema sostenibile per soddisfarli. Da un lato la Pianificazione integrata LANz-LACD 2021-2030, che costituisce il documento strategico di riferimento per il settore socio-sanitario e fissa l'ordine di priorità degli interventi nei settori delle case per anziani, dei servizi che erogano assistenza e cura a domicilio, nonché dei servizi di appoggio e aiuti diretti finalizzati al mantenimento a domicilio; dall'altro, la nuova pianificazione ospedaliera 2024-2032.

Consapevolezza comune è che giocare la partita del domani con l'assetto attuale è impensabile e ipotizzare di affrontare la sfida soltanto aumentando la spesa è un pensiero semplicistico: urge invece un ripensamento profondo del sistema sanitario, dei ruoli e delle funzioni dei suoi attori, con una ridefinizione degli equilibri in campo.

Se si parla di anziani e invecchiamento della popolazione, cuore della riflessione non possono che essere le 68 case per anziani del Canton Ticino: con i loro 4'700 ospiti e quasi 6'000 collaboratori costituiscono infatti un tassello cardine nel mosaico sempre più complesso dell'assistenza agli anziani di oggi e di domani.

Come sarà la casa per anziani di domani, come muterà per gli anziani che vivono nella struttura e per coloro che ci lavorano? Per rispondere a questa domanda si possono individuare tre macro tendenze che impatteranno le strutture.

La casa per anziani del futuro sarà più simile a un piccolo ospedale che a una residenza

L'invecchiamento della popolazione rende prioritario per la politica cercare di mantenere al domicilio gli anziani il più a lungo possibile, dal momento che l'offerta di posti letto nelle case per anziani non potrà crescere in maniera direttamente proporzionale all'aumento della popolazione anziana. Ciò significherà che le case per anziani del Canton Ticino accoglieranno una maggior quota di residenti con un minor grado di indipendenza, o con una situazione clinica più complessa. Questa mutata situazione avrà necessariamente ripercussioni in tema di fabbisogno di risorse, personale e competenze.

ADiCASI promuove lo sviluppo delle Case per Anziani attraverso la condivisione di esperienze e la collaborazione con partner e istituzioni, nell'interesse dei residenti e dei collaboratori. Nel 2017 l'associazione si è professionalizzata, assumendo alcune figure specifiche. Ad oggi è composta da: un segretario generale, una responsabile e coordinatrice della formazione, un'infermiera in igiene e prevenzione delle infezioni, un medico responsabile per l'area medica, tre informatici ed una collaboratrice responsabile di sviluppare il "Progetto d'implementazione dell'esame obiettivo infermieristico in Casa Anziani". Grazie a queste figure e al sostegno prezioso dei membri di comitato, sono stati messi a punto servizi specifici, offerti in rete alle CpA, con lo scopo di migliorare le competenze, confrontare le esperienze, condividere i momenti formativi di cui beneficia il personale e ridurre determinati costi amministrativi, nella consapevolezza che la condivisione e lo scambio di competenze, nonché la razionalizzazione di alcuni servizi, siano fondamentali per poter perseguire nel migliore dei modi il benessere dell'anziano che sceglie le strutture del nostro cantone per trascorrere l'ultima fase della sua vita, in conformità agli scopi dell'associazione.

Una sfida non da poco per il settore che ha identificato nella formazione una leva cruciale per affrontarla. Già oggi, la figura dell'infermiere attivo in casa per anziani è molto lontana dall'immagine stereotipata dell'infermiere di serie B, meno competente e meno stimolato rispetto all'ambiente ospedaliero. In futuro, la presenza di un maggior numero di residenti anziani con quadri clinici più complessi – con patologie più acute e/o che manifestano più patologie contemporaneamente – richiederà alle case la capacità di saperli gestire adeguatamente e quindi, in termini organizzativi, la necessità di far crescere ulteriormente il proprio personale interno, sia sotto il profilo numerico che dal punto di vista delle competenze e qualifiche. In questa direzione, la formazione deve correre in aiuto per arrivare a dispiegare il personale qualificato utile; i livelli su cui bisogna agire sono essenzialmente due: il primo è la **formazione di base** che va migliorata ed incentivata per attrarre le future generazioni verso la professione e, parallelamente, generare professionisti sempre più qualificati; il secondo è la **formazione continua** del personale già operativo nelle strutture: per loro si prospetta di rafforzare l'offerta formativa e, se necessario, renderla obbligatoria. È importantissimo iniziare già oggi a lavorare sul potenziamento delle risorse interne, considerando che, alle nostre latitudini, la situazione di partenza non è tra le più rosee, con un'evidente fatica nel reclutare personale qualificato.

L'intento di concentrare le competenze utili alla gestione dell'anziano – e quindi l'erogazione stessa dei servizi utili – all'interno delle case di riposo vale anche per l'**assistenza di tipo medico-specialistico**. L'obiettivo sarà, per esempio, non ricorrere sempre e comunque ai reparti di geriatria degli ospedali ma assistere il residente nella struttura, evitando così i frequenti trasferimenti nei nosocomi, che rischiano di destabilizzare l'anziano che, ogni volta, deve confrontarsi con persone ed ambienti nuovi; contemporaneamente si abbatterebbero tutta una serie di costi burocratici ed amministrativi derivanti dalla gestione delle procedure di dimissione e riammissione che incidono negativamente sull'efficienza gestionale della struttura e dell'occupazione dei letti. In termini concreti, si potrebbe, per esempio, studiare l'avvio di collaborazioni più strette con i reparti di geriatria degli ospedali affinché garantiscano una supervisione specialistica direttamente nelle case per anziani. Sul fronte clinico, i benefici per l'anziano sarebbero notevoli, così come sotto il profilo economico-finanziario, per cui si potrebbe registrare un notevole risparmio sulle spese assistenziali, considerando che una degenza in casa anziani è decisamente meno costosa di una degenza ospedaliera. Con la soluzione ipotizzata, le case per anziani non si sostituirebbero certo agli ospedali in termini di pianificazione sanitaria, tuttavia, si potrebbero aprire interessanti prospettive di ottimizzazione delle risorse, permettendo, da un lato, di ridurre il carico sugli ospedali e, dall'altro, non costringendo le case per anziani a dotarsi di ulteriore personale medico. A tutto questo si aggiunge nuovamente la carta della formazione: adottare nuove logiche di collaborazione tra case e ospedali consentirebbe al settore di essere attrattivo per i medici assistenti che potrebbero diventare geriatri, una specializzazione destinata a farsi più rilevante con l'invecchiamento della popolazione.

La casa per anziani del futuro sarà un centro servizi, cuore pulsante della comunità

Da molti anni ormai le case per anziani lavorano per essere parte integrante delle comunità in cui sono inserite. Non è raro che le strutture sul nostro territorio ospitino bar, ristoranti, parrucchieri, uffici postali e altri servizi aperti al pubblico che, a causa delle trasformazioni in atto nella nostra società, sono andati scomparendo, soprattutto nelle località più piccole. Tale fenomeno si sposa perfettamente con la visione delle case per anziani quali luoghi di vita, dove, in accordo col modello abitativo e

delle cure 2030 di CURAVIVA (associazione mantello del settore a livello svizzero), le strutture per persone anziane non sono più concepite come un «grande edificio», ma come un'azienda di servizi destinata a permettere agli anziani non più autosufficienti di avere una vita autonoma in un ambiente di loro scelta.

In tale ottica, la casa anziani del futuro dovrebbe essere un punto di riferimento non più soltanto per i residenti, ma anche per gli anziani che possono continuare a vivere nel proprio ambiente sociale ed abitativo, pur necessitando di una serie di servizi. Per loro, la casa per anziani potrebbe divenire un centro prossimo con i servizi a lui/lei dedicati, integrato con il territorio e la comunità in cui vive. Un passo importante nell'assistenza di queste persone – si pensi, per esempio, al tema dell'isolamento sociale delle persone anziane che vivono presso il loro domicilio – ed un grande contributo all'ottimizzazione dei costi operativi. Un ruolo accresciuto delle case che fonderebbe su solide basi: non dimentichiamoci, infatti, che al loro interno operano figure professionali diverse – dai medici agli infermieri, dagli assistenti sociali ai fisioterapisti, dai farmacisti ai nutrizionisti – che possono mettere a disposizione della comunità un insieme di competenze che permettono di assicurare cure di qualità, tanto ai residenti quanto agli anziani a domicilio.

La casa per anziani del futuro sarà luogo di incontro e scambio tra generazioni

Tutti siamo consapevoli di quanto la vicinanza di un nipotino/a possa portare beneficio a un anziano, sia in termini di umore che di preservazione delle facoltà fisiche e cognitive. Anche la letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato che i benefici clinici e terapeutici per gli anziani del contatto intergenerazionale sono enormi: se sono attivi e integrati, se hanno un ruolo nella società, gli anziani tendono a sentirsi meno malati, più indipendenti, più attivi e più lucidi.

Tuttavia, l'immagine stereotipata di anziani e bimbi che giocano felici e pieni di energia è piuttosto lontana dalla realtà, dal momento che anziani e bambini hanno bisogni profondamente diversi, che non possono essere soddisfatti semplicemente facendo condividere loro degli spazi. L'interazione tra generazioni va costruita e gestita e, soprattutto, non si riferisce soltanto alla relazione tra anziani e bambini. È infatti nello scambio tra le diverse classi di età che si genera il reale valore del confronto intergenerazionale, ovvero la creazione di comunità in cui le persone si prendono cura le une delle altre in un contesto aperto e partecipativo, le cosiddette *caring communities*. In quest'ottica, attraverso le politiche intergenerazionali, si cerca di generare una solidarietà implicita tra generazioni che aiuti a sopperire a una serie di bisogni che la società non è più in grado di soddisfare appieno. Un tempo le famiglie erano numerose e la cura degli anziani ripartita su più persone. Oggi, accade sovente che le famiglie abbiano un solo figlio o nessuno, rendendo la soddisfazione dei bisogni dell'anziano più complessa. Se a questo si aggiunge l'aumento della longevità, ecco che il meccanismo rischia di incepparsi.

L'evoluzione delle case per anziani verso l'intergenerazionalità non è però soltanto musica del futuro, anzi, è un credo che già oggi guida progetti in ogni angolo del Cantone: dagli asili nido inseriti nelle case per anziani, ai gruppi di volontari che si recano regolarmente nelle strutture per fare attività insieme ai residenti – dalle carte al bricolage e molto altro – o che li accompagnano in uscite esterne, facendo nascere relazioni personali anche al di fuori della cerchia di parenti e amici, agli eventi culturali e di svago organizzati nelle strutture e aperti a tutti.

Maggiore medicalizzazione, centro di servizi, intergenerazionalità: esperti e operatori del settore sono concordi nel prevedere che queste tre tendenze caratterizzeranno le strutture per anziani del domani. A questo punto sorge naturale la domanda: come tradurre la visione della casa per

anziani del futuro in realtà? Le direzioni in cui lavorare sono molte, ma vale la pena ricordare due grandi direttrici di sviluppo.

La prima è data dall'importanza della formazione che, come precedentemente illustrato, avrà il difficile doppio compito di aumentare la preparazione di chi lavorerà nelle case e, al contempo, di contribuire a rendere attrattiva la carriera nelle strutture del nostro cantone.

La seconda sarà quella di trovare modalità di collaborazione tra le case che, da un lato, permettano loro di avere la scala dimensionale necessaria per potersi trasformare in quel centro di servizi e competenze appena delineato senza, dall'altro, perdere il valore inestimabile della prossimità al residente, intesa come conoscenza della storia clinica e familiare, inserimento in un contesto geografico conosciuto, vicinanza – fisica e relazionale – ai parenti e possibilità di visita.

Il quadro appena tracciato rende bene l'idea di realtà in profonda trasformazione e, a uno sguardo poco consapevole, potrebbe sembrare un po' futuristico. In realtà, chi lavora o frequenta le strutture sul nostro territorio constata quotidianamente che tali linee evolutive sono già ben visibili attraverso progetti concreti collaudati o in rampa di lancio. La casa per anziani del futuro è già (in parte) tra noi.

4.3 Favorire REinserimento e REsilienza nelle cure: il progetto Re Care

Furio Bednarz, Tatiana Lurati Grassi

Questo capitolo sintetizza l'impostazione generale, gli obiettivi e il quadro teorico e metodologico del progetto Re Care, acronimo della denominazione Favorire REinserimento e REsilienza nelle cure. Il progetto, che beneficia di un finanziamento SEFRI¹, è stato elaborato da un largo partenariato di attori istituzionali, sanitari e formativi del Cantone Ticino, con il coordinamento dell'Ufficio della formazione continua e dell'innovazione della DFP del DECS. Per alcuni aspetti il progetto si situa in continuità con quanto emerso dallo studio preliminare (Salini, 2018) riguardo alla necessità di promuovere un approccio prospettivo e di anticipazione proattiva presso il personale infermieristico, anche a fronte dello sviluppo della digitalizzazione. I capitoli seguenti approfondiranno l'organizzazione e i risultati delle tre azioni principali previste dal progetto; l'azione A riguardante gli Atelier dei futuri (Salini, Furlanetto et al., in questa rivista), l'indagine attivata per l'azione B (Cattani et al., in questa rivista), la proposta formativa elaborata sempre per l'azione B (Barro et al., in questa rivista) e il modo in cui si sta prospettando l'azione C, sulla promozione di una formazione rivolta ai quadri intermedi, sul tema del benessere del personale (Alberton et al., in questa rivista).

¹ — Progetto 19-2501; numero di riferimento REF-1131-31402.

Il contesto

Negli anni 2000 numerosi studi si sono soffermati sulle problematiche legate all'evoluzione dei bisogni e alle trasformazioni del lavoro nel campo sanitario e assistenziale. Già nei primi anni di questo secolo è apparso chiaro che in Svizzera (Lobsiger & Kägi, 2016), come nella generalità dei paesi industrializzati (Kroezen et al., 2015), si sarebbe verificata una forte carenza di personale curante, prodotta dalla crescita della domanda di servizi sanitari dovuta all'invecchiamento della popolazione, aggravata da fattori che deprimono l'offerta di lavoro, sia considerando il personale in forza che i potenziali nuovi addetti. Sono le condizioni di lavoro (aspetti contrattuali, ma anche politiche del personale e cambiamenti dovuti alla digitalizzazione) che rendono poco attraente la professione agli occhi dei giovani e scoraggiano il personale curante, già ridimensionato dallo stesso invecchiamento delle forze lavoro nel settore. È in questo contesto che ha preso corpo in seno alla Divisione della formazione professionale (DFP) del DECS l'idea di un progetto che sperimentasse forme innovative di contrasto al fenomeno richiamato. In Ticino, pur in un contesto ove la permeabilità del mercato transfrontaliero del lavoro aveva da sempre permesso di "compensare" la carenza di manodopera locale, il rischio che si manifestasse una grave carenza di risorse umane nel settore appariva ben presente, nonostante gli importanti progressi che si erano realizzati potenziando la formazione di base nel terziario professionale (Scuole in cure infermieristiche) e nella formazione accademica, con il raddoppio del numero annuo di diplomati (da 100 a 200) tra 2011 e 2018, come evidenziato anche dai lavori dell'Osservatorio cantonale delle professioni socio-sanitarie (DSS, 2016).

La penuria di personale e la dipendenza dalle risorse umane d'oltre confine, che la pandemia COVID 19 si sarebbe incaricata di rendere drammaticamente visibile, era il frutto delle difficoltà di reclutamento di nuove leve nelle professioni sanitarie, ma nondimeno della disaffezione del personale curante, che sovente si traduceva in abbandoni precoci della professione. Uno studio realizzato su una componente del personale infermieristico ticinese (i diplomati della SSSCI tra 1991 e 2004) aveva evidenziato

la propensione del personale infermieristico a lavorare nel contesto ospedaliero, e più raramente nei contesti tipici delle cure di lunga durata (case anziani, cure a domicilio), e la presenza di molteplici fattori negativi in grado di influenzare una scelta di abbandono della professione, legati a condizioni di lavoro stressanti e alla scarsa compatibilità tra orari e ritmi di lavoro e impegni familiari. Le uscite dalla professione, caratterizzata da un'ampia presenza femminile, avvenivano infatti piuttosto precocemente, in occasione della maternità, e i rientri apparivano rari e difficili.

Cogliendo le indicazioni strategiche della SEFRI – che aveva varato nel 2016 un programma finalizzato a mantenere il personale curante nel settore e a reinserire chi ne era uscito – la DFP ha così promosso, d'intesa con le organizzazioni del mondo del lavoro e con gli stakeholder del settore, il progetto Re Care, basato sull'idea che solo strategie multidimensionali di consolidamento dell'impiego sanitario, fondate sul rafforzamento della resilienza di operatrici e operatori, e sulla creazione di condizioni che favoriscano il reinserimento e frenino al tempo stesso le uscite precoci. Si trattava di andare oltre il tradizionale intervento formativo rivolto allo specifico gruppo mirato. Come sottolineato in diversi studi (vedi la meta-analisi di Halter et al., 2017), un intervento di formazione continua può fare la sua parte, a patto di coinvolgere diversi ambiti: sia il personale curante ancora attivo, sia quello uscito, sia le figure operative, sia il management ospedaliero. Occorre inoltre considerare attentamente la dimensione interprofessionale delle equipe, e promuovere una formazione trasversale sul tema delle cure di lunga durata, rivolta senza eccezione a tutti coloro che si avvicinano al paziente. Si trattava insomma di rafforzare la capacità dei curanti del settore infermieristico di gestire il cambiamento di paradigmi e ruoli che caratterizzava la professione:

- il mutamento di missione indotto nella realtà e nell'immaginario della professione legato alle pratiche di accompagnamento (sino al fin di vita) che caratterizzano l'assistenza al malato cronico e le cure di lunga durata;
- il deterioramento del clima di lavoro all'interno dei luoghi di cura, dovuto a molteplici ragioni, che inducono la necessità di rafforzare i sistemi di gestione delle risorse umane e delle relazioni da parte del management sanitario, agendo in una dimensione interprofessionale e utilizzando approcci sistemici;
- i profondi cambiamenti della prestazione di cura provocati dalla digitalizzazione degli atti e delle procedure, che sta investendo in modo determinante il settore (Salini, 2018).

Strategia e obiettivi del progetto Re Care

Il progetto si ispirava alle già citate scelte del Consiglio federale, finalizzate ad attirare più personale specializzato per le cure e l'assistenza di lunga durata e a prolungare la permanenza di operatrici e operatori nella professione. Partendo dalla constatazione che si stavano raggiungendo buoni risultati nel potenziamento della formazione di base e nell'attivazione di nuove leve nel settore, il progetto si concentrava sulle azioni finalizzate sia al mantenimento delle persone nel settore, sia al recupero delle persone qualificate che ne fossero uscite. Ci si voleva concentrare sui fattori intrinseci che influenzano la motivazione del personale curante, quali le proprie idee e il valore attribuito al proprio lavoro, la percezione positiva del proprio contributo e ruolo nel team di cura interprofessionale nonché le capacità e competenze di gestione dello stress e di attivazione della resilienza. Nel contempo si voleva agire in modo integrato sul management, sul personale in forza (nei diversi ruoli professionali) e sul personale qualificato uscito dal settore ma desideroso di rientrarvi a condizioni sostenibili.

Re Care intendeva mettere in campo, progettandola e sperimentandola, un'offerta mirata e innovativa di formazione continua, organizzata

su più interventi, rivolta sia al personale in servizio, sia a coloro che potrebbero/desiderano rientrarvi, articolata in tre assi di intervento:

- rafforzamento della resilienza del personale di cura attraverso pratiche di co-costruzione degli scenari futuri della professione e del nuovo ruolo;
- gestione consapevole e attiva delle criticità emergenti nei luoghi di cura (*shifting* verso le cure di lunga durata, nelle loro diverse accezioni, complessità delle relazioni nelle équipe e deterioramento del clima di lavoro, cambiamenti indotti dai processi di digitalizzazione del lavoro di cura, etc.);
- sviluppo della capacità di operare in team interprofessionali, costruendo spazi di collaborazione fondati sul mutuo rispetto e sulla condivisione di codici.

Il progetto prevedeva di ancorare fortemente gli interventi ai contesti organizzativi, costruendo in questo modo interventi di formazione (action-learning) non standardizzati, ma finalizzati alla soluzione delle criticità specifiche emergenti nei diversi contesti, attraverso la partecipazione delle diverse figure professionali, e integrando i soggetti da reinserire direttamente nelle équipes che necessitano di nuovo personale (il progetto prevede in questo senso un'azione preliminare di censimento sul territorio di tali professionisti, e di sensibilizzazione, da condurre in collaborazione con i partner, poiché esperienze del recente passato avevano dimostrato quanto fosse difficile far emergere una domanda esplicita di reinserimento utilizzando meramente le offerte formative e l'informazione).

Le attività previste

Il progetto si è articolato in tre azioni pilota, finalizzate a preparare e accompagnare la sperimentazione degli interventi, i cui dettagli sono ripresi nei successivi capitoli:

- a **atelier del futuro**, finalizzati a favorire la riflessione, lo scambio e la progettualità a fronte delle esigenze della cura e ai cambiamenti in atto; si trattava di un intervento a supporto del *change management* e dell'apprendimento organizzativo pienamente ispirato ad un approccio sistemico e integrato ai problemi del settore, e fondato sulle teorie dell'anticipazione e sulla co-costruzione di soluzioni (Salini, Furlanetto et al., in questa rivista);
- b **preparazione e accompagnamento valutativo di un programma modulare di perfezionamento** sul tema delle cure di lunga durata: si trattava di progettare, mediante una ricerca-azione, e poi di seguire nella loro implementazione sperimentale una serie di moduli formativi brevi e di attività di accompagnamento alle persone desiderose di rientrare nel settore (Cattani et al., in questa rivista);
- c **preparazione di un'azione formativa pilota "Benessere nel lavoro di cura"**, rivolta ai quadri dei vari servizi coinvolti ed elaborata con i partner, in interazione con l'Osservatorio cantonale delle professioni socio-sanitarie e il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) (Alberston et al., in questa rivista).

A questi assi di intervento era affiancato un progetto di valutazione e monitoraggio, che prevedeva la definizione dei criteri di analisi della situazione in entrata (vissuti, preoccupazioni, ipotesi e aspirazioni), e l'elaborazione di un metodo qualitativo e quantitativo di monitoraggio di quanto emerso a livello individuale e a livello collettivo, riguardo alle proposte del progetto.

Sviluppo del progetto e prospettive

Il progetto Re Care è stato approvato dalla SEFRI come azione innovativa a inizio marzo 2020, nel pieno della fase acuta della pandemia. Ha quindi subito nella sua attuazione tutte le conseguenze negative del caso – soprattutto in termini di ritardi esecutivi e di necessità di riformulare il programma e ripensare i metodi di lavoro – ma ha anche goduto della possibilità di testare approcci e strumenti in un contesto del tutto eccezionale, che evidenziava la rilevanza e l'urgenza dei bisogni alla base della proposta, e la necessità di innovare profondamente le risposte.

Come detto, nei successivi capitoli le tre azioni di Re Care vengono analizzate nel dettaglio, ricostruendone l'iter di attuazione e i risultati puntualmente raggiunti, sul piano quantitativo e qualitativo. Per un bilancio generale, considerando gli obiettivi di partenza, bisogna tener conto della pandemia, fattore esogeno che ha aggravato i problemi, ma nondimeno delle opportunità aperte dalle nuove strategie cantonali nel settore anziani e cure di lunga durata. Benché, quale punto critico e catalizzatore di scoramento, essa sia stata acceleratrice di spinte disgregative e rivelatrice delle carenze strutturali del settore e della sua dipendenza dall'estero, ha prodotto anche conseguenze importanti: ha generato consapevolezza, domanda di visibilità e partecipazione, necessità di innovare (anche nella gestione dei sistemi relazionali complessi e nella didattica). Altro punto positivo è stato il varo recente della strategia di Pianificazione integrata Lanz.Lacd, che ha aperto nuove prospettive di politica sanitaria a livello cantonale, con un approccio moderno al settore delle cure di lunga durata.

L'approccio di Re Care, centrato sulla gestione partecipata del cambiamento, si conferma opzione valida nel rafforzamento della resilienza e nel contrasto alla demotivazione, a patto di saper valorizzare gli spazi di partecipazione per affrontare le vere urgenze e la complessità organizzativa, trovando soluzioni sinergiche ai bisogni dei curanti e dei pazienti. Il personale coinvolto, se messo in grado di progettare, dispone delle competenze e della creatività per identificare e implementare tali soluzioni (logistiche, tecnologiche, organizzative).

La formazione continua diviene risorsa perché progettata sulla base di una visione di futuro, in risposta a bisogni di accompagnamento e costruzione mirata di skills. Rimane fondamentale assicurare ora (vedi azione C) il passaggio generale ad una filosofia organizzativa che consideri il benessere del personale come requisito necessario sia per combattere la penuria di risorse umane (affrontandola in una logica di rete interprofessionale), sia per migliorare le cure di lunga durata (integrando le pratiche sanitarie e la cura sociale e a domicilio). I risultati del progetto Re Care, in particolare delle diverse azioni attivate, potranno fornire spunti di riflessione anche a livello federale su quali azioni concrete mettere in campo per rispondere all'Iniziativa sulle cure infermieristiche che intende promuovere le cure infermieristiche come componente importante dell'assistenza sanitaria.

4.4 Re Care: la progettazione e attivazione di Atelier dei futuri in sei strutture sanitarie ticinesi

Deli Salini, Antonio Furlanetto, Francesco Brunori, Siegfried Alberton, Furio Bednarz

Il primo asse di intervento del progetto Re Care prevedeva l'elaborazione e l'attivazione di proposte formative denominate Atelier dei futuri (AdF) in sei servizi di cure di lunga durata (case anziani e servizi di cure a domicilio) grazie al coinvolgimento di partner di terreno (organizzazioni professionali e scuole professionali). Questi Atelier, basati su una metodologia consolidata promossa dalla Cattedra Unesco dell'Università di Trento sui sistemi anticipanti e e dalla società -skopia¹, erano intesi a favorire la riflessione, lo scambio e la progettualità a fronte delle esigenze delle cure e ai cambiamenti in atto. Per la conduzione di questi AdF sono state implicate, come facilitatori o facilitatrici degli AdF – delle coppie di lavoro miste, composte da personale curante, proveniente dalle strutture sanitarie coinvolte, e da docenti di cure infermieristiche, provenienti dal Centro professionale sociosanitario infermieristico (CPSI). Per queste figure professionali sono stati previsti una formazione e un monitoraggio appositi sulle specificità del metodo proposto.

Di seguito presentiamo dapprima una sintesi della prospettiva riguardante le proposte formative improntate a “lavorare con i futuri” e in seguito saranno descritte le varie fasi di realizzazione dell'intervento AdF, nonché i risultati e le conclusioni. Un descrittivo più esteso di quanto svolto è presente nel rapporto di attività dell'intervento (Salini & Alberton, 2023).

Anticipare futuri?

Il mondo attuale si contraddistingue per una crescente complessità dei contesti e delle relazioni, per una accelerazione degli eventi e una contemporaneità di cambiamenti sociali, culturali e tecnologici. Soprattutto, come sottolineato dall'Unesco, siamo in un tempo in cui l'avvenire risulta incerto e l'insieme dei fenomeni con cui ci confrontiamo disorienta e sconvolge le immagini convenzionali del futuro, utilizzate dagli individui per pianificare, sentirsi sicuri e abbastanza fiduciosi per investire nel domani.

Questo è altrettanto vero per il settore della professione infermieristica, all'interno della quale gli innumerevoli cambiamenti che orientano verso una “Salute 4.0” (Chen et al., 2020) rischiano di polarizzare le visioni del futuro tra posizioni eccessivamente ottimistiche, ancorate a una visione utopica dell'idea di progresso, e visioni distopiche o pessimiste, che vedono nell'incremento delle tecnologie una rottura irrimediabile delle dimensioni umane delle relazioni di cura (Salini, 2018). In questo senso, nel progetto Re Care si è pensato di proporre un intervento che permettesse di sviluppare un approccio prospettivo, basato sugli studi sui futuri, al fine di supportare individui e organizzazioni a passare da una modalità “reattiva” agli eventi, a una modalità maggiormente proattiva nello sviluppo di scenari del futuro, facilitando i processi di anticipazione e di resilienza.

Come sottolineato da Poli (2017) la prima condizione necessaria per “usare” il futuro è dargli voce. Il futuro non sparisce se non ne parliamo, esso continua ad operare. Rendere espliciti i futuri possibili è il modo migliore per capirli e poter prendere posizione su di essi. La seconda condizione è lasciare la logica della linearità del tempo e di adottare lo schema *passato-futuro-presente*, abbandonando la serie lineare *passato-presente-futuro*. Quest'ultima vede il futuro come la continuazione del passato, mentre la serie alternativa *passato-futuro-presente* assegna un'importanza fondamentale al momento presente. Quest'ultimo è il luogo in cui le forze del passato e quelle del futuro convergono, compe-

1 — -skopia S.r.l. è una società attiva nell'ambito di progetti imperniati sui metodi dell'anticipazione; è nata come startup dell'Università di Trento.
www.skopia-anticipation.it

tono e occasionalmente trovano un qualche momento di equilibrio, per poi riprendere la competizione fra ripetizione del vecchio e annuncio del nuovo. Un sistema anticipante prende le sue decisioni nel momento presente alla luce della previsione di qualcosa che potrà eventualmente succedere in un secondo momento.

Per impostare il discorso sul futuro occorre peraltro distinguere due contesti nell'uso di questa nozione (Poli, 2017): "futuro di" e "futuro in". Il primo caso, quello del "futuro di", si risolve usualmente in esercizi tecnici che richiedono specifiche e approfondite competenze settoriali (per esempio, il futuro dell'automobile). L'approccio del "futuro in" si riferisce invece all'introduzione strutturata di competenze di futuro all'interno di un'organizzazione, istituzione o comunità. In questo caso la competenza di fondo è più culturale e attitudinale che tecnica, anche se ovviamente non può prescindere da alcuni elementi tecnici.

La proposta di Atelier dei futuri all'interno del progetto Re Care si situa nel secondo tipo di approccio e consiste di fatto in un intervento di Future Literacy (alfabetizzazione ai futuri) volto a favorire una lettura partecipata della realtà e la costruzione di strategie positive per affrontare l'avvenire (Poli, 2017; 2019; 2020; Salini, 2015). Questo anche tramite il consolidamento di competenze di gestione dello stress, l'incremento della resilienza e del self-empowerment, lo sviluppo della sensibilità e dell'attitudine collaborativa in team interprofessionali.

La promozione di competenze di Future Literacy, si fonda sugli studi di futuro e in particolare sulla teoria dei sistemi di anticipazione (Miller, 2020), il cui assunto di base è che non esista un futuro predeterminato, ma che il futuro sia invece aperto alle scelte individuali e collettive (Italian institute for the future, 2021) così da poter parlare di "futuri" al plurale (Figura 1).

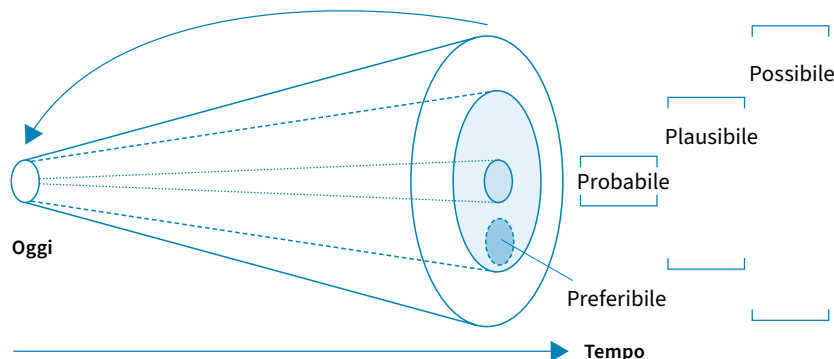


Figura 1
Cono dei futuri (adattato da Scolozzi et al., 2017).

I diversi futuri possono essere distinti in:

- **futuri probabili:** sono tipicamente estrapolazioni del presente, frutto di tendenze già da tempo in atto e prevedibili attraverso strumenti predittivi anche di tipo quantitativo (Forecast);
- **futuri plausibili:** sono futuri che potrebbero effettivamente realizzarsi nel corso del tempo, partendo da considerazioni realistiche sulle tendenze e sulle prospettive a partire dal presente, ma non hanno quel carattere predeterminato e fortemente prevedibile dei "futuri probabili". Qui si entra nel campo dell'incertezza;
- **futuri possibili:** un più ampio insieme di futuri che include anche le nostre aspirazioni e aspettative, le visioni utopiche, le discontinuità radicali (Wild card). Essi non possono in nessun caso essere previsti ma possono essere oggetto di analisi di scenario (Foresight);
- **futuri preferibili:** l'insieme dei futuri possibili che intendiamo realizzare, e per il perseguimento dei quali adottiamo strategie anticipanti (Anticipazione).

Affrontare esplicitamente e con appropriati strumenti metodologici il futuro consente allora di “lavorare” attivamente con esso, offrendo alla prassi formativa una più ampia e ricca base metodologica. Questo al fine di favorire una trasformazione dei modelli organizzativi (scolastici e formativi, aziendali, politici...) per renderli maggiormente in grado di rispondere alle sfide di lungo termine. Occorre infatti uscire dalla logica degli interventi o della progettualità a corto termine, che non permette di individuare le tendenze deboli ma non per questo irrilevanti in atto nel presente, ma ragionare, con opportune e molteplici strategie, a una visione a lungo termine (per esempio da qui a vent’anni).

I molteplici esercizi di futuro repertoriati nei Future Studies permettono di lavorare secondo questa prospettiva, potenziando la capacità di coloro che vi partecipano, sia ad immaginare futuri diversi da quelli prospettati in condizioni di routine, tenendo conto dei molteplici elementi in gioco, sia di attivarsi in azioni positive affinché gli stessi possano avverarsi.

Organizzazione e preparazione dell’intervento di AdF

L’intervento degli AdF è stato coordinato dalla SUFFP, in collaborazione con l’Ufficio della formazione continua e dell’innovazione (UFCI) della DFP e della direzione del CPSI. Come detto, la formazione e l’accompagnamento alla progettazione e realizzazione di AdF sono state svolte in collaborazione con la società di consulenza e formazione -skopia. Questo al fine di promuovere lo sviluppo di competenze specifiche sui metodi dell’anticipazione presso le persone coinvolte nella gestione degli Atelier.

L’attivazione del progetto e le strutture che hanno aderito

Pur con alcuni ritardi dovuti alla concomitante pandemia Covid 19, l’intervento AdF ha potuto essere avviato nell’estate 2020, grazie al supporto dell’Associazione dei direttori delle case per anziani della Svizzera italiana (ADiCASI) e della Conferenza dei Servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse pubblico nel Ticino (SACD). Questo ha permesso di definire le sei strutture sanitarie coinvolte e i nominativi delle persone partecipanti alla formazione di facilitatore/facilitatrice di AdF. Queste ultime, che hanno aderito volontariamente su proposta delle loro direzioni istituzionali, avevano un diploma nel settore infermieristico o nella formazione del personale nel settore. Per quanto riguarda le strutture sanitarie, hanno aderito la Casa Stella Maris di Bedano; il Centro Anziani di Balerna; la Fondazione Parco San Rocco; gli Istituti sociali di Chiasso; il SACD Malcantone e Vedeggio (MAGGIO); il SACD Mendrisiotto e Basso Ceresio. A partire da novembre 2020 sono state organizzate sei unità di lavoro (Tabella 1) composte ciascuna da rappresentanti delle strutture di riferimento e da docenti del CPSI. La composizione delle unità di lavoro è stata stabilita consensualmente tra le e i partecipanti.

Casa Stella Maris Bedano	1 Responsabile delle cure, 1 docente CPSI
Centro Anziani Balerna	1 formatrice ADiCASI, 1 docente CPSI
Fondazione Parco San Rocco, Morbio Inferiore	1 responsabile risorse umane, 1 referente della formazione, 1 docente CPSI
Istituti sociali di Chiasso	1 responsabile della formazione, 1 assistente di cura, 1 docente CPSI
SACD Malcantone e Vedeggio	1 capo-équipe, 1 coordinatrice, 1 docente CPSI
SACD Mendrisiotto e Basso Ceresio	1 vice capo équipe, 1 formatrice, 1 docente CPSI

Tabella 1
Composizione delle unità di lavoro per ciascuna struttura sanitaria.

Come è possibile notare, la scelta delle direzioni delle strutture coinvolte è stata di proporre la partecipazione al progetto a personale avente compiti di tipo formativo (per la maggioranza) oppure compiti di gestione di équipe e delle risorse umane. Inoltre, nella fase di attivazione degli AdF, due formatori SUFFP sono intervenuti direttamente a sostegno di due strutture sanitarie che presentavano situazioni particolarmente complesse – emerse nel periodo della pandemia – che si manifestavano con un clima di lavoro sovente carico di tensione e di sfiducia tra collaboratori o nei confronti delle direzioni. Il supporto ha riguardato la progettazione e gestione degli AdF con una particolare attenzione alle dinamiche relazionali tra partecipanti.

Percorso formativo per facilitatori e facilitatrici di AdF

Per l'insieme del progetto è stato proposto un "Laboratorio di progettazione e accompagnamento alla realizzazione di Atelier dei futuri 2020-2022" volto ad accompagnare la progettazione e attivazione degli stessi presso le sei strutture sanitarie coinvolte. Il laboratorio aveva lo scopo di permettere alle e ai partecipanti di diventare facilitatori/facilitatrici di AdF, acquisendo i principi e i metodi sull'anticipazione e sapendo attivare dei percorsi formativi secondo questi approcci, tenendo conto delle specificità dei contesti di destinazione degli AdF e delle possibilità concrete di realizzazione. Il percorso formativo, della durata di 140 ore, comprensivo della formazione d'aula e del lavoro sul campo, è stato caratterizzato da incontri in presenza/online e da momenti di progettazione specifica nelle unità di lavoro definite. A conclusione della formazione, ciascun partecipante ha ricevuto un attestato, volto a testimoniare il percorso svolto nonché le competenze raggiunte nell'attivazione di percorsi simili nel settore sanitario.

Contenuti trattati

Il primo anno (2020-2021) è stato dedicato soprattutto alla formazione teorico-metodologica e alla progettazione degli AdF. I contenuti e le modalità di erogazione sono stati peraltro adattati sia alle esigenze via via emergenti da parte delle e dei partecipanti, sia della situazione pandemica concomitante, che ha richiesto di passare a una modalità di erogazione a distanza della formazione. Nel secondo anno (2021-2022), gli incontri sono stati imperniati sull'affinamento e monitoraggio degli AdF attivati nelle strutture, tramite sessioni regolari di scambio e monitoraggio tra formatori e l'insieme delle e dei partecipanti, oppure con ciascuna unità di lavoro. Le sessioni di monitoraggio si sono rivelate molto utili per rafforzare la capacitazione di facilitatori e facilitatrici, partendo dalla considerazione, fondamentale nell'ambito dell'anticipazione, che è necessario mantenere l'allenamento delle skill di futuro poiché la tendenza spontanea delle persone è a ricadere nei condizionamenti cognitivi che impediscono un'autentica apertura a ciò che potrebbe accadere.

Rispetto ai contenuti teorici e metodologici, oltre a concetti generali sugli studi di futuro e sugli approcci anticipanti individuali e collettivi, si sono trattati i pregiudizi o stereotipi più diffusi relativi al futuro, i diversi livelli di anticipazione e i segnali di tendenza, i principali metodi qualitativi per accompagnare le persone a progettare futuri (Ruota dei futuri, Back Casting, Tre Orizzonti, Visioning), le fasi degli stessi e i metodi sia per effettuare analisi di contesto (interviste strategiche) sia per animare percorsi formativi sull'anticipazione.

Gli Atelier dei futuri proposti nelle strutture sanitarie

Progettazione e organizzazione

A partire da novembre 2020 ogni unità di lavoro ha svolto attività di progettazione e, oltre agli approfondimenti teorici personali, ognuna si è dedicata a esplorare le caratteristiche della struttura sanitaria considerata. In seguito, l'attività si è strutturata in incontri di progettazione, in riunioni con le direzioni delle strutture sanitarie e nella progettazione e attivazione di interviste strategiche o di altri incontri individuali, al fine di realizzare un'analisi di contesto. Ogni unità di lavoro si è inoltre chinata sulle modalità d'individuazione dei possibili partecipanti agli AdF, dei temi significativi da trattare e del calendario possibile. Il percorso di ogni AdF è stato strutturato in quattro – sei incontri (di 3-4 ore ciascuno), svolti nelle strutture di riferimento nel corso dell'anno scolastico 2021-2022, per un totale di 21 ore di formazione. Tra novembre 2021 e gennaio 2022 vi è stata una sospensione legata alla situazione pandemica e tutte le strutture hanno concluso il percorso entro settembre 2022.

Finalità e obiettivi per i destinatari degli AdF

Come indicato nell'introduzione, gli AdF sono stati ideati come percorsi formativi interprofessionali, che coniugano attività di apprendimento e di progettazione, basati sui principi e metodi degli studi di futuro e sono stati guidati da facilitatori e facilitatrici che hanno seguito la formazione descritta in precedenza presso la SUFFP di Lugano. La finalità generale degli AdF era di favorire, presso il personale coinvolto, la riflessione, la resilienza, lo scambio e la progettualità di fronte ai cambiamenti in atto nel settore della salute e delle cure, per la propria struttura sanitaria. Gli obiettivi specifici sono descritti di seguito:

- esercitare ed applicare gli approcci e le metodologie dell'Anticipazione nelle proprie strutture sanitarie, pensando ai futuri possibili, identificando come le nostre decisioni possono avere un'influenza sull'avvenire;
- acquisire nuove competenze nella gestione dell'incertezza e nella comprensione e gestione dei cambiamenti, sviluppando attitudini critiche senza dare nulla per scontato e senza fermarsi alle informazioni standard;
- elaborare proposte evolutive e specifiche per la propria struttura sanitaria, che tengano conto sia della situazione attuale che degli elementi che possono influenzare i futuri (tendenze maggiori e segnali deboli).

Metodologie formative utilizzate

In ogni struttura, consensualmente con le e i partecipanti, sono stati definiti dei temi trasversali o focus tematici, sui quali lavorare nei diversi incontri. Questi temi sintetizzavano gli auspici emersi dal primo incontro di AdF rispetto al “futuro che vorrei per la mia struttura sanitaria”, considerando un arco temporale di circa 20 anni. Nel corso degli incontri, a partire dalla premessa fondamentale che ciascun gruppo ha discusso e definito dei principi e valori comuni di collaborazione, sono state proposte metodologie specifiche di approcci al futuro (Backcasting, Concetto V.U.C.A, Metafore sul futuro, Polak, Ruota dei futuri, Visioning) così come numerose altre strategie formative, sia di tipo creativo (approcci metaforici e con immagini, approcci di tipo ludico) sia volte a favorire la motivazione e il team building.

Partecipanti

In totale hanno partecipato 71 persone (20 uomini, 51 donne) con una media di 10 persone a struttura (massimo 14, minimo 7), tutte a titolo volontario. La composizione era intergenerazionale e multiprofessionale, come evidenziato alla Figura 2. Ad ogni persona coinvolta negli AdF è stato rilasciato un attestato di partecipazione e, per il personale curante anche il riconoscimento di 21 crediti ECS, da parte della sezione sanitaria e sociale della DFP del Cantone Ticino, in collaborazione con il CPSI.

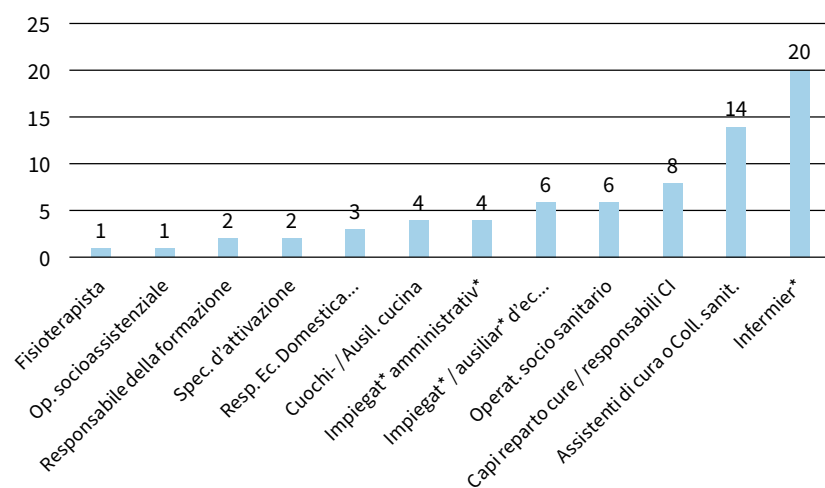


Figura 2
Qualifiche dei partecipanti agli AdF.

Risultati

Alla fine di ogni ciclo di incontri di AdF sono stati elaborati e presentati alle direzioni i temi trattati e le proposte operative scaturite da ciascun percorso. Una breve indagine svolta nell'estate 2023 tramite interviste presso i referenti di progetto o presso le direzioni delle strutture sanitarie coinvolte, ha permesso inoltre di rilevare lo stato di attivazione di quanto ideato e di raccogliere delle riflessioni conclusive sull'intervento di AdF.

Dopo una breve contestualizzazione delle caratteristiche delle strutture anche rispetto alle sfide che ciascuna si è trovata ad affrontare nel periodo del progetto o nei mesi seguenti, i risultati sono presentati secondo due temporalità: quelli immediati, al termine degli AdF realizzati in ogni struttura, e quelli a un anno dalla conclusione degli stessi. Due sotto capitoli ulteriori sono dedicati ad aspetti trasversali emersi dagli AdF e ai riscontri delle persone coinvolte come facilitatrici o facilitatori degli AdF.

Le sfide generali, per tutte le strutture sanitarie coinvolte, erano evidentemente riferite all'importante impatto della pandemia Covid 19 che, oltre ai rischi per la salute di tutte e tutti, ha notevolmente aumentato il carico di lavoro del personale, lo stress di curanti e pazienti, nonché interrotto o modificato le abituali attività di cura. In alcuni casi questo ha portato a un peggioramento del clima di lavoro tra il personale e a delle tensioni tra curanti e quadri direttivi. Inoltre, nei mesi successivi alla pandemia vi è stato un aumento significativo delle dimissioni di curanti, che spesso hanno optato per un prepensionamento. Questo fenomeno, in linea purtroppo con le tendenze attuali in Svizzera, ha indotto dunque una riduzione degli effettivi e una maggiore difficoltà delle strutture a reperire personale sanitario.

D'altro lato, quale evento particolarmente positivo di contesto, segnaliamo che nel gennaio 2023 il Gran Consiglio ticinese ha approvato la Pianificazione integrata LANz-LACD 2021-2030. Essa costituisce il documento strategico di riferimento per il settore socio-sanitario e fissa l'ordine di priorità degli interventi per fornire risposte adeguate alle varie esigenze della popolazione nei seguenti settori: case per anziani, servizi che erogano assistenza e cura a domicilio, servizi di appoggio e aiuti diretti

finalizzati al mantenimento a domicilio. Questa Pianificazione fonda le possibilità di lavoro in rete delle diverse strutture sulla base di cinque principi di base: orientamento all'utente; inclusione; gestione integrata dell'offerta; orientamento alla presa in carico domiciliare; qualità delle prestazioni.

Casa Stella Maris Bedano

Si tratta di una casa per anziani medicalizzata, aperta nel novembre 1991. Situata a Bedano, è gestita da un consorzio di sette comuni e attualmente ha una capienza di 99 posti letto. Le sfide principali che doveva affrontare a inizio progetto erano la ristrutturazione architettonica interna (che significava tra l'altro la chiusura alternata di reparti e trasferimenti di personale da un reparto all'altro) e la necessità di accogliere pazienti e personale di un reparto Alzheimer proveniente da una casa per anziani vicina (CpA CAAV di Mezzovico), anch'essa in ristrutturazione. Alla Stella Maris il percorso AdF è stato seguito da 14 persone provenienti da diversi settori della CpA, tra marzo e settembre 2022 ed è stato co-animato da Susanna Baseotto (docente CPSI) e Fabio Castiglioni (responsabile delle cure della CpA) unitamente al supporto metodologico di Siegfried Alberton della SUFFP. Il focus tematico scelto a inizio percorso era imperniato sul *Favorire il benessere di operatori e ospiti sapendo gestire le sfide dei cambiamenti in atto*, e questo facendo in modo sia di favorire un clima di lavoro collaborativo e aperto al cambiamento, sia di favorire presso le e i partecipanti l'assunzione di un ruolo di facilitatori di un nuovo approccio al futuro presso colleghe e colleghi.

A conclusione del percorso, i progetti per il futuro (sull'arco di un ventennio) erano imperniati su tre ambiti principali: a · *tecnologia*, con l'implementazione del lavoro in rete, un focus sull'assistenza personalizzata e l'aggiornamento di presidi e dispositivi; b · *qualità*, intesa a sviluppare l'integrazione coi servizi del territorio, una valorizzazione della formazione interna e maggiori possibilità di scelta per gli ospiti (presenza di animali domestici, personalizzazione dei menù, libera scelta del medico) e infine, c · *il valore della professione*, inteso a tenere maggior conto delle esigenze personali (degli ospiti, dei collaboratori), di favorire le possibilità di feed back dei dipendenti coi quadri e con l'Ente Cantonale, la personalizzazione delle attività proposte agli ospiti considerandone le esigenze personali. A un anno dalla conclusione del progetto, come sottolineato dal Responsabile del settore cure, la CpA si trova con uno scenario completamente mutato: le modifiche strutturali così come l'inserimento del reparto Alzheimer sono state portate a buon fine e l'inserimento del "nuovo personale" proveniente dalla CpA di Mezzovico sta evolvendo verso una migliore integrazione con il resto del personale curante e un apprendimento di quest'ultimo degli approcci necessari per lavorare con persone affette da demenza. Vi è una sempre maggiore implementazione del lavoro in rete, grazie all'interazione con la CpA di Mezzovico che dovrebbe portare a una maggiore condivisione del personale e dei protocolli, nonché, nel futuro, a una gestione amministrativa condivisa. Vi è inoltre una implementazione della formazione, focalizzata sul lavoro in rete e sulla costruzione di consenso rispetto alle scelte previste. In questo senso la maggior parte di coloro che hanno partecipato agli AdF assumeranno sempre più la funzione di facilitatori, presso colleghe e colleghi, di progetti concreti rivolti al futuro. Quindi, rispetto a quanto prospettato alla conclusione degli AdF, è stato sviluppato in particolare l'ambito "tecnologia" e in parte quello relativo alla "qualità" per l'integrazione coi servizi sul territorio, mentre per l'ambito "valore della professione", si ritiene che l'accelerazione data dalla messa in rete di CAAV porterà a ulteriori sviluppi nella creazione di un'identità professionale unica e complementare alle 2 strutture. Questa accelerazione ha inoltre compresso i tempi preventivati sullo sviluppo tecnologico e pone le basi verso una maggiore integrazione con i servizi del territorio (pasti al domicilio – servizio

diurno – ambulatori fisioterapici – studi medici, ...). Infine, nel percorso AdF, l'unione di visioni interdisciplinari ha compattato maggiormente il senso di appartenenza tra i vari operatori andando a facilitare la medicalizzazione del periodo altamente stressogeno (pandemia + cantiere) che la struttura ha vissuto tra il 2020 e il 2022.

Centro Anziani Balerna

Aperta nel gennaio 1984, questa CpA è di proprietà del Comune di Balerna ed è composta da un settore medicalizzato (35 camere singole) e un settore protetto (16 appartamenti, individuali o per coppie). Si tratta dunque di una piccola struttura, che doveva affrontare a inizio progetto due sfide principali: da un lato una prevista ristrutturazione architettonica e ampliamento dell'edificio che generava inquietudini per la gestione delle attività quotidiane con l'utenza, dall'altro un clima di scoraggiamento tra dipendenti, legato sia al periodo di pandemia, sia a dinamiche interne al personale. In questo senso la preoccupazione della Direzione della struttura era di promuovere un progetto che avesse degli aspetti di possibile continuità e aderenza ai bisogni delle persone coinvolte, anche in vista della fase di transizione legata alla ristrutturazione. In questa struttura sono state attivate due proposte di riflessione sui futuri: la prima, promossa dal Direttore Luca Janett a seguito della sua partecipazione al seminario sull'anticipazione dell'agosto 2020 e rivolta ai diversi partner del progetto Re Care, e la seconda, ovvero quella legata agli AdF veri e propri. La prima proposta (due pomeriggi di lavoro) è stata gestita dal Direttore e rivolta a tutte e tutti i capi settore della CpA. Essa era intesa a far emergere indicazioni riguardo agli elementi da considerare per la ristrutturazione architettonica prevista. Da questo seminario sono emerse 21 proposte operative, poi sottoposte alla comunità di lavoro AGATA, incaricata dei lavori. L'80% delle proposte sono state considerate pertinenti e integrate al progetto di ristrutturazione indirizzato al Municipio di Balerna. La seconda proposta, o percorso AdF, è stata seguita da sette persone provenienti da diversi settori della CpA, tra aprile e giugno 2022 e condotta da Viviana Spagnoli (responsabile di formazione presso ADiCASI) e Sonia Molteni (docente CPSI). Il focus tematico scelto a inizio percorso era imperniato sul tema *Il futuro delle meraviglie – promuovere e facilitare il cambiamento*, con l'intento sia di promuovere un clima di lavoro positivo e collaborativo, sia di promuovere una cultura del cambiamento e le capacità di resilienza.

A conclusione del percorso, è emerso l'intento di mettere in atto nei prossimi anni diverse misure al fine di raggiungere una visione imprenditoriale e di eccellenza della CpA (un fiore all'occhiello!) e di promuovere lo spirito di squadra tra il personale, anche tramite azioni formative mirate. Inoltre, si è prospettata, a ristrutturazione terminata, una casa rivolta anche al territorio grazie a servizi offerti e che possa tenere conto dei bisogni sia dei residenti (maggiore personalizzazione di cure e dell'alimentazione) sia del personale (conciliabilità lavoro vita privata, maggiore coinvolgimento nelle decisioni). A un anno dalla conclusione del progetto, come sottolineato dal Direttore, la CpA si ritrova con uno scenario "in sospensione" per quanto riguarda le decisioni di ristrutturazione che l'anno prima sembravano imminenti ma che al momento sono rinviate, per mutate condizioni socio economiche e politiche. D'altra parte, quanto emerso dal gruppo di partecipanti agli AdF è stato sottoposto al Municipio e, al fine di promuovere la partecipazione e il coinvolgimento del personale, coloro che hanno partecipato all'AdF sono interpellati regolarmente in caso di decisioni sull'andamento della struttura. Altro elemento da sottolineare è che per tutte le persone coinvolte è certamente mutata la visione del futuro, considerato non più come evento ineluttabile ma evento su cui è possibile intervenire, con le dovute strategie.

Fondazione Parco San Rocco, casa di Morbio Inferiore

La fondazione Parco San Rocco nasce nel 1935 per far fronte alle esigenze di cura dell'anziano nel paese di Morbio Inferiore. Di ispirazione religiosa, inizialmente è di piccole dimensioni e gestita interamente da religiose (Piccole Suore della Sacra Famiglia), negli anni si è poi trasformata ed è cresciuta fino ad avere, nel 2022, 110 posti letto. La Fondazione da circa dieci anni si fonda su un concetto di Casa per anziani intergenerazionale, in grado di offrire servizi multifunzionali non solo ai residenti della Casa, ma anche alle altre fasce di età della popolazione, con l'obiettivo di generare maggior benessere a tutta la comunità. Le sfide principali che doveva affrontare a inizio progetto erano da un lato il vissuto del personale legato alla gestione della situazione critica della pandemia, dall'altro la prospettata apertura di una casa per anziani gestita dalla stessa fondazione San Rocco, in un paese della regione (Coldrerio) e tra alcuni anni anche in un'ulteriore località, nonché la ristrutturazione architettonica della stessa CpA di Morbio. In questo caso la sfida consisteva nel saper integrare e far evolvere la visione e gli approcci attivati a Morbio Inferiore anche nelle nuove CpA, considerando i bisogni specifici di ciascun territorio e l'evoluzione delle condizioni socioeconomiche. Nella CpA di Morbio Inferiore il percorso AdF è stato seguito da 12 persone provenienti da diversi settori della CpA, tra novembre 2021 e agosto 2022 ed è stato animato da Davide Uzzo (Responsabile Capitale umano e formazione), Patrizia Gusmeroli (Responsabile di formazione) e Silvia Mobilio (Docente CPSI). Il focus tematico scelto a inizio percorso era imperniato sul *Favorire il benessere del personale per favorire il benessere del residente*, con l'intento appunto di accompagnare le persone partecipanti a meglio approcciarsi al cambiamento, a risvegliare una consapevolezza degli aspetti positivi già presenti nella struttura ma anche di quelli migliorabili, e infine di stimolare il personale a ragionare in modo proattivo.

A conclusione del percorso, i progetti per i prossimi anni erano imperniati su: a · l'integrazione tra personale della CpA e di quello attivo sul territorio (équipe unica) sviluppando maggiormente un approccio di rete, b · sviluppare gli aspetti tecnologici, c · estendere le occasioni di scambio intergenerazionali e culturali per gli ospiti, d · promuovere leggi che tutelino maggiormente la categoria della professione sanitaria, e · aprire una riflessione sulla gestione della turnistica per migliorare la qualità di vita del personale. A un anno dalla conclusione del progetto, come sottolineato dal Responsabile del capitale umano e della formazione, diversi progetti sono stati attivati e sono in corso di evoluzione. In particolare, si sono poste le premesse per il lavoro in rete, creando delle équipes integrate, attive sia nelle strutture stazionarie, sia sul territorio. Da settembre 2023 il Parco San Rocco fornirà infatti servizi di cura e assistenza a domicilio. Per quanto riguarda la dimensione tecnologica, è stata implementata la cartella informatizzata dei pazienti (e la formazione del personale correlata) ed è stata costituita una cartella Moodle per lo scambio e la raccolta di informazioni per il personale, anche riguardo alle proposte formative. Per il tema dell'estensione degli scambi intergenerazionali e culturali, si è riattivato quanto era stato interrotto nel periodo di pandemia ed esteso l'approccio anche alla nuova CpA aperta a Coldrerio. Si sono inoltre proposti degli incontri "Café society" in cui vengono presentate testimonianze significative provenienti sia dagli ospiti delle strutture, sia dall'utenza del territorio. Sempre per la cura degli ospiti si è inoltre aperto da tre anni un reparto di geronto-psichiatria a Morbio che da settembre 2023 sarà presente anche a Coldrerio. La gestione della turnistica è stata centralizzata (prima era distinta per ogni reparto di cura della CpA), in modo da meglio coordinare i tempi del personale e rispondere ai bisogni adeguatamente e in maniera paritaria. Infine, ancora per meglio rispondere ai bisogni del personale, che spesso si è sentito e si sente eccessivamente sollecitato, si stanno proponendo degli incontri sia di supervisione, sia di discussione relativi alla gestione delle proprie risorse e all'attivazione di strategie di coping.

Istituti sociali di Chiasso

Gli Istituti sociali di Chiasso offrono una CpA suddivisa in due strutture: Casa Soave (aperta nel 1981, con 45 posti letto) e Casa Giardino (aperta nel 1993, con 82 posti letto) oltre a un Centro diurno terapeutico e un Centro diurno ricreativo. A inizio progetto la sfida principale da affrontare era relativa a un clima di sconforto e sfiducia tra collaboratori, legato sia alla situazione pandemica, sia a tensioni fra le diverse categorie professionali e con i quadri gerarchici di riferimento, che si traduceva anche in un significativo turnover del personale curante. Inoltre, anche in questo caso si prospettava una ristrutturazione architettonica volta a meglio collegare le due strutture stazionarie per anziani attualmente separate fisicamente, pur avendo lo stesso personale curante. Il percorso AdF è stato seguito da 11 persone provenienti da diversi settori degli Istituti sociali e il gruppo era fortemente e consapevolmente eterogeneo anche per quanto riguarda gli anni di permanenza nella struttura. Il percorso AdF è stato svolto tra ottobre 2021 e aprile 2022 ed è stato animato da Elena Picciocchi (Responsabile della formazione) Sabrina Colombo (Assistente di cura e collaboratrice per la formazione) e Sandra Ferrazzini (docente CPSI) con, inoltre, il supporto metodologico di Deli Salini (SUFFP). Il focus tematico scelto a inizio percorso era intitolato *Movimento condiviso: in futuro in questa struttura si lavora bene insieme e in un luogo gradevole*, dal quale appare l'intento esplicito di focalizzarsi sia su aspetti di qualità del lavoro sia su aspetti relazionali per tutta la comunità del personale e degli ospiti seguiti.

A conclusione del percorso AdF, i progetti per i prossimi anni (sull'arco di un ventennio) erano imperniati su tre aree tematiche, specificate ciascuna in azioni diversificate (in corsivo quelle scelte come prioritarie): a · Personale motivato, formato e collaborativo (con azioni sulla gestione delle risorse umane, sulla *formazione* e sull'interprofessionalità); b · Nuova configurazione degli spazi e dei servizi (con azioni relative alla sistemazione e riconfigurazione di spazi e tempi, allo *sviluppo dell'animazione* e al coordinamento del servizio medico); c · Sviluppo degli aspetti tecnologici ed ecologici (con azioni relative allo *sviluppo dell'informatizzazione* – *in particolare per il personale "assistenti di cura"*– ; degli strumenti di gestione logistica e domotica e di quelli relativi all'implementazione di un approccio ecologico. A garantire la continuità delle diverse azioni era inoltre stata prospettata la creazione di gruppi di lavoro sui temi prioritari. A un anno dalla conclusione del progetto, come sottolineato dal Direttore delle CpA, Fabio Maestrini e dalla Responsabile delle cure Sonia Tettamanti, da un lato le decisioni relative al progetto di ristrutturazione sono state approvate a livello politico, dunque prossimamente inizieranno i lavori. D'altro lato, i progetti su cui ci si è potuti attivare maggiormente (alcuni sono rinviati in attesa del rientro di responsabili attualmente assenti) sono i seguenti: sviluppo degli aspetti legati all'informatizzazione con implementazione della formazione e del coinvolgimento delle e degli assistenti di cura nella gestione della cartella informatizzata dei pazienti. Per quanto riguarda gli aspetti di animazione, questi sono stati riattivati e implementati rispetto alla situazione prepandemia grazie a una gestione coordinata degli stessi. Gli aspetti relativi alla formazione continua del personale saranno invece promossi maggiormente a partire dall'autunno 2023. Alcuni elementi di lavoro del personale sul territorio si stanno attivando grazie alla già citata legge sulla Pianificazione integrata LANz-LACD e si prevede in futuro una più efficace gestione delle risorse umane grazie alla prospettata ristrutturazione delle modalità di gestione delle strutture per anziani sul territorio, in cui si prospetta una aggregazione della gestione di alcune strutture regionali in prossimità e la conseguente condivisione della gestione del personale.

SACD Malcantone e Vedeggio

Il servizio di Assistenza e cure a domicilio del Malcantone e Vedeggio (SACD MAGGIO) è un servizio di interesse pubblico previsto dalla legislazione cantonale. È rivolto a un comprensorio di 25 comuni, suddiviso in due zone principali di intervento, ognuna gestita da due e rispettivamente tre sotto équipes (a loro volta suddivise in micro équipes per meglio rispondere ai bisogni locali), per una popolazione di 827 utenti seguiti (nel 2022). Le sfide principali che doveva affrontare a inizio progetto erano relative sia alla situazione pandemica sia alla necessità di aumentare la fidelizzazione del personale, considerando in particolare il tema della conciliazione tra lavoro e vita privata. In questa struttura sanitaria il percorso AdF è stato seguito da 13 persone provenienti da diversi settori dell'ACD, tra ottobre 2021 e maggio 2022 ed è stato animato da Delia Caspani (capo équipe), Manuela Vigliotti (all'epoca coordinatrice del SACD MAGGIO, attualmente capo-équipe in un'altra struttura) e Roberto Guggiari (docente CPSI). Il focus tematico scelto a inizio percorso era imperniato su *Le cure del futuro: la struttura che vorrei*, inteso a promuovere presso tutte le persone coinvolte un maggiore approccio proattivo all'avvenire e al contempo favorire la resilienza rispetto alle situazioni difficili che ci si trovava ad affrontare nel presente.

A conclusione del percorso AdF, i progetti per gli anni seguenti erano imperniati su tre aree tematiche: *Benessere degli operatori* con proposte di intervento su formazione continua, valorizzazione dei ruoli, miglioramento della turnistica e adeguamento salariale; *Sviluppo delle competenze tecnologiche hard e soft*, con in particolare la proposta di elaborare un'applicazione informatica detta "APP MAGGIO", dedicata inizialmente al personale e in seguito eventualmente fruibile in parte dall'utenza; *Sviluppo dell'integrazione e sinergia con la rete territoriale*, in particolare con la proposta di inserire la figura dell'infermiera "Case Manager" per la gestione dei casi complessi. A garantire la continuità delle diverse azioni è stata attivata la creazione di gruppi di lavoro sui temi prioritari. A un anno dalla conclusione del progetto, come sottolineato da Delia Caspani, il servizio MAGGIO si è mosso in diverse delle tematiche prospettate. Per quanto riguarda l'asse relativo al Benessere degli operatori, ci si è attivati per una mappatura di tutte le specializzazioni infermieristiche (in salute mentale, geriatria, cura ferite, cure palliative, etc.) e relativo adattamento della funzione di servizio, con corrispondente adeguamento salariale, validato dal Comitato del SACD a seconda del livello di formazione di ciascuno.

Rispetto alla turnistica, si sono analizzati per cominciare i turni del personale infermieristico trovando una soluzione che permettesse di abolire quasi completamente i turni spezzati, grazie all'integrazione delle attività amministrative nel turno. Questo adeguamento peraltro ha anche facilitato la possibilità di intervento tempestivo in caso di situazioni d'urgenza dell'utenza. Per il resto del personale si stanno cercando ancora soluzioni adeguate, volte a conciliare le esigenze del pubblico destinatario (sempre più necessitante di una personalizzazione delle cure) con le esigenze del personale della struttura sanitaria. Ulteriore progetto relativo alla gestione del personale, che si è attivato anche in seguito agli AdF, riguarda l'introduzione del personale neoassunto, notoriamente un momento importante e delicato. È stato ristrutturato tutto il processo suddividendolo in cinque fasi (introduzione, presentazione dell'organizzazione e struttura aziendale, comunicazione su norme, procedure e responsabilità, trasmissione di competenze, sistemi di relazioni e comunicazione interna ed esterna) con il supporto di una scheda di accompagnamento. La stessa permette la presa in visione degli obiettivi del periodo d'inserimento, la valutazione delle competenze previste e la certificazione di acquisizione anche attraverso dei colloqui specifici a conclusione di ogni fase.

Per ogni équipe è stato nominato un responsabile interno e dei mentori sul territorio, che seguono tutto l'approccio presso l'utenza e che preenziano anche durante i colloqui intermedi. Il processo d'introduzione viene distribuito sui primi tre mesi, che corrispondono al classico periodo di prova.

Per il tema dello Sviluppo delle competenze tecnologiche hard e soft, il gruppo di lavoro si è chinato anzitutto sulla revisione della documentazione in uso per il personale nella SADC, mirando sia a un'informatizzazione di tutte le informazioni relative ai pazienti, sia a una armonizzazione e maggiore accessibilità della documentazione da parte del personale curante (dunque non solo al personale infermieristico). Si intende inoltre rivedere il sito del servizio stesso. L'implementazione dell'APP MAGGIO vera e propria è soggetta sia a scelte di tipo tecnico, ancora da vagliare, sia alla costituzione di sinergie con altri progetti sul territorio. Infine, per quanto riguarda l'integrazione e sinergia rispetto alla rete territoriale, il progetto Case Management è stato attivato e un gruppo di lavoro specifico, coordinato dal Direttore sanitario (Maurizio Quadri) si sta chinando attualmente sulla preparazione di questo tipo d'intervento, lavorando in particolare su due focus: a · implementazione di uno strumento utile alla gestione di casi complessi grazie alla collaborazione con la SUPSI e l'implementazione dello strumento COMID, ossia un dispositivo di valutazione specifico della complessità multidimensionale per la pratica infermieristica a domicilio; b · sviluppo delle competenze del personale nella gestione di casi complessi, cercando di promuovere una formazione diffusa e omogenea su questo tema.

SADC Mendrisiotto e Basso Ceresio

Il servizio di Assistenza e cure a domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio nasce nel 1975 come succursale del Consorzio Servizio Aiuto Domiciliare di Lugano e dintorni. Dal 2000, con l'entrata in vigore della Legge sull'assistenza e la cura a domicilio (LACD), ACD diventa uno dei sei Servizi autonomi di Assistenza e Cura a Domicilio (SADC) che gestiscono i comprensori d'attività del Cantone. È dunque un servizio di interesse pubblico e la sua azione è rivolta a un comprensorio di 14 comuni, seguiti secondo la zona da quattro équipe multidisciplinari territoriali, a loro volta distinte in undici sottozone di intervento, per una popolazione di circa 1300 utenti. Le sfide principali che doveva affrontare a inizio progetto erano relative alla situazione pandemica da un lato e a un certo disinvestimento del personale (o rassegnazione) rispetto al futuro, mentre nel corso dei mesi successivi si è posta in maniera importante la questione della concorrenza sul territorio da parte di servizi di cure privati. In questa struttura il percorso AdF è stato seguito da 14 persone provenienti da diversi settori dell'ACD, tra settembre 2021 e aprile 2022 ed è stato animato da Ester Peron (vice capo equipe), Luana Zocchetti (formatrice) e Monica Colombo Guarise (docente CPSI). Il focus tematico scelto a inizio percorso era imperniato sul tema del Work-life balance, le buone pratiche per il futuro. La scelta è ricaduta su questo tema perché offriva la possibilità di esplorare e di trattare anche altri argomenti, emersi nella fase di analisi di contesto e che possono essere considerati dei sotto-temi. L'obiettivo infatti è stato quello di non creare dei limiti all'esercizio di futuro.

A conclusione del percorso AdF, i progetti per i prossimi anni (sull'arco di un ventennio) erano imperniati su quattro aree tematiche: *Flessibilità, organizzazione, riconoscimenti*, con proposte di intervento su diversi aspetti di gestione della turnistica e delle ore accumulate, sulla distribuzione del lavoro considerando la complessità assistenziale, sull'ottimizzazione delle competenze nel personale, sull'introduzione di bonus di diverso tipo, sulla la creazione di punti di appoggio sul territorio (stop and go) accessibili alla popolazione e sull'implementazione del lavoro in rete. *Formazione-educazione, profili professionali, nuove figure,*

con proposte relative alla riabilitazione delle competenze di operatori e operatrici socio sanitarie, al potenziamento della formazione di alcune figure professionali e l'integrazione di formazioni specialistiche tecniche, sulle competenze relazionali, sull'accompagnamento di persone in formazione, facendo capo anche a modalità didattiche interattive e digitali. *Comunicazione, relazione, socialità, integrazione della rete*, con proposte di intervento volte alla creazione di momenti di aggregazione tra il personale e promozione delle attività di collaborazione con altre strutture sanitarie sul territorio. *Tecnologia*, con proposte riguardanti l'adeguamento dei mezzi tecnologici alle esigenze crescenti e l'implementazione della telemedicina a gestione infermieristica, con un progetto pilota che includa dei percorsi chiari e definiti per target di popolazione.

Ad un anno dalla conclusione del progetto, come sottolineato in un incontro con Ester Peron e Luana Zocchetti, pur essendoci ritardi per la realizzazione di quanto previsto, a causa di cambiamenti avvenuti o imminenti a livello di quadri direttivi, ci si è attivati anzitutto per una maggiore interazione tra le équipes di lavoro da un lato e per una maggiore sotto distribuzione del personale nelle zone di intervento, in modo da rispondere in maniera migliore alle esigenze dell'utenza. Sono state inoltre attivate collaborazioni con una CpA e si prevede appena possibile la creazione di un punto stop and go sul territorio. Per quanto riguarda la turnistica, sono stati attivati dei miglioramenti ma ancora non in maniera conclusiva, anche perché si è confrontati con un problema di penuria di personale da un lato e dall'altro a volte è difficile conciliare le esigenze del personale con quelle dell'utenza, che desidera un intervento molto più personalizzato. Riguardo alla formazione, ci si è attivati per promuovere lo sviluppo di competenze di operatori e operatrici sociosanitarie, il cui profilo è in fase di revisione.

Aspetti trasversali emergenti dagli AdF

A livello trasversale ci sembra importante sottolineare, riguardo ai vissuti delle persone partecipanti, che se a inizio percorso si notava la prevalenza di un approccio prudente al progetto, nel giro di un paio di incontri in ogni struttura si è vista crescere la motivazione e il coinvolgimento, espresso tramite parole chiave come entusiasmo, condivisione e gratificazione, propositività, coraggio, fiducia, spirito innovativo, orientamento ai risultati, clima positivo, dinamico e collaborativo.

Più in generale gli aspetti positivi di questi Atelier si configurano a diversi livelli, che sintetizziamo di seguito:

- i metodi e tecniche dell'anticipazione configurano un approccio che agevola la gestione del cambiamento, tramite la discussione e co-costruzione di obiettivi e piste di lavoro. In particolare, gli AdF hanno permesso di sperimentare e valorizzare un metodo di gestione organizzativa che permette di implementare interventi in cui esigenze del personale e dell'utenza siano parte di un disegno integrato e sinergico;
- l'approccio utilizzato ha permesso di stemperare le tensioni organizzative e i conflitti tra componenti del sistema e, favorendo la coprogettazione, ha portato anche all'implementazione sostenibile di soluzioni digitali, nonché promosso le condizioni per rafforzare la dimensione interprofessionale e il lavoro in rete;
- gli AdF hanno consentito di individuare bisogni formativi mirati e personalizzare le offerte formative. Inoltre hanno favorito un approccio che supera la dimensione emergenziale e definisce obiettivi di medio e lungo termine, in una prospettiva coerente rispetto alla nuova strategia cantonale.

Per tutte le persone coinvolte negli AdF, l'aver approfondito il tema dell'anticipazione e gli esercizi correlati, ha permesso di integrare una prospettiva sino a quel momento sconosciuta (la possibilità di lavorare sui futuri) e di abbandonare vecchi pregiudizi sulle proprie possibilità di azione. Questo ha stimolato a generare visioni oltre i classici cinque anni di previsione gestionale, ampliando lo spettro di osservazione non solo a livello temporale ma anche ambientale /politico/ sociale.

Il vissuto di facilitatori e facilitatrici

Ai facilitatori e alle facilitatrici degli AdF sono stati proposti dei bilanci intermedi, un bilancio conclusivo e, ad almeno un rappresentante per struttura, un bilancio ad un anno dalla conclusione del progetto. Sintetizziamo di seguito quanto emerso da questi diversi riscontri.

Per quanto riguarda gli aspetti positivi dell'esperienza, tutte e tutti sono contenti e in un certo senso orgogliosi di aver partecipato a un progetto innovativo, particolarmente stimolante e di aver acquisito nuove conoscenze e metodi applicabili concretamente. L'affiatamento tra partecipanti e il buon rapporto con il corpo docente sono stati anche particolarmente apprezzati, così come la buona organizzazione e accompagnamento nel corso del progetto, soprattutto nella fase di messa in opera. È stato inoltre sottolineato l'impegno e la competenza del corpo docente.

Per quanto riguarda gli aspetti critici, è stato segnalato il sentimento di incertezza a fronte di un progetto mai praticato e di cui inizialmente non si vedevano bene le condizioni di fattibilità. Il fatto di aver realizzato gli AdF in periodo di pandemia, con le incertezze e le difficoltà di messa in opera correlate, è stato particolarmente faticoso, così come il dover conciliare il progetto con i numerosi altri impegni professionali e privati. L'aver incontrato lo scetticismo iniziale del personale in certe strutture ha influito sulla fiducia nella possibilità di realizzare il progetto stesso e alcuni metodi sono stati vissuti come particolarmente complessi, mentre di altri se ne vedeva più facilmente la trasferibilità.

A conclusione del progetto vi è un sentimento generale di soddisfazione per aver compiuto qualcosa che non era mai stato realizzato prima, in un certo senso di aver superato una prova, e di avere a disposizione e meglio padroneggiare un approccio e dei metodi applicabili in altri contesti.

Conclusioni

L'esperienza di formazione di facilitatori e facilitatrici di AdF e di attivazione degli stessi nelle strutture sanitarie aderenti è stata particolarmente significativa, non solo in quanto progetto pilota innovativo, ma anche riguardo ai modi della sua realizzazione nei tempi di pandemia.

La forza del metodo ci sembra si imponga anzitutto grazie all'esperienza dello scambio e del lavoro collettivo che si è svolto sia nella preparazione che nella realizzazione degli AdF, vincendo iniziali dubbi e l'effetto di spiazzamento dato dall'anticipazione, rispetto ad altre modalità strutturate di gestione del cambiamento. Gli altri elementi di forza dell'esperienza possono essere distinti in tre categorie principali: la versatilità del metodo, la definizione di progetti concreti implementabili nei diversi contesti (che assicura concretezza e ricadute a livello di metodo di lavoro, almeno se si realizza un coerente supporto da parte della direzione e a livello di *change management*), e il ruolo chiave delle facilitatrici e dei facilitatori che si sono formati, e potranno assicurare l'integrazione del metodo nella prassi di conduzione strategica delle risorse umane o nelle proposte di formazione future.

Di fatto, il progetto proponeva molte sfide a vari livelli dal punto di vista della realizzazione anche sotto il profilo dello svolgimento degli "esercizi di futuro". Si trattava innanzitutto di formare un nucleo di docenti CPSI e operatori delle strutture, che a loro volta avrebbero potuto

condurre in autonomia gli esercizi di futuro e le attività collegate nei singoli AdF. Questo ha potuto avvenire con successo grazie alla adesione delle e dei partecipanti e al costante sostegno e coordinamento dei responsabili del progetto, nonché alle sessioni di monitoraggio che hanno aiutato le facilitatrici e facilitatori coinvolti, da un lato a non temere di essere creativi (e quindi di aggiungere qualcosa di nuovo anche dal punto di vista metodologico) e dall'altro a poter interpretare in modo ottimale i risultati delle attività passo dopo passo e a condividerne i risultati. In questo senso, le sessioni degli AdF sono state sempre molto generative senza intaccare, per così dire, l'ortodossia dell'approccio rigoroso degli strumenti di anticipazione, cioè degli esercizi di futuro.

La creatività dei gruppi si è espressa anche con grande ricchezza metaforica negli oggetti e nelle soluzioni escogitate per interpretare e descrivere le realtà future immaginate. Percorsi (una sorta di gioco dell'oca), costruzioni simboliche (l'albero dei futuri o la "barca" del Backcasting), i poster finali, i video ripresi durante gli esercizi, sono stati potenti veicoli di messaggi (positivi) funzionali al raggiungimento degli obiettivi soprattutto in ottica del benessere lavorativo, del miglioramento delle condizioni dell'attività professionale e del rapporto con gli utenti finali e gli altri stakeholder dell'ecosistema delle strutture interessate.

Non si possono infine non ricordare gli ulteriori benefici che tipicamente gli esercizi di futuro apportano in diverse aree dell'ecosistema in cui vengono svolti. Ad esempio, nell'aiutare a gestire i conflitti che, riproposti alla riflessione in un tempo futuro, perdono l'acrimonia del contrasto nel presente e consentono di individuare strade di composizione da applicare nell'ultima fase degli esercizi di futuro, ovvero l'azione. Sono inoltre un ottimo strumento per compattare i gruppi di lavoro o di progetto verso gli obiettivi, per creare coesione di intenti e determinazione nel cercare soluzioni condivise. Sono quindi strumenti di team building che aggiungono anche effetti ludici e quindi divertimento nel lavoro con il futuro, favorendo anche un allentamento delle paure e delle ansie nei confronti delle incertezze. Da non trascurare infine anche l'aumento della conoscenza sulle risorse dell'organizzazione in cui vengono svolti gli esercizi di futuro, da cui scaturiscono sempre una maggiore comprensione reciproca, un miglioramento del clima lavorativo ed una più intensa apertura agli altri e propensione al servizio. Soprattutto, il passaggio da un approccio al futuro basato su una sequenza lineare ha lasciato il posto ad uno che analizza il passato per costruire scenari in cui proiettare futuri possibili e desiderabili, per poi retroagire con piani d'azione coerenti che ci riconsegnano la responsabilità dei propri agiti.

L'incrociarsi del progetto con la pandemia di Covid 19 è stata al tempo stesso un vincolo (in termini di necessità di ridefinire tempi e luoghi di attuazione del programma), ma anche un'opportunità. Questo sia perché ha reso evidente l'importanza di un intervento di valorizzazione di tutte le risorse presenti nel settore a fronte del sovraccarico di lavoro e stress determinato dal contesto pandemico, sia perché ha disvelato la necessità di guardare al futuro e al *change management* in un'ottica diversa, non basata sulla proiezione lineare del passato e del presente, ma sul darsi visioni condivise, da implementare agendo assieme. La pandemia e l'ingresso consapevole in un'era dominata dall'incertezza e del susseguirsi di eventi scarsamente prevedibili, ha del resto determinato a tutti i livelli la crescita di interesse e consenso nei confronti di approcci come quelli dei Future Studies e dell'anticipazione. La pandemia ha portato inoltre a dover immaginare forme nuove di apprendimento basate sulla relazione e la cooperazione, come avviene nel modello degli AdF. Nella formazione delle facilitatrici e dei facilitatori, ha ridotto le possibilità di operare in presenza con continuità, ha costretto a sperimentare il lavoro da remoto, in forma sincrona e asincrona, dando vita a nuovi *setting* ibridi o virtuali. Si sono aperte dunque prospettive e sfide nuove, legate alla necessità di assicurare la socializzazione di chi partecipa a percorsi di apprendimento

che fanno forza sulla dinamica del gruppo e lo scambio, ma anche legate alle opportunità generate dal lavoro online, grazie a strumenti che aiutano a ottimizzare i tempi, a interagire con continuità anche oltre le singole sessioni di lavoro sincrone.

Per concludere possiamo affermare che la progettazione e attivazione degli Atelier dei futuri si è posta e si pone come proposta significativa per favorire la resilienza del personale attivo nelle strutture di lunga durata, stimolando a generare visioni oltre i classici cinque anni di previsione gestionale, ampliando le prospettive non solo a livello temporale ma anche ambientale /politico/ sociale. Infine, quale ulteriore plusvalore il progetto non si è limitato a integrare unicamente il personale curante ma si è esteso a una platea di professioniste e professionisti operanti in tutti gli ambiti del contesto delle cure, come l'amministrazione, la manutenzione e il personale dei servizi alberghieri e di cucina, concretizzando il concetto spesso solo potenziale di interprofessionalità. Tutto questo è stato possibile grazie alla presenza, fiducia e supporto di tutte le persone ed enti partecipanti, che ringraziamo sentitamente.

4.5 Re Care: indagine esplorativa su interventi possibili per contrastare la penuria di personale infermieristico

Delia Cattani, Deli Salini

Introduzione

Descriviamo in questo capitolo i risultati di una serie di indagini realizzate nell'ambito del progetto Re Care in riferimento al secondo asse d'intervento, l'azione B, volta a progettare e poi seguire nella sua implementazione sperimentale una proposta formativa rivolta al personale infermieristico sul tema delle cure di lunga durata. In particolare, per questa parte del progetto la SUFFP aveva il compito di svolgere una ricerca-azione sui fenomeni di abbandono, sensibilizzare il personale curante uscito dal settore e fornire i risultati dell'indagine al Centro professionale sociosanitario e infermieristico (CPSI) e agli altri partner per la progettazione e la promozione dell'offerta formativa prevista. Nel presente documento sono sintetizzati, a partire dal rapporto di attività svolto (Salini & Cattani, 2022), la metodologia e i risultati delle due principali attività d'indagine svolte: l'esplorazione documentaria e la ricerca sul campo. La progettazione e realizzazione del programma di perfezionamento è trattata invece da Barro e colleghi nella presente rivista. Come per gli altri interventi Re Care, anche la tempistica dell'Azione B ha subito delle dilazioni dovute alla pandemia Covid 19 che ha reso complessa la raccolta dati sul campo.

Di seguito presentiamo il quadro metodologico delle indagini svolte e i risultati principali derivati dell'esplorazione documentaria e dalla ricerca sul campo. L'analisi documentaria, oltre a costituire una delle due fasi di indagine, ci ha permesso di delineare una cornice teorica di riferimento per l'elaborazione delle categorie d'indagine e l'analisi dei dati raccolti sul campo. Nelle conclusioni presentiamo un'analisi trasversale di quanto emerso alla luce delle domande di ricerca e una riflessione sulle prospettive del presente studio in riferimento al più ampio progetto Re Care.

Domande di ricerca e metodologia d'indagine

La metodologia generale del progetto Re Care e dell'azione B è fondata su una prospettiva teorica di ricerca-azione e in particolare su un approccio partecipativo ad andamento ricorsivo (Fontaine, 2007; Morvan, 2013). Questa prospettiva si caratterizza per il coinvolgimento dei vari attori sociali che operano nel contesto dell'indagine e per una dimensione iterativa tra quanto emerso dalla letteratura e quanto rilevato sul campo. Nei prossimi paragrafi viene evidenziato il campo d'indagine presentando le domande di ricerca e gli strumenti attivati per rispondervi.

Le domande di ricerca erano intese da un lato a rilevare caratteristiche, auspici e bisogni del personale infermieristico nelle strutture sanitarie, dall'altro a fornire indicazioni per la formazione di base e continua dello stesso, nonché a precisare alcuni aspetti volti a sviluppare resilienza e a favorire il reinserimento professionale. Esse sono declinate nelle tre seguenti categorie:

- 1 Quali aspetti concorrono al mantenimento o all'interruzione dell'attività infermieristica presso le strutture sanitarie in Ticino?
- 2 Quali indicazioni possono essere considerate su questo tema nella formazione di base e continua del personale infermieristico?
- 3 Quali indicazioni possono essere considerate affinché le strutture sanitarie possano favorire la fidelizzazione o il rientro del personale infermieristico presso le proprie strutture?

Sulla base di queste domande e degli obiettivi del progetto, è stata definita la metodologia generale di ricerca, fondata su un approccio *mixed method research* (Anadón, 2019; Graff, 2016; Trincherò e Robasto, 2019) che permette di transitare da un polo a carattere estensivo a un polo a carattere immersivo, secondo un continuum in grado di cogliere la complessità dei fatti sociali. La prospettiva quantitativa ha permesso di matematizzare i fenomeni esaminati e di conseguenza aprire alcune piste alla ripetibilità e alla generalizzazione della conoscenza prodotta, mentre la prospettiva qualitativa ha permesso di restituire soggettività ai dati raccolti. Nello specifico, sono stati attivati due tipi di indagine, volte a individuare da un lato alcuni aspetti contestuali, nazionali e locali del tema in oggetto e dall'altro le caratteristiche e i vissuti del percorso professionale di infermiere e infermieri.

- **Esplorazione documentaria:** analisi di studi nazionali e internazionali attuali e statistiche recenti pertinenti al progetto Re Care, nonché progetti e buone pratiche del settore, relativi alla fidelizzazione e al reinserimento del personale infermieristico.
- **Ricerca sul campo:** caratterizzata dalle seguenti attività:
 - a · elaborazione delle categorie d'indagine per questionario e interviste;
 - b · tre volée di interviste semi-strutturate per il rilevamento del percorso professionale e dei bisogni delle persone interpellate (20 persone intervistate);
 - c · diffusione e raccolta dati tramite un questionario online (100 rispondenti);
 - d · tre focus group (24 persone coinvolte).

L'insieme di queste indagini ha permesso di raccogliere dati soprattutto sugli aspetti psicosociali che influenzano il benessere organizzativo nel settore infermieristico, mentre gli aspetti relativi alla dimensione ergonomica del lavoro o ad aspetti maggiormente strutturali (salario, posizionamento professionale, ecc.) non sono stati presi direttamente in esame. Questo poiché da un lato tali aspetti sono ampiamente trattati da altri studi, ricerche e iniziative nazionali recenti, dall'altro essi non sono direttamente collegabili alle finalità essenzialmente formative del progetto Re Care.

Risultati dell'indagine documentaria

L'esplorazione di letteratura ha permesso di elaborare una cornice teorica chiara e delle categorie di analisi per la fase investigativa sul campo. Essa ha permesso di precisare la situazione di contesto e la terminologia di riferimento, nonché gli aspetti da indagare e le principali categorie tematiche da trattare nell'indagine. Ha permesso inoltre di raccogliere una serie di dati statistici per inquadrare il fenomeno della penuria di personale infermieristico nel contesto nazionale e cantonale, nonché di produrre un'analisi comparativa tra le buone pratiche d'intervento e gli studi volti a contrastare la penuria di personale sanitario.

Tra i molteplici risultati prodotti, riprendiamo alcuni elementi caratterizzanti la penuria di personale infermieristico. Essa si acuisce da un lato con l'accresciuto bisogno di prestazioni nel settore delle cure (il naturale ricambio generazionale non permette di colmare il divario tra bisogno di effettivi e numero di professioniste e professionisti a disposizione), dall'altro con la breve durata degli anni di attività di infermiere e infermieri nella loro professione, stimata in Svizzera a 15 anni.

Dal punto di vista terminologico occorre anzitutto precisare i fenomeni di *turnover organizzativo* e *turnover professionale*. Il termine *turnover* definisce in generale il fenomeno di avvicendamento o rotazione del personale, caratterizzato dalla sostituzione di dipendenti che lasciano un'organizzazione lavorativa e sono (se possibile) sostituiti con altri dipendenti¹. Questo fenomeno può essere distinto in *turnover volontario*, quando le persone lasciano un'organizzazione di propria iniziativa,

¹ — Il tasso di *turnover* rappresenta la percentuale di dipendenti che lasciano un'organizzazione lavorativa durante un certo periodo di tempo (di solito durante un anno). Un tasso di *turnover* elevato significa molte uscite e molti arrivi. Un tasso di *turnover* basso si riferisce a una maggiore stabilità in termini di persone che lavorano in azienda, con poche uscite e pochi arrivi.

e turnover involontario, quando la partenza è decisa dal datore di lavoro (Hayes et al., 2006). Il turnover volontario può essere inoltre distinto (dal punto di vista del dipendente) in:

- **turnover organizzativo:** quando la persona rimane nello stesso settore professionale pur cambiando organizzazione;
- **turnover professionale:** quando la persona lascia la professione per orientarsi verso un altro ambito. Il turnover professionale corrisponde a quello che comunemente viene chiamato abbandono della professione. Occorre precisare che tale abbandono può essere temporaneo, in quanto può trattarsi di un'interruzione per motivi diversi (spesso di ordine familiare) con una ripresa dopo alcuni o molti anni della professione infermieristica, oppure definitivo (orientamento verso altre professioni, uscita dal mondo del lavoro salariato). Nell'indagine Re Care è stata adottato il termine interruzione della professione infermieristica (temporanea o stabile) in riferimento a coloro che si trovano in una situazione di turnover professionale.

I fattori di influenza in relazione alla penuria di personale infermieristico si snodano su dimensioni macro e micro. La dimensione macro riguarda i *megatrend* e le teorie legate al benessere organizzativo mentre la dimensione micro è collegata alle traiettorie di vita di lavoratrici e lavoratori e a dimensioni individuali e interpersonali. Tra i fattori macro si trovano:

- **Megatrend e tendenze che interessano l'evoluzione della società e in particolare il settore sanitario**
Gli scenari identificati definiscono un contesto non modificabile legato all'evoluzione sociale e assistenziale del nostro tempo (Poli, 2019). Hanno un impatto sull'accresciuto e diversificato bisogno di cure infermieristiche, considerando in particolare l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della domanda di assistenza a lungo termine che non può essere soddisfatta dal ricambio intergenerazionale; i cambiamenti negli atteggiamenti della popolazione legati alle cure sanitarie e la crescente complessità delle patologie; l'aumento della complessità dei sistemi organizzativi di assistenza a causa della digitalizzazione e dei nuovi concetti di cura (Allen & Deloitte, 2021; Hahn et al., 2013).
- **Fattori legati alla soddisfazione lavorativa e al benessere organizzativo**
Sulla base della letteratura di riferimento sono stati identificati diversi fattori che incidono sulla soddisfazione e il benessere del personale infermieristico e che possono essere distinti in sette categorie (Cattani et al., 2022): a · il riconoscimento in termini economici; b · le questioni relative a salute e sicurezza; c · il coinvolgimento di lavoratrici e lavoratori; d · la crescita e le possibilità di sviluppo del personale; e · l'equilibrio tra vita privata e lavorativa; f · i rapporti sociali positivi; e infine g · il benessere e la qualità dei servizi e delle relazioni con gli stakeholders (Grawitch, Gottschalk & Munz, 2007; Robertson & Tinline, 2008; Salanova & Schaufeli, 2009). La raccolta e l'analisi di buone pratiche ha permesso di considerare 15 progetti di portata nazionale o cantonale attivati per arginare il fenomeno della penuria di personale nel settore sanitario. Sono stati reperiti principalmente interventi riguardanti l'asse legato alla fidelizzazione del personale e alla promozione di benessere organizzativo e l'asse legato al reinserimento del personale infermieristico che ha interrotto temporaneamente o stabilmente la professione.

Riguardo alle buone pratiche volte a favorire benessere organizzativo e processi di resilienza e fidelizzazione, è stata svolta un'analisi comparativa di 12 progetti sulla base delle sette categorie di fattori legati alla soddisfazione lavorativa e al benessere organizzativo (Tabella 1). L'analisi delle pratiche prese in esame ha messo in luce un accento sugli aspetti psicosociali della salute e un orientamento verso un concetto integrale di benessere che supera la visione limitata che lo intende unicamente come riconoscimento remunerativo o promozione della salute fisica.

Buone pratiche ²	Categorie di analisi						
	Riconoscimento in termini economici	Salute e sicurezza	Coinvolgimento di lavoratori/lavoratrici	Crescita e sviluppo di lavoratori/lavoratrici	Equilibrio vita personale e lavorativa	Rapporti sociali positivi	Benessere e qualità dei servizi e delle relazioni
Certificato Work-Family-Balance e Family Score		×			×		
Delarose		×		×	×	×	×
Dispositivo pilota Atelier dei futuri			×	×		×	×
Friendly Work Space		×	×				
Intercare			×	×			×
Leadership Trasformativa			×	×		×	×
LINEA e RelPlus		×	×	×		×	×
Men in Long-Term Care			×	×		×	×
Org+ e il ruolo del Chief Happiness Officer		×	×	×		×	×
Practice Development in Nursing			×	×		×	×
Raccomandazioni progetto STRAIN	×	×	×	×	×	×	×
Swiss Learning Health System (SLHS)			×	×			×

L'analisi delle buone pratiche volte a favorire reinserimento professionale ha messo in luce dispositivi che si discostano da un semplice corso di formazione, poiché integrano pratiche di accompagnamento che prevedono coinvolgimento diretto dei partecipanti, sessioni di bilancio delle competenze, forme di apprendimento esperienziale, riflessività e periodi di stage. Questo approccio integrato permette di realizzare un percorso di reinserimento mirato, orientato ai bisogni (e desideri) e alle competenze specifiche delle persone coinvolte.

Tabella 1

Analisi delle buone pratiche recensite (Cattani et al., 2022).

2 — Per un descrittivo dettagliato di ciascun progetto rimandiamo a Cattani e Salini (2022).

Risultati dell'indagine sul campo

Gli aspetti emersi dall'esplorazione di letteratura hanno orientato l'elaborazione iniziale delle categorie d'indagine e degli strumenti di ricerca adottati. Obiettivo della ricerca sul campo era invece di esplorare da un lato gli aspetti del percorso professionale in grado di favorire fidelizzazione del personale e dall'altro i vissuti, gli auspici legati al reinserimento e alle prospettive future della professione infermieristica.

Quanto emerso ha messo in luce una concordanza di auspici. Infatti, ripercorrendo trasversalmente i dati rilevati tramite interviste, questionario e focus group, sono state identificate delle tematiche ricorrenti su cui è utile chinarsi per quanto riguarda la riflessione sulla penuria di personale infermieristico in Ticino e sulle proposte per fronteggiarla. Questi elementi riguardano la necessità di agire sulle aree di benessere riguardanti *crescita e sviluppo professionale del personale infermieristico, salute e sicurezza, rapporti sociali positivi e conciliabilità tra vita privata e vita lavorativa*. Queste quattro aree, presentate brevemente di seguito, sono da considerarsi prioritarie nell'intervento cantonale teso ad arginare la penuria di personale infermieristico, aumentare la soddisfazione e i livelli di fidelizzazione del personale e rafforzare le pratiche legate alla resilienza e al reinserimento.

Crescita e sviluppo professionale di collaboratori e collaboratrici: questo è uno dei punti cardine in relazione ai bisogni e agli auspici espressi da parte del personale infermieristico interpellato. Come rilevato, il fenomeno di turnover organizzativo sembra essere un iter seguito da molti professionisti e professioniste delle cure, per le quali la possibilità di lavorare in vari contesti professionali diventa una modalità di coltivare la propria formazione, la crescita di expertise e la specializzazione. Per questo motivo, secondo una logica di fidelizzazione del personale, è ipotizzabile da parte dei servizi sanitari sostenere queste spinte formative in modo intenzionale, ovvero accompagnando collaboratrici e collaboratori nello sviluppo della propria carriera professionale. Anche per quanto riguarda le pratiche di reinserimento professionale il personale esprime il bisogno di rientrare nella professione con dispositivi formativi strutturati che investano effettivamente sulla valorizzazione e la crescita professionale del personale dando pieno valore al concetto di risorsa umana.

Salute e sicurezza: quest'area raccoglie i feedback ricevuti dai rispondenti in merito a carichi di lavoro e responsabilità eccessivi, stress, demotivazione, frustrazione. Tutti fattori che incidono sulla salute del personale e che vengono riportati in varie fasi della vita professionale di infermiere-i (nell'inserimento iniziale, in piena attività lavorativa). I partecipanti all'indagine esprimono il bisogno di essere maggiormente tutelati a questo livello. I servizi sanitari possono, dunque, lavorare sulla riduzione dei fattori di rischio controbilanciandoli con fattori protettivi della salute e facendo leva su altre aree che contribuiscono a promuovere benessere (relazioni sociali positive, crescita e sviluppo del personale, attivazione di processi partecipativi, attenzione agli aspetti remunerativi e conciliativi della professione).

Rapporti sociali positivi: la centralità della dimensione relazionale nel lavoro di cura viene più volte sottolineata dai partecipanti all'indagine. La professione infermieristica è caratterizzata da un alto grado d'intensità relazionale, per questo motivo l'area dei rapporti sociali non può essere ignorata. La dinamica di cura si costituisce attraverso la collaborazione tra colleghe-i, con le/i superiori, le/i subordinate-i e le altre figure professionali coinvolte. I modelli di cura basati sulla relazione (CBR) e sulla persona suggeriscono un'implementazione olistica del modello, ovvero si riferiscono anche alla cura del personale e alla relazione che esso stabilisce con sé stesso, con colleghe-i, con pazienti e familiari.

Conciliabilità (equilibrio tra vita privata e vita professionale): un elemento importante su cui fare leva per migliorare le condizioni di lavoro di infermiere-i è rendere più sostenibile l'agire professionale di un settore che necessita personale attivo h24. Il tema della conciliabilità riveste dunque un aspetto centrale in questa professione, indicando la possibilità per le organizzazioni sanitarie di sviluppare una riflessione con l'obiettivo di ottimizzarne la gestione con strumenti all'avanguardia (software specifici per gestire la complessità organizzativa legati alla turnistica, sviluppo di politiche conciliative, ecc.).

Conclusioni

Le domande di ricerca che hanno orientato l'indagine dell'azione B del progetto Re Care, sono state elaborate da un lato per rilevare caratteristiche, auspici e bisogni del personale infermieristico (attivo e inattivo nella professione), dall'altro per sviluppare resilienza, favorire il reinserimento e fornire indicazioni per la progettazione di interventi formativi nella formazione di base e continua del personale infermieristico. Di seguito riprendiamo le domande di ricerca poste inizialmente riassumendo quanto emerso dalle varie fasi di indagine.

- 1 Quali aspetti concorrono al mantenimento o all'interruzione dell'attività infermieristica presso le strutture sanitarie in Ticino?

Per rispondere a questa domanda abbiamo dapprima cercato di chiarire il quadro di riferimento tramite l'esplorazione di letteratura, l'analisi di studi recenti del settore e di buone pratiche. I risultati di queste esplorazioni confermano quelli rilevati con la ricerca sul campo. Gli aspetti che concorrono al mantenimento del personale sono gli stessi che portano all'interruzione della professione se queste condizioni non sono soddisfatte. Il confronto tra i risultati emersi dall'esplorazione documentaria e dalla ricerca sul campo ha permesso di sottolineare l'importanza di investire sugli aspetti psicosociali del benessere e in particolare sulle quattro aree prioritarie di intervento già accennate precedentemente: *crescita e sviluppo professionale del personale, salute e sicurezza, rapporti sociali positivi e conciliabilità lavoro-vita privata*. L'azione congiunta su questi quattro poli d'intervento sembrerebbe costituire una pista efficace a livello cantonale per mantenere attivo e soddisfatto il personale infermieristico e ridurre di conseguenza il fenomeno di turnover professionale.

- 2 Quali indicazioni possono essere considerate su questo tema nella formazione di base e continua del personale infermieristico?

Alla luce di quanto rilevato riguardo alle condizioni necessarie per attivare la resilienza nel personale infermieristico attivo e pratiche di reinserimento efficaci per il personale inattivo, abbiamo avanzato alcuni suggerimenti sulle piste che si potrebbero intraprendere in ambito formativo. Questi concernono principalmente due aree. La prima riguarda il tema legato a *crescita e sviluppo di lavoratrici e lavoratori* come investimento costante in tutte le fasi della carriera lavorativa (formazione di base, socializzazione alla professione, inserimento in nuovi servizi sanitari a seguito di turnover organizzativo, percorsi di reinserimento e percorsi di formazione continua). La seconda area di intervento riguarda la tematica legata a *salute e sicurezza*, da promuovere attraverso percorsi formativi volti allo sviluppo di un'attitudine resiliente in grado di rafforzare i fattori protettivi della salute e controbilanciare quelli di rischio. In particolare, da parte dei partecipanti alle indagini sul campo, è stata sottolineata l'importanza di un sostegno nella gestione dello stress.

3 Quali indicazioni possono essere considerate affinché le strutture sanitarie possano favorire la fidelizzazione o il rientro del personale infermieristico presso le proprie strutture?

Rispetto al tema del reinserimento professionale e degli auspici espressi in questo senso, i risultati ci hanno permesso di sottolineare l'importanza di un'implementazione di dispositivi di accompagnamento che prevedano percorsi di consulenza e possibilità di stage supervisionati e retribuiti. Questi aspetti richiamano ancora una volta la dimensione legata a *crescita e sviluppo di lavoratrici e lavoratori*, che in questo settore sembra assumere una posizione di rilevanza fondamentale. I rispondenti auspicano inoltre maggiore attenzione al tema della conciliabilità con una distribuzione più flessibile dei turni di lavoro. Questo tema non riguarda unicamente personale con figli a carico ma sta diventando una preoccupazione sempre più diffusa, legata più in generale alla tutela degli spazi privati e di riposo.

Le considerazioni avanzate in questa parte conclusiva hanno aperto la pista per la realizzazione del percorso formativo attivato dal CPSI (Barro et al., nella presente rivista) e l'implementazione della terza azione del progetto Re Care, riferita al *Benessere nel lavoro di cura*. Essa è rivolta in particolare ai quadri dirigenti del settore sanitario che, grazie al ruolo di responsabilità ricoperto, possono attivare forme di gestione e di leadership innovative e trasformative, in grado di promuovere benessere e contribuire ad arginare il fenomeno della penuria di personale infermieristico (Alberton et al., nella presente rivista). In questo senso la leadership può essere letta come cura delle relazioni, ma oltre al ruolo di guida andrebbe ripensato anche quello di collaboratrici e collaboratori in qualità di followers (Converso, 2012), richiamando i temi del *commitment* e il ruolo della dimensione personale nella generazione di benessere organizzativo.

4.6 Re Care: una proposta formativa in alternanza per favorire sostegno e rientro nella professione infermieristica

Paolo Barro, Clelia Guglielmetti, Stefano Padovese

A seguito di quanto rilevato dall'indagine condotta dalla SUFFP nell'ambito del progetto cantonale Re Care – Favorire Reinserimento e Resilienza nelle cure (vedere Cattani & Salini, in questa rivista) si è provveduto, da inizio 2022, a progettare un percorso che potesse tenere conto dei risultati dell'indagine condotta. La proposta di formazione ha preso spunto sia dalle buone pratiche presentate nel rapporto, sia dai risultati della ricerca effettuata sul campo tramite questionario, interviste e Focus Group.

In sintesi, si è cercato di tenere in particolare considerazione alcuni elementi e suggerimenti di chi ha partecipato all'indagine. In primis, la cura della dimensione psicosociale è il fattore che favorisce maggiormente la permanenza del personale infermieristico mentre la dimensione più problematica è legata alla percezione di “un carico di lavoro eccessivo per mancanza di personale, mancanza di tempo o per alti livelli di responsabilità” (Salini & Cattani, 2022, p. 47) seguita dai vissuti legati alla mancanza di riconoscimento e di valorizzazione personale, ad un clima di lavoro faticoso e a relazioni interpersonali difficili. Inoltre, interpellati rispetto alla formulazione di un dispositivo di accompagnamento e reinserimento, i rispondenti hanno messo “l'accento su un accompagnamento che vada oltre una dimensione prettamente tecnica per fare posto allo sviluppo di competenze trasversali, ad un saper essere che si traduca nella capacità di gestire lo stress investendo sulla *salute* dei dipendenti” (*ibidem*, p. 60).

L'auspicio espresso dai partecipanti all'indagine è assolutamente in linea con le più moderne modellizzazioni del concetto di benessere lavorativo, per esempio, con i modelli basati su un approccio transazionale e, in particolare, con il modello richieste-risorse lavorative di Bakker e Demerouti, citati da Argentero e Cortese (2016). Questo approccio considera come l'equilibrio tra i due fattori (richieste e risorse) abbia implicazioni sull'engagement e sull'esaurimento, aspetti in relazione tra loro e in relazione con la prestazione lavorativa. Il modello invita a considerare, tra i due fattori, una dinamicità continua all'interno della quale la proattività del lavoratore nell'incrementare le risorse e nell'affrontare le richieste (concetto di *job crafting*¹) ha un suo peso nel determinare benessere e soddisfazione lavorativa e nella diminuzione dei fenomeni di *turn-over*. Quindi, nella progettazione dell'intervento, si è trattato di pensare ad un percorso a favore del potenziamento delle risorse personali dei soggetti tenendo conto del fatto che difficilmente nel breve termine le richieste potranno venire/essere riconsiderate dalle organizzazioni e dai contesti lavorativi.

Anche dai Focus Group è emerso che il tema del benessere lavorativo è centrale nel cercare di limitare le interruzioni della professione e si auspica, oltre che la promozione di una cultura improntata sul benessere organizzativo, un impegno dei singoli followers ad aumentare i fattori protettivi e a contrastare quelli di rischio agendo sulla gestione dei carichi di lavoro, sulla promozione di relazioni interpersonali positive e sull'incremento di forme di supporto personale come supervisioni, coaching, sostegno psicologico (Salini, 2022, pp. 61-62).

In conclusione, dal rapporto si evincono indicazioni che debbono essere considerate per un percorso di reinserimento e in particolare: “percorsi di consulenza, possibilità di stage supervisionati e retribuiti [...], la considerazione del tema della conciliabilità” (*ibidem*, pp. 68-69) lavoro famiglia, la possibilità di lavorare nelle cure di lunga durata riscoprendo un pieno senso del lavoro infermieristico (riscoperta di interesse

1 — Il JC applicato a questo modello è definibile come: l'insieme dei cambiamenti che i lavoratori possono fare per modificare il sistema di richieste e di risorse lavorative.

verso l'ambito e le casistiche delle cure di lunga durata) e lo sviluppo di maggiore capacità di fronteggiamento dello stress lavorativo.

Considerando quanto sopra esposto, viene sviluppato uno scenario di intervento teso a lavorare primariamente sui bisogni di sostegno che emergono direttamente a contatto con la realtà lavorativa quotidiana in cui le partecipanti si trovano da subito inserite. Questa scelta è fatta nella consapevolezza che per chiarire le proprie posizioni e per affrontare le proprie difficoltà occorre prendere contatto con esse e poter beneficiare di spazi riflessivi all'interno dei quali poter scoprire le proprie e altrui risorse, poter mettere in luce i propri bisogni di approfondimento e poter beneficiare di confronto con altri per l'ampliamento delle proprie visioni. L'immersione nella pratica e la possibilità di riflettere attorno alle esperienze sono i due capisaldi da cui partire e a cui costantemente tornare arricchendosi progressivamente anche grazie ad altri e ulteriori contributi che il dispositivo prevede. Vengono considerate tre tipologie di intervento:

- percorso di apprendimento individuale dalla e nella pratica;
- percorso di analisi e riflessione in piccoli gruppi sulle proprie pratiche;
- percorso di approfondimento teorico e di sviluppo delle conoscenze da svolgersi in grande gruppo e in aula in forma seminariale e/o modulare.

Sostanzialmente quanto progettato è poi stato realizzato tra settembre 2022 e giugno 2023 e non si è molto discostato dalle intenzioni iniziali qui illustrate. Il percorso è stato seguito da cinque persone in tutto, tutte donne tra i 40 e i 50 anni, di cui due già attive presso strutture di cura di lunga durata, tre da inserire. Tutte le partecipanti hanno raccontato di precedenti tentativi individuali di reinserimento nel mondo del lavoro non andati a buon fine. Qualcuno ha riportato un vissuto particolarmente negativo di difficoltà e delusione nei confronti di sé e del mondo del lavoro.

L'intervento formativo sopraindicato ha richiesto l'organizzazione di stage di lunga durata (7/8 mesi) di cui i primi quattro da considerarsi periodo introduttivo. Ciò è stato possibile grazie alla fattiva collaborazione di ADiCASI e grazie a contributi Cantionali. È stato durante questa prima fase che si è ipotizzato di lavorare più intensamente sull'analisi delle personali esperienze, portando alla luce anche i bisogni formativi da considerare nella progettazione dei contenuti teorici. Questa impostazione ha consentito di formulare un'offerta mirata e innovativa, il più possibile personalizzata come auspicato dal progetto. Essa ha permesso inoltre un ancoraggio forte dell'azione formativa non solo ai contesti organizzativi ma anche alle esigenze delle partecipanti.

Le sessioni di analisi e riflessione, previste e svolte, sono state cinque e sono state animate congiuntamente da una psicopedagogista e da una docente esperta in cure di lunga durata. Le partecipanti si sono preparate agli incontri riflettendo individualmente a partire da una scheda appositamente elaborata. La prima sessione di analisi e riflessione, pianificata nel primo mese di stage, ha avuto come scopo quello di far emergere le prime criticità/bisogni formativi ma anche risorse da mantenere in campo e da rafforzare nei primi mesi dell'inserimento. Nell'arco dei due mesi successivi si sono svolte altre due sessioni per lavorare sulle pratiche comunicative, sull'impostazione/gestione delle relazioni nei gruppi di lavoro e sulla cura della propria autostima e della propria autoefficacia. Questi primi tre incontri sono stati accompagnati da interventi seminariali aventi come focus le tematiche legate a identità, autostima, motivazione e comunicazione. La scelta degli argomenti da affrontare in queste prime esperienze è stata guidata dalle priorità di temi messi in luce dall'indagine sul territorio.

La quarta sessione è stata pianificata a partire dal 4° / 5° mese di formazione e mirava a riscoprire il senso e l'importanza delle cure infermieristiche in lungodegenza. Ci si è dedicati dunque alle possibilità di crescita e alla cura e incremento della passione per il lavoro nelle Cure

di lunga durata, focalizzandoci sulla riflessione riguardo a come valorizzare il ruolo infermieristico in questo settore. A questo incontro hanno partecipato dei Referenti formativi delle Case per Anziani dove le corsiste erano inserite. L'ultima sessione di analisi dell'esperienza, a cui sono stati ancora invitati i Referenti delle CpA, riguardava la valutazione del proprio percorso formativo ed è stata prevista la presentazione, da parte delle partecipanti, di un dossier personale di sintesi del percorso svolto e delle varie e personali esperienze.

Ad integrazione del periodo di stage, nel terzo mese del percorso si è previsto l'inizio dei contributi più teorici, il primo dei quali ha avuto come tema i processi di cambiamento, la gestione dello stress, la prevenzione del burnout e le relazioni interpersonali e interculturali. Questi contributi sono stati differiti rispetto all'inizio della pratica proprio per consentire alle partecipanti, anche nella tipica situazione d'aula, un ruolo più attivo e basato sulle personali esperienze. La scelta dei temi e delle/dei docenti resta sintonica rispetto ai risultati della ricerca già menzionata e mira a fornire un aggiornamento sulle pratiche e proposte di cure di lunga durata, oltre a spunti per incrementare le proprie risorse utili nel far fronte a potenziali criticità che minacciano il benessere e favoriscono l'abbandono. Per la proposta teorica si è cercato di mantenere sempre un aggancio al mondo della pratica realizzato sia con l'intervento di formatori "esterni" al contesto della scuola ed esperti in ambito organizzativo o operativo delle cure di lunga durata, sia con l'organizzazione di due giornate di formazione direttamente all'interno di luoghi della cura. Il susseguirsi dei moduli formativi si è basato non sull'ordine cronologico dei temi bensì si è data priorità a quei contenuti che apparivano come più urgenti nell'indagine da cui il progetto ha preso le mosse e, precisamente, la gestione dello stress lavorativo nei processi di cambiamento e la gestione delle relazioni interpersonali e interculturali. Altri temi approfonditi hanno riguardato elementi peculiari di contesto, dell'utenza e della presa a carico di utenti nelle cure di lunga durata e la digitalizzazione nelle cure con l'uso delle cartelle informatizzate.

L'implementazione concreta della proposta ha richiesto dapprima un lavoro di conoscenza puntuale delle partecipanti, dei loro vissuti riguardo le precedenti esperienze lavorative, dei loro desideri e delle loro aspettative ma anche delle loro disponibilità in termini di percentuale lavorativa e di effettiva possibilità di muoversi all'interno del territorio. Queste informazioni non solo hanno guidato nella ricerca e attivazione delle CpA dove procedere al reinserimento, ma hanno anche aiutato a considerare la questione della conciliabilità lavoro e famiglia che è emersa fin da subito: i datori di lavoro tendevano a proporre percentuali piuttosto elevate poco conciliabili con le situazioni familiari o di vita delle candidate. Tale richiesta si configurava come esigenza, da parte delle organizzazioni, di procedere in modo più spedito con la fase di inserimento, tuttavia, sappiamo che la questione della conciliabilità è uno dei primi fattori di turn-over. Il problema è ancora aperto e i relativi tentativi di negoziazione saranno sempre un nodo da affrontare per il futuro nel caso di nuove edizioni di questa esperienza formativa.

I bilanci intermedi effettuati durante il percorso si esprimono sempre a favore di un appagamento generale delle partecipanti e di soddisfazione da parte delle organizzazioni di lavoro. Nonostante alcuni correttivi debbano essere reconsiderati in un'eventuale prossima edizione (per esempio: definire con maggiore precisione il profilo operativo dei partecipanti per aiutare anche i luoghi della pratica a graduare stimoli e richieste, rivedere l'articolazione degli interventi d'aula e delle sessioni di analisi e anticipare la pianificazione di alcune tematiche di approfondimento, ampliare lo spazio dedicato ad alcune tematiche, approfondire i temi sulla gestione dei gruppi di lavoro e sulla delega, ...) l'esito generale della sperimentazione può essere considerato positivo. Il corso ha consentito a tutte le partecipanti di mantenere/trovare una collocazione

lavorativa e i Responsabili delle CpA auspicano di poter ripetere tale esperienza sempre con i contributi finanziari che sono stati erogati in questa sperimentazione. In generale e per il futuro ci si auspica anche di poter intercettare personale inattivo tramite le casse di disoccupazione, l'AI, ADiCASI, ecc. e di verificare nelle CpA, all'interno del personale, la presenza di colleghi che possano beneficiare di questo percorso.

In questo capitolo desideriamo infine dare direttamente voce alle partecipanti, estrapolando dai loro dossier finali alcune riflessioni che sembrano particolarmente interessanti. Questo pur essendo consapevoli e rammaricati di non poter dare risalto alle molte altre considerazioni di rilievo.

Non è stato facile tornare sui banchi di scuola dopo tanti anni, come non è stato facile inserirmi in un contesto lavorativo come la casa anziani, nel quale non avevo mai avuto esperienze in precedenza. Tuttavia, il fatto di indossare la divisa e sentire addosso tanta responsabilità, è stata per me la sfida emotivamente più difficile. [...] Ovviamente dopo tanti anni, molte cose erano cambiate, iniziando dalla cartella informatizzata, l'utilizzo del RAI, i nuovi materiali in uso oppure gli stessi ma con nomi diversi, i nuovi farmaci e soprattutto l'assistenza e la cura a persone affette da demenza. Ciò che mi è risultato semplice e spontaneo, è stato l'instaurare le relazioni con i residenti ed i colleghi. Sono stata affiancata ad altri infermieri per poco più di tre mesi, devo ammettere che ho trovato in tutti molta disponibilità, aiuto e comprensione. In me c'era il desiderio inconscio di sentirmi accettata e parte del gruppo e la maggior parte delle volte mi sono sentita tale.

Col passare delle settimane acquisivo man mano più autonomia, anche se mi rendevo conto che le lacune accumulate durante anni di assenza, erano molte. Tendevo a paragonarmi agli altri colleghi, in particolare quelli più bravi o con molti anni di esperienza nel settore della lunga degenza; ovviamente tutto ciò non faceva altro che diminuire la mia autostima. Grazie agli incontri con I. e S., durante i momenti di condivisione, ho realizzato che anche io, col mio bagaglio di esperienze lavorative e personali, avrei potuto contribuire alla crescita del gruppo, ringrazio anche le mie compagne di corso che in questo mi hanno sempre incoraggiata.

La parte pratica ed il supporto ricevuto durante i momenti di condivisione e riflessione, sono stati per me di grande aiuto; ho avuto la fortuna di incontrare docenti appassionati ed entusiasti, estremamente competenti e con una disponibilità che andava oltre gli orari scolastici. Ho ricevuto molto in questi mesi, tante nozioni, informazioni, esperienze e consigli ed ora sta a me sviluppare ed approfondire le tematiche che personalmente ritengo di dover interiorizzare. Sarebbe stato bello poter fare una lezione pratica su dei manichini e passare in rassegna alcune tecniche delle quali si è persa la manualità.

Questo ricco percorso mi ha permesso di acquisire tante nuove competenze, conoscenze. Ho un'altra visione delle persone anziane, più globale per la loro presa a carico. Ho imparato e continuo ad imparare a gestire le persone affette da demenze, a gestire le persone con disturbi psichiatrici.

La persona anziana in casa per anziani di oggi è più complessa rispetto a 30 anni fa e chiede per una buona presa a carico un'esperienza nelle cure generali che non ho mai avuta. [...] Trovo che la cosa preziosa del lavoro in una casa per anziani sia la creazione di rapporti con i residenti e la fiducia sviluppata con loro. Non servono i protocolli ma servono creatività, fantasia e soprattutto passione per prendersi cura di una persona anziana.

Lavorare con tante persone diverse in team è stato un aiuto ma anche un “challenge”. La gestione del tempo è stata sempre una sfida. La mia comunicazione era un ostacolo con l'équipe durante le consegne ma anche per scrivere i decorsi o spiegare in modo chiaro le situazioni alla famiglia o ai medici, mi mancava il vocabolario adeguato. [...] Purtroppo, il lavoro al 60% è stato un inconveniente. Secondo me, non è appropriato per un reinserimento professionale.

Riguardo i miei obiettivi dall'inizio, ho potuto raggiungere più dell'80% ed evolvere durante la formazione, aggiungendo altri obiettivi. Le mezze giornate con le docenti per la riflessione preparata in precedenza, con la riflessione preparata mi facevano molto bene, non ho mai fatto una riflessione del lavoro in un modo così psicologico. Loro hanno guidato benissimo i pomeriggi e ci hanno dato dei consigli e feedback utili, con tanto apprezzamento della nostra persona. Mi ha fatto anche bene sentire dalle mie colleghe che si trovano in situazioni simili e mi sono riconosciuta nei loro racconti.

Un utente mi ha fatto capire quanto importante sia creare la biografia degli ospiti, non in date e tempistiche ma in momenti vissuti con emozione e che impatto può avere il vissuto tuttora nella loro vita e di conseguenza nella cura e la relazione con me/noi. Sono tornata al lavoro con voglia di scoprire chi sono gli anziani con cui ho a che fare ogni giorno e di scoprire l'origine o una spiegazione per certi comportamenti anche se non sempre sarà possibile.

Con le docenti abbiamo parlato sulle cure di lunga durata e sulla loro cronicizzazione, come sempre lo scambio mi ha portato a riflettere ancora di più sugli argomenti proposti. La domanda finale mi ha toccato: come possiamo evitare di diventare caregiver cronici? Visto che le situazioni con gli ospiti di solito non si cambiano, siamo in pericolo anche come curanti: a un certo punto non vediamo più nessun cambiamento e andiamo avanti come si fa da sempre. Vorrei poter mantenere lo sguardo fresco sulle varie situazioni e rimanere curiosa, non stancarmi ma, imparare sempre cose nuove e tenere la mia mente fresca.

Ieri al lavoro la mia caporeparto mi ha criticata per [...] In un primo momento ero molto sorpresa, pensavo di trovarmi in un film sbagliato e come abitudine mia ho cercato di trovare l'errore in me. [...] Ora penso che domani contatterò la caporeparto per stabilire un appuntamento per la settimana prossima. La giornata di oggi a scuola mi ha incoraggiato, a conoscere i miei diritti come infermiera dipendente di una struttura, ad esprimere come mi sento e a non lasciarmi togliere la mia autostima.

Dopo la lezione di oggi sulla “validation” ho ancora più voglia di leggere il libro che ho già da qualche mese a casa. Una docente mi ha motivato ad usare il piano di cura come strumento, finora mi era solo un peso e senza senso. Finalmente ho capito a cosa serve e che importanza e potenza ha se viene usato bene. Anche qui ci vuole allenamento e la logica umana per la pianificazione. È stato di grande motivazione essere nelle strutture e poter usare il PDC direttamente nel carefolio e vedere come viene utilizzato nella pratica.

Leggendo il mio diario mi sembra banale l'apprendimento di quest'anno. Ma in verità sento che è cambiato tanto in me in questo percorso e che ho approfittato in più ambiti della mia vita. Per me questo corso Re Care è stato di grande motivazione professionale ma anche una crescita personale.

Sono riuscita ad estendere le mie conoscenze e competenze professionali. Mi sento molto più autonoma e sicura al lavoro. Anche in momenti quando devo affrontare una cosa “nuova” mi sembra che possa reagire con più tranquillità e ragionando su un'altra base. Tutto l'insegnamento sull'anziano e la demenza sono stati per me un grande aiuto per aggiornarmi. [...] Ho ricevuto spunti per riflettere su di me come persona e sulle mie reazioni. La mia autostima personale è cresciuta e di conseguenza anche la mia autostima professionale come infermiera è potuta crescere. Mi sento molto bene nel mio ruolo come infermiera e mi piace ancora la mia professione che avevo scelto da giovane.

C'erano così tanti input, soprattutto nell'ultimo mese, che il mio obiettivo per i prossimi mesi è di ripassare il materiale e mettere in pratica ciò che ho imparato. Io vi ringrazio di cuore per come vi siete messi in gioco e come avete investito in me. Grazie.

Il mio bilancio complessivo di questa esperienza è positivo, sono convinta che il corso Re Care mi abbia aiutata nel percorso di reinserimento professionale, è stato una presenza costante in questi mesi, un appoggio, una guida; sono le persone che ho incontrato e in particolare [seguono i nomi delle colleghe di corso] che mi hanno supportata e spronata ad andare avanti nei momenti di crisi, sono state il punto di riferimento, con loro è stato ed è facile condividere il mio vissuto e sentirmi capita al volo perché ci uniscono le stesse emozioni, esperienze sicuramente diverse ma emotivamente così simili. Grazie ragazze!!!!

L'insieme di queste riflessioni ci porta a ritenere che l'esperienza sia stata valida e spendibile anche in futuro per intercettare professionisti usciti dalla pratica e re-introdurli nella attività assistenziale ma anche per riuscire a sostenere operatori in difficoltà e a rischio di abbandono.

4.7 Re Care: promuovere il benessere nel lavoro di cura tramite la formazione del personale dirigente intermedio

Siegfried Alberton, Paolo Barro, Tatiana Lurati Grassi

Il progetto Re Care prevedeva una terza azione, segnatamente la preparazione di un'azione formativa pilota "Benessere nel lavoro di cura" rivolta al personale dirigente dei vari servizi sanitari coinvolti. Questa azione è attualmente nella fase di pianificazione e di costituzione di un gruppo di lavoro, composto da diversi partner di terreno e da rappresentanti della Divisione sanità e socialità del Cantone Ticino.

Si tratta di una misura che tocca sia aspetti operativi, sia visioni, impostazioni e azioni a carattere strategico, come raffigurato nella figura 1. Tocca metodologie e strumenti d'azione, ma anche comportamenti, posture e stili di leadership e di management. Non potrebbe essere altrimenti, considerato quanto è emerso nelle azioni A e B descritte nei capitoli precedenti. I risultati evidenziano in modo inequivocabile quanto il ruolo del management, in tutte le sue dimensioni, da quelle più operative a quelle più strategiche, sia fondamentale per disegnare, progettare, attuare e rimodellare di continuo strategie, modelli e azioni volte a promuovere, sviluppare e sostenere, nel tempo, il benessere nel lavoro di cura, con l'obiettivo ultimo di contribuire al mantenimento e al reinserimento del personale infermieristico, in questo caso, nelle cure di lunga durata.



Figura 1
Il ruolo strategico e operativo del management (©Alberton-2023).

Nelle attività di anticipazione e di Foresighting gli stili di leadership agiti sono cruciali per la promozione del benessere del personale. Di fatto, queste attività non possono essere considerate come sporadiche o una tantum. Senza continuità, le medesime rischiano di creare false aspettative o, peggio ancora, di diventare una fabbrica di illusioni che non possono fare altro che aumentare il malessere e, quindi, in ultima istanza, il drop out del personale infermieristico. L'attività di anticipazione, insita in ogni intervento di leadership accurato, s'iscrive al capitolo della gestione strategica e operativa del cambiamento e risponde alla necessità di agire per tempo per non subirlo, in modo equilibrato (Raisch, Luger & Schimmer, 2018). In definitiva, è importante occuparsi costantemente del personale per non doversene preoccupare. Per le ragioni sopra esposte, l'azione formativa da progettare si rivolge primariamente ai quadri dirigenti, in particolare ai quadri intermedi del settore sociosanitario (ambito non acuto), settore in cui si pensa di dover agire con una certa priorità. Questa formazione pilota non toccherà gli aspetti clinici o specificamente gestionali. Per questi aspetti esistono già delle formazioni specifiche offerte dalla SUPSI.

I quadri intermedi sono probabilmente i profili più critici su cui concentrare l'azione formativa. L'esperienza pratica mostra come, spesso, questo personale manchi di competenze di gestione strategica e, al suo interno, di gestione del cambiamento. Si occupa per lo più di aspetti amministrativi (turnistica, gestione finanziaria, acquisti, ecc.). Si occupa poco o nulla della gestione del benessere, dei conflitti e, più in generale, della gestione strategica delle risorse umane, funzioni, queste ultime, spesso nemmeno previste nel loro mansionario.

Da un lato la progettazione dell'azione formativa pilota si ancora sui preziosi insegnamenti tratti nell'ambito della realizzazione dell'azione A e B. La prima azione ha permesso di constatare gli effetti positivi di un intervento sull'anticipazione, per favorire resilienza e proattività nel personale (Salini, Furlanetto et al., in questa rivista). La seconda, in particolare rispetto a quanto emerso nella fase di indagine (Cattani et al., in questa rivista) ha permesso di identificare alcuni aspetti che concorrono al mantenimento o all'interruzione dell'attività infermieristica. Tra questi, spiccano quelli legati alle possibilità di crescita e sviluppo professionale, alla salute e alla sicurezza, ai rapporti sociali positivi e alla conciliabilità lavoro e vita privata. Su questi aspetti è importante chinarsi anche attraverso la formazione di base e continua del personale. Indicazioni importanti sono pure emerse sul fronte dell'impegno a favorire la fidelizzazione o il rientro del personale infermieristico, per esempio attraverso l'implementazione di dispositivi di accompagnamento e di consulenza in tutte le fasi del percorso professionale, o attraverso stage accompagnati e retribuiti per favorire un graduale reinserimento (Barro et al., in questa rivista).

Dall'altro lato, ulteriori importanti spunti provengono dal progetto RelPlus (Cattani et al., 2022), promosso nel quadro degli interventi del Progetto cantonale LINEA che, dal 2014, offre sostegno a docenti in difficoltà e promuove il benessere, attraverso anche una formazione della durata di due anni rivolta a dirigenti di istituti scolastici e ad alcuni loro collaboratori e collaboratrici di ogni ordine scolastico. La formazione RelPlus presenta alcuni elementi di trasferibilità per la formazione dei quadri del settore sanitario. Tra questi, citiamo in particolare: l'attitudine intraprenditoriale/progettuale, l'approccio ecosistemico al complesso universo del benessere e del ben stare, l'approccio riflessivo, l'interprofessionalità e le relazioni inter-organizzative.

La preparazione dell'azione formativa pilota "Benessere nel lavoro di cura" sarà svolta attraverso un processo di "Design Thinking" (Goldman & Kabayadondo, 2016), ovvero un processo di progettazione iterativo e non lineare che coinvolgerà direttamente tutti gli attori in gioco e non solo gli "esperti" della formazione e dei temi della gestione del cambiamento. Il percorso formativo sarà quindi co-progettato, prototipato, testato e co-sviluppato in modo partecipativo per aumentarne il più possibile non solo l'efficacia ma anche l'accettazione e l'appropriazione e questo in linea con l'insieme delle modalità di intervento del progetto Re Care.

La preparazione dell'azione ha quindi per scopo quello di valutare la desiderabilità, l'opportunità e la fattibilità di un'offerta formativa pilota (corsi e/o percorsi e/o accompagnamenti) per i quadri dirigenti (intermedi in particolare) del settore sociosanitario riferito alle cure di lunga durata sui temi della gestione del benessere, della gestione del cambiamento e della leadership. Su questi due ultimi temi, il percorso progettuale potrà avvalersi anche di alcune esperienze formative di prossimo svolgimento, segnatamente i corsi offerti a Tre Valli soccorso dal Centro professionale sociosanitario infermieristico (CPSI).

Come detto, al momento della scrittura di questa breve panoramica dell'azione C è in corso la costituzione di un gruppo di progetto che si occuperà, a partire da settembre 2023, della preparazione operativa dell'azione formativa pilota.

Parte 5

Postfazione

Una convergenza esemplare di conoscenze, risorse e azioni

Fabio Merlini

Fuoriuscire dall'astratto

Quando non procede direttamente dall'esperienza concreta dei nostri vissuti, la riflessione sulla digitalizzazione e sull'intelligenza artificiale rischia di rimanere a un livello molto astratto. Procedendo per generalizzazioni unilaterali, finisce con il polarizzarsi tra le posizioni di chi vi legge i segni di una ulteriore tappa nel processo di emancipazione performativa dalle varie forme di necessità e chi, al contrario, vi riconosce ovunque una minaccia di progressivo assoggettamento della vita umana, vuoi per estrarre valore da ogni azione e comunicazione; vuoi per agire forme di controllo e pilotaggio tanto onnipervasive, quanto lesive della nostra dignità.

Nei fatti, accade ovviamente e l'una e l'altra cosa, *allo stesso tempo*. Il problema è allora interrogare il significato profondo di questa contemporaneità ("allo stesso tempo"), per chiedersi come riuscire ad agire virtuosamente in essa. Vale a dire: che cosa fare per individuare al suo interno percorsi di senso capaci di sottrarre le nostre vite a una direzionalità fatale, sulla quale è impossibile fare presa, tanto quando si parla di progresso inarrestabile, quanto quando si parla di regresso alienante.

Percorsi di concretezza

Più che di grandi sintesi che disegnano parabole ascendenti o discendenti, abbiamo allora bisogno di analisi e azioni puntuali. Capaci di entrare nei diversi campi in cui la diffusione delle tecnologie digitali – cioè la loro capacità di riconfigurare la nostra esperienza dello spazio e del tempo, le nostre modalità informative, comunicative e operative, la nostra percezione di noi stessi e degli altri – definisce modi di essere e campi di azione rispetto ai quali indentificare poi precisi e circoscritti margini di movimento, interventi riparativi e produttivi di un adattamento creativo con il quale fronteggiare localmente quella complessità che innerva in modo sempre più palese, e non di rado tragico, le situazioni cui siamo confrontati.

È tutto ciò che possiamo fare, ma se vi ci si applica con tenacia non è poco, tutt'altro.

I contributi del presente Quaderno sono una perfetta esemplificazione di che cosa significhi stare dentro una complessità crescente, nel caso specifico quella inerente all'ambito infermieristico; leggerne gli aspetti salienti relativamente alla digitalizzazione di una buona parte delle attività di cura; registrarne alcuni aspetti problematici, anche per come tenderanno a evolvere, e suggerire quindi correttivi sulla base di analisi fondate, rispetto a strumenti, pratiche e rappresentazioni. Non solo, sono anche la testimonianza virtuosa di cosa significhi, per una istituzione di formazione e ricerca, farsi carico, nell'ambito del territorio in cui opera, di specifiche emergenze – in questo caso, inerenti all'evoluzione delle tecnologie nella pratica delle cure. In che modo? Repertoriandole, tematizzandole, facendovi convergere le esperienze, i saperi e le risorse di figure istituzionali, di professionisti del ramo e di attori coinvolti in prima linea. Per poi impegnarsi in alcuni progetti di ricerca sul campo, con l'obiettivo di individuare *modus operandi* funzionali, sostenibili e convincenti.

Un lavoro di convergenza

Il Quaderno documenta un lavoro pluriennale, dove testimonianze competenti, istituzioni lungimiranti, protagonisti disponibili a mettersi in gioco, metodi di analisi e dispositivi di ricerca innovativi hanno saputo incontrarsi per generare un articolato e diffuso partenariato (cantonale,

nazionale, internazionale): a tutto beneficio del benessere – poiché di questo alla fine si tratta – di chi assicura cure e sostegno in un ambito confrontato con difficoltà enormi, che tenderanno ad acuirsi sempre di più. Dunque: un contributo prezioso, che mostra una via possibile.

Tutto nasce sei anni fa, grazie a una non comune attenzione e sensibilità verso le trasformazioni delle pratiche lavorative in un ambito specifico, e al disagio non di rado provocato nelle persone coinvolte, che ha saputo tradursi in un mandato di studio preliminare per capire come agire sul piano formativo e quali azioni di ricerca e sviluppo intraprendere allo scopo di gestire e controllare l'irruzione funzionale delle tecnologie di trascrizione e trasmissione delle informazioni cliniche. Un primo passo per conseguire una visione chiara della questione e per consentire di coinvolgere diversi attori strategici in una collaborazione produttiva.

In base ai risultati conseguiti grazie a questa prima azione, è quindi stato possibile disporre delle risorse conoscitive necessarie per avviare iniziative formative e progetti di ricerca sostenuti da enti nazionali prestigiosi, coinvolgendo istituzioni di cura e di formazione non solo ticinesi, ma anche svizzero-tedesche e italiane.

Esemplarità

Indagine di terreno preliminare, occasioni formative e di confronto sulle questioni emerse, sulle tendenze future, sulle buone pratiche, identificazione delle risorse cognitive ed esperienziali disponibili, ideazione di progetti di ricerca su aspetti problematici, definizione di nuovi bisogni formativi: ecco le tappe principali di un percorso pluriennale, esemplare sotto diversi aspetti. Per la capacità di coinvolgere professionisti della salute e destinatari delle cure; per l'impegno a comprendere quelli che potremmo chiamare i “meccanismi di vulnerabilità” in azione, quando le pratiche professionali correnti vengono modificate da una implementazione tecnologica non sempre sufficientemente consapevole e non sempre automaticamente più funzionale, rispetto alla consuetudine maturata negli anni; per la capacità di costruire campi integrati di conoscenze e esperienze grazie agli attori in gioco; per la relazione tra analisi della situazione, risultati della ricerca e offerte formative. In sintesi: per un trattamento dell'incertezza, del disagio e delle disfunzionalità professionali articolato su più fronti. E, soprattutto: supportato da una osservazione comprensiva e inclusiva, ancorata a metodi di ricerca innovativi – in cui ascolto, elaborazione e azione si rafforzano e sostengono a vicenda.

L'esito complessivo è la messa a punto di un ampio repertorio di risorse predisposto al fine di consentire il passaggio da una modalità passiva di ricezione dei cambiamenti relativi alle pratiche professionali, in cui le trasformazioni sono subite e spesso “sofferte”, a una modalità attiva, capace di stare nel cambiamento, inquadrandolo come una opportunità, dopo averne rilevato e corrette le inevitabili disfunzioni. Il che significa, di fatto, dotarsi degli strumenti per anticipare trend inevitabili, collaborando a definire le risorse non solo per potervi fare fronte, ma anche in una certa misura per poterli direzionare secondo i propri bisogni e quelle delle persone cui ci si rivolge nella relazione di cura.

Considerate le ben conosciute problematicità inerenti alle professioni infermieristiche, rese ancora più manifeste in tutta la loro drammaticità durante la pandemia di COVID-19, quello presentato qui non è affatto un contributo da poco, al contrario. Anche perché mostra come ridare una centralità riflessiva e direzionale a una pratica professionale a forte rischio di demotivazione e di usura. Certo, solo un contributo, tra le azioni che si rendono e si renderanno sempre più necessarie. E, tuttavia, un esempio da seguire.

Parte 6

Note sugli autori e bibliografia

Lista autori e autrici principali

ADiCASI, Associazione dei Direttori delle case per anziani della Svizzera Italiana, promuove lo sviluppo delle Case per Anziani attraverso la condivisione di esperienze e la collaborazione con partner e istituzioni, nell'interesse di residenti e collaboratori. Negli anni ha messo a punto servizi specifici offerti in rete alle CpA, con lo scopo di migliorare le competenze, confrontare le esperienze, condividere i momenti formativi di cui beneficia il personale e ridurre determinati costi amministrativi.
Sito web: www.adicasi.ch

Noè Albergati, PhD in Italianistica e Master in Biblioteconomia e catalogazione digitale dei beni librari e archivistici, è Responsabile regionale della biblioteca e Coordinatore regionale delle pubblicazioni e manifestazioni presso la SUFFP.
Contatto: noe.albergati@suffp.swiss

Siegfried Alberton, responsabile regionale Formazione continua della SUFFP. La gestione del cambiamento, l'imprenditorialità, il lavoro e la sua trasformazione, nonché la didattica innovativa sono i temi su cui si basano le sue attività di formazione, di ricerca-azione e di consulenza.
Contatto: siegfried.alberton@suffp.swiss

Antonello Ambrosio, infermiere psichiatrico con specializzazione in Cure Intense, Master in Medical Humanities, Vicedirettore Centro Professionale Sociosanitario infermieristico.
Contatto: antonello.ambrosio@edu.ti.ch

Francesca Amenduni, PhD in scienze dell'educazione, Master of Science in psicologia del lavoro, ricopre la duplice funzione di Senior Researcher (dipartimento "Ricerca e sviluppo") e di Project Manager (dipartimento "Formazione") presso la SUFFP di Lugano. Ha coordinato l'elaborazione del prototipo multimedia nel quadro della ricerca *digi-care*.
Contatto: francesca.amenduni@suffp.swiss

Paolo Barro, direttore del Centro Professionale Sociosanitario Infermieristico di Manno e Bellinzona. Formato come tecnico di radiologia Medica, ha conseguito l'abilitazione pedagogica e un Master nel management e la leadership nelle organizzazioni in ambito sanitario. È stato capo settore dei servizi di radiologia presso un gruppo di cliniche private e in seguito Vicedirettore delle Scuole Specializzate superiori Medico tecniche Cantionali, nonché membro della Direzione Generale dei Servizi Autoambulanza e Medico Dentari del Mendrisiotto.
Contatto: paolo.barro@edu.ti.ch

Furio Bednarz, consulente indipendente, collabora con istituzioni di ricerca, associazioni professionali, Enti locali e università. I suoi interessi di ricerca riguardano i temi del mercato e delle politiche del lavoro, delle migrazioni e l'ingegneria e valutazione della formazione professionale. È stato presidente e responsabile della ricerca e sviluppo presso la Fondazione ECAP Svizzera e direttore dell'Ufficio della formazione continua e dell'innovazione, della Divisione della formazione professionale del Canton Ticino. Ha pubblicato articoli e volumi su riviste scientifiche nazionali e internazionali.
Contatto: furio.bednarz@icloud.com

Valeria Belloni, Master in Advanced Studies in Economia e Management Sanitario e Sociosanitario (Net-MEGS, USI), è collaboratrice scientifica presso l'Ufficio del medico cantonale (Canton Ticino) e direttrice dell'Associazione e-Health Ticino (www.ehti.ch).
Contatto: info@ehti.ch

Monica Bianchi, PhD in Metodologia di Ricerca in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Genova. Executive Master in Business Administration (EMBA) Università della Svizzera Italiana. Docente in "Interprofessionalità nella formazione e nella pratica socio-assistenziale". Responsabile del Master of Science in Cure infermieristiche. Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana. Dopo anni nella clinica e nel management, dal 2015 è attiva in ambito accademico, sia nel campo pedagogico sia in quello della ricerca, con progetti nazionali e internazionali.
Contatto: monica.bianchi@supsi.ch

Francesco Brunori, Futurista professionista, socio fondatore di AFI (Associazione Futuristi Italiani), responsabile della Formazione e di -skopia Education (Laboratori di Futuro® in classe nelle scuole). Docente al Master di II Livello in Previsione Sociale al Centro Alti Studi per la Difesa nonché di Previsione Strategica alla Scuola Nazione dell'Amministrazione. Contatto: brunori@skopia-anticipation.it

Barbara Bruschi, professoressa ordinaria di Digital storytelling e Didattica e media presso il Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione dell'Università di Torino. I suoi principali ambiti di ricerca riguardano l'applicazione del digital storytelling nei contesti educativi e di cura, la didattica con le tecnologie digitali, la digital education e il faculty development. Contatto: barbara.bruschi@unito.it

Thomas Bürkle, professore presso l'Istituto di informatica medica dell'Università di scienze applicate di Berna (BFH) e Co-Project leader del progetto di ricerca *digi-care*. I suoi interessi di ricerca includono sistemi basati sulla conoscenza, ontologia, valutazione di sistemi IT e supporto del flusso di lavoro. Contatto: thomas.buerkle@bfh.ch

Delia Cattani, laureata in Scienze dell'educazione permanente e della formazione continua presso l'Università di Bologna. Collabora con la SUFFP come Specialista nel campo sviluppo delle professioni e con il Servizio Linea (DECS) per il sostegno ai docenti in difficoltà e la promozione del benessere negli istituti scolastici. Contatto: delia.cattani@suffp.swiss

Elena Corina Luca, infermiera specialista clinica all'Ospedale Italiano di Lugano e Responsabile della Ricerca infermieristica presso l'Ospedale Regionale di Lugano - EOC. Dopo anni di esperienza nella pratica clinica, dal 2020 è attiva nella ricerca infermieristica con interesse verso lo sviluppo della pratica infermieristica avanzata, la partnership con i pazienti e l'implementation science. Contatto: CorinaElena.Luca@eoc.ch

Daria Dinacci, Dr.ssa Med. Capo clinica specialista in Neurologia ed esperta in riabilitazione presso la Clinica Hildebrand Centro Riabilitazione Brissago (CRB) e consulente presso l'Istituto di Neuroscienze Cliniche della Svizzera Italiana per la neuroriabilitazione precoce e per la presa in carico riabilitativa post degenza dei pazienti neurologici complessi. Partecipa in modo attivo al progetto di introduzione delle nuove tecnologie in riabilitazione alla CRB. Contatto: d.dinacci@clinica-hildebrand.ch; daria.dinacci@eoc.ch

Antonio Furlanetto, futurista professionista e risk manager esperto in responsabilità civile, è CEO di -skopia Srl, docente di Risk Management Anticipante al Master in Previsione sociale dell'Università di Trento e al Centro Alti Studi per la Difesa nonché di Previsione Strategica alla Scuola Nazione dell'Amministrazione. Coordina gli Osservatori e gli esercizi di futuro complessi di -skopia Srl. Contatto: furlanetto@skopia-anticipation.it

Clelia Guglielmetti, docente in cure infermieristiche con ruolo di referente pedagogica, Scuola specializzata superiore in Cure infermieristiche (SSSCI) presso il Centro professionale socio-sanitario infermieristico Bellinzona - Lugano. Contatto: clelia.guglielmetti@edu.ti.ch

Pier Luigi Ingrassia, medico, professore e direttore scientifico del Centro di Simulazione (CeSi) del Centro Professionale Sociosanitario Medico-Tecnico di Lugano. President-Elect della Society for Simulation in Europe (SESAM). Contatto: pierluigi.ingrassia@edu.ti.ch

Kezia Löffel, collaboratrice scientifica alla SUFFP, ha contribuito alla raccolta dei dati etnografici per la ricerca *digi-care* negli ospedali della Svizzera tedesca, nonché all'elaborazione dei risultati. È stata inoltre persona di contatto per ospedali e istituti di formazione della Svizzera tedesca. Possiede un Master of Arts in Antropologia sociale. Contatto: Kezia.Loeffel@ehb.swiss

Christopher Lueg, professore alla School of Information Sciences, University of Illinois a Urbana-Champaign (USA) è specializzato in Human design e sui temi dell'embodiment. È stato Co-Project leader del progetto di ricerca *digi-care*. quando era professore di informatica medica presso BFH (Svizzera).
Contatto: cplueg@illinois.edu

Tatiana Lurati Grassi, responsabile dell'Ufficio della formazione continua e dell'innovazione presso la Divisione della formazione professionale del DECS. Segue e coordina servizi e attività di formazione continua per gli adulti.
Contatto: tatiana.lurati@ti.ch

Stefano Padovese, responsabile Formazione continua e docente, Scuola specializzata superiore in Cure infermieristiche (SSCI), presso il Centro professionale sociosanitario infermieristico (CPSI) Bellinzona - Lugano.
Contatto: stefano.padovese@edu.ti.ch

Claudio Petrillo, Dr. Med. Capo servizio specialista in Medicina fisica e riabilitativa presso la Clinica Hildebrand Centro Riabilitazione Brissago (CRB) è Fisiatra esperto responsabile del settore di traumatologia e casi di Neuro traumatologia complessi in riabilitazione. Esperto peritale medico per definizione di perizie in ambito riabilitativo, partecipa in modo attivo allo sviluppo e applicazione delle Nuove tecnologie applicate al campo Neurologico e Muscoloscheletrico.
Contatto: c.petrillo@clinica-hildebrand.ch

Dominga Salerno, dirigente medico dipendente Azienda Sanitaria Locale Torino 3 (ASLTO3), Specialista in Geriatria. Master Integrated Care International Foundation for Integrated Care. Dottore di ricerca in Scienze cliniche geriatriche. Specialista in Agopuntura. Revisore esperto per la Commissione Europea. Commissione Programmazione Sanitaria Ordine dei Medici di Torino. Consigliere Società Italiana di Telemedicina e Sanità Digitale.
Contatto: domingasalerno@gmail.com

Deli Salini, PhD in scienze dell'educazione, settore educazione degli adulti. Già docente e Senior Researcher per più di un ventennio alla SUFFP, ha partecipato all'ideazione, al coordinamento e alla realizzazione operativa dei diversi progetti SUFFP descritti in questa rivista (studio preliminare, ciclo di eventi formativi, progetto *digi-care* e progetto Re Care).
Contatto: deli.salini@yahoo.it

Patrizia Salzmänn, Co-Project leader e ricercatrice principale del progetto di ricerca *digi-care*. Responsabile del team di ricerca "Esperienza e apprendimento lungo tutto l'arco della vita" presso la SUFFP. Ha conseguito un dottorato di ricerca in scienze dell'educazione nel campo dell'istruzione e della formazione professionale.
Contatto: Patrizia.Salzmänn@ehb.swiss,

Luca Tonolla, capo area terapie e membro di direzione presso la Clinica Hildebrand Centro di Riabilitazione Brissago (CRB), è responsabile della gestione e dello sviluppo del settore terapeutico riabilitativo della clinica. Ha un Master in Advanced Studies in Economia e Management Sanitario e Sociosanitario (Net-MEGS, USI). Nel 2023 ha coordinato le fasi di implementazione su paziente del progetto di introduzione delle nuove tecnologie in riabilitazione alla CRB.
Contatto: l.tonolla@clinica-hildebrand.ch

Andrea Carla Volpe, collaboratrice scientifica alla SUFFP, ha contribuito alla raccolta ed elaborazione dei dati etnografici per la ricerca *digi-care* ed è stata persona di contatto per ospedali e istituti di formazione in Ticino. Possiede un Master in Scienze Antropologiche ed etnologiche conseguito presso l'Università di Milano – Bicocca, specializzata in Antropologia della contemporaneità e del lavoro.
Contatto: Andrea.Volpe@suffp.swiss

Bibliografia

- ACSQHC (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care). (2010). *The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement*.
- Advanced Practice Nurse (APN-CH). (n.d.). *Advanced practice nurse*. Retrieved November 7, 2023, from www.apn-ch.ch/fr/apn
- Agha, Z., Weir, C. R., & Chen, Y. (2013). Usability of telehealth technologies. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 2013, Article 834514. <https://doi.org/10.1155/2013/834514>
- Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R., & Bany Hani, S. (2018). Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e578-e589. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>
- Al-Jaroodi, J., Mohamed, N., & Abukhousa, E. (2020). Health 4.0: On the Way to Realizing the Healthcare of the Future. *IEEE access: practical innovations, open solutions*, 8, 211189–211210. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2020.3038858>
- Allen, S. (2021). *2021 global health care outlook*. Deloitte. www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/2021-Global-health-care-outlook.pdf
- Anadón, M. (2019). Les méthodes mixtes : implications pour la recherche « dite » qualitative. *Recherches qualitatives*, 38(1), 105–123. <https://doi.org/10.7202/1059650ar>
- Anastasiou, K., & Smith, D. (2023). Development of a Conceptual Framework to Identify and Clarify the Concept of Digital Skills in the Healthcare Sector. *Aesculapius*, 4(1), 1. <https://red.library.usd.edu/aesculapius/vol4/iss1/1>
- Argentero, P., & Cortese, C. G. (a cura di). (2016). *Psicologia del lavoro*. Raffaello Cortina.
- Armstrong, N. E. (2017). A Quality Improvement Project Measuring the Effect of an Evidence-Based Civility Training Program on Nursing Workplace Incivility in a Rural Hospital Using Quantitative Methods. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care*, 17(1), 100-137. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v17i1.438>
- Ash, J. S., Berg, M., & Coiera, E. (2004). Some unintended consequences of information technology in health care: the nature of patient care information system-related errors. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(2), 104-112. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1471>
- Atasoy, H., Greenwood, B. N., & McCullough, J. S. (2019). The Digitization of Patient Care: A Review of the Effects of Electronic Health Records on Health Care Quality and Utilization. *Annual review of public health*, 40, 487–500. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044206>
- Bachimont, B. (2001). Dossier patient et lecture hypertextuelle. *Les cahiers du numérique*, 2(2), 105-123.
- Balevre, S. M., Balevre, P. S., & Chesire, D. J. (2018). Nursing Professional Development Anti-Bullying Project. *Journal for Nurses in Professional Development*, 34(5), 277-282. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000470>
- Bambi, S., Foa, C., De Felippis, C., Lucchini, A., Guazzini, A., & Rasero, L. (2018). Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors. *Acta Biomed*, 89(Suppl 6), 51-79. <https://doi.org/10.23750%2Fabm.v89i6-S.7461>
- Bambi, S., Guazzini, A., Piredda, M., Lucchini, A., De Marinis, M. G., & Rasero, L. (2019). Negative interactions among nurses: An explorative study on lateral violence and bullying in nursing work settings. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 749-757. <https://doi.org/10.1111/jonm.12738>
- Bambi, S., Lucchini, A., Guazzini, A., Caruso, C., & Rasero, L. (2019). Inciviltà sul luogo di lavoro, violenza orizzontale, bullismo e mobbing tra pari nella professione infermieristica: teorie e modelli di interpretazione dei fenomeni. *Professioni Infermieristiche*, 72(3). www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/670
- Barbier, J.-P., & Durand, M. (éds.). (2017). *Encyclopédie d'analyse des activités professionnelles*. PUF.
- Bardram, J. E., & Houben, S. (2018). Collaborative Affordances of Medical Records. *Comput Supported Coop Work*, 27, 1–36. <https://doi.org/10.1007/s10606-017-9298-5>
- Bartlett, R., Balmer, A., & Brannelly, P. (2017). Digital technologies as truth-bearers in health care. *Nursing Philosophy*, 18(1), Article e12161. <https://doi.org/10.1111/nup.12161>
- Bauer, A. M., Thielke, S. M., Katon, W., Unützer, J., & Areán, P. (2014). Aligning health information technologies with effective service delivery models to improve chronic disease care. *Preventive Medicine*, 66, 167–172. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.06.017>

- Bauman, Z. (2018). *Retrotopia*. Laterza
- Becka, D., Bräutigam, C., & Evans, M. (2020). „Digitale Kompetenz“ in der Pflege: Ergebnisse eines internationalen Literaturreviews und Herausforderungen beruflicher Bildung. *IAT Forschung Aktuell*, 8. <http://hdl.handle.net/10419/224129>
- Berry, P. A., Gillespie, G. L., Fisher, B. S., Gormley, D., & Haynes, J. T. (2016). Psychological Distress and Workplace Bullying Among Registered Nurses. *Online Journal of Issues in Nursing*, 21(3), Article 8. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No03PPT41>
- Blair, C., Walsh, C., & Best, P. (2021). Immersive 360° videos in health and social care education: a scoping review. *BMC medical education*, 21, Article 590. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03013-y>
- Boldrini, E., & Wüthrich, E. (2022). Situationsdidaktik – Anwendungsgrundsätze eines vielseitigen Ansatzes. In G. Ghisla, E. Boldrini, C. Gremion, F. Merlini, & E. Wüthrich (Hrsg.), *Didaktik und Situationen: Ansätze und Erfahrungen für die Berufsbildung* (s. 25-36). hep.
- Boldrini, E., Ghisla, G. & Bausch, L. (2014). Didattica per situazioni. In G. P. Quaglino (Ed.), *Formazione. I metodi* (pp. 337–360). Raffaello Cortina.
- Bologna Working Group on Qualifications Frameworks (2005). *A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area*. Danish Ministry of Science, Technology and Innovation.
- Booth, R. G., Strudwick, G., McBride, S., O'Connor, S., & Solano López, A. L. (2021). How the nursing profession should adapt for a digital future. *BMJ*, 373, Article n1190. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1190>
- Borges do Nascimento, I. J., Abdulazeem, H., Vasanthan, L. T., Martinez, E. Z., Zucoloto, M. L., Østengaard, L., Azzopardi-Muscat, N., Zapata, T., & Novillo-Ortiz, D. (2023). Barriers and facilitators to utilizing digital health technologies by health-care professionals. *NPJ digital medicine*, 6(1), Article 161. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00899-4>
- Bourgeois, E., & Durand, M. (éds.). (2012). *Apprendre au travail*. PUF.
- Brown, J., Pope, N., Bosco, A. M., Mason, J., & Morgan, A. (2020). Issues affecting nurses' capability to use digital technology at work: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 29(15-16), 2801–2819. <https://doi.org/10.1111/jocn.15321>
- Bruner, J., & Carpitella, M. (2002). *La fabbrica delle storie: diritto, letteratura, vita*. Laterza.
- Bruschi, B. (2015). Narrare con il digital storytelling. In V. Alastra (a cura di), *Pensieri circolari. Narrazione, formazione e cura* (pp.137-154). Pensa-Multimedia.
- Bruschi, B. (2018). Digital storytelling and training in health care settings. *The online journal of science and technology*, 8(1), 54-58.
- Bruschi, B. (2020). Narrazioni digitali per l'inclusione. In M. Pavone (a cura di), *Didattiche da scoprire. Linguaggi, disabilità, inclusione*. Mondadori
- Bürkle, T., Denecke, K., Zetz, E., Lehmann, M., & Holm, H. (2017). Integrated care processes designed for the future healthcare system. *Studies in Health Technology and Informatics*, 245, 20-24. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-830-3-20>
- Bürkle, T., Lueg, C., Salzmann, P., Salini, D., von Kaenel, F., Löffel, K., Meier, L., Moozhiyil, S.-M., Perrini, S., Trede, I., Volpe, A., & Holm, J. (2022). Digi-care: Exploring the Impacts of Digitization on Nursing Work in Switzerland. *Studies in Health Technology Informatics*, 292, 57-62. <https://doi.org/10.3233/SHTI220321>
- Cardoso, A. F., Moreli, L., Braga, F. T., Vasques, C. I., Santos, C. B., & Carvalho, E. C. (2012). Effect of a video on developing skills in undergraduate nursing students for the management of totally implantable central venous access ports. *Nurse education today*, 32(6), 709-713.
- Carretero Gomez, S., Vuorikari, R., & Punie, Y., (2017). *DigComp 2.1: The Digital Competence Framework for Citizens with eight proficiency levels and examples of use*. Publications Office of the European Union.
- Cattaneo, A., & Barabasch, A. (2017). Technologien in der Berufsbildung zur Verknüpfung des Lernens zwischen Schule und Arbeitsplatz: Das Erfahrungsraum Modell. *bwp@ - Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, 33.
- Cattaneo, A., Motta, E., & Gurtner, J.-L. (2015). Evaluating a mobile and online system for apprentices' learning documentation in vocational education: usability, effectiveness and satisfaction. *International Journal of Mobile and Blended Learning*, 7(3), 40-58.
- Cattani, D. & Salini, D. (2022). *Progetto Re Care - Favorire REinserimento e REsilenza nelle cure. Rapporto di attività Azione B - Fasi 1 e 2: Indagine volta alla preparazione di un programma modulare di perfezionamento sul tema delle cure di lunga durata*. Scuola universitaria federale per la formazione professionale SUFFP.

- Cattani, D., Bednarz, F., Salini, D., & Alberton, S. (2022). *RelPlus - Analisi e prospettive di sviluppo di un percorso formativo innovativo*. Scuola universitaria federale per la formazione professionale SUFFP; Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport del Cantone Ticino (DECS).
- Cavatorti, S. (2021). *La transizione nella leadership infermieristica: uno studio osservazionale* [Unpublished master's thesis]. Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana.
- Cavicchioli, A. (2018). Una digitalizzazione "intelligente" nelle cure: echi e riflessioni dal mondo dei professionisti. *Iride*, 5, 17-20. www2.supsi.ch/cms/iride/wp-content/uploads/sites/31/2018/10/IRIDE_web-1.pdf
- Cecchetti, G., & Kolachalam, S. (2002, November). *Relazioni tra Sistemi Informativi ed E-Government della Sanità* [Conference session]. Proceedings of International Symposium on Learning Management and Technology Development in the Information and Internet Age. The convergent paths of Public and Private Organizations, Bologna, Italy. <https://core.ac.uk/download/pdf/54924559.pdf>
- Céfaï, D. (Ed.). (2003). *L'enquête de terrain. La découverte*.
- Chan, K. S., & Zary, N. (2019). Applications and Challenges of Implementing Artificial Intelligence in Medical Education: Integrative Review. *JMIR medical education*, 5(1), Article e13930. <https://doi.org/10.2196/13930>
- Chen, C., Loh, E.-W, Kuo, K. N., & T., K.-W. (2020). The Times they Are a-Changin' – Healthcare 4.0 Is Coming! *Journal of Medical Systems*, 44, Article 40. <https://doi.org/10.1007/s10916-019-1513-0>
- Chipps, E. M., & McRury, M. (2012). The development of an educational intervention to address workplace bullying: a pilot study. *Journal for Nurses in Staff Development*, 28(3), 94-98. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=108123318&site=ehost-live>
- Collier, A., Phillips, J. L., & Iedema, R. (2015). The meaning of home at the end of life: A video-reflexive ethnography study. *Palliative medicine*, 29(8), 695-702.
- Collins, A., Brown, J. S., & Holum, A. (1991). Cognitive apprenticeship: Making thinking visible. *American Educator*, 15(3), 6-11.
- Consiglio Federale. (2019). *Strategia Svizzera digitale 2023*. Cancelleria federale della Confederazione Svizzera.
- Converso, D. (2012). *Benessere e qualità della vita organizzativa in sanità*. Espress edizioni
- Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2014). A longitudinal study to identify the influence of quality of chronic care delivery on productive interactions between patients and (teams of) healthcare professionals within disease management programs. *British Medical Journal*, 4, Article e005914.
- Czarniawska, B. (2007). *Shadowing: and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*. Liber Copenhagen Business School Press.
- Daum, M. (2017). *Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland*. DAA-Stiftung Bildung und Beruf.
- De Barros Lima, C., Davitti, V., Goncalves, S., Piattini, S., Levati, S., D'Angelo, V., Prandi, C., & Bianchi, M. (2021). Il bullismo nel sistema sanitario ticinese: L'impatto sul benessere dei collaboratori e sull'organizzazione. *Professioni infermieristiche*, 74(3), 131-138. <https://doi-org.proxy2.biblio.supsi.ch/10.7429/pi.2021.742131>
- DEASS (Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale). (2017). *Profilo di competenze dell'infermiere master of science in cure infermieristiche*.
- del Molino, J., Bibiloni, T., & Oliver, A. (2020). Keys for successful 360° hypervideo design: A user study based on an xAPI analytics dashboard. *Multimedia Tools and Applications*, 1-26. <https://doi.org/10.1007/s11042-020-09059-2>
- Demetrio, D. (1995). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Raffaello Cortina.
- Digital Switzerland. (2022). *Santé numérique*. <https://digitalswitzerland.com/fr/programm/sante-numerique/>
- Doo, E. Y. & Choi S. (2021). Effects of horizontal violence among nurses on patient safety: Mediation of organisational communication satisfaction and moderated mediation of organisational silence. *Journal of Nursing Management*, 29, 526-534. <https://doi.org/10.1111/jonm.13182>
- DSS (Dipartimento della sanità e della socialità). (2016). *Indicatori delle professioni socio-sanitarie e delle cure. Primo rapporto del Gruppo di lavoro su mandato dell'«Osservatorio sulle formazioni e le prospettive professionali nel settore socio-sanitario»*.
- Durand, M. (2009). Analyse du travail dans une visée de formation. Cadres théoriques, méthodes et conception. In J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. Chapelle & J. C. Ruano-Borbalan (Eds.), *Encyclopédie de la formation* (pp. 827-856). PUF.

- Durand, M. (2011). Self-constructed activity, work analysis, and occupational training: An approach to learning objects for adults. In P. Jarvis & M. Watts (Eds.), *The Routledge International Handbook of Learning* (pp. 37-45). Routledge.
- Durand, M. (2014). La plateforme Néopass@ction: produit et témoin d'une approche d'anthropotechnologie éducative. *Recherche et formation*, 75, 23-36.
- Durand, M., & Poizat, G. (2015). An activity-centred approach to work analysis and the design of vocational training situations. In L. Filliettaz & S. Billett (Eds.), *Francophone Perspectives of Learning through Work: Conceptions, traditions and practices* (pp. 221-240). Springer.
- Egbert, N., Thye, J., Hackl, W. O., Müller-Staub, M., Ammenwerth, E., & Hübner, U. (2018). Competencies for nursing in a digital world. Methodology, results, and use of the DACH-recommendations for nursing informatics core competency areas in Austria, Germany, and Switzerland. *Informatics for Health and Social Care*, 44(4), 351-375. <https://doi.org/10.1080/17538157.2018.1497635>
- eHealth Suisse. (2018). *Stratégie Cybersanté Suisse 2.0 2018-2024*.
- European Commission. (2011). *European innovation partnership: active and healthy ageing (EIP on AHA). Integrated care*.
- European Federation of Nurses Associations (EFN). (2015). *Lignes directrices de l'EFN pour la mise en œuvre de l'Article 31 de la Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles modifiée par la Directive 2013/55/UE*.
- Fagerström, C., Tuveesson, H., Axelsson, L., & Nilsson, L. (2017). The role of ICT for nursing practice: An integrative literature review of the Swedish context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 434-448. <https://doi.org/10.1111/scs.12370>
- Filliettaz, L., Billett, S., Bourgeois, E., Durand, M., & Poizat, G. (2015). Conceptualising and connecting Francophone perspectives on learning through and for practice. In L. Filliettaz & S. Billett (Eds.), *Francophone perspectives of learning through work: Conceptions, traditions and practices* (pp. 19-48). Springer.
- FKG-CSS (Conferenza di esperti della salute delle Scuole universitarie professionali svizzere). (2021). *Competenze relative alle professioni sanitarie*. https://fkg-css.ch/wp-content/uploads/2021/11/Competences-professions-de-la-sante_I_21.09.08.pdf
- Fontaine, M. (2007). La recherche en soins infirmiers existe, je l'ai rencontrée! *Revue Médicale Suisse*, 3, 2356-2361.
- Forbes, H., Oprescu, F. I., Downer, T., Phillips, N. M., McTier, L., Lord, B., Barr, N., Alla, K., Bright, P., Dayton, J., Simbag, V., & Visser, I. (2016). Use of videos to support teaching and learning of clinical skills in nursing education: A review. *Nurse education today*, 42, 53-56. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.04.010>
- Frank, A. W., & Delorenzo, C. (2022). *Il narratore ferito: corpo, malattia, etica*. Einaudi.
- Frank, J. R., Snell, L., & Sherbino, J. (2015). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Galimberti, U. (2012). *Cristianesimo, la religione del cielo vuoto*. Feltrinelli
- Galimberti, U. (2016). *Psiche e techne, l'uomo nell'età della tecnica*. Feltrinelli
- Gall, T., Vallet, F., & Yannou, B. (2022). How to visualise futures studies concepts: Revision of the futures cone. *Futures*, 143. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2022.103024>
- Gallese, V., & Guerra, M. (2015). *Lo schermo empatico: cinema e neuroscienze*. Raffaello Cortina.
- Geslin, P. (2002). Les formes sociales d'appropriations des objets techniques, ou le paradigme anthropotechnologique. *ethnographiques.org*, 1.
- Geslin, P. (2005). The development of anthropotechnology in the social and human sciences: its applications on fieldworks. In P. Carayon (Ed.), *Human Factors in Organizational Design and Management – VIII* (pp. 455-460), IEA Press.
- Ghisla, G., Bausch, L. & Boldrini, E. (2008). CoRe – Kompetenzen-Ressourcen: Ein Modell der Curriculumentwicklung für die Berufsbildung. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 3, 431-466.
- Ghisla, G., Boldrini, E., Gremion, C., Merlini, F., & Wüthrich, E. (Hrsg.). (2022). *Didaktik und Situationen. Ansätze und Erfahrungen für die Berufsbildung*. hep.
- Goldman, S., & Kabayadondo, Z. (2016). *Taking Design Thinking to School*. Routledge.
- Goldweig, C. L., Orshansky, G., Paige, N. M., Towfigh, A. A., Haggstrom, D. A., Miake-Lee, I., Beroes, J., & Shekelle, P. (2013). Electronic patient portals: evidence on health outcomes, satisfaction, efficiency, and attitudes. *Annals of Internal Medicine*, 159, 677-687.
- Good, B. J. (2006). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico paziente*. Einaudi

- Graff, J. C. (2016). Mixed method research. In H. R. Hall & L. A. Roussel (Eds.), *Evidence-Based Practice: An Integrative Approach to Research, Administration, and Practice* (pp.47-67). Jones Bartlett Learning.
- Grawitch, M. J., Gottschalk, M., & Munz, D. C. (2006). The path to a healthy workplace: A critical review linking healthy workplace practices, employee well-being, and organizational improvements. *Consulting Psychology Journal*, 58, 129-147.
- Green, M. C. (2021). Transportation into Narrative Worlds. In L. B. Frank & P. Falzone (Eds.), *Entertainment-Education Behind the Scenes* (pp 87-101). https://doi.org/10.1007/978-3-030-63614-2_6
- Grilli, E. (2022, novembre 18). *Cartella Clinica Elettronica e Cartella Clinica Informatizzata: le differenze*. Gipo. <https://gipo.it/blog/cartella-clinica-elettronica/differenze-tra-cartella-clinica-elettronica-informatizzata>
- Güttler, K., Schoska, M., & Görres, S. (2010). *Pflegedokumentation mit IT-Systemen. Eine Symbiose von Wissenschaft, Technik und Praxis*. Hans Huber Verlag.
- Hahn, S., Richter, D., Beck, M., & Thilo, F. (2013). *Panorama Gesundheitsberufe 2030*. Berner Fachhochschule.
- Halter, M., Pelone, F., Boiko, O., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., Gourlay, S., & Drennan, V. (2017). Interventions to Reduce Adult Nursing Turnover: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Open Nursing Journal*, 11, 108-123. doi: 10.2174/1874434601711010108
- Hartin, P., Birks, M., & Lindsay, D. (2019). Bullying in Nursing: Is it in the Eye of the Beholder? *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 20(2), 82-91. <https://doi.org/10.1177/1527154419845411>
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H. K., North, N., & Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International journal of nursing studies*, 43(2), 237-263. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007>
- Homayuni, A., Hosseini, Z., Aghamolaei, T., & Shahini, S. (2021). Which nurses are victims of bullying: The role of negative affect, core self-evaluations, role conflict and bullying in the nursing staff. *BMC Nursing*, 20(1), Article 57. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00578-3>
- Howard, M. S., & Embree, J. L. (2020). Educational Intervention Improves Communication Abilities of Nurses Encountering Workplace Incivility. *Journal of continuing education in nursing*, 51(3), 138-144. <https://doi.org/10.3928/00220124-20200216-09>
- Hsin, L.-J., Chao, Y.-P., Chuang, H.-H., Kuo, T. B. J., Yang, C. C. H., Huang, C.-G., Kang, C.-J., Lin, W.-N., Fang, T.-J., Li, H.-Y., & Lee, L.-A. (2022). Mild simulator sickness can alter heart rate variability, mental workload, and learning outcomes in a 360° virtual reality application for medical education: a post hoc analysis of a randomized controlled trial. *Virtual Reality*. <https://doi.org/10.1007/s10055-022-00688-6>
- Hübner, U., Shaw, T., Thye, J., Egbert, N., Marin, H. F., Chang, P., O'Connor, S., Day, K., Honey, M., Blake, R., Hovenga, E., Skiba, D., & Ball, M. J. (2018). Technology Informatics Guiding Education Reform - TIGER. *Methods of information in medicine*, 57(S 01), e30-e42. <https://doi.org/10.3414/ME17-01-0155>
- Hülsken-Giesler, M. (2010). Technikkompetenzen in der Pflege. *Pflege und Gesellschaft*, 15(4), 220-352.
- Hutchins, E. (1995). *Cognition in the wild*. MIT Press
- ICN (International Council of Nurses). (2021). *ICN Code of Ethics for Nurses*. www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf
- ICN (International Council of Nurses). (2023). *Digital health transformation and nursing practice. Position statement*. www.icn.ch/sites/default/files/2023-08/ICN%20Position%20Statement%20Digital%20Health%20FINAL%2030.06_EN.pdf
- Italian institute for the future. (2021). *Futures studies*. www.instituteforthefuture.it/futures-studies/
- Kaihlainen, A. M., Gluschkoff, K., Kinnunen, U. M., Saranto, K., Ahonen, O., & Heponiemi, T. (2021). Nursing informatics competences of Finnish registered nurses after national educational initiatives: A cross-sectional study. *Nurse education today*, 106, Article 105060. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105060>
- Kang, J., & Jeong, Y. J. (2019). Effects of a smartphone application for cognitive rehearsal intervention on workplace bullying and turnover intention among nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 25(6), Article e12786. <https://doi.org/10.1111/ijn.12786>
- Kang, J., Kim, J. I., & Yun, S. (2017). Effects of a Cognitive Rehearsal Program on Interpersonal Relationships, Workplace Bullying, Symptom Experience, and Turnover Intention among Nurses: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 47(5), 689-699. <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.5.689>

- Keller, R., Allie, T., & Levine, R. (2019). An evaluation of the “BE NICE Champion” programme: A bullying intervention programme for registered nurses. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 758-764. <https://doi.org/10.1111/jonm.12748>
- Kile, D., Eaton, M., de Valpine, M., & Gilbert, R. (2019). The effectiveness of education and cognitive rehearsal in managing nurse-to-nurse incivility: A pilot study. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 543-552. <https://doi.org/10.1111/jonm.12709>
- Krel, C., Vrbnjak, D., Bevc, S., Štiglic, G., & Pajnikihar, M. (2022). Technological Competency As Caring in Nursing: a Description, Analysis and Evaluation of The Theory. *Zdravstveno varstvo*, 61(2), 115-123. <https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0016>
- Kroezen, M., Dussault, G., Craveiro, I., Dieleman, M., Jansen, C., Buchan, J., Barriball, L., Rafferty, A. M., Bremner, J., & Sermeus, W. (2015). Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy*, 119(12), 1517-1528. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.003>
- Kroning, M. (2019). Be CIVIL. Committing to zero tolerance for workplace incivility. *Nursing Management*, 50, 52-54. <https://doi.org/10.1097/01.numa.0000580628.91369.50>
- Kuhn, S., Ammann, D., Cichon, I., Ehlers, J., Guttormsen, S., Hülsken-Giesler, M., Kaap-Fröhlich, S., Kickbusch, I., Pelikan, J., Reber, K., Ritschl, H., & Wilbacher, I. (2019). *Wie revolutioniert die digitale Transformation die Bildung der Berufe im Gesundheitswesen? Careum working paper 8*. Careum Stiftung.
- Landers, C., Vayena, E., Amann, J., & Blasimme, A. (2023). Stuck in translation: Stakeholder perspectives on impediments to responsible digital health. *Frontiers Digital Health*, 5, Article 1069410. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1069410>
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: an introduction to Actor-Network Theory*. Oxford University Press.
- LaToya, L. P., Angalde, D., Saber, D., Gattamorta, K., & Piehl, D. (2019). Evaluating horizontal violence and bullying in the nursing workforce of an oncology academic medical center. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 1005-1010. <https://doi.org/10.1111/jonm.12763>
- Leumann, S., & Trede, I. (2022). *Scénarios de tendances. Projet « Titres de formation dans les soins et l'accompagnement »*. Haute école fédérale en formation professionnelle HEFP.
- Li, J., & Carayon, P. (2021). Health Care 4.0: A vision for smart and connected health care. *IISE Transactions on Healthcare Systems Engineering*, 11(3), 171-180. <https://doi.org/10.1080/24725579.2021.1884627>
- Lluch, M. (2013). Incentives for telehealthcare deployment that support integrated care: a comparative analysis across eight European countries. *International Journal of Integrated Care*, 13, Article e042. <https://doi.org/10.5334/2Fijic.1062>
- Lobsiger, M., & Kägi, W. (2016). *Analyse der Struktur-erhebung und Berechnung von Knappheitsindikatoren zum Gesundheitspersonal (Obsan Dossier 53)*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Locsin, R. C., & Purnell, M. J. (Eds.). (2009). *A contemporary process of nursing: The (Un)bearable weight of knowing in nursing*. Springer
- Lombi, L., Stievano, A. (2016). *La professione infermieristica nella web society. Dilemmi e prospettive*. Franco Angeli.
- Luca, C. E., Sartorio, A., Bonetti, L., & Bianchi, M. (2022). Interventions for preventing and solve bullying in nursing: A scoping review. *Sigma Repository*. <http://hdl.handle.net/10755/22731>
- Lueg, C., & Twidale, M. (2018). Designing For Humans Not Robots (Or Vulcans). *Library Trends*, 66(4), 409-421.
- Mangia, M. (2021). *Cartella clinica elettronica, cos'è, come funziona e come migliorarla*. Agenda Digitale. www.agendadigitale.eu/sanita/cartella-clinica-elettronica-serve-una-riprogettazione/
- Marcuse, H. (2020). *Ragione e rivoluzione, Hegel e il sorgere della teoria sociale*. Il Mulino
- McCrinkle, M., & Wolfinger, E. (2010). Generations Defined. *Ethos*, 18(1), 8.
- Merlini, F., & Bonoli, L. (a cura di). (2010). *Per una cultura della formazione al lavoro*. Carocci.
- Miller, R. (Ed.). (2020) *Transformer le futur. L'anticipation au XXIe siècle*. Unesco.
- Mordacci, R. (2003). *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*. Feltrinelli
- Morvan, A. (2013). Recherche-action. In I. Casillo (Ed.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*. GIS Démocratie et Participation. <http://www.dicopart.fr/fr/dico/recherche-action>
- Müllauer, B. & Schopf, C. (2012). *KLEE - Entwicklung und Evaluation eines Konzepts zur Verknüpfung von Unterrichts-/Schulentwicklung und externer Evaluation: eine quasi-experimentelle Studie an Wiener Handelsakademien im Fach Betriebswirtschaft im II. Jahrgang* [Unpublished doctoral dissertation]. WU Wien.

- Müller, K., Peters, M. (2022) *Technikkompetenzen von Pflegenden im Zeitalter der Digitalisierung*. Bundesinstitut für Berufsbildung.
- NHS (National Health Service). (2017). *A Health and Care Digital Capabilities Framework*. Building a Digital Ready Workforce Programme and Health Education; England's Technology Enhanced Learning Programme.
- Nielsen, J. (1993). *Usability Engineering*. Academic Press.
- Nikstaitis, T., & Simko, L. C. (2014). Incivility among intensive care nurses: the effects of an educational intervention. *Dimensions of critical care nursing*, 33(5), 293-301. <https://doi.org/10.1097/dcc.000000000000061>
- Oda Santé (Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario), & ASCFS (Associazione svizzera dei centri di formazione sanitaria). (2021). *Programma quadro d'insegnamento per i cicli di formazione delle scuole specializzate superiori: Cure infermieristiche*.
- Peirce, C. S. (1994). *The collected paper of Charles Sanders Peirce (Volumes I-VIII)*. Intelext.
- Perini, M., Cattaneo, A. A. P., & Tacconi, G. (2019). Using Hypervideo to support undergraduate students' reflection on work practices: A qualitative study. *International Journal of Educational Technology in Higher Education*, 16, Article 29. <http://dx.doi.org/10.1186/s41239-019-0156-z>
- Persson, J., & Rydenfält, C. (2021). Why Are Digital Health Care Systems Still Poorly Designed, and Why Is Health Care Practice Not Asking for More? Three Paths Toward a Sustainable Digital Work Environment. *Journal of Medical Internet Research*, 23(6), Article e26694. <https://doi.org/10.2196/26694>
- Peute, L. W., & Jaspers, M. M. (2005). Usability evaluation of a laboratory order entry system: cognitive walkthrough and think aloud combined. *Studies in Health Technology Informatics*, 116, 599-604.
- Pezzoli, G. (2021). *Le conoscenze e la consapevolezza dei leader infermieristici sul fenomeno del distress relazionale, del bullismo e della violenza laterale: un'indagine qualitativa* [Unpublished master's thesis]. Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana.
- Poizat, G. & San Martin, J. (2020). The course-of-action research program: Historical and conceptual landmarks. *Activités*, 17(2). <http://journals.openedition.org/activites/5277>
- Poizat, G., & Bétrancourt, M. (Eds.). (2017). Technologies numériques et formation des adultes: Enjeux et perspectives. *Raisons Éducatives*, 21.
- Poizat, G., & Durand, M. (2017). Réinventer le travail et la formation des adultes à l'ère du numérique: État des lieux critique et prospectif. *Raisons Éducatives*, 21, 19-44.
- Poizat, G., Durand, M., & Theureau, J. (2016). The challenges of activity analysis for training objectives. *Le travail humain*, 3(79), 233-258.
- Poizat, G., Flandin, S., & Theureau, J. (2022). A micro-phenomenological and semiotic approach to cognition in practice: a path toward an integrative approach to studying cognition-in-the-world and from within. *International Society for Adaptive Behavior*, 31(2). <https://doi.org/10.1177/10597123211072352>
- Poli, R. (2019). *Lavorare con il futuro. Idee e strumenti per governare l'incertezza*. Egea
- Poli, R. (a cura di). (2017). *Strategie di futuro in classe. Esperienze, metodi, esercizi*. IPRASE.
- Preece, J., Sharp, H., & Rogers, Y. (2019). *Interaction Design - Beyond Human-Computer Interaction* (5th ed.). Wiley
- Raisch, S., Luger, J., & Schimmer, M. (2018). Dynamic Balancing of Exploration and Exploitation: The Contingent Benefits of Ambidexterity. *Organization Science*, 29(3), 449-470. <https://doi.org/10.1287/orsc.2017.1189>
- Ranieri, M., Luzzi, D., Cuomo, S., & Bruni, I. (2022). If and how do 360 videos fit into education settings? Results from a scoping review of empirical research. *Journal of Computer Assisted Learning*, 38(5), 1199-1219. <https://doi.org/10.1111/jcal.12683>
- Razzi, C., & Bianchi, A. L. (2019). Incivility in nursing: Implementing a quality improvement program utilizing cognitive rehearsal training. *Nursing Forum*, 54(4), 526-536. <https://doi.org/10.1111/nuf.12366>
- Robertson, I., Tinline, G. (2008). Understanding and improving psychological well-being for individual and organizational effectiveness. In A. Kinder, R. Hughes & C. L. Cooper (Eds.), *Employee well-being and support* (pp. 39-50). Wiley-Blackwell.
- Rouleau, G., Gagnon, M. P., Côté, J., Payne-Gagnon, J., Hudson, E., & Dubois, C. A. (2017). Impact of information and communication technologies on nursing care: Results of an overview of systematic reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), Article e122. <https://doi.org/10.2196/jmir.6686>

- Ruberto, A. J., Rodenburg, D., Ross, K., Sarkar, P., Hungler, P. C., Etemad, A., Howes, D., Clarke, D., McLellan, J., Wilson, D., & Szulewski, A. (2021). The future of simulation-based medical education: Adaptive simulation utilizing a deep multitask neural network. *AEM education and training*, 5(3), Article e10605. <https://doi.org/10.1002/aet2.10605>
- Rubini, G. (2018). *La violenza nei confronti dei lavoratori: il settore sanitario (1°)*. Diario prevenzione. www.diario-prevenzione.it/?p=1828
- Salanova, M., & Schaufeli, W. (2009). *El Engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Alianza.
- Salerno, D. (2014). Change management in Health-care Public Services: home care models with e-health for the elderly or frail patients with chronic diseases. *International Journal of Integrated Care*, 14. <https://doi.org/10.5334/ijic.1613>
- Salerno, D., Cosenza, G., Falchero, S., & Rollero, M. (2013). Tele-geriatrics and tele-nursing: hospital at home for the elderly with chronic diseases. *European Geriatric Medicine*, 4 (Suppl. I), S 169.
- Salini, D. (2013). *Inattendus et transformations de signification dans les situations d'information-conseil pour la validation des acquis de l'expérience* [Unpublished doctoral dissertation]. Université de Genève.
- Salini, D. (2015). Le conseil en évolution professionnelle et les dynamiques d'anticipation. In P. Mayen (Ed.), *Le Conseil en Evolution Professionnelle. L'activité des bénéficiaires et le métier des conseillers: deux ans d'expérience en Bourgogne* (pp. 242-268). Raison et Passions.
- Salini, D. (2018). *Pratica infermieristica e dispositivi digitali. Implicazioni della diffusione di dispositivi digitali per l'informazione e la comunicazione nella pratica infermieristica* [Rapporto di ricerca]. Istituto universitario federale per la formazione professionale.
- Salini, D., & Alberton, S. (2023). *Progetto Re Care - Favorire REinserimento e REsilienza nelle cure. Rapporto di attività Azione A: progettazione e attivazione di Atelier dei futuri in sei strutture di cure di lunga durata ticinesi*. Scuola universitaria federale per la formazione professionale SUFFP.
- Salini, D., Jaramillo, J., Goudeaux, A., & Poizat, G. (2018). Profesiones de servicio y digitalización: implicaciones y sugerencias para la concepción de procesos de formación. *Laboreal*, 14(2), 15- 30. <https://doi.org/10.4000/laboreal.584>
- SBK-ASI (Associazione svizzera infermiere e infermieri). (2020). *Documenter les soins*. www.sbk.ch/fr/news-single/brochure-actualisee-documenter-les-soins-
- SBK-ASI (Associazione svizzera infermiere e infermieri). (2021). Soins infirmiers 2030. Document de positionnement de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI). https://sbk-asi.ch/assets/Downloads/SBK_Pflege_2030-FR-v2.pdf
- Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J. & Stewart, D. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. ICN - International Council of Nurses. [www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_ APN%20Report_EN_WEB.pdf](http://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)
- Scolozzi, R., Serpagli, S., & Brunori, F. (2017). *Anticipare future professioni del turismo di montagna*. Reverdito Editore.
- SECO (Segreteria di Stato dell'economia). (2020). *Prevenire il burnout*. https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Broschuren/erschoepfung-fruehzeitig-erkennen--burnout-vorbeugen.html
- Serafin, L., Sak-Dankosky, N., & Czarkowska-Pijcze, B. (2019). Bullying in Nursing Evaluated by the Negative Acts Questionnaire-Revised: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nurses*, 76(6), 1320-1333. <https://doi.org/10.1111/jan.14331>
- Siala, H., & Wang, Y. (2022). SHIFTing artificial intelligence to be responsible in healthcare: A systematic review. *Social science & medicine*, 296, Article 114782. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114782>
- Skarbek, A. J., Johnson, S., & Dawson, C. M. (2015). A Phenomenological Study of Nurse Manager Interventions Related to Workplace Bullying. *Journal of Nursing Administration*, 45(10), 492-497. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000240>
- Smeulders, M., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, Article CD009979.
- Snelson, C., & Hsu, Y. C. (2020). Educational 360° videos in virtual reality: A scoping review of the emerging research. *TechTrends*, 64(3), 404-412.
- Stoumpos, A. I., Kitsios, F., & Talias, M. A. (2023). Digital Transformation in Healthcare: Technology Acceptance and Its Applications. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), Article 3407. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043407>
- Theureau, J. (2003). Course-of-action analysis and course-of-action centered design. In E. Hollnagel (Ed.), *Handbook of Cognitive Task Design* (pp. 55-81). Lawrence Erlbaum Ass.

- Theureau, J. (2006). *Le cours d'action: méthode développée*. Octarès.
- Tian, S., Yang, W., Grange, J. M., Peng, W., Huang, W., & Ye, Z. (2019). Smart healthcare: making medical care more intelligent. *Global Health Journal*, 3(3), 62-65. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2019.07.001>
- Topaz, M., Ronquillo, C., Peltonen, L.-M., & Pruinelli, L. (2016). Nurse informaticians report low satisfaction and multi-level concerns with electronic health records. Results from an international survey. *AMIA Annual Symposium Proceedings*. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5333337/
- Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2019). *Hamric and Hanson's advanced practice nursing: An integrative approach* (6th ed.). Elsevier.
- Trede, I., Aeschlimann, B., & Schweri, J. (2023). *Conclusions et implications pour les acteurs du développement professionnel. Projet « Titres de formation dans les soins »*. Haute école fédérale en formation professionnelle HEFP.
- Trincherò, R. (2004). *Manuale di ricerca educativa*. Franco Angeli.
- Trincherò, R., & Robasto, D. (2019). *I mixed methods nella ricerca educativa*. Mondadori.
- Twidale, M., Nichols, D., & Lueg, P. (2021). Everyone everywhere: A distributed and embedded paradigm for usability. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 72(10), 1272-1284. <https://doi.org/10.1002/asi.24465>
- UFSP (Ufficio federale della sanità pubblica). (2019). *La strategia di politica sanitaria del Consiglio federale 2020-2030*. www.gesundheit2030.ch
- UFSP (Ufficio federale della sanità pubblica). (2023). *DigiSanté: promozione della trasformazione digitale nel settore sanitario*.
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. MIT Press.
- Vessey, J. A., & Williams, L. (2021). Addressing Bullying and Lateral Violence in the Workplace: A Quality Improvement Initiative. *Journal of Nursing Care Quality*, 36(1), 20-24. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000480>
- Viney, L. L. (1997). *L'uso delle storie di vita nel lavoro con l'anziano: tecniche di terapia dei costrutti*. Erickson.
- Violante, M. G., Vezzetti, E., & Piazzolla, P. (2019). Interactive virtual technologies in engineering education: Why not 360° videos? *International Journal on Interactive Design and Manufacturing (IJIDeM)*, 13(2), 729-742.
- Vitali, G. (2021). Le tecnologie di "Industria 4.0" e la formazione: appunti per un dibattito. *Idee per l'innovazione nella formazione professionale*, 2, 7-21.
- Vogt, L., & Sopka, S. (2017). Patientenversorgung – aber sicher. *Anaesthesist*, 66, 393-395. <https://doi.org/10.1007/s00101-017-0324-2>
- Wallgrün, J. O., Bagher, M. M., Sajjadi, P., & Klippel, A. (2020). A Comparison of Visual Attention Guiding Approaches for 360° Image-Based VR Tours. *IEEE Conference on Virtual Reality and 3D User Interfaces (VR)*, 83-91. <https://doi.org/10.1109/VR46266.2020.00026>
- Walrafen, N., Brewer, M. K., & Mulvenon, C. (2012). Sadly Caught Up in the Moment: An Exploration of Horizontal Violence. *Nursing Economic*, 30(1), 6-12.
- WHO (World Health Organization). (2022). *Global Competency and Outcomes Framework für Universal Health Coverage*.
- Wilson, B., & Phelps, C. (2013). Horizontal Hostility: A Threat to Patient Safety. *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 15(1), 51-57. <https://doi.org/10.1097/nhl.0b013e3182861503>
- Winograd, T., & Flores, F. (1986). *Understanding Computers and Cognition: A New Foundation for Design*. Ablex.
- Wynn, M., Garwood-Cross, L., Vasilica, C., & Davis, D. (2023). Digital nursing practice theory: A scoping review and thematic analysis. *Journal of advanced nursing*, 79(11), 4137-4148. <https://doi.org/10.1111/jan.15660>
- Zweifach, S. M., & Triola, M. M. (2019). Extended Reality in Medical Education: Driving Adoption through Provider-Centered Design. *Digital biomarkers*, 3(1), 14-21. <https://doi.org/10.1159/000498923>

Ringraziamenti

Questo terzo numero dei Quaderni *Idee per l'innovazione nella formazione professionale* dedicato a diversi aspetti della professione infermieristica, nasce dal lavoro di ricerca iniziato nel 2017 con lo studio *Pratica infermieristica e dispositivi digitali* sfociato poi nella serie di eventi e proposte formative *Pratica infermieristica e innovazione digitale* e ripreso in parte dal progetto regionale *Favorire Reinserimento e Resilienza nelle cure Re Care* e dal progetto nazionale *Digitalizzazione e trasmissione di informazioni cliniche nelle cure infermieristiche: implicazioni e prospettive Digi Care*. La realizzazione di questi progetti è stata resa possibile grazie al partenariato e agli apporti dei numerosi enti e delle molte persone coinvolte, che ringraziamo di cuore e a cui dedichiamo questo volume.

- Associazione Assistenza e Cure a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio ACD
- Associazione dei direttori delle Case per anziani della Svizzera italiana - ADiCASI
- Associazione e-Health Ticino
- Associazione per la cura e l'assistenza a domicilio nel Moesano ACAM
- Associazione per la formazione nelle strutture sanitarie e negli istituti sociali del Cantone Ticino (FORMAS)
- Associazione Svizzera Infermiere e Infermieri ASI, sezione Ticino
- Berner Bildungszentrum Pflege BZ Pflege
- Bildungszentrum Gesundheit und Soziales (BGS) Chur
- Casa Stella Maris di Bedano
- Centro Anziani di Balerna
- Clinica Hildebrand Centro Riabilitazione Brissago (CRB)
- Conferenza dei Servizi di Assistenza e Cura a domicilio (SACD) di interesse pubblico
- Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport DECS, in particolare l'Ufficio della formazione continua e dell'innovazione
- Dipartimento della sanità e della socialità DSS, in particolare l'Ufficio del medico cantonale e l'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD)
- Ente ospedaliero cantonale EOC, in particolare l'Area infermieristica
- Fondazione Careum Abteilung Strategie und Innovation
- Fondazione Parco San Rocco, casa di Morbio Inferiore
- Fondo nazionale per la ricerca scientifica FNS (PNR 77)
- Istituti sociali di Chiasso
- Istituto di informatica medica della scuola universitaria professionale di Berna BFH
- Kantonsspital Baden KSB
- Kantonsspital Baselland KSBL
- Schweizer Paraplegiker Zentrum SPZ Nottwil
- Scuola specializzata superiore in cure infermieristiche presso il Centro professionale sociosanitario infermieristico (CPSI) Bellinzona - Lugano
- Scuola Universitaria Professionale della Svizzera italiana SUPSI, Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale DEASS
- Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione SEFRI
- Servizio di assistenza e cura a domicilio d'interesse pubblico del Luganese SCuDo
- Servizio di Assistenza e cura a domicilio Malcantone e Vedeggio - MAGGIO
- -skopia S.r.l. società di consulenza e formazione per gli studi di futuro
- Universitätsklinik Balgrist

Evoluzione e sfide delle pratiche infermieristiche

**Idee per l'innovazione
nella formazione professionale**
Quaderno 3

Edizione cartacea
Gennaio 2024

Responsabili redazione
Noè Albergati
Luca Dorsa
Monica Garbani-Nerini
Fabio Merlini
Deli Salini

Quaderni a cura di
Scuola universitaria federale
per la formazione professionale - SUFFP


Conferenza della Svizzera italiana per la
formazione continua degli adulti - CFC

Via Besso 84/86
6900 Lugano-Massagno

Grafica
Bitdesign, Montagnola

Stampa
Arti grafiche Lepori & Storni SA, Viganello

Con il sostegno di

ti  Dipartimento dell'educazione,
della cultura e dello sport
Divisione della formazione
professionale

S V E B ■ Schweizerischer Verband für Weiterbildung
F S E A ■ Fédération suisse pour la formation continue
Federazione svizzera per la formazione continua
Swiss Federation for Adult Learning



**Idee per
l'innovazione
nella
formazione
professionale**

Quaderno
3