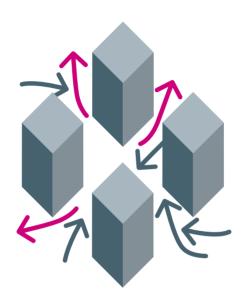


Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

SCIENTIFIC ANNUAL REPORT





Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

SCIENTIFIC ANNUAL REPORT 2020



PΕ	RESENTAZ	ZIONE DEL X ANNUAL SCIENTIFIC REPORT	pag.	. 3
Ρ¢	OLO 1 - Po	OLO PER L'ISTRUZIONE		
'	1.20.1	Valutazione del Core Competence infermieristico	>>	7
	1.20.2	Etica-mente parlando. Responsabilità, formazione, ricerca	>>	15
	1.20.3	Prevenire e gestire l'evento avverso alla luce della Legge 24/2017	>>	18
	1.20.4	Conoscenze sulla libera professione dei laureandi dei corsi di laurea		
		in infermieristica della Regione Lazio	>>	24
	1.20.5	"Anlaids Lazio incontra gli studenti" - campagna di In/Formazione e		
		Prevenzione sull'infezione da HIV/AIDS/IST rivolta ai giovani	»	30
	1.20.6	Integrazione infermieristica: migliorare l'assistenza per un mondo più in salute	»	38
	1.20.7	Le tematiche professionali della sanità privata	»	41
P	OLO 2 - P	OLO PER LA RICERCA SCIENTIFICA		
	2.20.1	PAI Versione 3.0	»	44
	2.20.2	Bisogni e burden dei caregiver nello scompenso cardiaco	»	51
	2.20.3	Severe Osteoporosis Patient Management	>>	59
	2.20.4	La prevenzione degli errori da terapia nelle Terapie Intensive:		
		uno studio internazionale multicentrico cross- sectional	>>	66
	2.20.5	The development of the Nursing Professional Dignity Scale (NPDS)	»	75
	2.20.6	Etica e rispetto professionale	>>	80
	2.20.7	Studio MINDFULNESS	>>	85
	2.20.8	Nurse Competence Scale e il ragionamento clinico	>>	93
	2.20.9	Valutazione della percezione delle competenze cliniche infermieristiche	»	98
	2.20.10	Epidemiologia e fattori associati alle ulcere da pressione nei pazienti		
		in Hospice (PRELUDIHO)	>>	104
	2.20.11	Le prestazioni infermieristiche del libero professionista rispetto alla complessità delle cure	»	117
	2.20.12	Valutazione degli studenti infermieri con INCS e CLES+T	>>	123
	2.20.13	Infermiere di famiglia e gestione integrata della cronicità	>>	131
	2.20.14	La figura dell'infermiera dall'Unità d'Italia sino all'avvento del Fascismo	>>	139
	2.20.15	Infermiere scolastico e promozione di interventi alla salute	>>	148
	2.20.16	Il self-care nella stomaterapia: studio sperimentale	»	153
	2.20.17	Self care nei bambini e nei giovani con patologie croniche	»	161
	2 20 18	Primary Nursing	\ \	171



4.20.5

4.20.6

POLO 3 - POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI La ricerca delle evidenze scientifiche nell'infermieristica attraverso 3.20.1 pag. 177 L'indicizzazione della letteratura scientifica nel nursing 3.20.2 180 3.20.3 Inglese scientifico per il nursing 184 3.20.4 Fonetica inglese per il nursing 188 3.20.5 Valorizzare il middle management per governare il cambiamento nel sistema sanitario..... 192 3.20.6 Corso di metodologia, strategie e tecniche della ricerca infermieristica 196 CRDSAI..... 3.20.7 199 POLO 4 - POLO DELLA PRATICA CLINICA Implementazione delle buone pratiche infermieristiche..... 203 4.20.1 4.20.2 Evidence based practice (EBP) e pratica clinica: fantasia o realtà?.... 208 4.20.3 Artiterapie in salute mentale 212 4.20.4 Progetto ustioni.... 215

L'infermiere e la lingua dei segni.....

La gestione delle maxi-emergenze in sanità

223

227

IL CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA (CECRI)

Presentazione del X Annual Scientific Report

di Maurizio Zega e Gennaro Rocco

Infermieristica è una scienza che è stata testimone di grandi progressi negli ultimi 30 anni anche in Italia. Tali progressi sono avvenuti in campo educativo, organizzativo, clinico ed anche epistemologico, come avvenuto dal riconoscimento della stessa infermieristica nel panorama delle discipline scientifiche anche per merito dell'attivazione dei dottorati di ricerca sin dal 2006/2007. Ambiti di sviluppo si auspicano per il futuro: il riconoscimento delle competenze avanzate specialistiche con percorsi accademici appropriati, lo sviluppo di ambiti specialistici clinici avanzati in campo organizzativo che permetteranno un'offerta assistenziale di qualità sempre più centrata sui bisogni dei cittadini, il forte sviluppo dell'assistenza primaria che permetterà di rispondere in maniera più efficace alle sfide della malattie infettive e non infettive e all'invecchiamento delle popolazioni in tutti i paesi del mondo.

In tale quadro sociale, sempre di più si pone al centro dell'interesse l'assistenza sanitaria alla persona e si auspicano cambiamenti organizzativi/assistenziali in ottica traslazionale attraverso l'implementazione di attività di applicazione pratica delle ricerche proposte a livello nazionale ed internazionale dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma.

Le attività di formazione e di ricerca sono attività cardine per una professione in crescita e che si sta inserendo con sempre maggior autorità nei contesti accademici.

In tale ottica, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma ha attivato anche nel 2020, a dieci anni dalla sua nascita, ben 38 progetti di ricerca e formazione, alcuni come continuazione dell'anno 2019, con un importante coinvolgimento da parte della componente professionale infermieristica e di centri di ricerca universitari italiani e internazionali.

Con questo X Annual Report, che illustra lo stato dell'arte dei progetti per il 2020, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI), vista l'esperienza maturata, aspira ad essere un punto di riferimento importante per l'intera professione infermieristica italiana, europea ed internazionale.

È, quindi, con grande orgoglio che, attraverso questa pubblicazione, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma mette a disposi-



zione di tutti i colleghi gli studi presentati ed approvati nel 2020. La pubblicazione di questo Annual Scientific Report registra lo stato dei progetti del 2020.

È stata ulteriormente implementata la rete di collaboratori accademici con la cooptazione nel Board scientifico internazionale, di personaggi di rilievo per le scienze infermieristiche incardinati in prestigiose università mondiali e in importanti centri di ricerca.

In questo X Annual Scientific Report è anche presentato il progetto che vede il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) come primo centro italiano della rete del Joanna Briggs Institute sulle evidenze nella pratica clinica - CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A Joanna Briggs Institute Affiliated Group, precisamente nel Polo 4. Tale centro rappresenta un passo significativo nella direzione dell'infermieristica basata su prove di evidenze validate scientificamente e colloca l'Italia in una rete di oltre 75 centri mondiali, presenti in 53 Paesi di tutte le macroregioni mondiali.



TITOLO SINTETICO:

VALUTAZIONE DEL CORE COMPETENCE INFERMIERISTICO

COORDINATORE PROGETTO
A. Pulimeno
M.G. De Marinis

RESPONSABILE DEL POLO A. Pulimeno

1. TITOLO PROGETTO

Un modello per la valutazione del Core Competence infermieristico e per la progettazione dell'esame di abilitazione professionale. (Sviluppo-applicazione)

A model for the evaluation of Nursing Core Competence and for the design of the professional qualification exam. (Development-application)

2 ABSTRACT

Il dibattito nazionale ed internazionale sul concetto di competenza coinvolge tutte le professioni, compresa quella infermieristica, impegnata in una profonda riflessione sulle competenze che l'infermiere moderno deve possedere. Molti dei problemi individuati in Italia nella formazione infermieristica sono legati alla mancanza di una definizione univoca delle competenze core dell'infermiere e, di conseguenza, ad una mancata definizione di risultati apprendimento, non rendendo chiaro quale sia l'effettivo bagaglio formativo dei neo-laureati al momento dell'esame di abilitazione. In questi anni l'OPI di Roma si è impegnato nello sviluppo di un modello sperimentale per la definizione del Core Competence infermieristico, sviluppando sia un modello valutativo delle competenze core indagate al momento dell'esame di abilitazione ad uso dei Commissari OPI, sia delle linee quida ad uso dei Direttori didattici per la strutturazione dell'esame di abilitazione che tengano conto delle Direttive emanate dalla Comunità Europea. Gli obiettivi del progetto sono di sviluppare e fornire ai Rappresentanti dell'OPI un'applicazione (App) che sostituisca la scheda cartacea per il monitoraggio della prova pratica nell'esame di abilitazione professionale; l'aggiornamento delle linee quida per l'esame di abilitazione ad uso dei Docenti di Infermieristica e Direttori didattici e la sua divulgazione; lo sviluppo di una proposta per "armonizzare" le prove pratiche dell'esame di abilitazione dei Corsi di Laurea in Infermieristica delle Facoltà di Medicina del territorio dell'OPI di Roma.

The national and international debate on the concept of competence involves all health professions, including nursing. Many of the problems identified in Italy in nursing education are related to the lack of a clear definition of the core competencies of the nurse and, consequently, to a failure to define learning outcomes, not making it clear what the current training background of the new graduates is at the point of the final qualification exam. In recent years, OPI of Rome has committed itself to the development of an experimental model to define the Core Competence curriculum, developing both an evaluation model of the core competencies investigated at the point of the qualification exam, and a series of guidelines to be used by the didactic managers to structure the final exam which has to take into account the Directives issued by the European Community. The objectives of the project are to develop and provide the OPI Rome Nursing Board Representatives an application (App) that replaces the paper forms to monitor the practical evaluation test in the final professional qualification exam. The development of a proposal to "harmonize" the practical tests of the qualifying examinations of the bachelor programmes in nursing in the universities of the Rome's area is a priority to be attained as soon as possible.



3. BACKGROUND

Ormai da qualche anno il concetto di competenza riveste un ruolo da protagonista nel dibattito che si è aperto in ambito nazionale ed internazionale^[1], in tutte le professioni, compresa quella infermieristica, impegnata in una profonda riflessione sulla professionalità dell'infermiere moderno, sulle competenze che egli deve possedere e sulle modalità che permettono di valutarne l'effettiva acquisizione^[2]. In questo panorama, il mondo accademico è chiamato in causa a pieno titolo nell'avviare quel processo di trasformazione e ampliamento delle proprie proposte formative, che devono divenire un "[...] intreccio funzionale fra gli obiettivi formativi del corso, le attese del territorio, le competenze agite dallo studente, le esperienze didattiche da promuovere e le proposte didattiche del corpo docente^[3]. Più specificatamente, il Processo di Bologna prevede l'adozione di un sistema di titoli accademici fondato su tre cicli formativi, facilmente comprensibili e comparabili all'interno della Comunità Europea attraverso la cooperazione di tutti i paesi nella valutazione della qualità, trasparenza e leggibilità dei percorsi formativi erogati^[3,4,5].

La necessità di implementare la dimensione europea della formazione ha sollecitato gli Stati della Comunità alla decisiva realizzazione di quello Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore per concretizzare il processo di armonizzazione e sintonizzazione delle finalità formative intrapreso nel 1999 con il Processo di Bologna^[4,5,6]. Una guida concreta alla realizzazione delle politiche di indirizzo del Processo è offerta dal Progetto *Tuning Educational Structures in Europe*, finanziato dalla Commissione Europea nel quadro del programma 'Apprendimento permanente', avviato nel 2000 e che consiste in una metodologia volta a progettare, sviluppare, attivare e valutare i corsi di studio secondo la nuova riforma dei cicli^[7,8]. Il *Tuning* appartiene ad uno di quei bracci operativi fondamentali che si sono creati per lo sviluppo di piattaforme utili ai vari Stati e organi accademici per migliorare l'offerta formativa in termini di competenze (competencies) e risultati di apprendimento (Learning Outcomes). Per la definizione delle competenze generali e specifiche, nel 2000 si costituirono vari gruppi di alcune discipline pilota. Uno dei gruppi più attivi è stato quello infermieristico che ha contribuito a identificare 47 competenze infermieristiche generalizzabili a tutti i percorsi formativi universitari degli Stati che si riconoscono nel Processo di Bologna^[9].

Nel 2005 è stato elaborato un primo documento volto ad indentificare il core competence di diverse discipline^[10], testo ampliato nel 2010 con il 'Tuning Eductional Structures in Europe 2010' e che ha portato nel 2012 alla pubblicazione sul sito del Tuning dei profili di competenza di 13 discipline accademiche tra cui il nursing^[11]. Tali documenti hanno sollecitato molti paesi a ripensare e riformare il percorso infermieristico universitario: nel Regno Unito, ad esempio, la stessa riforma degli studi si è conclusa con l'accoglimento completo e articolato delle competenze Tuning nei piani di studio infermieristici^[12,13]. Lo strumento *Tuning Nursing Educational* è un questionario di self-report indirizzato ai formatori e docenti del settore infermieristico. È costituito da 47 item che rappresentano le competenze specifiche individuate dal gruppo di progetto *Tuning*, suddivise in 4 domini^[11].

Per la definizione dei risultati di apprendimento, nel 2016 la Commissione Europea ha dato avvio alla seconda fase del Progetto *Tuning* chiamato *Monitoring* and *Comparing* the Achivement of learning Outcomes in Higher Education in Europe (CALOHEE) che ha l'obiettivo di sviluppare un framework per la definizione dei risultati di apprendimento degli studenti a livello di Bachelor e Master in modo che soddisfi le esigenze della Comunità Europea^[14].

La declinazione delle competenze in risultati di apprendimento e il loro utilizzo è fondamentale perché non solo offrono alle istituzioni informazioni utili per verificare se i loro studenti stanno raggiungendo standard condivisi al livello internazionale e possono essere considerati sufficientemente pronti a ricoprire un ruolo nella società ma forniscono anche agli studenti stessi indicazioni chiare sugli obiettivi dei programmi, le competenze che dovranno acquisire, stimolando proattività nel processo di apprendimento^[14].

Al livello europeo già esistono da tempo due riferimenti autorevoli in merito: *Qualification Framework* (QF) dell'*European Higher Education Area* (EHEA)^[15] e l'*European Qualification Framework for Lifelong Learning* (EQF for LLL)^[16]. Il QF - EHEA fu definito nel 1999, mentre lo sviluppo dell'EQF venne avviato soltanto nel 2005. I due quadri presentano nette somiglianze e sovrapposizioni: entrambi sono infatti meta-quadri e sono volti a migliorare la trasparenza relativa alle qualifiche in Europa. Nonostante queste ovvie somiglianze, si possono scorgere anche alcune differenze per quanto concerne gli obiettivi e i descrittori. Il QF-EHEA mira, infatti, ad armonizzare i sistemi utilizzando i Descrittori. Essi definiscono 5 livelli per i tre cicli previsti dal Processo di Bologna. Si propone come uno strumento che descrive in termini di conoscenze e competenze attese i titoli rilasciati dalle istituzioni d'istruzione superiore (una scheda descrittiva dei titoli)^[15].

L'EQF non è uno strumento per l'armonizzazione delle qualifiche o di parti di sistemi di qualificazione, ma intende collegarli tra loro, cioè fungere da "dispositivo di traduzione" utile a rendere più chiara la correlazione fra le qualifiche e i diversi sistemi. I risultati di apprendimento sono definiti in termini di Conoscenze, Abilità e Competenze. Il risultato complessivo è un indice, compreso tra 1 ed 8, che si propone di identificare in modo veloce ed univoco il livello di approfondimento raggiunto in un certo ambito^[16]. Il Tuning CALOHEE intende creare una fusione tra i due sistemi; in particolare, il modello si muove tra l'application of knowledge del QF dell'EHEA e i descrittori skills dell'EQF per poter definire, a partire dalle competenze specifiche, i risultati di apprendimento disciplinari con più chiarezza e trasparenza^[14].

Molti dei problemi individuati in Italia nella formazione infermieristica sono legati alla mancanza di una definizione univoca delle competenze core dell'infermiere e, di conseguenza, ad una mancata definizione di risultati apprendimento, non rendendo chiaro quale sia l'effettivo bagaglio formativo dei neo-laureati al momento dell'esame di abilitazione. Nonostante gli sforzi di uniformare contenuti, modalità e tempi dell'esame^[17,18], tutt'oggi esso risente di programmi e metodologie didattiche diverse utilizzati nei vari atenei italiani e dall'ambiente sanitario in cui la pratica professionale viene formata e valutata^[19,20,21,22,23]. Individuare le competenze core dell'infermiere al livello nazionale e definire i relativi risultati di apprendimento permetterebbe non solo un 'dialogo' più fluido con l'Europa su standard condivisi di formazione ma consentirebbe (a ritroso) di modificare anche la progettazione formativa che sposta il focus dall 'obiettivo formativo' al 'risultato di apprendimento', nel rispetto di quella 'centratura dello studente' a cui il Processo di Bologna e lo stesso progetto *Tuning* mirano^[4,13].

In questi anni l'OPI di Roma si è impegnato nello sviluppo di un modello sperimentale per la definizione del Core Competence infermieristico, sviluppando sia un modello valutativo delle competenze core indagate al momento dell'esame di abilitazione ad uso dei Commissari OPI, sia delle linee guida ad uso dei Direttori didattici per la strutturazione dell'esame di abilitazione che tengano conto delle Direttive emanate dalla Comunità Europea. Poiché l'esame di abilitazione ha l'obiettivo di proteggere i cittadini regolando l'accesso alla professione dei laureandi, è indicatore del grado di integrazione/dialogo raggiunto tra Corsi di Laurea, Ordini Professionali e Servizi Sanitari rispetto al livello atteso dall'infermieristica ed è rivelatore delle competenze che i neolaureati devono possedere per entrare nel mondo del lavoro, è auspicabile che la progettazione sia uniforme sul territorio nazionale.



4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Gli obiettivi generali del progetto sono:

- Sviluppare e fornire ai Rappresentanti dell'OPI un'applicazione (App) che sostituisca la scheda cartacea per il monitoraggio della prova pratica nell'esame di abilitazione professionale (Allegato 1 Progetto per sviluppare un'applicazione (App) con cui raccogliere i dati agli esami di abilitazione);
- L'aggiornamento delle linee guida per l'esame di abilitazione ad uso dei Docenti di Infermieristica e Direttori didattici e la sua divulgazione;
- Lo sviluppo di una proposta per "armonizzare" le prove pratiche dell'esame di abilitazione dei Corsi di Laurea in Infermieristica delle Facoltà di Medicina del territorio dell'OPI di Roma.

4.1. Obiettivi specifici

- 1. Identificare le competenze indagate durante gli esami di abilitazione professionali degli anni accademici 2017-2018 e 2018-2019 provenienti dalla compilazione delle schede cartacee;
- 2. Redigere una "scheda facilitata" per una delle sedi formative che insistono sul territorio dell'OPI di Roma;
- 3. Sviluppare uno strumento di monitoraggio che supporti i Rappresentanti OPI nella valutazione dell'esame di abilitazione (quali competenze, modalità valutative e livelli di performance);
- 4. Formazione dei Rappresentanti OPI di Roma all'uso dello strumento di monitoraggio in sostituzione della scheda cartacea;
- 5. Partecipazione attiva del Team Project italiano al progetto Tuning CALOHEE con incontri periodici con i coordinatori europei di progetto;
- 6. Aggiornare e diffondere una prima linea guida pratica ad uso dei Direttori didattici e dei Docenti di Infermieristica del territorio romano perché si giunga ad assicurare qualità e accuratezza nella progettazione e realizzazione della prova pratica in accordo con la normativa vigente (MIUR, 2012) e con le linee di indirizzo della FNOPI;
- 7. A partire dalle competenze infermieristiche e dagli obiettivi formativi riportati nelle schede RAD per il Corso di Laurea in Infermieristica delle Università italiane, declinare i relativi risultati di apprendimento secondo il framework europeo proposto dal Tuning CALOHEE, sia per il CdL triennale che magistrale;
- 8. Aggiornamento del manuale "Costruzione di un modello per la valutazione delle Competenze infermieristiche nell'esame di abilitazione professionale";
- 9. Condividere con i Presidenti dei CdL in Infermieristica del territorio romano i relativi risultati di apprendimento secondo il framework europeo proposto dal *Tuning* CALOHEE e formulare una proposta di prove abilitanti da sperimentare congiuntamente, anche facendo riferimento alle prove TECO.

5. METODOLOGIA

Disegno del progetto

La ricerca iniziata nel 2010, articolata in un programma di ricerca di 10 anni, prevede 6 fasi. Ad oggi il gruppo di lavoro ha raggiunto la 5° fase. Di seguito è riportata in dettaglio la metodologia relativa a ciascun obiettivo specifico articolati nelle due restanti fasi.

Fase 5

- Analisi statistica delle schede cartacee compilata dai Rappresentati dell'OPI di Roma per gli anni accademici 2017-2018 e 2018-2019;
- 2. Consensus tra il gruppo di lavoro;
- 3. Vedere Allegato 1 Progetto per sviluppare un'applicazione (App) con cui raccogliere i dati agli esami di abilitazione;
- 4. Giornate di formazione ed incontri dedicati, partecipazione a Workshop;
- 5. Partecipazione attiva al Progetto Tuning CALOHEE secondo indicazioni del Board europeo;
- Aggiornamento della prima linea guida pratica ad uso dei Direttori didattici e Docenti di Infermieristica del territorio romano per la qualità e accuratezza nella progettazione e realizzazione della prova pratica;
- 7. Declinazione delle competenze infermieristiche in risultati di apprendimento secondo il framework europeo proposto dal Tuning CALOHEE per il CdL magistrale in Scienze Infermieristiche;
- 8. Aggiornare il manuale con: dati dell'esame finale relativo agli anni accademici 2017-2018 e 2018-2019, inserimento della scheda rinnovata e "facilitata" trasformata in App, linea guida ad uso dei Direttori e Docenti, tabelle RAD del CdL magistrale in Scienze Infermieristiche.

Fase 6 (obiettivo specifico numero 9)

- a) Lavoro di consenso sulla proposta di armonizzare l'esame abilitante tra i presidenti dei CdL in Infermieristica;
- b) Lavoro di consenso sul Framework Tuning sui Learning outcomes tra i presidenti e coordinatori dei CdL afferenti all'OPI di Roma;
- c) Analisi del lavoro TECO in termini di metodologia, contenti e risultati;
- d) Lavoro di piccolo gruppo con i presidenti e coordinatori per la selezione di alcune prove da realizzare congiuntamente nell'esame di abilitazione.

Analisi dei dati

I dati verranno utilizzati con software statistico SPSS per l'analisi dei dati quantitativi e Atlas Ti per quelli qualitativi.

6. RISULTATI ATTESI

La ricerca in oggetto si propone di fotografare le diverse realtà accademiche e i loro progetti formativi e quali siano i risultati finali a cui tendono, per immettere nel mondo del lavoro infermieri con un titolo spendibile e comparabile alle necessità del mercato ed in linea con le raccomandazioni internazionali ed Europee fondamentali per la libera circolazione dei professionisti nella comunità europea. Uno sviluppo futuro della ricerca potrebbe inoltre concentrarsi sulla realizzazione di un Dizionario delle competenze, contenenti skills e abilità specifiche da gestire all'interno di una piattaforma elettronica, che divenga un luogo interattivo, espandibile e dinamico, dove tutti i professionisti infermieri possono collegarsi per riconoscersi e sviluppare il proprio "Portfolio di competenze professionali".



7. PIANIFICAZIONE 2020 - 2021

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
1.	Sviluppare e fornire ai Rappresentanti dell'OPI un'applicazione (App)	Project manager, Coordinatori Project team	febbraio - giugno 2020
2.	Aggiornamento delle linee guida per l'esame di abilitazione ad uso dei Docenti di infermieristica e direttori didattici e la sua divulgazione	Coordinatori, Project team	aprile - agosto 2020
6.	Sviluppo di una proposta per "armonizzare" le prove pratiche dell'esame di abilitazione dei Corsi di Laurea in Infermieristica delle Facoltà di Medicina del territorio dell'OPI di Roma	Project manager, Coordinatori, Project team	gennaio 2021 - dicembre 2021

8. DIAGRAMMA DI GANTT

	2019/2020												
	Attività	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
	Analisi statistica delle schede cartacee compilata dai Rappresentati dell'OPI di Roma per gli anni accademici 2017-2018 e 2018-2019			•									
	Redigere una "scheda facilitata" per una delle sedi formative che insistono sul territorio OPI Roma	•	•										
	Sviluppo dell'App		•	•	•	•	•						
	Formazione dei Rappresentanti OPI di Roma all'uso dell'App									•	•		
	Partecipazione attiva del Team Project italiano al progetto Tuning CALOHEE	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
E 5	Aggiornare una prima linea guida pratica ad uso di direttori e docenti di Infermieristica				•	•	•	•	•				
FASE	Diffondere la linea guida pratica ad uso di direttori e docenti di Infermieristica									•	•		
	Declinazione delle competenze per il CdL magistrale in Scienze Infermieristiche	•	•										
	Aggiornamento del Manuale											•	•
	Diffusione dei risultati					•							•
	Lavoro di consenso sulla proposta di armonizzare l'esame abi- litante tra i presidenti dei CdL in Infermieristica	•	•	•									
	Lavoro di consenso sul Framework Tuning sui Learning outco- mes tra i presidenti e coordinatori dei CdL afferenti all'OPI di Roma				•	•	•						
	Analisi del lavoro TECO in termini di metodologia, contenti e risultati							•	•				

13

8. DIAGRAMMA DI GANTT (seque)

	2019/2020												
	Attività	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
SE 5	Lavoro di piccolo gruppo con i presidenti e coordinatori per la selezione di alcune prove da realizzare congiuntamente nell'esame di abilitazione									•	•	•	
F	Partecipazione attiva del Team Project italiano al progetto Tu- ning CALOHEE	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
·	Diffusione dei risultati												•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Spencer LM. & Spencer SM. Competenza nel lavoro, modelli per una performance superiore Sesta edizione. Milano: Franco Angeli, 2003.
- 2. Benigni, L. (2012). Valutazione degli apprendimenti. Retrieved from: http://ospitiweb.indire.it/adi/CoopLearn/valutogg.htm
- 3. Comoglio, M. (2002). La valutazione autentica. Orientamenti Pedagogici, 49(1), 93 112.
- 4. Bologna Process Tuning Italian Version. (2004). Introduzione al Tuning educational Structures in Europe. Il contributo delle Università al Processo di Bologna. Disponibile da: http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/ITALIAN_BROCHURE_FOR_WEBSITE.pdf
- 5. Bologna Process Higher Educationin Europe (2009). Developments in the Bologna Process. Disponibile da: http://ec.europa.eu/education/higher-education/doc/eurydice09_en.pdf [consultato il 20 Gennaio 2015].
- 6. Bologna with student eyes (2007). Disponibile da: http://www.esib.org/index.php/Publications/official-publications.html. [consultato il 20 Gennaio 2015].
- 7. Gobbi M. (2005). Summary of Tuning subject area findings final version disponibile da: http://www.indire.it/lucabas/lo-okmyweb/templates/up_files/Bologna_promoters//Tuning/Template_Nursing.pdf [consultato il 14 dicembre 2015].
- 8. Tuning Project (2012). Nursing specific competences disponibile da: http://www.unideusto.org/tuningeu/competences/specific/nursing.html [consultato il 14 dicembre 2014].
- 9. Loknoff J., Wegewijs B., Durkin K., Wagenaar R., Gonzales J. & Isaacs, AK. Tuning educational Structures in Europe 2010. A Tuning guide to formulationg degree programme profiles, including programme competences and programme learning outcomes. Bilbao: Universidad de Bilbao; 2010.
- 10. Gobbi M. (2005). Summary of Tuning subject area findings final version disponibile da: http://www.indire.it/lucabas/lookmyweb/templates/up_files/Bologna_promoters//Tuning/Template_Nursing.pdf [consultato il 14 dicembre 2015].
- 11. Tuning Project (2012). Nursing specific competences disponibile da: http://www.unideusto.org/tuningeu/competences/specific/nursing.html [consultato il 14 dicembre 2017].
- 12. NMC. Standards for pre-registration nursing education. London: Nursing Midwifery Council. 2010.
- 13. Gobbi M. A review of nurse educator career pathways: a European perspective. Journal of Research in Nursing, 2009; 2 (14):123-124.
- 14. CALOHEE Measuring and Comparing Achievements of Learning Outcomes in Higher Education in Europe. Disponibile da: https://www.eurashe.eu/projects/calohee/
- 15. Qualification Framework European Higher Education Area. Disponibile da: http://www.ehea.info/cid102842/qualifications-frameworks-in-the-ehea-2009.html
- 16. European Qualification Framework for Lifelong Learning. Disponibile da: https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/leaflet_en.pdf
- 17. Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi (2013). Linee di indirizzo per lo svolgimento dell'esame finale dei Corsi di Laurea in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica. Ritrovato il 07/04/16, da http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine /253/linee%20indirizzo%20esami%20finali%20CDL.pdf



- 18. De Marinis, MG, Pulimeno, AML, Marchetti, A., Venturini, G. (2013). Costruzione di un modello per la valutazione delle competenze infermieristiche nell'esame di abilitazione professionale. Roma: Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio IPASVI di Roma
- 19. AACN. Hallmarks of quality and patient safety: Recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines to ensure high-quality and safe patient care. Journal of Professional Nursing, 2006; 4:(22); 329-330.
- 20. Ausili D., Baccin G., Sironi C. & Talamona A. Una proposta per l'insegnamento delle scienze infermieristiche nel corso di laurea in infermieristica. Professioni Infermieristiche, 2009; (1); 9-16.
- 21. Bobay K., Gentile D.L. & Hagle, M.E. The relationship of nurses' professional characteristic to levels of clinical nursing expertise. Applied Nursing Research, 2009; 1 (61); 48-53.
- 22. Cronenwett L., Sherwood G., Barnsteiner J., Disch J., Johnson J. & Mitchell P. Quality and safety education for nurses (QSEN). Nursing Outlook, 2007; 3 (55); 122-131.
- 23. Sironi C. Formazione infermieristica e sviluppo delle competenze: due aspetti strettamente connessi. In ICN & ICN, La struttura e le competenze del continuum dell'assistenza infermieristica del Consiglio internazionale degli infermieri. Roma: Consociazione Nazionale delle Associzioni Infermiere/i; 2010.



TITOLO SINTETICO:

ETICA-MENTE PARLANDO.

RESPONSABILITÀ, FORMAZIONE, RICERCA

COORDINATORE PROGETTO

RESPONSABILE DEL POLO

S. Bartolucci

A. Pulimeno

1. TITOLO PROGETTO

Etica-mente parlando. Responsabilità, formazione, ricerca. Ethical-mind speaking. Responsibility, training, research.

2. ABSTRACT

Tanto si parla di "etica" e tanto ancora se ne parla in virtù della stesura del nuovo codice deontologico quanto dell'agire quotidiano, eppure, non c'è parola che negli ultimi tempi pare richiedere maggior attenzione e profonda riscoperta. Il modello che tutti i sistemi sanitari perseguono mettendo al centro delle cure il paziente ha di certo sensibilizzato gli operatori ad una maggior attenzione della persona rispetto alla malattia, ma il cambio di paradigma che oggi si rende necessario come sviluppo di questo progresso è una centralità attiva e dinamica che vede nella "relazione di cura" la vera risposta non più al solo bisogno ma alla realizzazione del suo progetto di vita. La consapevolezza dell'atto sanitario, quindi, quale atto umano, implica una geografia lessicale che non può esimersi dalla problematica del sapere etico. I professionisti sanitari infermieri, posseggono intrinsecamente una finalità di approccio naturalmente convalidata deontologicamente. Difatti, la stessa etica si declina come norma nel fatto deontologico e di sottolineamento delle responsabilità. Questa giornata di formazione si pone come obiettivo quello di cambiare il modo trasformarsi in possibilità di trasmissione valoriale, nella quale può "quantizzarsi" anche la qualità dell'agire etico.

We talk about "ethics" and we still talk about it by virtue of the drafting of the new deontological code, yet, there is no word that in recent times that seems to require more attention and deep rediscovery. The model that all health systems pursue by placing the patient at the center of care has certainly sensitized the health professionals to a greater attention of the person. This change of paradigm sees in the "care relationship" the true answer to the realization of persons life projects. The awareness of the care act, therefore, as a human act, implies a lexical geography that cannot be exempt from ethical knowledge. Nursing healthcare professionals inherently possess an approach that is validated by ethics. This training day aims to change the way in which it becomes possible to transmit values, in which the quality of ethical actions can also be "quantized" in the enactment of them.

3. BACKGROUND

L'emanazione di nuove disposizioni in ambito sanitario che riguardano il fine vita quanto la responsabilità professionale richiamano l'infermiere ad una più attenta analisi dei contesti e del proprio agire in cui si rende necessario declinare i termini nella loro natura per coglierne l'essenza e definire gli atteggiamenti che vengono chiamati in causa nel campo formativo, politico sociale, teoretico e della prassi, basati sul-l'evidenza scientifica. Ne consegue un monitoraggio di natura educativa continua, per tutti i professionisti



sanitari che ancor più, si terrà conto dell'importanza dei contesti relazionali, bisognosi di esperienze sul campo, di interattività, di simulazione e d'immaginazione.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Definire le connotazioni etiche dell'agire professionale per promuovere una maggior consapevolezza della cultura infermieristica nella società quanto nella formazione e tra gli operatori stessi.

Obiettivi specifici

Riscoprire un lessico comune, in tema di etica, di responsabilità, di comunicazione, relazione e ricerca-Definire competenze relazionali e comunicative dell'infermiere e sottolinearne la loro base ontologica nell'ideale di servizio

Indicatori

Raggiungimento del 90 % di risposte esatte nel test di valutazione dell'apprendimento.

5. METODOLOGIA

Presentazione di casi. Lezioni magistrali. Valutazione apprendimento con test a risposta multipla. Confronto dibattito tra pubblico e docenti.

6. RISULTATI ATTESI

Condividere il significato e l'uso dei termini, etica, responsabilità, comunicazione, relazione e ricerca.

Rilevanza

Creazione di una consapevolezza matura dell'agire professionale.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata				
1.	Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	Coordinatori	Febbraio 2020				
2.	Elaborazione - Approvazione e Accreditamento ECM del progetto	Project manager, Coordinatori	Febbraio 2020				
3.	Approvazione del corso di formazione e accreditamento ECM	Project manager e coordinatori e project team Marzo					
4.	Programmazione degli eventi formativi	Coordinatori e project team	Marzo 2020				
5.	Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio	Coordinatori e project team	Marzo 2020				
6.	Realizzazione 1° evento formativo	Coordinatori e project team	Marzo 2020				
7.	Realizzazione eventi formativi come da richieste delle strutture	Project manager Coordinatori e project team	Aprile, 2020				
8.	Verifica e relazione finale	Team di progetto	Dicembre 2020				

8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Feb 2020	Marzo 2020	Aprile 2020	Giugno 2020	Luglio 2020	Sett 2020	Ottobre 2020	Nov. 2020	Dic. 2020
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	•								
Elaborazione- Approvazione e Accreditamento ECM del progetto	•								
Programmazione degli eventi come da richieste delle strutture		•							
Pianificazione e organizzazione delle giornate di studio		•							
Realizzazione eventi formativi		•	•	•	•	•	•	•	•
Verifica e relazione finale									•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Aristotele Etica Nicomachea, Milano: Bompiani.
- 2. Bertagni B. (2008). Il corpo al centro della relazione tra infermiere e paziente. Infermiere Oggi;18(4):22-24.
- 3. Comoretto N., Spagnolo A.G. (2009). Il nuovo Codice deontologico dell'infermiere: una lettura etico-deontologica. *Medicina e morale*;59(4):645-672.
- 4. Flacco A. (2013). Il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici. Mondo sanitario ;20(4):6-11.
- 5. Guarino C. (2009). La comunicazione medico-paziente. Educazione Sanitaria e Promozione della Salute; 32(3):205-221.
- 6. Guilbert JJ. (2002). La guida pedagogica per il personale sanitario. Trad. it. (a cura di) Palasciano G., Lotti A. Modugno Bari: Edizioni dal Sud.
- 7. McIntyre A. Dopo la virtù. Saggio di teoria morale. Feltrinelli, Milano.
- 8. Moreschi C., Da Broi U. (2014). Linee guida: aspetti giuridici e medico legali nella valutazione della colpa professionale in ambito sanitario. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*;33(4):208-213.
- 9. Rhonheimer M. (1994). La prospettiva della morale. Armando, Roma.
- 10. Russo M.T. (2002). Antropologia della cura: il silenzio come linguaggio. International Nursing Perspectives 2002;2(2):105-114.
- 11. Legge 42/99, Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
- 12. D.Lgs 502/92, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'Art. 1 della legge 23 ottobre 1999, n. 421 e successive modifiche ed integrazioni.
- 13. D.M 739/94, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere.



TITOLO SINTETICO:

Prevenire e gestire l'evento avverso alla luce della Legge 24/2017

COORDINATORE PROGETTO
S. Bartolucci
M. Montalbano

RESPONSABILE DEL POLO

A. Pulimeno

1. TITOLO PROGETTO

Prevenire e gestire l'evento avverso alla luce della Legge 24/2017 Prevent and manage the adverse event in light of the Law 24/2017

2. ABSTRACT

Il rischio è tradizionalmente definito "Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K)"¹

Tale definizione, diffusa dal Ministero della Salute, definisce esplicitamente il rischio come esito probabilistico di un processo. La concezione statistica del rischio assume allora per alcuni versi un significato astratto poiché valido solo in uno schema formale, cioè caratterizzato dalla perfetta ripetitività degli eventi su cui calcolare una probabilità di accadimento (P) e in una condizione di determinismo lineare necessaria a definire l'entità del danno consequente (D) all'evento. Le moderne teorie della complessità dei sistemi sanitari ci descrivono situazioni ben diverse da quelle di uno scenario precostituito da interventi clonati in serie dal rispetto di procedure e protocolli terapeutici da parte degli operatori sanitari, ci parlano di multifattorialità e multicriterialità nelle scelte decisionali, ci descrivono relazioni complesse ed incerte sul piano semantico delle variabili osservate. Tali considerazioni ci fanno dunque affermare che: la sicurezza è una proprietà emergente del sistema che non è riconducibile al buon funzionamento dei suoi singoli elementi, ma alla sana interazione complessa tra essi. Il corso si prefigge quindi di approfondire i fondamenti per un'organizzazione sicura, ovvero: la comunicazione, l'integrazione e il concetto di appropriatezza nella pratica clinico assistenziale. La letteratura in materia di sicurezza delle cure ha prodotto un elenco di raccomandazioni finalizzate alla riduzione della frequenza e della magnitudo degli eventi avversi. I concetti espressi, alla luce della recente normativa in termini di responsabilità e delle diverse problematiche organizzative riscontrate, ripropongono la necessità di un ragionamento che recuperi il modello culturale di sicurezza delle cure non solo orientata al rispetto di procedure e raccomandazioni ma dimostrata con esiti di cura. In questo senso il professionista deve recuperare la consapevolezza del proprio agire, dei propri comportamenti improntati al porre attenzione, al considerare i particolari che possono fare la differenza orientando scelte, decisioni, valutazioni che permettono al professionista di contenere rischi e gestire situazioni.

Il corso si propone di condurre i professionisti in un percorso di riflessione e approfondimento sui temi dell'evento avverso e della responsabilità, ragionando sul superamento del concetto di procedura da rispettare, a favore di una analisi critica e competente per la valutazione del rischio. L'analisi della Legge 24/17 è finalizzata a comprendere e focalizzare i cambiamenti concreti sul concetto di responsabilità e di colpa che tale legge ha avviato.

L'approfondimento guidato di una sentenza riferita ad infermieri sarà occasione di dibattito con esperto legale, per completare il quadro teorico con una discussione sulle "buone pratiche" quale garanzia di esiti sicuri. Un'esercitazione permetterà di sperimentare una attività di risk management e nel particolare è stata scelta la modalità di riunione finalizzata all'analisi di un evento avverso.

The risk is traditionally defined as a "condition or potential event, intrinsic or extrinsic to the process, which can change the expected outcome of the process. It is measured in terms of probability and consequences, as a product between the probability of a specific event (P) happening and the severity of the consequent damage (D); the risk factor also considers the ability of the human factor to identify in advance and contain the consequences of the potentially harmful event (K factor).

This definition, disseminated by the Italian Ministry of Health, explicitly defines risk as a probabilistic outcome of a process. In some ways, the statistical conception of risk takes on an abstract meaning since it is valid only in a formal scheme, that is, characterized by the perfect repetitiveness of the events on which to calculate a probability of occurrence (P) and in a condition of linear determinism necessary to define the extent of the consequent damage (D) to the event.

The modern theories of the complexity of health systems describe situations very different from those of a scenario pre-constituted by interventions cloned in series by compliance with procedures and therapeutic protocols by health professionals. They speak of multi-factoriality and multi-criteria in decision-making choices, they describe complex and uncertain relationships in the semantic plan of the observed variables. These considerations therefore make us state that: security is an emergent property of the system that cannot be traced back to the proper functioning of its individual elements, but to the healthy complex interaction among them. The programme, therefore, aims to deepen the foundations for a secure organization, namely: communication, integration and the concept of appropriateness in clinical care practice. The literature on care safety has produced a list of recommendations aimed at reducing the frequency and magnitude of adverse events. The concepts expressed, in the light of the recent legislation in terms of responsibility and the various organizational problems encountered, re-propose the need for a reasoning that recovers the cultural models of care safety not only oriented to compliance with procedures and recommendations but demonstrated with care results. In this sense, nurses must recover the awareness of their own action, of their behavior based on paying attention, to consider the details that can make the difference by directing choices, decisions, assessments that allow the professional to contain risks and manage situations.

The course aims to lead professionals in a process of reflection and study on the issues of the adverse event and responsibility, reasoning on the overcoming of the concept of procedure to be respected, in favor of a critical and competent analysis for risk assessment. The analysis of Law 24/17 is aimed at understanding and focusing the concrete changes on the concept of responsibility and guilt that this law has initiated.

3. BACKGROUND

Il National Health Service, sistema paragonabile per numerosità, tipologia e popolazione al SSN italiano, indica che in Gran Bretagna ci sono circa 400 morti l'anno conseguenti a malfunzionamenti di apparecchiature mediche, 10 mila danni da farmaci e 28 mila denunce per errori medici. La Rivista Rischio Sanità, nel numero 1, riporta che su 8.000.000 ricoveri annui, 320.000 (circa il 4%) residua una tipologia di danno a carico del paziente. Il dipartimento della salute inglese riporta, nel 2000, che il 10% dei pa-



zienti ospedalizzati sperimenta un evento avverso nel corso della degenza, un tasso di errori legati alla somministrazione di farmaci per via orale compreso tra il 3 e il 5,5 % che aumenta fino al 27% per i farmaci endovenosi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato la necessità che sia la stessa organizzazione sanitaria ad intervenire per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

Il Risk Management può dunque essere anche definito come l'insieme di processi, sistematici e pianificati, finalizzati a ridurre il più possibile la probabilità di un danno al paziente e/o di immagine per l'azienda sanitaria.

Il Ministero ha, per questo, elaborato un protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, al fine di monitorare i processi, con l'obiettivo di fornire una modalità univoca di sorveglianza e di gestione degli eventi sul territorio nazionale.

La legge 8 marzo 2017 n. 24 interviene nuovamente sullo statuto della responsabilità connessa allo svolgimento dell'attività sanitaria e, muovendo dal segno già tracciato nel 2012 dalla Legge n. 189 (cd. legge Balduzzi), compie scelte chiare destinate ad avere un significativo impatto nel complesso settore della "medical malpractice". Consapevole che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute e che il rischio clinico va prevenuto e gestito nell'interesse del singolo e della collettività.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Offrire una conoscenza diffusa della cultura della sicurezza delle cure (Risk Management). Favorire l'acquisizione di elementi di conoscenza sui concetti base della complessità delle organizzazioni sanitarie e sulla metodologia di analisi degli eventi avversi.

Obiettivi specifici

Acquisire competenze e consapevolezza sui sequenti temi:

- 1. Le politiche per la sicurezza dei malati e degli operatori,
- 2. La responsabilità professionale,
- 3. Gli aspetti legali della gestione dei contenziosi,
- 4. La promozione di comportamenti idonei a prevenire rischi nella assistenza,
- 5. La promozione di comportamenti idonei di reattività agli eventi avversi.

Indicatori

Realizzazione di un evento formativo rivolto a 100 partecipanti della durata di otto ore, svolto in una giornata sviluppata con relazioni sugli argomenti indicati e con didattica attiva di partecipazione dei discenti a momenti di analisi e discussione di casi.Ripetizione dell'evento formativo nell'arco dell'anno 2018 per un totale di N° 5 edizioni e per un totale di N° 400 partecipanti. Evidenza di raggiungimento degli obiettivi specifici formativi mediante valutazioni nel corso dell'evento formativo.

Outcome

Report finale del progetto annuale contenente: sedi di erogazione del corso, numero partecipanti, raggiungimento obiettivi formativi (analisi risposte post-test) e numero professionisti che ottengono acquisizione di crediti ECM. Scheda di raccolta dati dei dati socio-demografici degli infermieri partecipanti, anche con riferimento a occupazione/disoccupazione e modalità di esercizio.

5. METODOLOGIA

Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare di esperti delle varie discipline che interagiscono nella prevenzione e valutazione dell'errore in sanità. Progettazione delle esercitazioni/laboratori.

Campione

Infermieri e infermieri pediatrici iscritti all'OPI di Roma che operano nelle strutture assistenziali pubbliche e private di Roma e Provincia o esercitano in qualità di liberi professionisti.

Strumenti

Sviluppo di un programma formativo di cui si allega il programma (Allegato 1), in cui le tematiche più importanti del rischio clinico saranno affrontate da esperti della disciplina con lezioni magistrali e discussione di casi clinici.

Metodologia didattica

- Briefing di apertura per la conoscenza dei partecipanti e la presentazione dei contenuti e della metodologia di lavoro.
- Lezioni frontali con supporti audiovisivi.
- Presentazioni di casi clinici e discussione modalità di soluzione
- Presentazione di problemi e case histories
- Confronto dibattito tra pubblico e docente
- Verifiche di apprendimento intermedio secondo la seguente agenda dell'evento formativo:
 - a) Discussioni su casi/temi

Test di apprendimento finale e valutazione gradimento evento formativo

6. RISULTATI ATTESI

- Realizzazione dell'evento formativo nell'arco del 2019 per un totale di 5 edizioni
- Formazione di 400 infermieri/infermieri pediatrici
- Evidenza del raggiungimento degli obiettivi specifici formativi mediante valutazione del test finale, con raggiungimento dell'80% di risposte esatte nel test finale
- Superamento del test finale e acquisizione dei crediti ECM per il 90% dei partecipanti

Rilevanza

I partecipanti potranno sviluppare un buon grado di consapevolezza in merito alle caratteristiche intrinse-camente complesse di un'organizzazione sanitaria assistenziale e conoscenze in merito al linguaggio ed alla terminologia propria dell'approccio proattivo e reattivo del Risk Management. Tali conoscenze e lo sviluppo di competenze in questo ambito sono indispensabili per lo sviluppo di un livello culturale e scientifico utile alla contestualizzazione di un evento avverso all'interno di un processo assistenziale, rimuovendo i meccanismi di colpevolizzazione riferiti all'errore commesso e potenziando la consapevolezza nel proprio agire, non come mera applicazione di procedure ma come attenzione a tutte le variabili che possono contribuire al buon esito o al generarsi di eventi avversi. Importante, non da ultimo, la consapevolezza nell'applicare soluzioni utili al buon esito di cura. Lo sviluppo di un pensiero critico professionale, che si concretizza con riflessioni tra pari, finalizzate alla analisi di situazioni critiche in un clima di serena e fattiva collabora-



zione, è elemento fondamentale per garantire qualità e sicurezza nelle prestazioni offerte alle persone in qualsiasi contesto operativo. L'analisi della normativa sulla responsabilità professionale è fondamentale per riorientarsi in un contesto di reinterpretazione delle responsabilità e delle competenze professionali alla luce della normativa vigente, ponendo attenzione ai cambiamenti reali e futuri.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
1.	Costituzione del team di progetto di corso di formazione	Coordinatori	1 - 28 Febbraio 2020
2.	Progettazione del corso	Team di progetto	1 - 31 Marzo 2020
3.	Pianificazione attività formativa	Team di progetto	1 - 30 aprile 2020
4.	Svolgimento eventi formativi	Team di progetto	1 Maggio - 31 Dicembre 2020
5.	Report attività	Team di progetto	1 - 31 Dicembre 2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Giu 2020	Lug 2020	Sett 2020	O 11 2020	Nov 2020	Dic 2020
Costituzione del Team di Progetto di Corso di formazione	•								
Progettazione del corso		•							
Pianificazione attività formativa			•						
Svolgimento eventi formativi				•	•	•	•	•	•
Report attività									•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Benci L. Aspetti giuridici della professione infermieristica. Milano: McGraw-Hill 2002
- 2. Benci L. La responsabilità giuridica e deontologica della professione infermieristica nelle infezioni ospedaliere. I Quaderni dell'Infermiere 2002; 3:27-29.
- 3. Benedetti T., Piovaticci S., Tonucci S. La gestione del rischio clinico nell'azienda ospedaliera "Ospedale San Salvatore" di Pesaro. *Rischio Sanità* 2009(34):27-31
- 4. Caminati A., Beccari D., Ceccarelli P., Mambelli S., Mazzoni R. Pensare, progettare, realizzare un modello organizzativo infermieristico per il risk management. NEU 2003; (2/3):34-39.
- 5. Casati M., Maricchio R. Sicurezza in sala operatoria, un'importante svolta: sintesi del manuale ministeriale dell'ottobre 2009. I Quaderni dell'Infermiere 2010(27):1-20
- 6. Cinotti R., Basini V., Di Denia P. (a cura di). Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie Sussidi per la gestione del rischio 2. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna 86 2003 DOSSIER.
- 7. Lamanna O., Cristofolini A., Rubertelli M. L'identificazione come processo: sua importanza nella prevenzione degli errori. *Rischio Sanità* 2009(34):4-9.

- 8. Marchetti E. Sviluppare il Risk Management per la sanità. Rischio Sanità 2004; (17):12-14.
- 9. Marcon G. Dal Risk Management alla cultura della sicurezza: parte prima. Rischio Sanità 2002; (7):9-10.
- 10. Marcon G. Dal Risk Management alla cultura della sicurezza: parte seconda. Rischio Sanità 2002; (8):17-22
- 11. Marinello S. Attività sanitaria, consenso, scriminanti e reati connessi: Le sezioni unite della Corte di Cassazione fanno chiarezza. *Rischio Sanità* 2009(33): 33-49.
- 12. Mer. B. Italia terrorizzata dagli errori. Il Sole 24 Ore Sanità 20.3.2006:18.
- 13. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Dipartimento della qualità Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema Ufficio III, Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico Root Cause Analysis RCA Analisi delle Cause Profonde
- 14. Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria, Dei Livelli Di Assistenza e Dei Principi Etici Di Sistema Ufficio III. Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
- 15. Ministero della Salute Dipartimento Della Qualità Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria, Dei Livelli Di Assistenza e Dei Principi Etici Di Sistema Ufficio III. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella. 2005
- 16. Ministero della Salute Dipartimento Della Qualità Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria, Dei Livelli Di Assistenza e Dei Principi Etici Di Sistema Ufficio III. Raccomandazione n° 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica, Un uso non corretto dei farmaci può determinare eventi avversi con conseguenze gravi per i pazienti Marzo 2008.
- 17. Ministero della Salute Dipartimento Della Qualità Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria, Dei Livelli Di Assistenza e Dei Principi Etici Di Sistema Ufficio III. Raccomandazione n° 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
- 18. Ministero della Salute Dipartimento Della Programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio III Ex DGPROGS Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 4° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2011) Febbraio 2013
- 19. Motta P. C., Signorotti L. Il contributo dell'infermieristica nella gestione del rischio clinico. *AICO. Organo ufficiale dell'as-sociazione italiana infermieri di camera operatoria* 2009;21(2):216-230.
- 20. Musolino M., Olzai G., Sesti E., Gestione reattiva del rischio clinico: la logica fuzzy come innovativo strumento di supporto decisionale per l'attivazione dell'audit di Risk Management, L'ospedale Periodico Trimestrale ANMDO Numero 4 ottobre-dicembre 2011
- 21. Musolino M, Se la soluzione è il problema. Il falso mito della razionalizzazione in sanità Guaraldi ed 2014
- 22. Musolino et al. La cultura dell'incertezza Eurilink 2016
- 23. Musolino M, Alcune riflessioni sul rapporto tra rischio clinico e l'incertezza intrinseca alla complessità dei processi sanitari. Rivista Dioscuri 1/2011
- 24. Negrini G., Martelli L. Strategie per una continuità di terapia farmacologica sicura. Rischio Sanità 2009(33):12-19.
- 25. Palmiere C., Picchioni D.M., Molinelli A., Celesti R. Carenza delle strutture sanitarie: a chi la responsabilità? *Difesa Sociale* 2004; LXXXIII (2): 99-114.
- 26. Regione Emilia-Romagna Agenzia Sanitaria Regionale. FMEA/FMECA analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Dossier 75/2002
- 27. Regione Lazio, Direzione salute e integrazione socio-sanitaria, Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA), determinazione 1 aprile 2014
- 28. Rutigliano L., Raponi M., Messina G., Nante N. La cultura della sicurezza: strumento di governo del rischio clinico nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. *Mondo sanitario* 2009;16(6):7-15.
- 29 Savignani G., Malagodi D. Sestini C., Autieri F., Lupoli A., Nante N. Incident reporting: confronto sulla gestione del rischio clinico in Emilia-Romagna e in Toscana. *Mondo sanitario*; 2008(9):1-8.
- 30. Taurino R. Responsabilità in ambito sanitario e problematiche assicurative in sanità. Sanità Pubblica e Privata 2010(1):41-49
- 31. Tomassetti R. Se gli infermieri sono pochi le terapie falliscono (e si muore di più). L'infermiere 2003; (1): 28 20.



TITOLO SINTETICO:

CONOSCENZE SULLA LIBERA PROFESSIONE DEI LAUREANDI DEI CORSI DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

DELLA REGIONE LAZIO

COORDINATORE PROGETTO

S. Bartolucci

G. De Andreis

M. Fiorda

F. Scerbo

A. Stievano

RESPONSABILE DEL POLO

A. Pulimeno

1. TITOLO PROGETTO

Nuovi scenari di responsabilità ed autonomia per l'infermiere. Conoscenze sulla libera professione dei laureandi dei corsi di laurea in infermieristica della Regione Lazio.

New scenarios of responsibility and autonomy for the nurse. Knowledge of the freelance profession for undergraduates in the nursing degree programmes of the Lazio Region - Italy.

2. ABSTRACT

Nell'attuale contesto politico, economico e sociale Europeo e del nostro Paese il tasso di disoccupazione infermieristica è ancora presente. In questo scenario, è opportuno che laureandi e neolaureati infermieri siano informati e formati sulla possibilità e modalità di intraprendere la libera professione infermieristica, considerandola una opportunità di sbocco e realizzazione professionale.

In Europe and Italy, the financial, and social context is uncertain in the near future also due to the COVID-19 outbreak. In this scenario, undergraduates and newly graduated nurses ought to be informed and educated about how to start up their own independent professional career, viewing it as an opportunity for professional satisfaction. In this regard, to know how to set up a freelance activity and a nursing start-up is pivotal to pursue satisfying professional outcomes.

3. BACKGROUND

Il campo proprio dell'attività dell'infermiere, ai sensi dell'art. 1 comma 2 della legge 42/99 è determinato, dal codice deontologico, dagli ordinamenti didattici della formazione di base e post base e dal profilo professionale. Il profilo professionale prevede che l'attività infermieristica possa essere espletata in regime libero professionale ai sensi dell'articolo 2229 del Codice Civile che identifica la professione infermieristica come professione intellettuale.

Fino ai primi anni novanta, la domanda di assistenza infermieristica proveniva quasi esclusivamente da strutture assistenziali ospedaliere sia pubbliche che private.

Con i cambiamenti legislativi e demografici degli ultimi 25 anni l'ospedale ha perso sempre di più la sua centralità nel percorso di cura a favore di una assistenza territoriale e domiciliare in cui il SSN può offrire assistenza continuativa e di qualità a tutti i cittadini.

Contestualmente al cambiamento demografico del Paese, i precedenti Collegi IPASVI (ora OPI) cominciarono a occuparsi degli aspetti normativi, fiscali e contributivi che avrebbero consentito all'infermiere di poter esercitare la libera professione.

A metà degli anni Novanta, a tutela del lavoratore libero professionista, nacque la cassa nazionale di previdenza (Decreto Legislativo 10 febbraio 1996, n. 103), oggi denominata Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (Enpapi). Malgrado queste positive modifiche per il lavoro infermieristico e nonostante il nuovo assetto normativo e il riconoscimento dell'attività libero professionale dell'infermiere, il percorso libero professionale non rappresenta ancora una scelta prioritaria per il neolaureato che spesso non è informato di tale possibilità occupazionale e modalità di attivazione della stessa.

A tutt'oggi e soprattutto in alcune realtà territoriali, l'attività di lavoratore dipendente è quella più auspicata dagli stessi infermieri, come è dimostrato dalle domande di partecipazione ai pochi concorsi pubblici banditi.

In tal senso, bisogna considerare che il nuovo assetto giuridico professionale dell'infermiere ha visto sempre più crescere il numero di giovani che intraprendono la professione infermieristica e le statistiche dimostrano che i laureati in infermieristica trovano tutti un'occupazione entro un anno dalla laurea.

L'infermiere libero professionista, quindi, non vincolato a sistemi organizzativi rigidi, può offrire alla persona un'assistenza personalizzata, esprimendo al massimo la sua competenza e autonomia professionale.

In questo nuovo scenario, è opportuno che il neolaureato infermiere sia formato sulla possibilità e modalità di intraprendere la libera professione, considerandola un'opportunità di realizzazione professionale che risponde alla transizione epidemiologica e alla transizione dei bisogni di salute in atto nei Paesi avanzati.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Fornire agli studenti del 3°anno del corso di laurea in infermieristica, le conoscenze minime per poter iniziare l'attività libero professionale nel rispetto delle normative che la regolamentano. Per effettuare ciò, in tale progetto, si utilizzerà uno strumento per la valutazione delle conoscenze degli studenti al terzo anno di corso sulla libera professione infermieristica in una fase pre e post seminariale. In tale contesto si presenterà anche il ruolo del collegio Ipasvi nel sostenere il libero professionista infermiere.

Obiettivi specifici

Il neolaureato in infermieristica dovrà essere a conoscenza di:

- Autonomia e responsabilità nella libera professione.
- Lavoro autonomo, norme e codice deontologico.
- Gli ambiti e le modalità di attività della libera professione infermieristica.
- Gli aspetti previdenziali, assicurativi e fiscali del lavoro autonomo.
- Le norme per la pubblicità sanitaria.
- La documentazione infermieristica e la privacy nella libera professione.
- Gli sviluppi professionali del libero professionista.
- La relazione dell'infermiere libero professionista con l'Ordine OPI.



Indicatori

Adesione all'indagine del 60% delle sedi universitarie per la formazione infermieristica presenti sul territorio laziale. Restituzione dei questionari compilati superiore all'80%.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio:

Studio descrittivo - osservazionale secondo tecniche monovariate e con analisi bivariate correlazionali. Sarà, inoltre, sviluppato un questionario validato per sondare le conoscenze, pre e post-intervento formativo ad hoc, degli studenti del 3°anno del corso di laurea in infermieristica.

Campione:

Studenti universitari frequentanti il 3° anno del corso di laurea in infermieristica delle sedi universitarie che insistono sul territorio di Roma e Provincia.

Strumenti:

- Somministrazione di un questionario strutturato e validato agli studenti frequentanti il 3° anno del corso di laurea in infermieristica nelle sedi universitarie di Roma e Provincia.
- Strutturazione di seminari formativi sulle attività libero professionali della durata di 3 ore in cui saranno presentati i riferimenti normativi e deontologici riguardanti la libera professione ed il ruolo del Collegio Ipasvi.

Procedura:

- Coinvolgere le sedi universitarie dei corsi di laurea in infermieristica presenti a Roma e nella Provincia e afferenti:
 - Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
 - Università "Cattolica del Sacro Cuore" di Roma
 - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
 - Università "Campus Bio-medico" Roma
- Definire un incontro con i direttori dei corsi di laurea per presentare il progetto.
- Organizzare il calendario dei seminari formativi nelle varie sedi.

Il team di lavoro si farà carico di:

- Analizzare i dati con individuazione di eventuali aree che necessitano di integrazione formativa.
- Predisporre/organizzare seminari di formazione sulle tematiche inerenti l'attività libero- professionale infermieristica in accordo con i direttori didattici dei corsi di laurea in infermieristica a cui l'indagine è rivolta.
- Proporre l'evento formativo con un questionario di valutazione iniziale e finale.

Metodologia

Le conoscenze sulla libera professione dell'infermiere si valuteranno attraverso la somministrazione di un questionario strutturato (Nunnally, Bernstein 1994). Tale strumento sarà somministrato a tutti gli studenti delle sedi dei corsi di laurea in infermieristica che insistono nel territorio laziale e che parteciperanno al progetto.

Inoltre, si effettuerà un'analisi dei dati pre e post somministrazione del questionario per la valutazione delle conoscenze dei laureandi sulla libera professione infermieristica.

I dati del questionario saranno analizzati secondo tecniche monovariate attraverso la quali sarà possibile esaminare «la distribuzione dei dati di un vettore fra le modalità della corrispondente variabile (detto altrimenti: della distribuzione di una variabile), e delle caratteristiche di questa distribuzione» (Marradi 1993: 19). Saranno, inoltre, analizzate misure di tendenza centrale e dispersione e saranno effettuate analisi bivariate, ovvero si considereranno le distribuzioni di due variabili congiuntamente (distribuzione doppia o congiunta) (Marradi 1997).

6. RISULTATI ATTESI

L'attuale contesto politico, economico e sociale, unitamente al nuovo assetto giuridico professionale dell'infermiere, rende la libera professione infermieristica:

- una risposta concreta ai bisogni di salute della popolazione.
- un'opportunità di inserimento del neolaureato nel ciclo produttivo.
- un'opportunità di visibilità e riconoscimento di identità specifica di una professione, nata per offrire un aiuto alla persona e alla collettività e per soddisfare i suoi bisogni di salute.

Con tale progetto il neolaureato in infermieristica potrà interfacciarsi più consapevolmente con la realtà dinamica del mondo del lavoro pubblico e privato-libero professionale che caratterizza la società italiana post-moderna.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
1.	Background	Coordinatori del progetto	Dal 1 al 31 gennaio 2020
2.	Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 al 31 gennaio 2020
3.	Contatto con le sedi formative	Coordinatori e project team	Dal 1 al 28 Febbraio 2020
	Seminari nelle sedi formative	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 Marzo 2020 al 31 Ottobre
4.	Elaborazioni dei dati	Coordinatori e project team	Dal 1 al 30 Novembre 2020
5.	Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	Dal 1 al 31 Dicembre 2020
6.	Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	31 Dicembre 2020



8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Gen 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020	Lug 2020	Ago 2020	Sett 2020	Ott 2020
Background	•									
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	•									
Contatto con le sedi formative		•								
Seminari nelle sedi formative universitarie			•	•	•	•	•		•	
Elaborazioni dei dati									•	
Chiusura progetto									•	•
Pubblicazione finale									•	•

9. BIBLIOGRAFIA

Riferimenti normativi

- 1. Legge 42/99, Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
- 2. D.Lgs 502/92, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'Art. 1 della legge 23 ottobre 1999, n. 421 e successive modifiche ed integrazioni.
- 3. D.M 739/94, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere.
- 4. Codice deontologico dell'infermiere 2019.
- 5. Accordo Conferenza Stato Regione 19.04.2012, Il nuovo sistema di formazione continua in medicina.
- 6. D.P.R. n. 917, Testo Unico delle Imposte sui Redditi, 22 Dicembre 1986.
- 7. Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, Norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica, in vigore dal 01/01/1997.
- 8. R.D 27/07/1934, n. 1265- Testo Unico delle Leggi sanitaria (G.U del 9.8.1934-Suppl. ord. N. 186).

Riferimenti bibliografici

- 1. Baldini L., La libera professione come opportunità. Providence, 2009, 3,20.
- 2. Barbieri G., Pennini A., Le responsabilità dell'infermiere, Carocci Faber, Roma, 2008.
- 3. Benci L., Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing, McGraw-Hill, Milano, 2005.
- 4. Bonanti L., Fort M., Galli E.R., Padovan A.M., Alla scoperta della libera professione. Providence, 2008,1, 8.
- 5. Cecchetto L., L'infermiere e la libera professione, McGraw-Hill, Milano, 2009.
- 6. Cecchetto L., Libera professione: l'importanza dell'organizzazione all'interno di uno studio associato, *Providence*, 2010, 1,16.
- 7. Cicchelli C., La libera professione non è marketing. Providence, 2006,3, 22.
- 8. D'Alessio S., I liberi professionisti come protagonisti in un'Europa per la crescita. Providence, 2014, 2,24.
- 9. Enpapi, Prima Conferenza Nazionale sulla libera professione infermieristica. Providence, 2007,3, 25.
- 10. Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, Infermiere e libera professione, Casa Editrice Metodi e Strumenti, Roma, 2004.
- 11. Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, Vademecum della libera professione infermieristica, 2014.

- 12. Disponibile presso: http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/251/VADEMECUM_LIBERA%20PROFESSIONE.pdf. Accesso 01/02/2015
- 13. Ladu P.L., La libera professione infermieristica: una scelta libera e vincente. Providence, 2009, 2, 12.
- 14. Marradi A. (1993). L'analisi monovariata. Milano, Franco Angeli.
- 15. Marradi A. (1997). Linee guida per l'analisi bivariata dei dati nelle scienze sociali. Milano, FrancoAngeli.
- 16. Nunnally JC., Bernstein I. (1994). Psychometric theory, (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- 17. Silvestro A., Difendiamo con orgoglio e coraggio la nostra professione. L'infermiere, 2008,6,3.
- 18. Tettamanti P. Infermieri e libera professione: una scelta per il futuro. Providence, 2008, 3, 20.



TITOLO SINTETICO:

"Anlaids Lazio incontra gli studenti" Campagna di In/Formazione e Prevenzione sull'infezione da HIV/AIDS/IST rivolta ai giovani

COORDINATORE PROGETTO

RESPONSABILE DEL POLO

A. Pulimeno

S. Bartolucci

L. Fabriani

P. Ferri

G. Rocco

G. Romigi

A. Stievano

I.Notarnicola

1. TITOLO PROGETTO

"Anlaids Lazio incontra gli Studenti" - campagna di in/Formazione e Prevenzione sull'infezione da HIV/AIDS/IST per la promozione dei comportamenti non a rischio e per una sessualità consapevole, rivolta ai giovani.

"Anlaids Latium meets Students" - in / Training and Prevention campaign on HIV / AIDS / IST infections for the promotion of behaviors not at risk and for a conscious sexuality, aimed at young people.

2. ABSTRACT

Dai dati statistico-epidemiologici e di letteratura emerge la necessità di porre estrema attenzione alle infezioni trasmesse per via sessuale, e tra queste l'infezione da HIV, soprattutto tra la popolazione giovanile che, per l'età e per la bassa percezione del rischio, appare come una fascia esposta maggiormente al rischio. *Anlaids Lazio Onlus* da anni promuove, infatti, attraverso il Progetto nelle Scuole, l'informazione e la prevenzione sull'infezione da HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmesse (IST) coinvolgendo ogni anno numerose Scuole Secondarie di Secondo grado della Regione Lazio e migliaia di studenti.

La presente proposta progettuale intende, per il secondo anno consecutivo, continuare a identificare e formare un pool di infermieri esperti nel settore delle infezioni a trasmissione sessuale e nel campo della formazione scolastica sui temi proposti, coinvolgendoli attivamente nelle equipe multidisciplinari del Progetto Scuole di Anlaids Lazio e nei programmi di informazione e prevenzione rivolto sia agli studenti delle Scuole Superiori di Secondo Grado, ma soprattutto negli incontri di In/Formazione con gli studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica. Il progetto che ha già coinvolto nell'anno precedente alcuni infermieri con una formazione ad hoc e un tirocinio formativo svoltosi durante gli incontri del Progetto Scuole 2017/2018, prevede, per le attività future, il loro coinvolgimento agli incontri di In/Formazione che si terranno nei Corsi di Laurea in Infermieristica. In parallelo, verranno formati nuovi infermieri e realizzati corsi di aggiornamento del programma ECM rivolti a 100/150 professionisti infermieri, in vista dell'ampliamento dello stesso progetto ad altre scuole e ai Corsi di Laurea in Infermieristica. L'efficacia del programma viene valutata attraverso lo studio di ricerca, già attivato con somministrazione di uno specifico test prima e dopo l'intervento educativo rivolti agli studenti.

From the statistical-epidemiological and literature data emerges the need to pay extreme attention to sexually transmitted infections, and among these HIV+ infection, especially among the young population which, due to their age and low risk perception, appears as a group most exposed to risk. Anlaids Latium Onlus has been promoting information and prevention on HIV infection and other sexually transmitted infections (STIs) through its School Project that involves numerous Secondary Schools of the Latium Region and thousands of students.

The project intends to continue to identify and train a pool of nurses, experienced in the field of sexually transmitted infections and in the field of school education, on the mentioned topics, actively involving them in the multidisciplinary teams of the Latium Anlaids Schools Project. The project that has already involved some nurses with ad-hoc training and a training internship during the previous years of the project, foresees, for future activities, their involvement in the In/Training meetings that will take place. In parallel, new nurses will be trained and continuing education program refresher courses will be organized for 100/150 nursing professionals, in view of the extension of the same project to other schools and to Nursing Degree Courses. The effectiveness of the program will be assessed via a research study with the administration of a specific test before and after the educational intervention.

3. BACKGROUND

Nel 2016 (dati COA) sono state riportate 3.451 nuove diagnosi di infezione da HIV pari a 5,7 nuovi casi per 100.000 residenti.

I dati principali:

- Si è osservata una lieve diminuzione sia del numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV che dell'incidenza (casi/popolazione).
- L'incidenza maggiore è nella fascia di età tra i 25 e i 29 anni.
- La diminuzione del numero delle nuove diagnosi riguarda tutte le modalità di trasmissione.
- La maggior parte delle nuove diagnosi HIV è in MSM (maschi che fanno sesso con maschi) e in maschi eterosessuali.
- Rimane costante il numero di donne con nuova diagnosi di HIV.
- Aumento rilevante della quota degli stranieri con una nuova diagnosi di HIV.
- Negli ultimi anni c'è stato un lieve aumento della quota delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV in fase clinica già avanzata (bassi CD4 o presenza di sintomi correlati all'HIV).
- È presente un lieve decremento del numero annuo delle nuove diagnosi di AIDS.
- Il numero di decessi in persone con AIDS è rimasto stabile.
- Nel tempo è aumentata la proporzione delle persone con nuova diagnosi di AIDS che scopre di essere HIV positiva nei pochi mesi precedenti la diagnosi di AIDS.

Un dato importante è l'aumento, seppur lieve, delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV in fase clinica avanzata (bassi CD4 o presenza di sintomi) e delle persone con nuova diagnosi di AIDS che scopre di essere HIV positiva nei pochi mesi precedenti la diagnosi di AIDS. Una diagnosi tardiva riduce notevolmente l'efficacia della terapia, aumentando la resistenza ai farmaci. Oggi, infatti, l'infezione se scoperta in tempo e con la terapia adeguata diviene cronica permettendo alla persona con HIV di avere prospettive di vita simili a quella delle persone sieronegative.

Si ritiene infine che le diagnosi tardive incidano per oltre il 20% sulla diagnosi di nuove infezioni.



Epidemiologia HIV in Italia

Tra le nazioni dell'Unione Europea l'Italia si colloca, al pari della Grecia, al 13° posto in termini di incidenza delle nuove diagnosi HIV. L'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è diminuita lievemente tra il 2012 e il 2016.

Le regioni con l'incidenza più alta sono state il Lazio, le Marche, la Toscana e la Lombardia.

In Piemonte, Emilia Romagna e nelle Provincie Autonome di Trento e Bolzano l'esecuzione del test di avidità anticorpale permette con una buona approssimazione di identificare le infezioni recenti. Questo ha evidenziato che nel 2016 il 16,8% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV aveva verosimilmente acquisito l'infezione nei 6 mesi precedenti la prima diagnosi di HIV positività. Il 30,7% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV aveva eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV-correlati, il 27,5% in seguito a un comportamento a rischio e il 12,2% in seguito a controlli di routine.

9 sono state le diagnosi con modalità "trasmissione verticale" (neonati) nel 2016.

Diagnosi di AIDS in Italia

Nel 2016, solo il 22% delle persone diagnosticate con AIDS aveva eseguito una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di Aids. Il fattore principale che determina la probabilità di avere effettuato una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS è la consapevolezza della propria sieropositività. Nell'ultimo decennio è aumentata la proporzione delle persone con nuova diagnosi di AIDS che ignora la propria sieropositività e ha scoperto di essere HIV positiva nei pochi mesi precedenti la diagnosi di AIDS. Si è passanti dal 20,5% del 1996 al 76,3% del 2016.

Questi dati confermano la necessità di riporre particolare attenzione all'infezione da HIV e delle altre IST, soprattutto con una campagna mirata verso i giovani. Al fine di raggiungere questo obiettivo, si ritiene utile non solo fornire le informazioni corrette mediante la consulenza di esperti, ma coinvolgere attivamente gli studenti nell'opera di prevenzione e di educazione alla salute attraverso programmi specifici di informazione e formazione dei loro pari.

Si ritiene altresì opportuno valorizzare l'infermiere, quale figura professionale il cui potenziale operativo è ampiamente riconosciuto nella sua natura tecnica, relazionale ed educativa. Le principali funzioni sono infatti la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati nonché l'educazione sanitaria". Entra perciò di merito nelle equipe multidisciplinari che si recano nelle scuole per gli interventi informativi ed educativi.

La Scuola, inoltre, è un luogo strategico dove progettare interventi che vedano protagonisti gli adolescenti e i giovani in generale. Essa ha assunto nel tempo un ruolo fondamentale, non più solo come contesto di insegnamento/apprendimento ma anche come contesto di socializzazione, scambio culturale e interazione sociale, finalizzato alla mediazione tra contenuti e forme di cultura e tra stili di insegnamento/apprendimento, e alla pluralità di percorsi culturali. È dunque un luogo di costruzione e non semplicemente di trasmissione della cultura; è luogo di interazioni, collocate su due piani: quello delle relazioni formali, costituito da prestazioni specifiche e regolate da norme finalizzate al mantenimento dell'ordine; quello delle relazioni informali, che avvengono per lo più nel gruppo tra pari.

Il Progetto Scuole Anlaids Lazio promosso dal 2003 nella Regione Lazio si svolge principalmente su Roma, Latina e Viterbo con l'adesione di oltre 60 Scuole ogni anno. In 15 anni sono stati incontrati circa 100.000 studenti.

Il Progetto Scuole ha dunque il fine di sensibilizzare una particolare fascia di popolazione che si ritiene

più a rischio, perché è l'età in cui si iniziano le prime esperienze sessuali e non si ha spesso la percezione del rischio.

L'adolescenza peraltro può rappresentare un periodo di profondi cambiamenti fisici e psicologici, durante il quale i giovani imparano ad assumere il controllo delle proprie azioni e a prendere decisioni responsabili in considerazione delle conseguenze per sé stessi e per gli altri.

Nel tempo il Progetto Scuole si è adattato all'evoluzione della scuola stessa e di un'adolescenza che per definizione è dinamica e in continuo cambiamento. Alcune Sezioni del Progetto sono state realizzate anche grazie alla collaborazione con altre Istituzioni, come ad esempio l'Ordine Opi di Roma, e altre associazioni che si occupano di Aids o istituzioni molto vicine alla tematica delle infezioni sessualmente trasmissibili. Da circa 3 anni sono state coinvolte anche le sedi di formazione universitaria e organizzate delle giornate di prevenzione all'interno di spazi universitari. A conclusione dell'anno scolastico e sulla base dei dati raccolti dalla somministrazione dei pre e post test agli Studenti partecipanti sono state elaborati e pubblicati i risultanti dati statistici.

Il modello privilegiato di questo progetto è risultato essere la Peer Education adattata di volta in volta ai diversi contesti. La Peer Education è una metodologia che si basa sull'attivazione di percorsi di apprendimento e di conoscenza in grado di incidere a cascata nel contesto sociale di riferimento attraverso le abilità e le competenze sviluppate dai leader formati. Assumendo il ruolo di "esperti", i leader tentano di indurre un cambiamento nelle conoscenze, atteggiamenti, norme, credenze e comportamenti dei loro colleghi e coetanei. Nel campo specifico dell'HIV/AIDS/IST, dove inevitabilmente si viene in contatto con il tema della sessualità, dell'affettività e delle relazioni, si assiste, nel gruppo dei pari, alla presenza di maggiori "permessi" nel raccontare e scambiare esperienze personali e nel proporre soluzioni rispetto a problematiche comportamentali ed emotive. Ciò rende l'azione formativa più "attrattiva" nei confronti del gruppo oltre che più efficace. La centralità della comunicazione, dei linguaggi e dei saperi comuni, propria della peer education, consente ai soggetti coinvolti di attivare e sviluppare abilità e competenze, di incrementare il proprio senso di autoefficacia e di attivare fattori protettivi.

Il progetto disegna così un percorso informativo/formativo che ha un duplice bersaglio: un gruppo di Infermieri selezionato (bersaglio ristretto) e l'universo dei giovani studenti appartenenti alle scuole medie superiori e alle Università coinvolte nel progetto (bersaglio allargato).

Uno dei punti di forza del progetto è appunto l'equipe multidisciplinare formata da infermieri, medici, psicologi biologi, e volontari opportunamente formati.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Diffondere informazioni corrette sull'Hiv/Aids e sulle infezioni a trasmissione sessuale (IST), con un focus particolare sulle modalità di trasmissione del virus Hiv, sui comportamenti a rischio e preventivi, sull'importanza dei test/screening

Identificare e formare l'infermiere quale figura da inserire all'interno delle equipe multidisciplinari.

Obiettivi specifici

- Creare uno scambio tra professionisti infermieri, Anlaids Lazio e studenti dei corsi di laurea in infermieristica.
- Promuovere la realizzazione di eventi e/o prodotti per interventi di prevenzione indirizzati



al gruppo bersaglio allargato attraverso la Peer Education.

- Stimolare e attivare abilità degli infermieri nel lavorare in gruppo e in equipe multidisciplinari.
- Aumentare la consapevolezza riguardo la necessità di assumere un ruolo attivo nella tutela della propria salute e di adottare comportamenti preventivi rispetto all'infezione da Hiv.
- Ridurre i comportamenti a rischio relativi alla trasmissione del virus HIV e delle altre IST.
- Promuovere l'accesso ai test.

5. METODOLOGIA

- Corsi accreditati ECM rivolti a circa 100/150 infermieri sul tema delle malattie a trasmissione sessuale ed in particolare sull'infezione da HIV/AIDS.
- Corsi accreditati ECM per infermieri selezionati e motivati da inserire nelle equipe e/o di aggiornamento per infermieri già selezionati
- Incontri In/Formativi per gli Studenti dei Corsi di Laura in Infermieristica attraverso seminari In/Formativi, programmi mirati e somministrazione pre e post test.
- Incontri In/Formativi per gli Studenti delle Scuole Secondarie di Secondo Grado (bersaglio dell'intervento educativo) attraversi seminari In/Formativi, programmi mirati e somministrazione pre e post test.
- Supervisione periodica con le equipe per il monitoraggio e la condivisione delle varie attività.
- Organizzazione Evento Finale (Giornata Internazionale dell'Infermiere).

TARGET

Studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica inseriti nel territorio di OPI Roma e Provincia.

Studenti delle Scuole Secondarie di Secondo Grado della Regione Lazio.

6. RISULTATI ATTESI

- 1. Implementazione della prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse tra i giovani.
- 2. Valorizzazione della figura professionale dell'infermiere esperto nel rischio infettivo, quale "Educatore".
- 3. Incentivazione dei giovani all'esecuzione del test HIV e allo screening delle altre IST.
- 4. Interscambio tra studenti delle scuole Secondarie di Secondo grado e studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica allo scopo di promuovere la formazione infermieristica di base.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata			
1.	Supervisione e inserimento degli infermieri già formati nelle varie attività	Coordinatori, Equipe di 4/5 formatori/educatori/tutor	Da Gennaio a Maggio 2019			
2.	Formazione di un gruppo "core" infermieristico di Esperti - Corsi ECM	Coordinatori, Equipe di 4/5 formatori/educatori/tutor	Da Maggio a Settembre 2019			
3.	Attivazione Incontri In/Formativi Elaborazione strumenti di indagine e PRE-TEST	Project manager e coordinatori e project team	Da Settembre 2019 a Maggio 2020			

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
4.	Laboratori In/Formativi con gli studenti universitari	Coordinatori e project team, Gruppo core di Esperti	Ottobre 2019-Maggio 2020
5.	Monitoraggio, supervisione e POST TESTelaborazioni statistiche Stesura report	Coordinatori	Gennaio - Maggio 2020
6.	Organizzazione della Giornata finale della prevenzione e "Restituzione finale"	CONSULENTIProject manager Coordinatori e project team con tutti gli attori del progetto!!	Gennaio-Aprile 2020
7.	Chiusura progetto	Project manager Coordinatori	Giornata internazionale dell'infermiere Maggio 2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Gen 2019	Feb 2019	Mar 2019	Apr 2019	Mag 2019	Giu 2019	Lug 2019	Ago 2019	Sett 2019	Ott 2019	Nov 2019	Dic 2019	Gen 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020
Supervisione e inserimento degli infermieri già formati nelle varie attività	•	•	•	•	•													
Formazione di un gruppo "core" infermieristico di Esperti					•	•	•		•									
Attivazione Incontri In/FormativiElabora- zione strumenti di indagine e PRE-TEST									•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Laboratori con gli studenti universitari										•	•	•	•	•	•	•	•	
Monitoraggio, supervisione post-test													•	•	•	•	•	
Report ed Elabora- zioni statistiche													•	•	•	•	•	
Organizzazione della Giornata finale della prevenzione e "Resti- tuzione finale"													•	•	•	•	•	



9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Albarracin, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. Psychological bulletin, 127(1), 142.
- 2. Auslander, B. A., Perfect, M. M., Succo, P. A., & Rosenthal, S. L. (2007). Perceptions of Sexual Assertiveness among Adolescent Girls: Initiation, Refusal, and Use of Protective Behaviors. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 20(3), 157-162.
- 3. Bungay V, Masaro C, Gilbert M (2014) Examining the scope of public health nursing practice in sexually transmitted infection prevention and management: what do nurses do? Journal Of Clinical Nursing. [Epub ahead of print].
- 4. Camoni L, Boros S, Regine V, Ferri M, Santaquilani M, Pugliese L, Suligoi B (2013) Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2012. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 26(9, Suppl. 1), 3-47.
- 5. Camoni L, Regine V, Stanecki K, Salfa M, Raimondo M, Suligoi B (2014). Estimates of the Number of People Living with HIV in Italy. Biomed Research International, 2014, 1-6.
- 6. Campbell, S. A. (1992). Women, men, and condoms. Psychology of Women Quarterly,16(3), 273.
- 7. Dunn L, Ross B, Caines T, Howorth P (1998) A school-based HIV/AIDS prevention education program: Outcomes of peer-led versus community health nurse-led interventions. Canadian Journal of Human Sexuality, 7(4), 339-46.
- 8. Fettig J, Swaminathan M, Murrill C, Kaplan J (2014) Global Epidemiology of HIV. Infectious Disease Clinics of North America, 28(3), 323-37.
- 9. Fonner V, Armstrong K, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M (2014) School Based Sex Education and HIV Prevention in Lowand Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. Plos One, 9(3), 89692.
- 10. Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. Psychological Bulletin, 119(3), 390.
- 11. Goldman, J. A., & Harlow, L. L. (1993). Self-perception variables that mediate AIDS preventive behavior in college students. Health Psychology, 12(6), 489.
- 12. Gong, J., Stanton, B., Lunn, S., Deveaux, L., Li, X., Marshall, S., et al. (2009). Effects through 24 months of an HIV/AIDS prevention intervention program based on protection motivation theory among preadolescents in the Bahamas. Pediatrics, 200823631.
- 13. Guaita F. (cur.). (2011). Manuale pratico per operatori conduttori di moduli in classe. Indicazioni operative per l'applicazione del modulo didattico di prevenzione dell'aids negli istituti scolastici. Centro stampa ULSS 13.
- 14. Hogan D, Baltussen R, Hayashi C, Lauer J, Salomon J (2005) Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries. British Medical Journal, 331(7530), 1431-7.
- 15. Johnson-Mallard V, Lengacher C, Kromrey J, Campbell D, Jevitt C, Daley E, Schmitt K (2007) Increasing knowledge of sexually transmitted infection risk. The Nurse Practitioner, 32(2), 26-32.
- 16. Lanciotti, E. (2012). Igiene per le professioni sanitarie (pp. 134-138). Milano: McGraw-Hill.
- 17. Lema V (2013) Sexual dysfunction among HIV patients: three case reports and review of literature: case report. African Journal of Reproductive Health: Special Edition On HIV/AIDS: Special Edition. 4(17), 161-70.
- 18. Maartens G, Celum C, Lewin S (2014) HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. The Lancet, 384(9939), 258-71.
- 19. Manago, A. M., Ward, L. M., Lemm, K. M., Reed, L., & Seabrook, R. (2015). Facebook involvement, objectified body consciousness, body shame, and sexual assertiveness in college women and men. Sex Roles, 72(1-2).
- 20. Onuoha, F. N., & Munakata, T. (2005). Correlates of adolescent assertiveness with HIV avoidance in a four-nation sample. Adolescence, 40(159), 525-532.
- 21. Oppong Asante, K., Meyer-Weitz, A., & Petersen, I. (2014). Substance use and risky sexual behaviours among street connected children and youth in Accra, Ghana. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 9, 45.
- 22. Painter, C. (2000). Sexual health, assertiveness and HIV (2. ed.). Cambridge (UK): Daniels Publishing
- 23. Puharić, D., Borovac, J., & Petrov, B. (2015). Attitudes of adolescents towards sexual health in three cities from Croatia and Bosnia and Herzegovina. International Nursing Review, 62(3), 294-302.

- 24. Rickert, V., Sanghvi, R., & Wiemann, C. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern?. Perspectives On Sexual & Reproductive Health, 34(4), 178-183.
- 25. Royce, R. A., Sena, A., Cates Jr, W., & Cohen, M. S. (1997). Sexual transmission of HIV New England Journal of Medicine, 336(15), 1072-1078.
- 26. Sacco W. P., Levine B., Reed D. L., & Thompson K. (1991). Attitudes about condom use as AIDS-Relevant Behavior: their factor structure and relation to condom use. A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3 (2), 267-272.
- 27. Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2013). Predictors of sexual assertiveness: the role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse. Arch Sex Behav, 42(6), 1043-1052.
- 28. Schmid, A., Leonard, N. R., Ritchie, A. S., & Gwadz, M. V. (2015). Assertive Communication in Condom Negotiation: Insights From Late Adolescent Couples' Subjective Ratings of Self and Partner. Journal of Adolescent Health, 57, 94-99.
- 29. Scott-Sheldon, L. A. J., Walstrom, P., Harrison, A., Kalichman, S. C., & Carey, M. P. (2013). Sexual risk reduction interventions for HIV prevention among southafrican youth: A meta-analytic review. Current HIV Research, 11(7), 549-558
- 30. Spauwen, L. W. L., Niekamp, A. -., Hoebe, C. J. P. A., & Dukers-Muijrers, N. H. T. M. (2015). Drug use, sexual risk behaviour and sexually transmitted infections among swingers: A cross-sectional study in the netherlands. Sexually Transmitted Infections, 91(1), 31-36.
- 31. Valdiserri, R. O., Arena, V. C., Proctor, D., & Bonati, F. A. (1989). The relationship between women's attitudes about condoms and their use: implications for condom promotion programs. American Journal of Public Health, 79(4), 499-501.
- 32. Wang, B., Stanton, B., Deveaux, L., Li, X., Koci, V., & Lunn, S. (2014). The Impact of Parent Involvement in an Effective Adolescent Risk Reduction Intervention on Sexual Risk Communication and Adolescent Outcomes. AIDS Education & Prevention, 26(6), 500-520.
- 33. Widman, L., Noar, S. M., Choukas-Bradley, S., & Francis, D. (2014). Adolescent Sexual Health Communication and Condom Use: A Meta-Analysis. Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 33(10),
- 34.1113-1124.
- 35. Yesmont, G. A. (1992). The relationship of assertiveness to college students' safer sex behaviors. Adolescence, 27(106), 253.
- 36. Zak-Place, J., & Stern, M. (2004). Health belief factors and dispositional optimism as predictors of STD and HIV preventive behavior. Journal of American College Health, 52(5), 229-236.
- 37. Notiziario Istituto Superiore Sanità Vol 28; N.2; febbraio_2015;



TITOLO SINTETICO:

INTEGRAZIONE INFERMIERISTICA:

MIGLIORARE L'ASSISTENZA PER UN MONDO PIÙ IN SALUTE

COORDINATORE PROGETTO

A. Stievano

S. Bartolucci

RESPONSABILE DEL POLO

A. Pulimeno

1. TITOLO PROGETTO

Integrazione infermieristica: migliorare l'assistenza per un mondo più in salute

Nursing integration: improving care for a healthier world

2. ABSTRACT

L'obiettivo di questo corso è volto a promuovere l'integrazione professionale e sociale tra infermieri e operatori sanitari provenienti da differenti culture e *framework* concettuali. La forza lavoro sanitaria è, e sarà, in un futuro prossimo, sempre più multietnica e tale multietnicità necessita di percorsi formativi mirati ed appropriati per garantire la miglior qualità delle cure assistenziali.

È proprio in tale quadro teorico che si inserisce questo percorso formativo che vuol promuovere una migliore integrazione professionale e sociale tra operatori sanitari infermieri autoctoni e provenienti da altri Paesi.

The objective of this learning programme is to promote professional and social integration between nurses and health workers from different cultures and conceptual frameworks. The healthcare workforce is, and will be, in the next future, increasingly multi-ethnic and this multi-ethnicity needs targeted and appropriate training to guarantee the best quality of care.

It is precisely in this theoretical framework that this training path is inserted. This programme aims to promote a better professional and social integration between native health care workers and those coming from other countries.

3. BACKGROUND

Il nostro mondo simultaneo, frutto della rivoluzione digitale e dell'interdipendenza economica, ha proiettato le persone portatrici di "culture altre" al nostro fianco. L'universo si è pluralizzato caratterizzandosi come métissage, eclettismo. Questo processo di complessità della società oggi investe tutti e tutto, anche il nursing, disciplina prescrittiva per eccellenza che cerca di intervenire fattivamente nella risoluzione della dimensione soggettiva e oggettiva del bisogno di assistenza delle persone.

Risulta quanto mai necessario promuovere una convergenza più forte tra l'immagine professionale e sociale degli infermieri, anche alla luce del cambiamento demografico sia della popolazione in generale, sia del gruppo professionale degli infermieri, che negli ultimi decenni ha attraversato un'intensa fase di sviluppo anche in senso accademico.

Nella misura in cui la percezione pubblica condiziona le decisioni di interesse professionale, è importante conoscerla, soprattutto se incompleta o inesatta.

È in quest'ottica, caratterizzata dal superamento delle visioni unilineari dell'esistenza, dal superamento della frammentarietà dei singoli saperi, dall'approccio interdisciplinare alla soluzione dei problemi, dal profondo cambiamento dell'esperienza del tempo e dello spazio per tutti gli abitanti del nostro pianeta, che un percorso formativo rappresenta un primo ma significativo passo per andare nella direzione della comprensione delle dinamiche migratorie professionali.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

L'obiettivo di questo corso è volto a promuovere l'integrazione professionale e sociale tra infermieri e operatori sanitari provenienti da differenti culture e *framework* concettuali. La forza lavoro sanitaria è, e sarà, in un futuro prossimo, sempre più multietnica e tale multietnicità necessita di percorsi formativi mirati ed appropriati per garantire la miglior qualità delle cure assistenziali.

È proprio in tale quadro teorico che si inserisce questo percorso formativo che vuol promuovere una migliore integrazione professionale e sociale tra operatori sanitari infermieri autoctoni e provenienti da altri Paesi.

Indicatori

Raggiungimento del 90 % di risposte esatte nel test di valutazione dell'apprendimento.

5. METODOLOGIA

- Presentazione di casi.
- Briefing di apertura.
- Lezioni magistrali.
- Valutazione apprendimento con test a risposta multipla.
- Confronto dibattito tra pubblico e docenti.

6. RISULTATI ATTESI

Condividere il significato e l'uso dei termini integrazione sociale e professionale tra infermieri e altri professionisti sanitari.

Rilevanza

Creazione di una consapevolezza matura dell'agire professionale in ambito globale.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
1.	Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	Coordinatori	Febbraio 2020
2.	Elaborazione - Approvazione e Accreditamento ECM del progetto	Project manager, Coordinatori	Febbraio 2020
3.	Approvazione del corso di formazione e accreditamento ECM	Project manager e coordinatori e	project team Marzo 2020
4.	Programmazione degli eventi formativi	Coordinatori e project team	Marzo 2020



	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata	
5.	Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio	Coordinatori e project team	Marzo 2020	
6.	Realizzazione 1º evento formativo	Coordinatori e project team	Marzo 2020	
7.	Realizzazione eventi formativi	Project manager Coordinatori e p	roject team	Aprile, 2020
8.	Verifica e relazione finale	Team di progetto	Dicembre 202	0

8 DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Giu 2020	Lug 2020	Sett 2020	Ott 2020	Nov 2020	Dic 2020
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	•								
Elaborazione- Approvazione e Accreditamento ECM del progetto	•								
Programmazione degli eventi come da richieste delle strutture		•							
Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio		•							
Realizzazione eventi formativi		•	•	•	•	•	•	•	•
Verifica e relazione finale									•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Caritas Migrantes, XXVII Rapporto (2018). Un nuovo linguaggio per le migrazioni, Dossier Statistico. Pomezia: Idos.
- 2. Johnson S.E., Green J., Maben J. (2014). A suitable job? A qualitative study of becoming a nurse in the context of a globalizing profession in India. *International Journal of Nursing Studies* 51, 734-743.
- 3. Jose M.M. (2011). Lived experiences of internationally educated nurses in hospitals in the United States of America. *International Nursing Review* 58, 123-129.
- 4. Jose J., Quinn Griffin M., Click E.R., Fitzpatrick J.J. (2008). Demands of immigration among Indian nurses who immigrated to the United States. *Asian Nursing Research* 2, 46-54.
- 5. Walton-Roberts M. (2015). International migration of health professionals and the marketization and privatization of health education in India: From push-pull to global political economy. *Social Science & Medicine* 124, 374-382.



TITOLO SINTETICO:

LE TEMATICHE PROFESSIONALI DELLA SANITÀ PRIVATA

COORDINATORE PROGETTO S. Bartolucci Mg. Montalbano RESPONSABILE DEL POLO A. Pulimeno

1. TITOLO PROGETTO

Le tematiche professionali della sanità privata. Valutazioni, analisi e proposte.

The professional issues of private health systems. Evaluations, analysis and proposals.

2. ABSTRACT

Questo progetto ha come obiettivo quello di realizzare un confronto qualificato e costante tra professionisti impegnati nella assistenza in strutture private, offrendo un'opportunità di scambio di esperienze e di analisi di problematiche comuni per contribuire al dibattito generale della sanità e proporre progetti e lavori che possano essere di interesse comune nelle varie realtà sanitarie private.

This project carries out a constant comparison between professionals engaged in assistance in private healthcare structures, offering an opportunity to exchange experiences and analyze common problems to contribute to the general health debate and to propose projects that can be of common interest in the various private healthcare realities.

3. BACKGROUND

Gli infermieri che operano, a vari livelli, nella sanità privata accreditata, rappresentano un gruppo professionale significativo per la quantità e qualità di attività svolte e il contributo fornito all'assistenza infermieristica in diversi contesti.

È importante conoscere gli infermieri attraverso le esperienze che vivono, i progetti che mettono in campo e le tematiche più o meno critiche che affrontano nel loro lavoro in realtà sanitarie diverse da quelle del sistema sanitario pubblico.

Gli infermieri che operano nelle strutture private accreditate affrontano prevalentemente tematiche di cronicità e di continuità assistenziale, considerato che, fatta eccezione per alcune strutture ospedaliere o case di cura plurispecialistiche, la maggior parte delle strutture private è stata oggetto di riconversioni verso i servizi destinati alla assistenza nella cronicità, alla riabilitazione, alle cure palliative a alla assistenza domiciliare integrata, rappresentando di fatto una importante espressione dell'offerta di servizi territoriali.

La tipologia dei servizi offerti rappresenta per la componente infermieristica un'opportunità per esprimere al massimo la propria professionalità nel processo assistenziale e nella presa in carico/cura della persona e della famiglia, ovviamente se inserita in contesti organizzativi coerenti con profili e competenze ed in linea con la normativa vigente.

È, quindi, importante sviluppare una conoscenza delle varie realtà ed affrontare tematiche critiche per predisporre documenti che possano essere frutto di ragionamenti condivisi e base di un linguaggio comune.



4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

L'obiettivo di questo corso è volto a promuovere la condivisione di aspetti fondamentali nell'assistenza per gli infermieri della sanità privata accreditata, la possibilità di mettere a confronto i diversi punti di vista nei diversi contesti assistenziali, la possibilità, inoltre, di scambiare esperienze, con particolare riferimento alla cronicità, che diano evidenza di un agire infermieristico competente e fuori da schemi organizzativi noti e vetusti.

Indicatori

Raggiungimento del 90 % di risposte esatte nel test di valutazione dell'apprendimento.

5. METODOLOGIA

- Briefing di apertura.
- Presentazione dei modelli organizzativi/assistenziali.
- Lezioni magistrali.
- Valutazione apprendimento con test a risposta multipla.
- Confronto dibattito tra discenti e docenti.

6. RISULTATI ATTESI

Mettere in evidenza gli aspetti assistenziali di rilevanza per gli infermieri della sanità privata accreditata, in particolare lo sviluppo di competenze specifiche legato a un contesto in continuo cambiamento.

Rilevanza

Creazione di una consapevolezza matura dell'agire professionale in ambito globale.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
1.	Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	Coordinatori	Febbraio 2020
2.	Elaborazione - Approvazione e Accreditamento ECM del progetto	Project manager, coordinatori	Febbraio 2020
3.	Approvazione del corso di formazione e accreditamento ECM	Project manager e coordinatori e project team	Marzo 2020
4.	Programmazione degli eventi formativi	Coordinatori e project team	Marzo 2020
5.	Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio	Coordinatori e project team	Marzo 2020
6.	Realizzazione 1° evento formativo	Coordinatori e project team	Marzo 2020
7.	Realizzazione eventi formativi	Project manager, coordinatori e project team	Aprile 2020
8.	Verifica e relazione finale	Team di progetto	Dicembre 2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Giu 2020	Lug 2020	Sett 2020	Ott 2020	Nov 2020	Dic 2020
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	•								
Elaborazione- Approvazione e Accreditamento ECM del progetto	•								
Programmazione degli eventi come da richieste delle strutture		•							
Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio		•							
Realizzazione eventi formativi		•	•	•	•	•	•	•	•
Verifica e relazione finale									•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Catuogno S. (2017). Il partenariato pubblico-privato in sanità. Il ruolo del non profit e le implicazioni sulla performance. Giappichelli, Torino.
- 2. D'Alessio S. (2014). I liberi professionisti come protagonisti in un'Europa per la crescita. *Providence*, 2,24.
- 3. Manca F., Angius E.D. (2018). Management e performance nella sanità pubblica. Wolters Kluiver/Ipsoa, Milano.



TITOLO SINTETICO:

PAI VERSIONE 3.0

COORDINATORI PROGETTO
F. D'Agostino
M. Zega

RESP DEL POLO G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

Sviluppo della versione 3.0 del Professional Assessment Instrument (PAI).

Development of the Professional Assessment Instrument Version 3.0 (PAI).

2. ABSTRACT

Il Professional Assessment Instrument (PAI) è un sistema informativo infermieristico, sviluppato da un team di ricercatori dell'Università Tor Vergata di Roma grazie a un finanziamento ricevuto dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Attualmente il PAI è utilizzato in un ospedale universitario ed è integrato nella documentazione sanitaria elettronica. Nonostante i primi studi condotti utilizzando i dati di assistenza infermieristica prodotti dal PAI abbiano dimostrato l'utilità di tale sistema in ambito assistenziale, manageriale e di ricerca, uno studio relativo agli aspetti funzionali del PAI ha mostrato che degli aggiornamenti e delle modifiche del sistema sono necessari per migliorare la performance di utilizzo del PAI, nonché per rendere il PAI fruibile anche da parte di altre aziende sanitarie. Inoltre, la parte relativa agli esiti sensibili all'assistenza infermieristica, ad oggi assente nel PAI, dovrebbe essere inserita per dimostrare l'impatto quotidiano dell'assistenza infermieristica sui pazienti. Infine, una terminologia infermieristica standard completa per le diagnosi infermieristiche, gli interventi infermieristici e i risultati sensibili all'assistenza infermieristica andrebbe introdotta nel PAI.

Gli obiettivi di questo progetto sono: 1) aggiornare la terminologia del PAI; 2) sviluppare nuovi algoritmi assistenziali di supporto alla decisione; 3) reingegnerizzare il PAI.II progetto prevedrà la produzione di uno strumento tecnologico. Verrà costituito un gruppo di esperti in ambito infermieristico e informatico. Diverse metodologie saranno applicate per raggiungere i 3 obiettivi (translation e back-translation della terminologia infermieristica standard Clinical Care Classification (CCC) System, cross-mapping degli interventi infermieristici, focus groups con esperti e revisione della letteratura, prototipazione e implementazione).

Da questo progetto ci si aspetta di sviluppare una versione aggiornata del PAI che permetta di raccogliere sistematicamente tutti gli elementi di assistenza infermieristica. Inoltre, l'utilizzo della terminologia internazionale CCC all'interno del PAI permetterà di confrontare i dati di assistenza non solo all'interno del contesto nazionale ma anche internazionale. Infine, la reingegnerizzazione del PAI permetterà di avere un sistema più performante con la possibilità di essere utilizzato da tutte le strutture sanitarie interessate.

Parole chiave: sistema informativo infermieristico, Professional Assessment Instrument, terminologia infermieristica standard, produzione tecnologica.

The Professional Assessment Instrument (PAI) is a nursing information system developed by a team of researchers of the University of Rome Tor Vergata thanks to funding from the Italian Center of Excellence for Nursing Scholarship, Rome, Italy. Currently, the PAI is used in a teaching hospital and is part of the

hospital electronic health record. Studies have shown that data collected through the PAI are useful in nursing care, management and research; despite this, a study on PAI functional aspects has shown that updates of the system are necessary to improve its performance as well as to make the PAI accessible also from other healthcare hospitals and settings. In addition, nursing care elements related to nursing sensitive outcomes should be included in the PAI to demonstrate the daily impact of nursing care on patients' outcomes. Finally, a complete standard nursing terminology such as the Clinical Care Classification (CCC) System for nursing diagnoses, nursing interventions and nursing-sensitive outcomes should be introduced in the PAI.

The objectives of this project are: 1) to update the terminology of the PAI system; 2) to develop new clinical decision support algorithms; 3) to reengineer the PAI software.

This project will develop a technological device. A group of experts in the nursing and information technology field will be constituted. Different methodologies will be applied to achieve the 3 objectives (translation and back-translation of the CCC terminology, cross-mapping of nursing interventions, focus groups with experts and literature review, prototyping and systemimplementation).

This project will develop an updated version of the PAI that allows to collect systematically all the elements of nursing care. Moreover, the use of international CCC nursing standard terminology within the PAI will allow international comparisons of nursing care provided.

Finally, the re-engineering of the PAI will produce a more performing system than the previous version with the possibility to implement the PAI in several healthcare settings.

Keywords: Nursing information system, Professional Assessment Instrument, nursing standard terminology, technology production.

3. BACKGROUND

Il Professional Assessment Instrument (PAI) è un sistema informativo infermieristico, sviluppato da un team di ricercatori dell'Università Tor Vergata di Roma grazie a un precedente finanziamento ricevuto dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Il PAI utilizza una terminologia standard con un set di elementi minimi con definizioni standard e codici per descrivere l'assistenza infermieristica permettendo la creazione di un Nursing Minimum Data Set (NMDS) [1-2]. All'interno del PAI un sistema di supporto alla decisione clinica per individuare le diagnosi infermieristiche è stato realizzato e validato da un team di esperti [3]. Ulteriori collegamenti sono presenti nel PAI tra le varie fasi del processo di assistenza, accertamento, diagnosi, interventi [1].

Dopo il suo sviluppo, il PAI è stato sperimentato in un ospedale tramite uno studio pilota. Successivamente il PAI è stato registrato alla Società Italiana degli Autori ed Editori come programma informatico ed è divenuto di proprietà del Collegio IPASVI di Roma [4]. Attualmente il PAI è in uso dal 2013 nell'ospedale universitario Agostino Gemelli ed è parte integrante della documentazione sanitaria elettronica della struttura ospedaliera.

Dati socio-demografici, assistenziali e di servizio sono raccolti sistematicamente con il PAI al Gemelli. I primi studi effettuati sui dati raccolti tramite il PAI hanno dimostrato che le diagnosi infermieristiche e gli interventi infermieristici sono in grado di descrivere pazienti con differenti complessità assistenziali tra le diverse patologie mediche e le diverse unità operative [6-8]. Inoltre, le diagnosi infermieristiche sono risultate associate a risultati di assistenza ospedaliera (lunghezza della degenza, mortalità) [6-7]. Nono-

stante questi studi, abbiano dimostrato l'utilità del PAI in ambito assistenziale, manageriale e di ricerca, uno studio relativo agli aspetti funzionali del PAI ha dimostrato che degli aggiornamenti e delle modifiche del sistema sono necessari per migliorare le performance di utilizzo del PAI da parte dei suoi utilizzatori, nonché le performance di sistema del PAI affinché sia fruibile anche da altre aziende sanitarie [9]. Inoltre, per quanto riguarda il NMDS, questo non è rappresentato in tutti i suoi elementi assistenziali nel PAI; infatti, ad oggi, risulta assente la parte relativa agli esiti sensibili all'assistenza infermieristica che potrebbero essere registrati quotidianamente dagli infermieri, limitando pertanto la visibilità dell'impatto dell'assistenza infermieristica sui pazienti. Infine, nel PAI è presente una terminologia standard solo per le diagnosi infermieristiche, lo stesso non si verifica per gli interventi infermieristici che sebbene siano stati tutti codificati non appartengono a nessuna terminologia infermieristica standard internazionale, limitando pertanto il confronto delle attività infermieristiche effettuate.

Recentemente (settembre 2017), il Collegio IPASVI di Roma ha ottenuto l'autorizzazione per l'uso gratuito della terminologia infermieristica standard *Clinical Care Classification* (CCC) *System* nel PAI [10].

Tale terminologia identifica tutti gli elementi essenziali della pratica infermieristica (diagnosi infermieristiche, interventi e risultati di assistenza) in tutti i setting di assistenza. La CCC è una delle 5 terminologie infermieristiche standard riconosciute dall'American Nurses Association [11] ed è tradotta in diverse lingue, esclusa attualmente l'Italiano [10]. Facendo seguito a tutti i motivi sopradescritti, e nell'ottica di future implementazioni del PAI in altre aziende sanitarie, che richiederanno un supporto informatico adeguato per far fronte ai vari sistemi informativi aziendali, si ritiene fondamentale per un'efficace proseguimento del progetto PAI un suo aggiornamento (sviluppo versione 3.0) sia per gli aspetti di contenuto terminologico che di sviluppo informatico.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Gli obiettivi di questo progetto sono quelli di:

- 1. Aggiornare la terminologia del sistema PAI (1°-2° Anno di studio, vedi Gantt);
- 2. Sviluppare nuovi algoritmi assistenziali di supporto alla decisione (2°-3° Anno di studio, vedi Gantt);
- 3. Reingegnerizzare il sistema PAI (ad opera della società informatica).

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici dell'obiettivo 1) sono:

- 1. Sostituzione della terminologia infermieristica attualmente presente nel PAI con la terminologia CCC per le diagnosi infermieristiche;
- 2. Mappatura degli interventi infermieristici attualmente presenti nel PAI con la terminologia CCC per gli interventi infermieristici;
- 3. Introduzione nel PAI della terminologia CCC per gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica;
- 4. Valutazione degli attuali termini presenti nel PAI per eventuale inserimento di altri termini inerenti le diagnosi infermieristiche/interventi e relativi risultati di assistenza.

Gli obiettivi specifici dell'obiettivo 2) sono:

5. Ristrutturazione della Scheda di Accertamento Infermieristico;

6. Creazione di nuovi algoritmi assistenziali tra tutte le varie fasi del processo di nursing (accertamento, diagnosi infermieristica, interventi ed esiti assistenziali).

Gli obiettivi specifici dell'obiettivo 3) sono:

- 7. Restyling del layout del PAI per renderlo fruibile in modo ottimizzato su dispositivi mobile;
- 8. Miglioramento usabilità del PAI al fine di ridurre i tempi di documentazione;
- 9. Analisi e ottimizzazione della struttura e dell'accesso ai dati;
- 10. Realizzazione di una executive dashboard che possa mostrare allo staff infermieristico e dirigenziale alcune informazioni importanti in tempo reale;
- 11. Implementazione motore di reportistica.

5. METODOLOGIA

Disegno del progetto

Il disegno del progetto PAI versione 3.0 sarà relativo alla produzione di uno strumento tecnologico. Il metodo di sviluppo del PAI per la parte di reingegnerizzazione (a cura della società informatica) utilizzerà 4 fasi cicliche dello sviluppo di un prodotto tecnologico: concettualizzazione, specificazione, prototipazione e implementazione del sistema.

Costituzione gruppo di lavoro

Per sviluppare il progetto un gruppo di lavoro sarà costituito. Il gruppo sarà costituito da:

- a) 5 infermieri ricercatori esperti in terminologie infermieristiche standard; tali infermieri dovranno essere in possesso del dottorato di ricerca oppure studenti del dottorato con linee di ricerca inerenti a terminologie infermieristiche standard;
- b) 15 infermieri esperti clinici in ambito chirurgico, medico e intensivista individuati sulla base degli anni di esperienza e sulla loro riconosciuta esperienza clinica tramite curriculum vitae e giudizio di pari;
- c) programmatori e analisti informatici forniti dalla società informatica.

Strumenti metodologici

I sequenti strumenti metodologici saranno utilizzati per:raggiungere l'obiettivo 1):

- La metodologia di translation e back-translation [12] sarà applicata per la traduzione della terminologia CCC (diagnosi infermieristiche, interventi infermieristici e risultati sensibili all'assistenza infermieristica) in italiano;
- La metodologia di cross-mapping [13] sarà utilizzata per 'mappare' gli interventi infermieristici già presenti nel PAI con la terminologia CCC degli interventi infermieristici;

raggiungere l'obiettivo 2):

- La metodologia dei focus group [14] sarà utilizzata al fine di revisionare l'attuale accertamento infermieristico;
- La metodologia della revisione della letteratura e il giudizio di esperti clinici [3] saranno utilizzati al fine di revisionare gli attuali algoritmi presenti nel PAI e per la creazione di nuovi algoritmi sulla base delle nuove diagnosi infermieristiche/interventi/risultati inseriti nel PAI.raggiungere l'obiettivo 3)
- La metodologia in questo caso sarà a cura della società informatica.

6. RISULTATI ATTESI

Da questo progetto ci si aspetta di sviluppare una versione aggiornata del PAI che permetta di racco-gliere tutti gli elementi del minimum data set infermieristico, in particolare diagnosi infermieristiche, interventi infermieristici e risultati sensibili all'assistenza infermieristica. Inoltre, l'utilizzo della terminologia internazionale CCC all'interno del PAI permetterà di confrontare i dati di assistenza non solo all'interno del contesto nazionale ma anche internazionale. Tale conformità di linguaggio permetterà un maggior confronto e visibilità dell'assistenza infermieristica nel contesto sanitario. Inoltre, la reingegnerizzazione del PAI permetterà di avere un sistema più performante con la possibilità di essere acquisito da tutte le strutture sanitarie interessate al suo uso.

Gli indicatori utilizzati per la verifica di qualità saranno:

- Traduzione completa in italiano della terminologia CCC con successiva pubblicazione online della terminologia sul sito ufficiale della CCC https://www.sabacare.com/;
- Algoritmi validati da un team di esperti tra le varie fasi del processo di nursing (accertamento, diagnosi, interventi, risultati assistenziali);
- PAI versione 3.0 sviluppato con la terminologia CCC;
- Test pilota del PAI versione 3.0 e successiva implementazione nelle strutture sanitarie ospedaliere;
- Numero di infermieri formati all'utilizzo della versione 3.0 del PAI;
- Numero di eventi formativi effettuati per la presentazione e la formazione all'uso del PAI versione 3.0;
- Report finale di svolgimento delle attività di ricerca svolte.

Rilevanza

Lo sviluppo della versione 3.0 del PAI, permetterà di avere a disposizione un sistema altamente competitivo e tecnologico nel panorama non solo infermieristico ma sanitario in generale con la possibilità di creare un'immensa banca dati di assistenza infermieristica senza eguali. Tali dati potranno essere utilizzati non solo per scopi clinici di ricerca e manageriali ma anche per le politiche sanitarie che saranno così sostenute da solidi dati basati sull'evidenza. Inoltre l'uso della terminologia standard CCC permetterà un confronto internazionale riquardo all'assistenza prestata e ai risultati sensibili raggiunti sui pazienti.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
1.	Traduzione completa della terminologia CCC	Coordinatori, project team	01/03/2018 - 31/10/2018
2.	Mappatura degli interventi infermieristici del PAI con Interventi CCC	Coordinatori, project team	01/11/2018 - 31/03/2019
3.	Introduzione nel PAI della terminologia CCC per esiti sensibili assistenza infermieristica	Coordinatori, project team	01/04/2019 - 31/07/2019
4.	Valutazione per eventuale inserimento di altri termini infermieristici nel PAI	Project manager, coordinatori, project team	01/08/2019 - 31/10/2019
5.	Ristrutturazione scheda accertamento infermieristico	Project manager, coordinatori, project team	01/11/2019 - 30/04/2020
6.	Creazione nuovi algoritmi assistenziali	Coordinatori, project team	01/05/2020 - 31/12/2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

ANNO 2019	MESI											
Attivitā	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Traduzione completa della terminologia CCC			•	•	•	•	•	•	•	•		
Mappatura interventi infermieristici PAI con Interventi CCC											•	•

ANNO 2019	MESI								MESI													
A ttività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12										
Mappatura interventi infermieristici PAI con Interventi CCC	•	•	•																			
Introduzione nel PAI terminologia CCC per esiti sensibili assistenza infermieristica				•	•	•	•															
Valutazione per inserimento di altri termini nel PAI								•	•	•												
Ristrutturazione scheda accertamento infermieristico											•	•										

ANNO 2020		MESI										
Attivitā	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ristrutturazione scheda accertamento infermieristico	•	•	•	•								
Creazione nuovi algoritmi assistenziali					•	•	•	•	•	•	•	•

Scientific Annual Report 2020



9. BIBLIOGRAFIA

- 1. D'Agostino F, Vellone E, Tontini F, Zega M, Alvaro R. Development of a computerized system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set. Prof Inferm. 2012 Apr-Jun;65(2):103-9. PubMed PMID: 22795142.
- 2. D'Agostino F, Zega M, Rocco G, Luzzi L, Vellone E, Alvaro R. Impact of a nursing information system in clinical practice: a longitudinal study project. Ann Ig. 2013 Jul-Aug; 25(4): 329-41. doi: 10.7416/ai.2013.1935. PubMed PMID: 23703307.
- 3. Zega M, D'Agostino F, Bowles KH, De Marinis MG, Rocco G, Vellone E, et al. Development and validation of a computerized assessment form to support nursing diagnosis. Int J Nurs Knowl. 2014 Feb;25(1):22-9. doi: 10.1111/2047-3095.12008. PubMed PMID: 24134473.
- 4. D'Agostino F. Development of a nursing information system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set [Doctoral thesis]. Roma: Università degli Studi di Roma Tor Vergata; 2014.
- 5. Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D'Agostino F. Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: A systematic literature review. J Clin Nurs. 2017 Dec; 26(23-24): 3764-83 doi: 10.1111/jocn.13717. PubMed PMID: 28042921.
- 6. D'Agostino F, Sanson G, Cocchieri A, Vellone E, Welton J, Maurici M, Alvaro R, Zega M. Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting. J Adv Nurs. 2017 Sep;73(9): 2129-42. doi: 10.1111/jan.13285. PubMed PMID: 28229471.
- 7. Sanson G, D'Agostino F, Cocchieri A, Vellone E, Zega M, Alvaro R. Documentazione elettronica dell'assistenza. Diagnosi infermieristiche come misura della complessità assistenziale e fattore prognostico. Abstract al Convegno CNAI, "Health Literacy: una comunicazione chiara per una salute migliore", Roma 4 e 5 novembre 2016.
- 8. Sanson G, Alvaro R, Cocchieri A, Vellone E, Welton J, Maurici M, Zega M, D'Agostino F. Nursing diagnoses, interventions and activities as described by a Nursing Minimum Data Set: a prospective study in an oncology hospital setting. Cancer Nurs (In press, accepted for publication 13/11/2017).
- 9. Stasi S, Vellone E, Di Sarra L, Cocchieri A, Zega M, Alvaro R, D'Agostino F. Valutazione dell'implementazione di un sistema informativo infermieristico in un ospedale universitario: il progetto PAI (Professional Assessment Instrument). Rassegna Italiana di Valutazione. [Under review]
- 10. Saba V. Clinical Care Classification (CCC) System Version 2.5. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2012.
- 11. Tastan S, Linch GC, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, et al. Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2014 Aug;51(8):1160-70. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004. PMID:24412062
- 12. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaption of self-report measures. Spine. 2000 25(24), 3186-91.
- 13. D'Agostino F, Zeffiro V, Vellone E, Ausili D, Belsito R, Leto A, Alvaro R. Cross-mapping of nursing care terms recorded in Italian hospitals into the standardized NNN terminology. Int J Nurs Knowl. 2018 Jan 12. doi: 10.1111/2047-3095.12200. PubMed PMID: 29328554
- 14. Slater P, McCormack B. Determining older people's needs for care by Registered Nurses: the Nursing Needs Assessment Tool. J Adv Nurs. 2005 Dec;52(6): 601-8. PubMed PMID: 16313372.

TITOLO SINTETICO:

BISOGNI E BURDEN DEI CAREGIVER

NELLO SCOMPENSO CARDIACO

COORDINATORE PROGETTO

RESP DEL POLO

G. Rocco

A. Durante

E. Vellone

R. Alvaro

1. TITOLO PROGETTO

Bisogni e *burden* dei caregiver nello scompenso cardiaco; sono correlati con le caratteristiche dei pazienti e dei caregiver? Continuazione del progetto di ricerca.

Needs and burdens in Heart Failure CAREgivers: are they related to patients' and caregivers' Characteristics? Continuing the research project.

2. ABSTRACT

Lo scompenso cardiaco (SC) viene considerato una patologia pandemica con alti tassi di prevalenza. È stato stimato che 26 milioni di persone siano affette da SC in tutto il mondo [1]. In Europa, lo SC colpisce 15 milioni di persone, pari al 2,2% della popolazione [2]. Lo SC è una patologia che aumenta in prevalenza con l'età e colpisce più del 25% della popolazione di età compresa tra i 75 e gli 84 anni. Lo scompenso cardiaco sta anche aumentando la sua prevalenza complessiva [3,4]. È stato stimato che, tra il 2013 e il 2030, il numero di persone che soffrono di scompenso cardiaco aumenterà del 25% [5]. Gli affetti da scompenso cardiaco richiedono un alto grado di assistenza e necessitano di mantenere un regime di autocura adequato per evitare l'aggravarsi della patologia e per mantenere il proprio benessere psicologico e fisico. Un caregiver informale è un individuo non pagato, sia all'interno che all'esterno della famiglia, che fornisce la maggior parte dell'assistenza al paziente [6,7]. Questa assistenza può comprendere la compensazione nelle attività di base quotidiane, le faccende domestiche, la gestione delle finanze personali, la gestione di servizi esterni o visite periodiche al ricevente dell'assistenza. Tuttavia, la nostra conoscenza dei bisogni dei caregiver - per le quali si intendono tutti i tipi di bisogni, tra cui sociali, (socio)economici, fisici, emotivi, psicologici e ambientali - è ancora scarsa. Lo scopo di questo studio, che è la continuazione dello stesso progetto iniziato nel 2017 e ammesso a finanziamento, è di descrivere la correlazione tra bisogni e burden dei caregiver e le caratteristiche dei pazienti affetti da scompenso cardiaco e dei loro caregiver in tre paesi europei: Italia, Spagna e Paesi Bassi. Metodo: Studio multicentrico con metodo misto sequenziale esplorativo. Prima fase qualitativa con interviste semi strutturate ai caregivers (qià effettuate). Seconda fase: studio longitudinale (da effettuare). Questa seconda fase comprenderà la somministrazione di due batterie di strumenti psicometrici validati: uno per i pazienti e uno per i caregiver. Una serie di variabili demografiche saranno raccolte presso il primo punto di misurazione e verificate (per i pazienti) tramite cartella clinica. L'indagine sarà condotta in tre momenti: a tempo zero (coincidente col ricovero o visita ambulatoriale), a sei mesi e a un anno. I dati qualitativi saranno analizzati utilizzando Atlas-ti, mente per i dati quantitativi verrà utilizzata la versione 22 di SPSS. Questo studio permetterà di conoscere i bisogni, a livello europeo, della popolazione dei caregivers. Conoscere questi bisogni consentirà ai professionisti della salute di poter agire, prevenendo, il burnout del caregiver; migliorando la qualità di vita sua e dell'assistito, e in generale in benessere della diade.



Parole chiave: Scompenso cardiaco, self-care, metodo misto, caregiver.

Heart failure (HF) is considered a pandemic disease with high prevalence rates. It is estimated that 26 million people are affected by SC worldwide [1]. In Europe, HF affects 15 million people, the 2.2% of the population^[2]. HF is a disease that increases in prevalence with age and affects more than 25% of the population aged 75 to 84 years. HF is also increasing its overall prevalence [3,4]. It has been estimated that, between 2013 and 2030, the number of people suffering from HF will increase by 25% [5]. Those who suffer from HF require a lot of care and need to maintain an adequate self-care regimen to prevent the worsening of the disease and to maintain their psychological well-being. An informal caregiver is a not paid individual, inside and outside of the family, which provides the majority of patient care [6,7]. This care may include the satisfaction of patient activity of daily living, household chores, personal finance management, the management of external services or periodic check-up for the patient. However, our knowledge about caregivers' needs (including social, economic, physical, emotional, psychological and environmental needs) is still poor. The purpose of this study is to describe the correlation between caregiver needs and burden and characteristics of patients with heart failure and their caregivers in three European countries: Italy, Spain, and the Netherlands. Method: Multicenter mixed method, sequential exploratory study. First phase (already concluded): qualitative phase with semi-structured interviews with caregivers. Second phase: a longitudinal study (to be done). This second phase will include two batteries of validated psychometric tools: one for patients and one for the caregivers. A few demographic variables will be collected at the first point of measurement (for patients) through abstract from patient medical records. The survey will be conducted in three phases: a time zero, six months and one year. The qualitative data will be analysed using Atlas-ti, quantitative data will be analysed with SPSS version 22. This study will let us know caregivers' needs and burden at European level. These data will help health professionals to develop taylorize interventions for patients and caregivers; increasing caregivers and patients' quality of life and dyads wellbeing.

Key words: Heart failure, self-care, mixed method, caregiver.

3. BACKGROUND

Lo scompenso cardiaco (SC) viene considerato una patologia pandemica con alti tassi di prevalenza. È stato stimato che 26 milioni di persone siano affette da SC in tutto il mondo [1]. Negli Stati Uniti, è stato stimato che lo SC colpisca 5,7 milioni di persone (8), pari al 2,1% della popolazione totale. In Europa, lo SC colpisce 15 milioni di persone, pari al 2,2% della popolazione [2]. Lo SC è una patologia che aumenta in prevalenza con l'età e colpisce più del 25% della popolazione di età compresa tra i 75 e gli 84 anni. Lo scompenso cardiaco sta anche aumentando la sua prevalenza complessiva [3,4]. È stato stimato che, tra il 2013 e il 2030, il numero di persone che soffrono di scompenso cardiaco aumenterà del 25% [5].

Lo SC è una patologia dalle gravi conseguenze. La mortalità a causa dello SC è elevata [9]: dopo la diagnosi, i tassi di mortalità a 30 giorni, un anno e quattro anni sono rispettivamente del 12,1, 28,8 e 61,4%. Il tasso di mortalità dopo cinque anni, per lo SC, è simile a quella di alcuni tipi di cancro (58 e 59%, rispettivamente) [10]. Lo scompenso cardiaco è inoltre associato ad una scarsa qualità della vita [11] e a sintomi e disagi fisici e psicologici simili a quelli del cancro [10,12]. Lo scompenso cardiaco si associa inoltre a costi elevati [13].

Coloro che soffrono di scompenso cardiaco richiedono un alto grado di assistenza e devono mantenere un regime di autocura per evitare l'aggravarsi della patologia e per mantenere il proprio benessere psicologico [14]. Inoltre, il deficit cognitivo, che colpisce dal 25 al 50% degli adulti affetti da scompenso car-

diaco, e la comorbilità possono rappresentare delle condizioni aggiuntive che riducono la qualità dell'autocura dei pazienti [15-17]. In base a queste premesse, i caregiver informali possono offrire un contributo importante per l'assistenza ai pazienti anche se le nostre conoscenze sui loro bisogni sociali, (socio)economici, fisici, emotivi, psicologici e ambientali, sono ancora scarse. Recentemente, sono stati condotti diversi studi sul contributo dei caregiver nell'assistenza ai pazienti con scompenso cardiaco [18] ma le conoscenze sul caregiving dello SC, sono ancora scarse [19-22].

Nonostante l'importanza dei caregiver nell'assistenza allo SC, pochi studi si sono interessati ai bisogni ed al burden dei caregiver e nessuno studio europeo ha fornito un quadro completo dei problemi affrontati dai caregiver. Inoltre, è ancora carente la letteratura che descrive il rapporto tra i bisogni ed il burden dei caregiver e le caratteristiche dei caregiver e dei pazienti.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo generale di questo studio è quello di descrivere la correlazione tra bisogni e burden dei caregiver e le caratteristiche dei pazienti affetti da scompenso cardiaco e dei loro caregiver in tre paesi europei: Italia, Spagna e Paesi Bassi. Questo studio utilizzerà un approccio a metodo misto e sarà dunque data fornita una risposta ai seguenti quesiti di ricerca qualitativi e quantitativi:

Domande di ricerca qualitativa:

- Quali sono i bisogni e quali sono le caratteristiche del burden dei caregiver informali di pazienti affetti da scompenso cardiaco?
- Esiste una correlazione tra i bisogni dei caregiver ed il loro burden?

Domande di ricerca quantitativa:

- I bisogni ed il burden dei caregiver vengono influenzati da caratteristiche del caregiver?
 Indicatori: capacità cognitive, qualità della vita, comorbilità o problemi fisici, competenza nel fornire assistenza, ansia e depressione, sostegno sociale, contributo al self-care del paziente e self-efficacy, mutualità con pazienti affetti da scompenso cardiaco, e resilienza.
- I bisogni ed il burden del caregiver sono influenzati da caratteristiche del paziente?
 Indicatori: capacità cognitive, durata dello scompenso cardiaco, gravità dello SC secondo la classificazione NYHA (New York Heart Association), autocura e self-efficacy, dipendenza dall'assistenza, mutualità con il caregiver, ansia e depressione, e resilienza.

Domanda di ricerca qualitativa e quantitativa:

- Esistono delle somiglianze fra i bisogni e burden dei caregiver nei tre paesi considerati (Italia, Spagna e Paesi Bassi?
- Esistono diversi cluster/tipologie in merito a bisogni e burden dei caregiver?

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

Condurremo uno studio sequenziale esplorativo a metodo misto comprendente una fase qualitativa seguita da una fase quantitativa. Un disegno a metodo misto sequenziale esplorativo è un disegno in cui il ricercatore prima esamina i dati qualitativi per poi utilizzare i risultati dei dati qualitativi nella seconda fase quantitativa al fine di comprendere meglio i risultati. Di consequenza, i risultati dei dati quantitativi

Scientific Annual Report 2020

POLO DELLA RICERCA SCIENTIFICA

si basano sui risultati del database iniziale. L'obiettivo di questa strategia è quello di sviluppare misurazioni migliori con campioni specifici della popolazione, verificando se i dati di pochi individui (nella fase qualitativa) possono essere generalizzati ad un campione di popolazione di grandi dimensioni (in fase quantitativa) [23]. Questo metodo può arricchire i dati raccolti e rende possibile triangolare e integrare i dati quantitativi e qualitativi [24].

CG Factors: - Ool - Comorbidities - Social Support Needs -Cognitive Assessment - Preparedness Moderators: -SC Confidence (only Patients) -Resilience **Dyadic Factor** Mutuality Mediators: - Anxiety and Patients Factors: Depression NYHA Class Burden - QoL - Duration HF - Dependency from CG Cognitive Assessment

FIGURA 1. QUADRO CONCETTUALE IPOTETICO DELLO STUDIO

Metodo di campionamento

Verrà impiegato un approccio di *maximum variation* per includere i caregiver ed i pazienti con caratteristiche diverse, secondo la classificazione NYHA, il tempo dalla diagnosi e lo scompenso cardiaco (ad esempio, frazione di eiezione ridotta o preservata).

Raccolta dei dati

La raccolta dei dati si svolgerà in due fasi.

Fase uno (già condotta): in questa fase, i caregivers sono stati sottoposti ad un'intervista in assenza dei pazienti. In Spagna sono state eseguite 21 interviste, in Italia 20 e nei Paesi Bassi sono in corso. Tali numeri sono congrui con la letteratura [25] che suggerisce un range da 12 a 60 partecipanti. Abbiamo adottato un approccio narrativo induttivo, con 21 domande-guida aperte a supporto della narrazione e riflessione sulle esperienze [26]. Le interviste sono state, previo consenso, registrate e trascritte.

Fase due (che dovrà essere condotta): La seconda fase dello studio sarà uno studio longitudinale. Questa fase comprenderà due batterie di strumenti psicometrici validi: uno per i pazienti e uno per i caregiver. Una serie di variabili demografiche saranno raccolte a tempo zero e verificate (per i pazienti) tramite cartella clinica.

Questionari utilizzati per i pazienti e per i caregiver

Alcuni dei questionari saranno utilizzati per entrambe le parti della diade caregiver-paziente. Gli aspetti

che vogliamo esplorare in modo similare sono: l'ansia e la depressione, la dipendenza dall'assistenza, il livello di deterioramento cognitivo, mutualità e resilienza.

Questionari solo per i pazienti

L'aspetto considerato nei questionari solo per i pazienti è la self-efficacy, che sarà valutata con la scala del self-care confidence del Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI v.6.2).

Questionari solo per i caregiver

Gli aspetti esplorati solo per i caregiver sono: il burden il sostegno all'autocura, comorbilità, preparazione, qualità della vita, qualità del sonno e sostegno sociale.

Analisi dei dati

Fase uno: Le interviste sono in analisi secondo il modello di content analysis descritto da Saldaña [27] a due fasi di codificazione. Le trascrizioni delle interviste sono state lette e codificate secondo i metodi dell'Emotion and value coding, questi vengono poi organizzati e categorizzati con la strategia di sorting per identificare i principali concetti ricorrenti, dopo il primo ciclo di codifica. Successivamente si procede ad un secondo ciclo di codifica, in cui i concetti precedentemente emersi vengono riorganizzati nelle categorie assegnate e discussi attraverso la strategia di Axial coding, attraverso la quale si determinano le proprietà, le dimensioni e le relazioni tra categorie. La concordanza dei codici fissata all'85% viene verificata tra almeno due ricercatori per il 10% delle interviste totali. La codificazione viene svolta in lingua inglese per permettere a tutti i ricercatori di collaborare alla fase di analisi. A seguito di un processo di analisi, riflessione e di discussione, le categorie finali saranno raggruppate in temi sulla base del metodo del consenso tra ricercatori [28].

I dati qualitativi si contestualizzano alla luce dei dati statistici descriventi la popolazione oggetto di studio. Vengono osservati i criteri di Lincoln e Guba [29] per stabilire l'affidabilità durante l'analisi e al fine di garantire il rigore scientifico. Tutti i dati saranno analizzati utilizzando il software Atlas TI. Per migliorare la qualità delle analisi e garantire il rigore, vengono impiegate sia per la triangolazione dei dati (dati provenienti da diversi paesi) che la triangolazione dei ricercatori (più ricercatori coinvolti in entrambe le analisi e raccolta dati).

Fase due: Al fine di individuare il rapporto tra bisogni e burden dei caregiver e caratteristiche di pazienti e caregiver, implementeremo un modello di rete causale per identificare le correlazioni causali tra le variabili studiate. Questo è un modello che definisce la correlazione tra le variabili di interesse e specifica, inoltre, la relazione causale tra esse, verrà dunque utilizzato un approccio Bayesiano. Per le variabili continue, saranno utilizzate statistiche descrittive come la media e la deviazione standard o il valore mediano e lo scarto interquartile, mentre n (%) sarà utilizzato per le variabili categoriali per riassumere le caratteristiche demografiche dei caregiver.

Saranno utilizzati il T-test in coppie e il Test dei ranghi con segno di Wilcoxon per confrontare il cambiamento dal valore di riferimento per il punteggio totale di tutte le variabili raccolte in diversi momenti; lo stesso test sarà utilizzato per ogni intervallo di tempo.

6. RISULTATI ATTESI

Nel corso del 2017 sono stati raccolti i dati in Spagna presso l'Ospedale Clinico Universitario "Lozano Blesa" di Saragozza, reclutando 90 diadi (tra cui 20 caregiver intervistati) di cui è in corso il follow up a 6 mesi. Contemporaneamente è stata avviata la raccolta dati sul territorio italiano includendo due centri su Roma e Torino, attualmente in fase di arruolamento. Ha avuto inizio dal 2018 anche la raccolta dati



nei Paesi Bassi, presso la città di Maastricht. L'analisi delle interviste condotte in Spagna e Italia è attualmente in corso.

Al termine di questo studio si disporrà di una *overview* sui bisogni e sul burden dei caregiver informali di pazienti affetti da scompenso cardiaco. Conseguentemente, si potranno disegnare interventi atti a migliorare la qualità di vita che saranno più personalizzati e culturalmente sensibili, nella prospettiva di influenzare positivamente il self-care e il caregiving stesso.

Rilevanza

Lo SC rappresenta un importante problema di sanità pubblica, ed il suo incremento esponenziale accentua ulteriormente la necessità di intervenire per contrastare il problema. Questo richiede interventi atti a migliorare la qualità di vita dei pazienti e a ridurre il *burden* della patologia a 360 gradi. Per poter fare ciò è necessario conoscere bisogni ed il burden dei caregiver al fine di fornire interventi personalizzati.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Soggetti coinvolti	Durata
1.	Formazione <i>data collector</i> Raccolta dati qualitativi	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Marzo - Luglio 2018
2.	Follow UP Analisi qualitativa (Spagna- Italia) Stesura articolo metodologico Stesura articolo qualitativo	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Marzo - Dicembre 2018
3.	Analisi dati qualitativi (tutti i Paesi) Stesura articolo qualitativo	1 Dottorando e 1 Assegnista di ricerca	Luglio 2018 - Giugno 2019
4.	Analisi dei dati quantitativi Stesura articoli dati quantitativi	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Luglio - Settembre 2019
5.	Analisi Mixed Stesura degli articoli mixed	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Ottobre 2019 - Giugno 2020
6.	Progettazione intervento a supporto dei CG Autorizzazioni all'implementazione Fase Pilota intervento a supporto Caregivers	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Luglio 2020 - Febbraio 2021

8. DIAGRAMMA DI GANTT

ANNO 2018	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Avvio del progetto nei Paesi Bassi	•	•										
Formazione assistenti raccolta dati Italia			•	•	•	•						
Raccolta dati Follow up Spagna	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Analisi qualitativa	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Stesura articoli metodologico e qualitativo			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

ANNO 2019						M	ESI					
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Raccolta dati	•	•	•	•	•	•						
Analisi dati quantitativi							•	•	•			
Follow up quantitativo	•	•	•	•	•	•	•	•	•			
Stesura articoli quantitativi							•	•	•	•	•	•
Analisi Mixed										•	•	•
Stesura articoli mixed										•	•	•
Sviluppo intervento cg burden										•	•	•

ANNO 2020	MESI											
Attivitā	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analisi Mix Method	•	•	•	•	•	•						
Stesura articoli mixed	•	•	•	•	•	•						
Sviluppo intervento cg burden							•	•	•	•	•	•

ANNO 2020	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Progettazione intervento a supporto dei CG	•											
Autorizzazioni all'implementazione	•	•										
Fase Pilota intervento a supporto Caregivers	•	•										

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal. 2016;37(27): 2129-200.
- 2. Zarrinkoub R, Wettermark B, Wändell P, Mejhert M, Szulkin R, Ljunggren G, et al. The epidemiology of heart failure, based on data for 2.1 million inhabitants in Sweden. European Journal of Heart Failure. 2013; 15(9): 995-1002.
- 3. Gerber Y, Weston SA, Redfield MM, Chamberlain AM, Manemann SM, Jiang R, et al. A Contemporary Appraisal of the Heart Failure Epidemic in Olmsted County, Minnesota, 2000 to 2010. JAMA Internal Medicine. 2015Jan;175(6):996.
- 4. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Bluemke DA, Butler J, Fonarow GC, et al. Forecasting the Impact of Heart Failure in the United States: A Policy Statement From the American Heart Association. Circulation: Heart Failure. 2013;6(3):606-19.
- 5. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013 May; 128(16).



- 6. Tratto da: http://ljournal.ru/wp-content/uploads/2017/03/a-2017-023.pdf. 2017; (l.c. 07.01.2018)
- 7. Wrubel J, Richards TA, Folkman S, Acree MC. Tacit definitions of informal caregiving. Journal of Advanced Nursing. 2008;33(2):175-81.
- 8. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update. Circulation. 2014;131(4).
- 9. Gomez-Soto FM, Andrey JL, Garcia-Egido AA, Escobar MA, Romero SP, Garcia-Arjona R, et al. Incidence and mortality of heart failure: A community-based study. International Journal of Cardiology. 2011;151(1):40-5.
- 10. Stewart S, Ekman T, Oden A, Rosengren A. Population Impact of Heart Failure and the Most Common Forms of Cancer: A Study of 1162 309 Hospital Cases in Sweden (1988 to 2004). Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2010May;3(6):573-80.
- 11. Nieminen MS, Dickstein K, Fonseca C, Serrano JM, Parissis J, Fedele F, et al. The patient perspective: Quality of life in advanced heart failure with frequent hospitalisations. International Journal of Cardiology. 2015;191: 256-264.
- 12. Bekelman DB, Rumsfeld JS, Havranek EP, Yamashita TE, Hutt E, Gottlieb SH, et al. Symptom Burden, Depression, and Spiritual Well-Being: A Comparison of Heart Failure and Advanced Cancer Patients. Journal of General Internal Medicine. 2009;24(5):592-8.
- 13. Cook C, Cole G, Asaria P, Jabbour R, Francis DP. The annual global economic burden of heart failure. International Journal of Cardiology. 2014;171(3):368-76.
- 14. Gallacher K, May CR, Montori VM, Mair FS. Understanding Patients Experiences of Treatment Burden in Chronic Heart Failure Using Normalization Process Theory. The Annals of Family Medicine. 2011Jan;9(3):235-43.
- 15. Dickson VV, Buck H, Riegel B. Multiple Comorbid Conditions Challenge Heart Failure Self-Care by Decreasing Self-Efficacy. Nursing Research. 2013;62(1):2-9.
- 16. Dodson JA, Truong T-TN, Towle VR, Kerins G, Chaudhry SI. Cognitive Impairment in Older Adults with Heart Failure: Prevalence, Documentation, and Impact on Outcomes. The American Journal of Medicine. 2013;126(2):120-6.
- 17. Gure TR, Blaum CS, Giordani B, Koelling TM, Galecki A, Pressler SJ, et al. Prevalence of Cognitive Impairment in Older Adults with Heart Failure. Journal of the American Geriatrics Society. 2012Jun;60(9):1724-9.
- 18. Buck HG, Harkness K, Wion R, Carroll SL, Cosman T, Kaasalainen S, et al. Caregivers' contributions to heart failure self-care: A systematic review. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2014Jun;14(1):79-89.
- 19. Etemadifar S, Shahriari M, Farsani A, Bahrami M. Informational needs and related problems of family caregivers of heart failure patients: A qualitative study. Journal of Education and Health Promotion. 2014;3(1):113.
- 20. Liljeroos M, Ågren S, Jaarsma T, Strömberg A. Perceived caring needs in patient-partner dyads affected by heart failure: A qualitative study. Journal of Clinical Nursing. 2014Mar;23(19-20):2928-38.
- 21. Pressler SJ, Gradus-Pizlo I, Chubinski SD, Smith G, Wheeler S, Wu J, et al. Family Caregiver Outcomes in Heart Failure. American Journal of Critical Care. 2009Jan;18(2):149-59.
- 22. Wingham J, Frost J, Britten N, Jolly K, Greaves C, Abraham C, et al. Needs of caregivers in heart failure management: A qualitative study. Chronic Illness. 2015;11(4):304-19.
- 23. Creswell, John W., and Cheryl N. Poth. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. Sage publications, 2017.
- 24. Onwuegbuzie AJ, Leech NL. On Becoming a Pragmatic Researcher: The Importance of Combining Quantitative and Qualitative Research Methodologies. International Journal of Social Research Methodology. 2005;8(5):375-87.
- 25. Adler & Adler. In S. E. Beker & R. Edwards (Eds.), *How many qualitative interviews is enough?* National Centre for Research Methods/ESRC. Retrieved from http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how_many_interviews.pdf (l.c. 07.01.2018).
- 26. Saldaña, J. The coding manual for qualitative researchers. Sage, 2015.



TITOLO SINTETICO:

SEVERE OSTEOPOROSIS PATIENT MANAGEMENT

COORDINATORI PROGETTO

N. Cittadini

E. Basilici Zannetti

C. Cervoni

D. D'Angelo

R. Alvaro

RESP DEL POLO G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

Validazione di nuovi strumenti per misurare il self-care e la qualità di vita nelle donne in postmenopausa con osteoporosi.

Validation of new tools to measure self-care and the quality of life in postmenopausal osteoporotic women.

2. ABSTRACT

L'osteoporosi è una patologia molto diffusa e colpisce prevalentemente le donne in post-menopausa. La maggior causa di disabilità della patologia è data dalle fratture da fragilità, che incidono negativamente sui costi sociali e sanitari. L'educazione terapeutica è fondamentale in quanto consente alle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi di ridurre il rischio di sviluppare complicanze dell'osteoporosi. È pertanto necessario integrare nel percorso diagnostico-terapeutico, pratiche assistenziali ed educative. L'infermiere è la figura professionale che, attraverso l'intervento educativo mirato, promuove nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi la riduzione dei fattori di rischio e l'adozione di corretti comportamenti di self-care sia nello stile di vita che nella terapia farmacologica, migliorando così la qualità di vita. Attualmente in letteratura non sono disponibili strumenti per misurare il self-care o la qualità della vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi. Pertanto, lo scopo di questo progetto di ricerca è di sviluppare e testare le proprietà psicometriche della Self-Care of Osteoporosis Scale (SCOS) e della Quality Of Life Osteoporosis Scale (QoLOS), due nuovi strumenti per misurare rispettivamente il self-care e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi. Questo studio dimostrerà che lo SCOS e il QoLOS sono strumenti con buone proprietà psicometriche di validità e affidabilità per misurare il self-care e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi.

Parole chiave: Osteoporosi, self-care, qualità di vita, strumenti

Osteoporosis is a very common disease and mainly affects postmenopausal women. The major cause of disability of the disease is given by fragility fractures, which affect negatively on the health and social costs. In these patients, it is essential to integrate educational intervention to the diagnostic-therapeutic care. The nurse is the professional who, through tailored educational intervention, promotes in women who have had an osteoporotic fracture the reduction of risk factors, the adoption of a healthy lifestyle, self-management of drug therapy and improve quality of life. In literature are not available tools that measure self-care or quality of life in women who have had an osteoporotic fracture. Therefore, the aim of this study is to develop and test psychometric properties of Self-Care of Osteoporosis Scale (SCOS) and quality of life Osteoporosis Scale (QoLOS). These new tools measure self-care and the quality of life in women who have had an osteoporotic fracture. This study will show that SCOS and QoLOS are instruments with good



psychometric properties of validity and reliability to measure the self-care and the quality of life in women who have had an osteoporotic fracture.

Keywords: Osteoporosis, self-care, quality of life, tools.

3. BACKGROUND

L'osteoporosi è una patologia sistemica dello scheletro caratterizzata da ridotta densità ossea e deterioramento della qualità ossea, che porta a una compromissione della resistenza dell'osso e un maggiore rischio di fratture non dovute a traumi significativi ^[1]. L'osteoporosi è un problema di salute globale e la principale causa di morbilità e mortalità nei paesi industrializzati ^[2, 3, 4]. Si stima che nel mondo ci siano più di 200 milioni di persone con l'osteoporosi e, nella popolazione con più di 50 anni, il 33% delle donne e il 12,5% degli uomini sono affetti da tale patologia ^[5, 6]. In Italia la malattia colpisce circa 5 milioni di persone, di cui l'80% sono donne in post-menopausa ^[7]. Le complicanze maggiori della patologia sono le fratture da fragilità, che aumentano con l'invecchiamento della popolazione. I siti di frattura più frequenti sono il corpo vertebrale, il femore prossimale, l'omero prossimale e il radio distale, che provocano invalidità permanente nel 30% delle persone e deterioramento della qualità di vita, con conseguenze in termini di costi sociali, economici e di salute ^[8-11]. Tuttavia, i pazienti con osteoporosi mostrano scarsa aderenza al trattamento ^[12, 13], associata alla mancata percezione di un aumentato rischio di fratture.

L'aderenza ai trattamenti farmacologici e a uno stile di vita sano gioca un ruolo fondamentale nella riduzione della morbilità, e quei pazienti che aderiscono a questi trattamenti hanno una riduzione delle fratture e delle loro complicanze [12, 14, 15, 16]. Quindi interventi educativi mirati risultano fondamentali per migliorare il self-care e la qualità di vita nei pazienti con osteoporosi. L'infermiere è la figura professionale che, attraverso questi interventi, promuove la riduzione dei fattori di rischio e l'adozione di corretti comportamenti di self-care sia nello stile di vita che nella terapia farmacologica, migliorando così la qualità di vita [17]. Attualmente in letteratura non sono disponibili strumenti per misurare il self-care e la qualità di vita nelle donne in postmenopausa con osteoporosi e nessuno studio ha analizzato la relazione tra il self-care e la qualità della vita nelle donne affette da questa patologia [18].

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale

Sviluppare e testare le proprietà psicometriche della Self-Care of Osteoporosis Scale (SCOS) e della Quality Of Life Osteoporosis Scale (QoLOS), due nuovi strumenti per misurare rispettivamente il selfcare e la qualità di vita nelle donne in postmenopausa con osteoporosi che hanno subito almeno una frattura da fragilità.

Obiettivi specifici

- 1. Far acquisire alle donne in post-menopausa affette da osteoporosi, le conoscenze e le capacità per assumere comportamenti corretti di self care e per il miglioramento della propria qualità di vita attraverso interventi educativi personalizzati condotti dall'infermiere;
- 2. Utilizzare gli strumenti dello SCOS e del QoLOS nella pratica clinica;
- 3. Istituire la figura del Bone Care Nurse (BCN) anche in Italia. Il BCN è un infermiere con competenze cliniche avanzate in grado di pianificare, gestire e valutare l'assistenza a pazienti affetti da osteoporosi e malattie metaboliche dell'osso.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

È stato utilizzato un disegno di studio multicentrico trasversale.

Gli strumenti sono stati generati attraverso una revisione della letteratura di pertinenza. Sono stati istituiti tre focus group con un panel di esperti che risultava composto da:

- 8 operatori sanitari (4 infermieri, 4 medici) con esperienza clinica nell'osteoporosi e competenze nell'ambito del counseling e interventi educativi mirati;
- 2 donne in post-menopausa con osteoporosi con frattura da fragilità.

Il primo focus group è stato condotto per chiarire il concetto di self-care e qualità di vita. Il secondo focus group è stato condotto per identificare le componenti dei nuovi strumenti. Il terzo focus group ha valutato la rilevanza e la chiarezza degli item, e ogni disaccordo è stato risolto sulla base del consenso per ogni item. Le scale del self-care e della qualità della vita sono state redatte sulla base di questi risultati. Le partecipanti del progetto erano in totale 850 donne in post-menopausa con osteoporosi con frattura da fragilità. Lo studio è stato condotto nei reparti di ortopedia e traumatologia e negli ambulatori di diversi setting assistenziali in tutta Italia. Le donne sono state invitate a partecipare al progetto attraverso una lettera informativa che spiegava l'obiettivo dello studio e, attraverso la compilazione del consenso informato, sono state arruolate.

Le pazienti che sono state arruolate all'interno dello studio hanno ricevuto l'intervento educativo mirato da parte degli infermieri a T0 e successivamente sono state monitorate per 3 follow-up previsti dallo studio (T1 - 30 giorni; T2 - 90 giorni; T3 - 180 giorni). Gli infermieri partecipanti al progetto sono stati circa 400 che prestano servizio in circa 100 centri coinvolti tra unità operative di degenza e ambulatori su tutto il territorio nazionale. Gli infermieri hanno ricevuto da parte del gruppo di ricerca, una formazione residenziale o a distanza sul tema dell'educazione terapeutica; inoltre è stato fornito loro del materiale didattico ai fini dello studio.

Modello concettuale

Il modello concettuale di riferimento è Middle-Range Theory of Self-care of Chronic Illness, dove i concetti chiave del self-care sono: self-care maintenance, self-care monitoring, and self-care management (Figura 1) [19]. Per questo studio è stato considerato solo il self-care maintenance, che include quei comportamenti che consentono alla paziente con una malattia cronica di preservare la salute e migliorare il benessere e il mantenimento di uno stato di stabilità fisica ed emotiva. Infatti, nelle malattie croniche, come l'osteoporosi, gli operatori sanitari incoraggiano le pazienti a migliorare i comportamenti di self-care maintenance [20]. Questi comportamenti sono fondamentali per migliorare la qualità di vita e mantenere uno stile di vita sano, come smettere di fumare, trascorrere almeno 10-15 minuti all'aperto in una giornata di sole, seguire una dieta adeguata, fare esercizio fisico e prendere i farmaci regolarmente.



FIGURA 1.



Strumenti

Gli strumenti di cui verranno testate le proprietà psicometriche sono:

Self-Care of Osteoporosis Scale

La Self-Care of Osteoporosis Scale (SCOS) è utilizzata per misurare il livello di self-care nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi. Si compone di 15 items suddivisi in 3 dimensioni: aderenza farmacologica (3 items), dieta e movimento (7 items), e prevenzione dalle cadute (5 items). Ad esempio, per quanto riguarda gli items della dimensione "aderenza farmacologica" chiedono ai pazienti se assumono i farmaci così come prescritti e se conoscono le conseguenze a cui vanno incontro in caso di mancata assunzione dei farmaci. Gli items che compongono la dimensione "dieta e movimento" chiedono ai pazienti se svolgono attività fisica o trascorrono almeno 10-15 minuti all'aria aperta durante le giornate soleggiate o mantengono un peso corporeo adeguato o effettuano un pasto completo almeno due volte al giorno. Gli items che riguardano la dimensione "prevenzione dalle cadute" chiedono ai pazienti se rimuovono ostacoli pericolosi nel loro ambiente domestico o se indossano scarpe comode ed antiscivolo. Ogni item utilizza una scala Likert a 5 punti. Il punteggio totale dello SCOS varia da 15 a 75. Il punteggio più alto corrisponde al più alto livello di self-care.

Quality Of Life Osteoporosis Scale

La Quality Of Life Osteoporosis Scale (QoLOS) è utilizzata per misurare la qualità della vita correlata all'evento traumatico nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi. È una scala monodimensionale che valuta la capacità di svolgere le attività della vita quotidiana e lo stato emotivo. Si compone di 23 items e ogni item utilizza una scala Likert a 3 punti. Il punteggio totale del QoLOS varia da 23 a 69. Al punteggio più alto corrisponde una migliore qualità di vita.

Analisi dei dati

Per testare le proprietà psicometriche degli strumenti è stata utilizzata un'analisi fattoriale esplorativa e una confermativa. Le analisi sono state condotte utilizzando il software SPSS.Inoltre per valutare la validità e l'affidabilità degli strumenti sono stati utilizzati il Cronbach's alpha e il McDonald's Omega.

Campionamento e criteri di inclusione/esclusione

Per la conduzione dello studio sono state arruolate circa 1000 pazienti sul territorio italiano. I criteri di inclusione sono: donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi, degenti nelle unità operative di ortopedia e traumatologia o afferenti agli ambulatori. I criteri di esclusione sono: pazienti affette da insufficienza renale grave e/o patologia neoplastica pregressa o in atto.

Fasi della ricerca

- Fase n. 1: Revisione della letteratura sugli strumenti che misurano il self-care e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi.
- Fase n. 2: Validazione delle proprietà psicometriche degli strumenti (SCOS e QoLOS).
- Fase n. 3: Elaborazione dei dati raccolti.
- Fase n. 4: Analisi quantitativa dei dati.
- Fase n. 5: Stesura del report finale di ricerca.

Obiettivi raggiunti

Lo SCOS e il QoLOS, a seguito dell'analisi fattoriale esplorativa e confermativa, sembra siano due strumenti con buone proprietà psicometriche di validità e affidabilità per misurare il self-care e la qualità di vita nelle donne in post-menopausa con osteoporosi che hanno subito almeno una frattura da fragilità.

Attraverso gli interventi educativi personalizzati condotti dall'infermiere, le donne in post-menopausa affette da osteoporosi hanno acquisito le conoscenze e le capacità per assumere comportamenti corretti di self care e per migliorare la propria qualità di vita.

6. RISULTATI ATTESI

Lo SCOS e il QoLOS potranno essere utilizzati all'interno della pratica clinica e l'utilizzo potrebbe estendersi anche alle altre patologie croniche. Come in altri Paesi europei, si potrà pensare di istituire la figura del Bone Care Nurse (BCN) anche in Italia.

Rilevanza

L'osteoporosi è, tra le malattie croniche, la più comune nella popolazione anziana e pertanto viene considerata un importante problema di sanità pubblica. Infatti, la prevalenza dell'osteoporosi aumenta progressivamente con l'età. L'utilizzo dei nuovi strumenti nella pratica clinica consente alle donne in post-menopausa con osteoporosi che hanno subito almeno una frattura da fragilità di adottare corretti comportamenti di self-care, così da migliorare la loro qualità di vita.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Soggetti coinvolti	Durata
1.	Revisione della letteratura sugli strumenti che misurano il self-care e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi	Coordinatori e project team	Marzo-Maggio 2018
2.	Validazione delle proprietà psicometriche degli strumenti (SCOS e QoLOS)	Coordinatori e project team	Giugno 2018-Febbraio 2019
3.	Elaborazione dei dati raccolti	Coordinatori e project team	Marzo 2019-Settembre 2019
4.	Analisi quantitativa dei dati	Coordinatori e project team	Ottobre 2019-Giugno 2020
5.	Stesura del report finale di ricerca	Project manager, coordinator e project team	Luglio 2020-Febbraio 2021

8. DIAGRAMMA DI GANTT

ANNO 2018	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisione della letteratura sugli strumenti che misurano il self-care e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi			•	•	•							
Validazione delle proprietà psicometriche degli strumenti (SCOS e QoLOS)						•	•	•	•	•	•	•

ANNO 2019	MESI											
Attivitā	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Validazione delle proprietà psicometriche degli strumenti (SCOS e QoLOS)	•	•										
Elaborazione dei dati raccolti			•	•	•	•	•	•	•			
Analisi quantitativa dei dati										•	•	•

ANNO 2020	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analisi quantitativa dei dati	•	•	•	•	•	•						
Stesura del report finale di ricerca							•	•	•	•	•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Geneva, Switzerland: WHO, 1994.
- 2 Duquet N. Osteoporosis: treatment and pharmaceutical care. Journal de pharmacie de Belgique. 2014 Jun(2):14-24.
- 3. Rousiere M. The importance of taking care of osteoporosis. Presse medicale. 2011 Oct;40(10):900-9.
- 4. Johnell O, Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. Osteoporos Int. 2006 17:1726 1733
- 5. Tarantino U, Cannata G, Lecce D, Celi M, Cerocchi I, Iundusi R. Incidence of fragility fractures. Aging clinical and experimental research. 2007 Aug;19(4 Suppl):7-11.
- 6. Reginster JY, Burlet N. Osteoporosis: a still increasing prevalence. Bone. 2006 Feb;38(2 Suppl 1):S4-9.
- 7. Tarantino U, Cerocchi I, Celi M, Rao C. The current burden of osteoporosis in Italy. Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia. 2010;36:263-7.
- 8. Sack F. Fighting the fracture cascade: evaluation and management of osteoporotic fractures. Postgraduate medicine. 2008 Nov;120(4):51-7.
- 9. Piscitelli P, Brandi ML, Chitano G, Argentiero A, Neglia C, Distante A, et al. Epidemiology of fragility fractures in Italy. Clinical cases in mineral and bone metabolism: the official journal of the Italian Society of Osteoporosis, Mineral Metabolism, and Skeletal Diseases. 2011 May;8(2):29-34.
- 10. Hernlund E, Svedbom A, Ivergard M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, et al. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). Archives of osteoporosis. 2013;8(1-2):136.
- 11. Tarantino U, lundusi R, Cerocchi I, Liuni FM, Feola M, Celi M, et al. Role of the orthopaedic in fragility fracture and in the prevention of a new fracture: SIOT 2009 recommendations. Aging clinical and experimental research. 2011 Apr;23(2 Suppl):25-7.
- 12. Gold DT. Understanding patient compliance and persistence with osteoporosistherapy. Drugs & Aging. 2011 28, 249-255.
- 13. Hiligsmann M, Mcgowan B, Bennett K et al. The clinical and economic burden of poor adherence and persistence with osteoporosis medications in Ireland. Value in Health. 2012 15, 604-612.
- 14. Burrell S, Frame H, Ganguli S et al. Improving management of osteoporosis through simple changes in reporting fragility fractures. Canadian Association of Radiologists Journal. 2013 64, 278-280.
- 15. Huas D, Debiais F, Blotman F et al. Compliance and treatment satisfaction of post-menopausal women treated for osteo-porosis. Compliance with osteoporosis treatment. BMC Women's Health. 2010 10, 26.
- 16. Van Boven JF, De Boer PT, Postma MJ et al. Persistence with osteoporosis medication among newly-treated osteoporotic patients. Journal of Bone and Mineral Metabolism. 2013 31, 562-570.
- 17. Alvaro R, Pennini A, Basilici Zannetti E, Cittadini N, Feola M, Rao C, D'Agostino F, Vellone E, Tarantino U. Bone care nurses and the evolution of the nurse's educational function: the Guardian Angel Research project. Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism 2015; 12 (1): 43-46
- Alvaro R, D'Agostino F, Cittadini N, Basilici Zannetti E, Rao C, Feola M, Vellone E, Pennini A, Tarantino U. Can Educational Interventions Improve Osteoporotic Women's Adherence to Treatment? A Literature Review. Orthopaedic Nursing 2015; 34 (6)
- 19. Riegel B, Jaarsma T, Stromberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Advances in nursing science. 2012 Jul-Sep;35(3):194-204.
- 20. Ryan P. Integrated Theory of Health Behavior Change: background and intervention development. Clinical nurse specialist CNS. 2009 May-Jun;23(3):161-70.



TITOLO SINTETICO:

LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DA TERAPIA NELLE TERAPIE INTENSIVE: UNO STUDIO INTERNAZIONALE MULTICENTRICO CROSS-SECTIONAL

COORDINATORE PROGETTO

M. Di Muzio

D. Tartaglini

N. Giannetta

E. Di Simone

RESP. DEL POLO G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

La prevenzione degli errori da terapia nelle Terapie Intensive: uno studio internazionale multicentrico cross-sectional

Preventing medication errors in Intensive Care Units: an international cross-sectional study

2. ABSTRACT

Per la letteratura scientifica internazionale è ormai accertato il rapporto tra errori farmacologici e potenziale rischio di vita, in un circuito vizioso che grava sulle spese e sulla credibilità della sanità mondiale. Per errore da terapia si intende ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che è causa di un uso inappropriato del farmaco o causa di pericolo per il paziente. Il paziente ricoverato in setting intensivi è una persona critica, che generalmente assume una maggiore quantità di farmaci, prevalentemente per via endovenosa e richiede frequenti cambiamenti delle prescrizioni, necessità di fissare la dose del farmaco in relazione al peso del paziente e modularne la velocità di somministrazione. La letteratura è concorde nell'attribuzione della maggiore responsabilità di errori da terapia al personale infermieristico. Diversi studi correlano il verificarsi dell'errore da terapia a conoscenze inadeguate, attitudini negative e comportamenti scorretti.

Analizzare le conoscenze, i bisogni formativi, le attitudini e i comportamenti degli infermieri in materia farmacologica, verificando l'esistenza di eventuali correlazioni prima nella letteratura esistente e poi in specifici setting assistenziali internazionali.

Revisione sistematica della letteratura e studio internazionale multicentrico cross-selectional mediante la somministrazione di un questionario validato nelle terapie intensive internazionali. Tale studio si prefigge di evidenziare, mediante l'analisi statistica delle risposte degli infermieri al questionario somministrato, eventuali conoscenze inadeguate, comportamenti scorretti e attitudini negative sull'utilizzo dei farmaci nelle terapie intensive internazionali. Tali informazioni si riveleranno fondamentali nella progettazione di possibili soluzioni al problema degli errori da terapia nelle Terapie intensive con danno dei pazienti non intenzionale.

Medication errors in ICUs put patient's life at risk. Medication error is defined as "any preventable event that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm while the medication is in the control of the health care professional, patient, or consumer". These errors are costly from human, economic, and societal perspectives. Medication safety in ICUs can be compromised because of the complexities of

patient conditions, the number of medications administered, the frequent changes in medication orders, the need for weight-based dosages, the potential for incompatibilities of intravenous (IV) medications, and the calculation of infusion rates for IV medications. Nursing is responsible for most of these errors and prior studies show that lack of knowledge and training, incorrect behaviors (e.g. poor hand washing) and attitudes put ICU patients at risk.

The present study aims to describe and compare knowledge, attitude, behavior and training needs among nurses working in international ICU.

A systematic review and the development of a questionnaire are based on literature and previous Italian study. The present will aim to shed light on knowledges, attitudes and behaviours of nurses who work in various international intensive care units (ICUs). This information is very important to plan interventions on medication errors.

3. BACKGROUND

Per la letteratura scientifica internazionale è ormai accertato il rapporto tra errori farmacologici e potenziale rischio di vita, in un circuito vizioso che grava sulle spese e sulla credibilità della sanità mondiale [1]. Secondo la Joint Commission International [2], la frequenza dei danni causati dagli errori farmacologici è superiore a ogni altra. La loro gravità è tanto maggiore se si considera la loro evitabilità e prevenibilità a volte imputabile non a singoli errori, ma ad una concatenazione di eventi. Si tratta di falle di un sistema che perde in termini non tanto e solo qualitativi, quanto in termini economici, organizzativi e gestionali, senza contare la perdita di credibilità professionale degli operatori sanitari e di fiducia da parte dei pazienti [3; 4].

Per errore da terapia si intende ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che è causa di un uso inappropriato del farmaco o causa di pericolo per il paziente. Diversi sono i fattori eziologici che contribuiscono al verificarsi di tali eventi dannosi o potenzialmente tali [5], fattori ascrivibili sia alle caratteristiche umane e personali dei professionisti sanitari sia all'organizzazione del processo [6; 7]. Sebbene l'errore possa interessare tutte le fasi della gestione del farmaco, la letteratura mostra una maggiore incidenza di errori durante la fase di somministrazione [8; 9]. Purtroppo, nessun setting assistenziale è scevro da errori da terapia farmacologica. Analisi statistiche mostrano tuttavia percentuali maggiori in Terapia Intensiva, ove l'intensità clinica e la complessità assistenziale della persona ricoverata sono particolarmente elevate. In tale ambito, in media, i pazienti subiscono 1,7 errori al giorno [10], di cui il 78% sono errori di terapia farmacologica [11]. Approssimativamente un quinto (19%) degli errori terapeutici mettono il paziente in pericolo di vita e circa la metà (42%) sono di sufficiente importanza clinica da giustificare trattamenti di sostegno vitale supplementari [12]. Il paziente ricoverato in un setting di alta intensità è una persona critica, che generalmente assume una maggiore quantità di farmaci, prevalentemente per via endovenosa e richiede frequenti cambiamenti delle prescrizioni, necessità di fissare la dose del farmaco in relazione al peso del paziente e modularne la velocità di somministrazione [12;13]. Di contro, il personale sanitario agisce in situazioni ove la quantità di informazioni cognitive, necessarie per giungere tempestivamente a una decisione corretta, può essere elevata e generare lapsus [14]. Tutte queste variabili contribuiscono a una maggiore incidenza dell'errore da parte degli operatori sanitari, in primis l'infermiere.

La letteratura è concorde nell'attribuzione della maggiore responsabilità di errori da terapia farmacologica al personale infermieristico, protagonista indiscusso della fase di somministrazione. Specularmente l'infermiere gioca un ruolo fondamentale nella prevenzione dell'errore [15; 16; 17; 18; 19]. Di fatti suddetti processi costituiscono circa il 40% della complessiva attività clinico-assistenziale dell'infermiere [20; 21; 22], comportando un'enorme responsabilità e presupponendo una serie di abilità complesse [23; 24] legate al

Scientific Annual Report 2020

rischio elevato di tali procedure [25]. Altri studi [26; 27] stimano una percentuale pari al 50-96% di errori non documentati. La sottostima della segnalazione dell'errore da terapia [28], che coinvolge tutte le fasi del processo di gestione del farmaco è correlata ad un deficit di conoscenze e ad attitudini negative dei professionisti sanitari [29]. I fattori che influiscono sulla mancata segnalazione dell'errore da terapia possono essere classificati in fattori relativi all'organizzazione (la cultura organizzativa e il sistema di reporting), barriere personali e professionali (paura, responsabilità e caratteristiche personali dell'infermiere quali la formazione, la conoscenza, le abilità) [30].

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Lo scopo del presente studio è quello di descrivere quali sono le conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri che lavorano nelle terapie intensive/rianimazioni in ambito internazionale sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa e quali strategie gli infermieri possono adottare per prevenire gli errori.

Obiettivi specifici

- Valutare la tipologia di errori di terapia farmacologica e la corrispondenza con la letteratura di riferimento.
- Descrivere i comportamenti, le conoscenze, le attitudini e i bisogni formativi degli infermieri in riferimento alla terapia farmacologica per via endovenosa in setting intensivi.
- Sviluppare un sistema di somministrazione del questionario negli ospedali internazionali.
- Sviluppare un sistema di elaborazione dei dati. Verificare la correlazione tra errori di terapia farmacologica e conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri che lavorano nelle terapie intensive/rianimazioni.
- Verificare la correlazione tra criticità organizzative nelle terapie intensive/rianimazioni ed errori di terapia farmacologica
- Comparare i comportamenti, le conoscenze, le attitudini e i bisogni formativi degli infermieri internazionali con quelli italiani e valutare eventuali differenze culturali.
- Identificare interventi per la prevenzione degli errori di terapia farmacologica nelle terapie intensive/rianimazioni.

Indicatori

- N° dei Dirigenti Infermieri presenti nella riunione di convocazione per la presentazione del Progetto / su N° invitati *100 (< 10%).
- N° delle unità operative di terapia intensiva/rianimazioni internazionali aderenti al Progetto / N° dei partecipanti all'incontro informativo *100 (< 10%).
- N° dei partecipanti all'evento formativo
- Adesione allo studio di infermieri che lavorano nelle terapie intensive di ospedali internazionalil.
- Individuazione dei comportamenti messi in atto dagli infermieri in materia di farmaci nelle realtà internazionali.
- Stesura del report scientifico finale.

Rilevanza

Individuare la frequenza di possibili errori durante ogni singolo atto di somministrazione EV per paziente oltre un livello di accettabilità evidenziato dalla sola interazione del degente coinvolto al momento della somministrazione. La rilevazione di una media di errori giornalieri diviso la frequenza totale delle prestazioni terapeutiche effettuate in un determinato periodo di osservazione, evidenzia la sensibilità dell'errore rilevato. Lo specifico indicatore in percentile evidenzia il margine di rischio di errore oltre la soglia di accettabilità.

La rilevanza, in ordine al professionista sanitario e alla popolazione, della presente proposta di ricerca è notevole in funzione di:

- Specificità del problema trattato: gli errori da terapia rappresentano falle di un sistema che perde in termini qualitativi, economici, organizzativi, gestionali e di credibilità degli operatori sanitari e della struttura stessa. Pertanto, la disponibilità di strumenti che ne consentano l'individuazione e la valutazione nonché strumenti che permettano un'indagine circa il professionista sanitario maggiormente responsabile, può contribuire al miglioramento degli esiti delle cure di cui gli infermieri sono responsabili;
- Rigore metodologico del suo disegno;
- Potenzialità di sviluppo futuro in ricerche che possano usare lo strumento e validarlo anche con altri professionisti sanitari interessati nella gestione del farmaco.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

La proposta di ricerca avanzata si articola in quattro fasi:

Fase 1: Revisione sistematica della letteratura sulle conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri sull'utilizzo di farmaci per via endovenosa in setting intensivi ed internazionali.

Strumenti: Sarà condotta una ricerca sistematica attraverso le banche dati elettroniche Pubmed e Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) in quanto ritenute affini alla domanda di ricerca. Tale revisione mirerà alla valutazione dello stato d'arte sull'argomento in analisi, all'individuazione di strumenti utili per l'indagine ed in particolare valuterà la letteratura scientifica rispetto al ruolo degli infermieri nella prevenzione degli errori in terapia farmacologica.

Fase 2: Somministrazione del questionario [31; 32] agli infermieri che lavorano nelle realtà internazionali.

Strumenti: In seguito ad autorizzazione da parte dell'autore, sarà necessario procedere alla traduzione ed adattamento al contesto internazionale del questionario elaborato ad hoc da Di Muzio [31; 32]. Detto strumento, validato nel contesto italiano, si compone di 4 sezioni, volte ad indagare rispettivamente le caratteristiche professionali e socio-demografiche, le conoscenze, le attitudini e i comportamenti degli infermieri che lavorano nelle Terapie Intensive in merito all'uso di farmaci per via endovenosa. Tale strumento, composto da 19 items, presenta un formato di risposta su scala di tipo Likert. Sarà necessario, pertanto, effettuare uno studio pilota, coinvolgendo un numero limitato di infermieri, al fine di verificare la comprensibilità delle domande e delle risposte. Si procederà, quindi, all'immissione dei dati raccolti in un data base appositamente costruito, all'analisi statistica dei dati e dunque alla valutazione di validità, attendibilità ed affidabilità del questionario nel contesto internazionale. Segue la somministrazione estesa agli infermieri ed elaborazione dei dati, solo ed esclusivamente qualora la survey risultasse compatibile. In caso contrario, sarà necessario procedere alla preparazione di un nuovo questionario costruito ad

Scientific Annual Report 2020

hoc e ripetere le fasi per la validazione.

Campione e setting: La popolazione oggetto di studio sarà rappresentata dagli infermieri (numerosità campionaria: 100) che lavorano nelle Terapie Intensive di specifici ospedali internazionali.

Analisi statistiche: Saranno calcolate le statistiche descrittive delle variabili demografiche. La validità del costrutto sarà analizzata attraverso l'analisi fattoriale esplorativa e confermativa. L'affidabilità del questionario sarà valutata attraverso metodi tradizionali per la coerenza interna quali l'alfa di Cronbach insieme ad una serie di coefficienti di correlazione. Per l'analisi statistica verranno utilizzati il software SPSS ed altri software adequati per la tipologia dei dati da trattare.

Considerazioni etiche: Lo studio multicentrico e cross-selectional verrà condotto in accordo con i principi della dichiarazione di Helsinki nel rispetto della normativa vigente sulle sperimentazioni cliniche. Prima di iniziare lo studio, sarà ottenuta l'approvazione del Comitato Etico delle sedi in cui si intende effettuare lo studio.

Identificazione delle strutture per proporre la partecipazione alla ricerca:

- Creare una mappa con evidenziati i criteri di esclusione/inclusione (nursing team uso scheda di terapia orari, etc...).
- Identificare le terapie intensive/rianimazioni che fungeranno da campione sperimentale e di controllo in ogni struttura.

Convocazione dei dirigenti e referenti

- Presentazione ricerca ed eventuali modificazioni della stessa.
- Descrizione degli strumenti di indagine.
- Aspettative ipotizzate dall'effettuazione del progetto.

Percorso informativo sulla gestione degli strumenti di ricerca ai partecipanti del progetto stesso da parte del team di coordinamento:

• Questionario strutturato e validato.

Incontro informativo presso le UU.OO. partecipanti al progetto

• Informazione su questionari.

Monitoraggio relativo alla compilazione dei questionari ed eventuale rilevamento problemi

• Contattare ciclicamente le unità operative di terapia intensiva coinvolte nello studio per monitorare il buon andamento dei lavori e per evidenziare eventuali problemi e naturalmente cercare di risolverli.

Ritiro questionari, conteggio, decodificazione ed inserimento dati (data entry):

Analisi dei dati.

Elaborazione dati specifici per ogni UO e complessivi, studio dati e formulazione ipotesi

• Strategie per il cambiamento ed il miglioramento degli eventi avversi legati alla preparazione e alla somministrazione dei farmaci E.V. in terapia intensiva.

6. RISULTATI ATTESI

Tale progetto si prefigge di evidenziare, mediante l'analisi statistica delle risposte degli infermieri al questionario somministrato, conoscenze inadeguate, comportamenti scorretti, attitudini negative e bisogni formativi sull'utilizzo dei farmaci nelle terapie intensive internazionali. Tali informazioni si riveleranno fondamentali nella progettazione di possibili soluzioni al problema degli errori da terapia nelle Terapie intensive con danno dei pazienti non intenzionale. A rigore di ciò, lo studio permetterà agli infermieri di mettere in atto strategie volte alla prevenzione e riduzione dell'errore e al miglioramento della qualità dell'assistenza. Ci consentirà, inoltre, di rilevare il grado di accordo tra i risultati dello studio di Di Muzio (31;32) e la realtà internazionale, mettendo in evidenza eventuali dissonanze ed eventuali consonanze. Un altro risultato atteso è valutare il grado di accordo da parte del personale infermieristico nel dare importanza alla segnalazione dell'errore come occasione per il miglioramento dell'assistenza ed arricchimento professionale.

7. PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse	Soggetti coinvolti	Durata
O. Revisione della letteratura		Coordinatori	Gennaio - Febbraio 2019
1. Fase Pilota 1.1. Coinvolgimento (somministrazione) di un numero limitato di infermieri, per verificare la comprensibilità delle domande e delle risposte (fase pilota) presso 4/6 unità operative dei maggiori ospedali	XX gg stagista	Project manager, Coordinatori	Gennaio - Marzo 2019
2. Analisi dei dati e Validazione 2.1. Immissione dei dati raccolti in un data base appositamente costruito; 2.2. Analisi statistica dei dati e validazione del questionario.	XX gg statistico XX gg stagista	Project manager, coordinatori e project team	Aprile - Giugno 2019
3. Pubblicazione 3.1. Interpretazione dei risultati ottenuti e stesura del primo rapporto (studio pilota).	Materiale di progetto XX gg stagista	Coordinatori e project team	Luglio - Ottobre 2019
4. Attuazione 4.1. Somministrazione estesa anche agli infermieri che lavorano presso le terapie intensive interna- zionali	XX gg stagista	Coordinatori e project team	Novembre 2019 - Settembre 2020
5. Pubblicazione 5.1. Analisi dei dati raccolti, interpretazione dei risultati ottenuti e stesura del rapporto finale; 5.2. Consensus Conference con le Aziende che hanno aderito al Progetto di ricerca; 5.3. Pubblicazione del rapporto di ricerca; 5.4. Realizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca.	XX gg stagista Editing Evento	Coordinatori e project team	Ottobre 2020 - Giugno 2021

8. DIAGRAMMA DI GANTT

ANNO 2018	MESI											
Attivitā	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisione della letteratura	•	•	•	•								
Preparazione questionario					•	•	•	•	•			
Notifica del comitato etico										•		
Fase Pilota											•	•

ANNO 2019	MESI											
Attivitā	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Fase Pilota	•	•	•									
Analisi dei dati				•	•	•						
Invio e Pubblicazione del Primo Rapporto							•	•	•	•		
Somministrazione estesa a livello nazionale e internazionale											•	•

ANNO 2020	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Somministrazione estesa a livello nazionale e internazionale	•	•	•	•	•	•	•	•	•			
Analisi dei dati										•	•	•

ANNO 2021	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analisi dei dati	•	•										
Invio e pubblicazione del Secondo Rapporto			•	•	•	•						•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. National Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. National Academy of Sciences, 2000.
- 2. Joint Commission. Sentinel Event Alert, Issue 39: Preventing pediatric medication errors, 2012.
- 3. Ehsani SR, Cheraghi MA, Nejati A, Salari A, Esmaeilpoor AH, Nejad EM. Medication errors of nurses in the emergency department. Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2013; 6.
- 4. Hug BL, Keohane C, Seger DL, Yoon C, Bates DW. The costs of adverse drug events in community hospitals. The joint commission journal on quality and patient safety 2012; 38(3), 120-126.
- 5. Bullock S, Manias E. Fundamentals of pharmacology. Pearson Higher Education AU 2016.
- 6. Kavanagh C. Medication governance: preventing errors and promoting patient safety. British Journal of Nursing 2017; 26(3).
- 7. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. About medication errors. http://www.nccmerp.org/about-medication-errors. Published 2017. Accessed June 13, 2017.
- 8. Camiré E, Moyen E, Stelfox HT. Medication errors in critical care: risk factors, prevention and disclosure. Canadian Medical Association Journal 2009; 180(9), 936-943.
- 9. Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krähenbühl S. Drug-related problems in hospitals. Drug Safety 2007; 30(5), 379-407.
- 10. Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung CL, ... & Cotev S. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. Quality and Safety in Health Care 2003; 12(2), 143-147.
- 11. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, Kaushal R, Lockley SW, Burdick E, ... & Bates DW. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. Critical Care Medicine 2005; 33(8), 1694-1700.
- 12. Moyen E, Camiré E, Stelfox HT. Clinical review: medication errors in critical care. Critical Care 2008; 12(2), 208.
- 13. Donati D, Tartaglini D, Di Muzio M. L'errore nella somministrazione di terapia farmacologica endovenosa nelle unità di terapia intensiva: stato dell'arte e strategie. [Medication errors during intravenous drug administration in intensive care units: state of the art and strategies]. SCENARIO: Official Italian Journal of ANIARTI 2015; 32(2), 20-27.
- 14. Walsh T, Beatty PCW. Human factors error and patient monitoring. Physiological Measurement 2002; 23(3), R111.
- 15. Miller K, Haddad L, Phillips KD. Educational strategies for reducing medication errors committed by student nurses: a literature review. International Journal of Health Sciences Education 2016; 3(1), 2.
- 16. Cleary-Holdforth J, Leufer T. The strategic role of education in the prevention of medication errors in nursing: Part 2. Nurse Education in Practice 2013; 13(3), 217-220.
- 17. Jennings BM, Sandelowski M, Mark B. The nurse's medication day. Qualitative Health Research 2011; 21(10), 1441-1451.
- 18. Reid-Searl K, Moxham L, Happell B. Enhancing patient safety: the importance of direct supervision for avoiding medication errors and near misses by undergraduate nursing students. International Journal of Nursing Practice 2010; 16(3), 225-232.
- 19. Palese A, Sartor A, Costaperaria G, Bresadola V. Interruptions during nurses' drug rounds in surgical wards: observational study. Journal of Nursing Management 2009; 17(2), 185-192.
- 20. Audit Commission for Local Authorities in England and Wales. A spoonful of sugar: medicines management in NHS hospitals. Audit Commission for Local Authorities in England and Wales. http://tinyurl.com/zexb4z6. Published 2001. Accessed June 13, 2017.
- 21. Armitage G, Knapman H. Adverse events in drug administration: a literature review. Journal of Nursing Management 2003; 11(2), 130-140.
- 22. Westbrook JI, Duffield C, Li L, Creswick NJ. How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. BMC Health Services Research 2011;11(1), 319.
- 23. Reid- Searl K, Moxham L, Walker S, Happell B. Supervising medication administration by undergraduate nursing students: influencing factors. Journal of clinical nursing 2010; 19(5-6), 775-784.
- 24. Murphy M. Mentoring students in medicines management. Nursing Standard 2012; 26(44), 51-56.
- 25. Cloete L. Reducing medication errors in nursing practice. Nursing Standard 2015; 29(20), 50-59.



- 26. Runciman WB, Roughead EE, Semple SJ, Adams RJ. Adverse drug events and medication errors in Australia. International Journal for Quality in Health Care 2003; 15 Suppl 1:i49-59.
- 27. Potylycki MJ, Kimmel SR, Ritter M, Capuano T, Gross L, Riegel-Gross K, Panik A. Nonpunitive medication error reporting: 3-year findings from one hospital's Primum Non Nocere initiative. Journal of Nursing Administration 2006; 36(7-8):370-6.
- 28. Mrayyan MT, Shishani K, Al-Faouri I. Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: nurses' perspectives. Journal of Nursing Management 2007; 15(6):659-70.
- 29. Abdel-Latif MM. Knowledge of healthcare professionals about medication errors in hospitals. Journal of Basic and Clinical Pharmacy 2016; 7(3), 87-92.
- 30. Vrbnjak D, Denieffe S, O'Gorman C, Pajnkihar M. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. International Journal of Nursing Studies 2016; 63, 162-178.
- 31. Di Muzio M, Tartaglini D, De Vito C, La Torre G. Validation of a questionnaire for ICU nurses to assess knowledge, attitudes and behaviours towards medica-tion errors. Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunita 2016; 28(2), 113.
- 32. Di Muzio M, Tartaglini D, Marzuillo C, La Torre G, De Vito C. Knowledge, attitudes, behaviour and training needs of ICU nurses on medication errors in the use of IV drugs: a pilot study. SIGNA VITAE 2016; 11(1.), 182-206.

TITOLO SINTETICO

THE DEVELOPMENT OF THE NURSING PROFESSIONAL DIGNITY SCALE (NPDS)

COORDINATORE PROGETTO

RESPONSABILE DEL POLO G. Rocco

A. Stievano

K. Bauce

J. Fitzpatrick

1. TITOLO PROGETTO

Lo sviluppo dello strumento per misurare la dignità professionale (NPDS)

Development of the instrument for measuring professional dignity (NPDS)

2. ABSTRACT

La professione infermieristica negli ultimi anni ha subito una trasformazione sia da un punto di vista clinico che da quello teorico, ponendo l'attenzione anche a nuovi concetti sia da un'ottica filosofica che da quella bioetica, affrontando anche queste tematiche in ambito formativo e professionale. In questa luce, la professione infermieristica ha una dignità professionale che deve essere continuamente costruita e ricostruita e comporta entrambi i principali attributi della dignità. Il concetto di dignità può essere concettualizzato sia come dignità assoluta che richiede il riconoscimento di un valore interiore delle persone sia della dignità sociale che può essere mutabile e può essere perso a causa di diversi fattori sociali e comportamenti morali. Partendo da tali premesse, questo lavoro si propone di validare uno strumento per la misurazione della dignità professionale attraverso la Nursing Professional Dignity Scale (NPDS). Lo sviluppo di questo strumento sarà utile sia per comprendere i valori professionali che il ruolo dei professionisti in funzione del concetto di dignità, tutto ciò è importante per capire anche il ruolo delle diverse professioni sanitarie nel loro ambiente culturale e l'evoluzione stessa della professione

Parole chiave: Dignità, rispetto, organizzazioni sanitarie, relazioni intra ed interprofessionali, clima organizzativo.

The nursing profession in recent years has undergone a transformation from a clinical and theoretical point of view, also focusing on new concepts. In this light, the nursing profession has a professional dignity that must be continually built and rebuilt and involves the main attributes of dignity. The concept of dignity can be conceptualized both as an absolute dignity that requires the recognition of an inner value of people and of social dignity that can be changeable and can be lost due to different social factors and moral behaviors. Starting from these premises, this work aims to validate a tool for measuring professional dignity through the Nursing Professional Dignity Scale (NPDS). The development of this tool will be useful both to understand the professional values and the role of professionals in relation to the concept of dignity, all this is important to understand also the role of the different health professions in their cultural environment and the evolution of the profession itself.

Keywords: Dignity, respect, health organizations, intra and inter-professional relations, organizational climate.



3. BACKGROUND

La dignità umana è una caratteristica innata, inviolabile e inalienabile di tutte le persone che racchiude l'essenza dell'umanità stessa.^[1-2] La dignità intrinseca, infatti, è assoluta mentre la dignità in relazione si manifesta come un continuum nelle relazioni sociali. Quindi, la dignità in relazione,^[3] è la manifestazione sociale e contestuale della dignità intrinseca ed è perciò contingente e situata; modellata dalla cultura, dalla società e dalle interazioni interpersonali.

In ragione di tale distinzione, la dignità professionale è prevalentemente una forma di dignità in relazione collegata alle attività lavorative ed è, inoltre, fortemente influenzata dalle interazioni intra e interprofessionali, dalla cultura organizzativa e dall'ambiente di lavoro. Inoltre, la dignità professionale è complessa, multivalente, determinata dagli elementi sociali estrinseci ed è strettamente interconnessa con le caratteristiche personali intrinseche.^[4]

La dignità professionale non è ben definita nella letteratura e si è cominciato a studiarla quasi esclusivamente per ciò che concerne gli infermieri, negli ultimi 10 anni. [4-6] L'infermieristica la considera come il grado di dignità in relazione percepita dall'infermiere all'interno dell'ambiente lavorativo. Esercitare con dignità professionale nell'infermieristica significa percepire che gli assistiti meritano un'assistenza di qualità ma anche essere consapevoli che il proprio rispetto come persone e professionisti merita attenzione. [7]

I fattori che determinano la dignità professionale includono il rispetto intra e interprofessionale, la possibilità da parte dell'ambiente lavorativo di permettere l'erogazione di un'assistenza di elevata qualità, il grado di autonomia e decision making espresso dai professionisti nel loro lavoro. [8] La ricerca ha dimostrato che un'assistenza di eccellenza è connessa a migliori outcome per i pazienti [9-10] e che l'assistenza infermieristica è migliore in un ambiente di lavoro dove regna il rispetto e la solidarietà. [11-13] Negli ambienti di lavoro dove il clima etico non è ottimale, gli infermieri possono essere esposti a pesanti frustrazioni, depressione, mancanza di motivazione, perdita di fiducia, ridotta autostima, senso di solitudine e ansietà che possono portare ad assenteismo e definitivo abbandono della professione. [14-15] Queste esperienze, che possono essere etichettate come forme di "moral distress", sono associate ad una bassa qualità dell'assistenza. [16,17] Soprattutto quando ci sono elevati carichi di lavoro, [18] il valore dell'assistenza infermieristica non è riconosciuto e l'assistenza e la sicurezza dei pazienti sono a rischo.

I migliori ambienti lavorativi come dimostrato dal 'Magnet Recognition Program®'^[19] sono basati sulla creazione di un ambiente positivo di pratica professionale sia per lo staff che per i pazienti.^[20-22] Descritte come il core del 'Magnet Recognition Program®', le 'Forze del magnetismo' sono quegli attributi che promuovono l'eccellenza nel nursing. La piena espressione delle 14 'Forze del magnetismo' è requisito essenziale per la designazione di organizzazione sanitarie di eccellenza.

Molte delle 'Forze del magnetismo' sostengono quei fattori che sono alla base della dignità professionale, ad esempio, la forza numero #9 'Autonomia', o la numero #12 'Immagine dell'infermieristica'. Essenziale, comunque, per la dignità professionale è la forza numero #13, 'Le relazioni interdisciplinari' che valorizzano la collegialità dentro e tra le professioni. [20] Il mutuo rispetto è basato sulla premessa che tutti i membri del gruppo di lavoro necessitano di operare in stretta collaborazione senza rigide barriere gerarchiche. Se gli infermieri lavorano non a loro agio, sono umiliati o non valorizzati nel loro ruolo professionale, essi non possono effettuare un'assistenza ottimale o partecipare efficacemente nelle relazioni clinico-professionali. In ragione di ciò, le organizzazioni sanitarie che mettono in pratica politiche di rispetto intra ed interprofessionale nell'ambiente clinico raggiungono migliori risultati. [23-24]

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali:

Lo scopo di questa prima parte del progetto è la validazione di contenuto e di facciata dello strumento per misurare il rispetto professionale (NPDS).

Obiettivi specifici:

• Effettuare un test pilota della NPDS allo Sparrow Hospital della Michigan State University with (N=200) infermieri per stabilire validità di facciata e di contenuto tramite tecniche psicometriche.

5. METODOLOGIA

La lista delle dimensioni del rispetto professionale che sono in precedenza emersi dai nostri studi^[10] saranno analizzati con un *panel* di esperti dal team di ricerca. I significati di ogni dimensione della dignità professionale saranno valutati per consentire di rafforzarne la chiarezza, l'intellegibilità, la chiarezza e l'appropriatezza nella popolazione bersaglio (infermieri clinici).

Per sviluppare le prime analisi dello strumento si utilizzerà la Mokken scaling analysis che è una forma non parametrica di item response theory (IRT). La Mokken scaling crea gerarchie di items che forniscono una relazione più precisa tra il punteggio totale della scala e i punteggi dei singoli item.

6. RISULTATI ATTESI

La conoscenza prodotta dalla validità di contenuto della scala permetterà una successiva validazione psicometrica più estesa della stessa con un campione di circa 700 infermieri. Lo sviluppo di questo strumento potrà contribuire a promuovere delle migliori realtà organizzative dove relazioni transdisciplinari potranno promuovere la qualità dell'assistenza e la sicurezza del paziente. Con questa ricerca sarà possibile organizzare l'ospedale del futuro dove le relazioni intra e interprofessionali diventeranno la base di un'assistenza eccellente verso i pazienti.

Diffusione dei risultati

I risultati saranno disseminati attraverso congressi e conferenze a livello nazionale ed internazionale. Il gruppo di ricerca organizzerà dei seminari dedicati e una conferenza per il 2020

7. PIANIFICAZIONE

		team	TEMPO
1.	Background	Team di progetto	01/02/2018 -01/08/2018
2.	Raccolta dati	Team di progetto	01/08/2018 -31/12/2018
3.	Analisi dati	Team di progetto	31/12/2018 -31/03/2019
4.	Validazione dei risultati	Team di progetto	31/03/2019-31/12/2019
5.	Redazione rapporto finale	Team di progetto	31/12/2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Feb 2018	Mar 2018	Apr 2018	Mag 2018	Giu 2018	Lug 2018	Ago 2018	Sett 2019	O tt 2019	Nov 2020	Dic 2020
Background	•	•	•	•	•	•	•				
Raccolta dati				•	•	•	•				
Analisi dati							•	•	•		
Validazione dei risultati							•	•	•		
Redazione rapporto finale/ articoli di ricerca e conferenza								•	•	•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. United Nations. Universal declaration of human rights. General Assembly of the United Nations. http://www.un.org/en/documents/udhr/ (1948, accessed July 2014).
- 2. Peláez M. (2007). L'arte di vivere bene: beni, virtù, norme. (The art of good living: good, virtues, rules) Milano: Ares, (in Italian).
- 3. Vanlaere L, & Gastmans C. (2011). A personalist approach to care ethics. Nurs Ethics; 18: 161 173.
- 4. Horton K, Tschudin V, & Forget A. (2007). The value of nursing: A literature review. Nurs Ethics; 14: 716 740.
- 5. Jacobson N. (2007). Dignity and health: a review. Soc Sci Med; 64: 292-302.
- 6. Jacobson N. (2009). A taxonomy of dignity: a grounded theory study. BMC Int Health Hum Rights; 9: 1-9.
- 7. Stievano A, De Marinis MG, Rocco G, Russo MT, & Alvaro R. (2012). Professional dignity in nursing in clinical and community workplaces. *Nurs Ethics*; 19: 341-356.
- 8. Lawless J, & Moss C. (2007). Exploring the value of dignity in the work-life of nurses. Contemp Nurse; 24: 226-236.
- 9. Yalden BJ, & McCormack B. (2010). Constructions of dignity: a pre-requisite for flourishing in the workplace? *Int J Older People Nurs*; 5: 137-147.
- 10. Sabatino L, Stievano A, Kallio H, Rocco G, Pietila AM, & Kangasniemi M. (2014). The dignity of the nursing profession: a meta-synthesis of qualitative research. *Nurs Ethics*; doi:10.1177/0969733013513215.
- 11. Clarke S., & Aiken L. (2006). More nursing, fewer deaths. Qual Saf Health Care; 15: 2-3. doi: 10.1136/qshc.2005.017343
- 12. Aiken L, Clarke S, Sloane D, et al. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*; 288: 1987-1993.
- 13. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Lake E., & Cheney T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*; 38(5): 223-229. doi:10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.
- 14. Flynn L., Liang Y., Dickson G., & Aiken L. (2010). Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *J Am Geriat Society*; 58(12): 2401-2406. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03162.x
- 15. Andrews DR, Burr J, & Bushy A. (2011). Nurses' self concept and perceived quality of care. J Nurs Care Qual; 26: 69-77.
- 16. Bournes DA, & Milton CL. (2009). Nurses' experiences of feeling respected not respected. Nurs Sci Q; 22: 47-56.
- 17. Robinson P, Gorman G, Slimmer L, & Yudkowsky R. (2010). Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. *Nurs Forum*; 45: 206-216.
- 18. Malloy DC, Hadjistavropoulos T, McCarthy EF, Evans RJ, Zakus DH, Park I, Lee Y, & Williams J. (2009). Culture and organizational climate: nurses' insights into their relationship with physicians. *Nurs Ethics*; 16: 719-733.

- 19. Antoniazzi CD (2011). Respect as experienced by registered nurses. West J Nurs Res; 33: 745-766.
- 20. Khademi M, Mohammadi E, & Vanaki Z. (2012). Nurses' experiences of violation of their dignity. Nurs Ethics; 19: 328-340.
- 21. Camerino D, Conway PM, van der Heijden BIJM, Estryn-Behar M, Consonni D, Gould D, & Hasselhorn H-M. (The NEXT-Study group) (2006). Low perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among ten European countries. J Adv Nurs; 56: 542 552.
- 22. Camerino D, Estryn-Behar M, Conway PM, van Der Heijden BIJM, & Hasselhorn H-M (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. *Int J Nurs Stud*; 45: 35–50.
- 23. Poghosyan L, Clarke S, Finlayson M, & Aiken L. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Res Nurs & Health*; 33: 288 298. DOI: 10.1002/nur.20383
- 24. American Nurses Credentialing Center. ANCC Magnet Recognition Program®. Retrieved from: http://www.nursecredentialing.org/magnet.aspx (accessed July, 2014).



TITOLO SINTETICO:

ETICA E RISPETTO PROFESSIONALE

COORDINATORI PROGETTO

RESP DEL PROGETTO

A. Stievano E. Ea G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

Etica e rispetto professionale: una revisione sistematica qualitativa.

Ethics and professional respect: A qualitative systematic review.

2. ABSTRACT

Questa revisione sistematica analizza gli studi empirici e teorici sulla dignità professionale degli infermieri.

Il primo aspetto della dignità (dignità dei pazienti) è un valore intrinseco, dimostrato dai professionisti della salute, soprattutto degli infermieri. La dignità dei pazienti è stata studiata approfonditamente da diverse professioni del settore sanitario. Il secondo aspetto della dignità, ovvero il diritto professionale all'autostima, è un concetto poco esplorato e poco chiaro nel nursing e per gli infermieri e che richiede ulteriori chiarimenti.

Tale studio sarà effettuato su diversi database elettronici per identificare gli studi pubblicati tra gennaio 2000 e dicembre 2017 sulla tematica. Ulteriori ricerche saranno condotte manualmente consultando riviste di etica pertinenti (Journal of Medical Ethics, Nursing Philosophy, Nursing Ethics). Ottenere una comprensione più completa del rispetto professionale e chiarire meglio i vari fattori coinvolti nel fenomeno per aggiungere nuove conoscenze a questo concetto è fondamentale.

This systematic review analyzes the empirical and theoretical studies on the professional dignity of nurses.

The first aspect of dignity (patient dignity) is an intrinsic value, demonstrated by health professionals, especially nurses. The dignity of patients has been studied in depth by various professions in the healthcare sector. The second aspect of dignity, or the professional right to self-esteem, is a concept that has been little explored and unclear in nursing and for nurses and which requires further clarification.

Several electronic databases will be consulted to identify the studies published between January 2000 and December 2017. Further research will be conducted manually by consulting relevant journals (Journal of Medical Ethics, Nursing Philosophy, Nursing Ethics).

3. BACKGROUND

La dignità professionale degli infermieri dovrebbe essere mantenuta nella pratica di ogni giorno, soprattutto nei rapporti con gli utenti dei servizi sanitari e gli altri professionisti. Il primo aspetto della dignità (dignità dei pazienti) è un valore intrinseco, dimostrato dai professionisti della salute, soprattutto dagli infermieri. Gli studiosi della professione infermieristica affermano che il "rispetto della dignità umana è il nostro mare, la nostra comunità comune..." [1] e che esso risiede nell'incontro relazionale con i pazienti. La dignità dei pazienti è stata ampiamente studiata da diverse professioni del settore sanitario, come sottolineato dalla ricerca empirica sulle cure palliative e sulla dignità nel morire" [2-6], e sui soggetti anziani e vulnerabili. [7-9] Il secondo aspetto della dignità, quella del diritto all'autostima come professionista, ri-

mane tuttora un concetto poco esplorato^[10] e chiaro nel nursing^[11]. La dignità professionale degli infermieri, come concetto distinto, non ha ancora una chiara definizione in letteratura, ma la ricerca infermieristica, gli studi sul lavoro e la ricerca sanitaria ed organizzativa hanno fornito alcune descrizioni degli elementi che hanno influenza sulla dignità professionale degli infermieri.

4. OBIETTIVI DEL PROGETTO

Obiettivi generali

Il presente studio avrà lo scopo di esplorare la dignità professionale degli infermieri come un concetto complesso, polivalente, composto da elementi sociali ^[12] e dalle caratteristiche intrinseche della persona^[13] e di aggiungere conoscenze teoriche a questo concetto. Questi elementi sono indissolubilmente interconnessi. I fattori principali di questi due concetti si sovrappongono e sono costituiti da: le caratteristiche personali di ogni persona ^[14] relazioni intra- e inter-professional^[15], le caratteristiche del posto di lavoro^[10], il lavoro di squadra^[16], la competenza professionale e l'esperienza degli infermieri^[17], il riconoscimento sociale da parte della popolazione e l'autonomia professionale. ^[18,19]

Come un ulteriore sviluppo di questa revisione, sarà sviluppato un quadro teorico sperimentale sulla dignità professionale degli infermieri.

Obiettivi specifici

Alcuni indicatori specifici della dignità professionale degli infermieri come: la soddisfazione/non-soddisfazione, il rispetto/non rispetto, sono ampiamente trattati in letteratura e riguardano le condizioni organizzative e umane intercorrelate^[20], la giustizia organizzativa nella sua dimensione interazionale^[21,22] e hanno un forte impatto sulla soddisfazione nell'ambiente di lavoro.^[23,24] Altri fattori per una comprensione più profonda di questo concetto possono essere rivelati dall'interpretazione di diverse ricerche e studi teorici su questo argomento.

5. METODOLOGIA

Raccolta dei dati

Si cercheranno di individuare gli studi che comprendono fenomenologie, etnografie, grounded theories e altre descrizioni integrate e coerenti o spiegazioni della dignità professionale nel nursing. Gli studi saranno identificati attraverso ricerche di database elettronici: Medline, CINAHL, PsycINFO, Sociological Abstracts e Scopus, combinando le parole chiavi dignità della professione infermieristica, rispetto, dignità degli infermieri, rispetto professionale; questi termini, utilizzati singolarmente o in combinazione, comprenderanno casi di studio, studi qualitativi e termini troncati. Saranno scelti questi cinque database perché includono un focus infermieristico, comprendono la ricerca infermieristica e sanitaria o la letteratura internazionale indicizzata. In particolare, CINAHL è noto per i termini di indicizzazione metodologici che catturano con precisione i disegni della ricerca qualitativa^[25].

L'intervallo di tempo per le ricerche dei database sarà dal 01/01/2000 fino al 31/12/2017. Un periodo di 17 anni è stato scelto deliberatamente per creare un campione gestibile per l'analisi. Inoltre, sarà effettuata una ricerca manuale delle principali riviste del settore (Journal of Medical Ethics, Nursing Ethics, Nursing Philosophy, Bioethics).

Due bibliotecari esperti di scienze della salute assisteranno con il reperimento bibliografico di risorse al fine di garantire che tutti gli studi vengano recuperati. I risultati non saranno limitati alle pubblicazioni in lingua inglese.

Saranno due i criteri per l'inclusione nella meta-sintesi: il core dello studio dovrà essere sulla dignità professionale; (b) gli studi accettati dovranno essere qualitativi o fondati su un quadro filosofico teoretico. Le specifiche per quanto riguarda il tipo di design qualitativo non ne limiteranno l'inclusione.

Analisi dei dati

La ricerca di meta-sintesi in infermieristica evoca interrogativi ontologici, epistemologici e metodologici sulla ricerca della ricerca. L'analisi dei dati in questo studio sarà ispirata al metodo meta-etnografico sviluppato da Noblit e Hare. ²⁶ Questo metodo è un processo di re-concettualizzazione dei temi attraverso studi qualitativi e teorici. Questa operazione comporta il trasferimento di idee, concetti e metafore attraverso diverse ricerche. Le interpretazioni e le spiegazioni negli studi originali subiscono un processo di decostruzione, di traduzione e di ricostruzione. Questo processo è un mezzo per cogliere il particolare all'interno del generale. Una caratteristica distinta di questo metodo è che le traduzioni non sono letterali, ma cercano di preservare il significato tra uno studio e l'altro. I dati di base che deriveranno dalla lettura dei documenti selezionati, comprenderanno i concetti principali e/o le metafore riscontrate in ciascun lavoro. Questi concetti saranno correlati tra loro e poi tradotti. La sintesi di questi risultati creerà un nuovo insieme e i risultati di questa sintesi potrebbero essere visti come base di un quadro esplicativo riguardante la dignità professionale degli infermieri. Questo tipo di revisione della letteratura è integrativa per via del particolare campo della ricerca e dei diversi tipi di disegni di ricerca.

6. RISULTATI ATTESI

I risultati del progetto di ricerca saranno pubblicati in riviste scientifiche nazionali e internazionali. La conoscenza prodotta dal progetto di ricerca avrà una rilevanza scientifica, sociale ed educativa. L'infermieristica come professione può essere compresa più a fondo e fruttuosamente rispetto al passato, esplorando i diversi fattori che costituiscono la dignità professionale degli infermieri e questo potrebbe avere un effetto benefico per la società e per i professionisti della salute. Inoltre, questa meta-sintesi getterà luce sul concetto di dignità professionale degli infermieri che comporta l'analisi e la produzione di teorie che rimarranno fedeli alla resa interpretativa di ogni studio^[27]. L'obiettivo della meta-sintesi è interpretare e integrare, non solo aggregare, la ricerca nel campo del fenomeno particolare che è stato scelto deve riconoscere prospettive alternative.

7. PIANIFICAZIONE

	Job description	team	period of time
0.	Analisi di background	Ricercatori principali	01/11/2018-30/04/2019
1.	Revisioni sistematiche delle banche dati	Ricercatori principali	01/11/2018-30/04/2019
2.	Analisi dei dati	Ricercatori principali	30/04/2019 -30/09/2019
3.	Report finale	Ricercatori principali	01/10/2019-30/11/2019
4.	Pubblicazione dei risultati	Ricercatori principali	01/12/2019- 01/08/2020
5.	Fine del progetto	Ricercatori principali	01/08/2020-31/12/2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Jan 2019	Feb 2019	Mar 2019	Apr 2019	May 2019	Jun 2019	Jul 2019	Sep 2019	Ott 2019	Nov 2019	Dic 2019	Dic 2020
Analisi di background	•	•	•	•								
Revisioni sistematiche delle banche dati	•	•	•	•								
Analisi dei dati					•	•	•	•				
Report finale									•	•		
Pubblicazione dei risultati											•	•
Fine del progetto												•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Jacobs BB. Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. *Adv Nurs Sci* 2001; 24:17-35.
- 2. Chochinov HM. Dignity-conserving care. A new model for palliative care. JAMA 2002; 287: 2253 60.
- 3. Chochinov HM. Defending dignity. Palliat Support Care 2003; 1: 307-8.
- 4. Chochinov HM. Dignity and the eye of the beholder. J Clin Oncol 2004; 22: 1336-40.
- 5. Chochinov HM., Hack T, Hassard T, Kristjanson L, McClement S and Harlos M. Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. *Lancet* 2002; 360: 2026-30.
- 6. Chochinov HM., Hack T, McClement S, Kristjanson L and Harlos M. Dignity in the terminally ill: A developing empirical model. *Soc Sci Med* 2002; 54: 433-43.
- 7. Lothian K, Philp I. Maintaining the dignity and autonomy of older people in healthcare setting. Brit Med J 2001; 322: 668-70.
- 8. Jacelon CS. The dignity of elders in an acute care hospital. Qual Health Res 2003; 13: 543-56.
- 9. Jacelon CS, Connelly TW, Brown R, Proulx K, Vo T. A concept analysis of dignity for older adults. J Adv Nurs 2004; 48: 76-83.
- 10. Lawless J, Moss C. Exploring the value of dignity in the work-life of nurses. Contemp Nurse 2007; 24: 225-36.
- 11. Gallagher A. Dignity and respect for dignity; two key health professional values: implications for nursing practice. *Nurs Ethics* 2004, 11: 587-599.
- 12. Jacobson N. Dignity and health: a review, Soc Sci Med 2007; 64: 292-302.
- 13. Armstrong A. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. Nurs Philos 2006; 7: 110-24.
- 14. Begley AM. Practising virtue: a challenge to the view that a virtue centred approach to ethics lacks practical content. *Nurs Ethics* 2005: 12: 622-37.
- 15. Duddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. J Adv Nurs 2007; 59: 29-37.
- 16. Molyneux J. Inter-professional teamworking: what makes teams work well? I Interprof Care 2005; 15: 29-35.
- 17. Pullon S. Competence, respect and trust: key features of successful inter-professional nurse-doctor relationships. *J Interprof Care* 2008; 22: 133-47.
- 18. Varjus SL, Leino-Kilpi H, Suominen T. Professional autonomy of nurses in hospital settings; a review of the literature. *Scand J Caring Sci* 2011; 25: 201-7.
- 19. Iliopoulou KK, While AE. Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *J Adv Nurs* 2010; 66: 2520-31.
- 20. Seedhouse D, Gallagher A. Undignifying institution. J Med Ethics 2002; 28: 368-72.
- 21. Van Yperen N, Hagedoorn M, Zweers M, Postma S. Injustice and employees' destructive responses: the mediating role of state negative affect. *Soc Justice Res* 2000; 13: 291-312.



- 22. Colquitt JA, Conlon DE, Wesson MJ, Porter COLH, Ng KY. Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *J Appl Psychol* 2001; 86: 425-45.
- 23. Kramer M, Hafner LP. Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Res* 1989; 38: 172-77.
- 24. Flynn L, Carryer J, Budge C. Organizational attributes valued by hospital, home care, and district nurses in the United States and New Zealand. *J Nurs Scholarship* 2005; 37: 67-72.
- 25. Flemming K., Briggs M (2006). Electronic searching to locate qualitative research: evaluation of three strategies. *Journal of Advanced Nursing*, *57* (1): 95-100.
- 26. Noblit G and Hare R. Metaethnography: Synthesizing Qualitative Studies, Vol. 11. London: SAGE, 1988.
- 27. Barroso, J., Gollop, C. J., Sandelowski, M., Meynell, J., Pearce, P. F., & Collonis, L. J. (2003). The challenges of searching for and retrieving qualitative studies. Western Journal of Nursing Research, 25, 153-178.

TITOLO SINTETICO:

STUDIO MINDFULNESS

COORDINATORI PROGETTO M. Matarese D. Ivziku M. Clari RESPONSABILE DEL POLO
G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

Intervento di Mindfulness per la riduzione dello stress in pazienti con BPCO e loro caregiver.

Mindfulness based stress reduction intervention in patients with COPD and their caregivers

2. ABSTRACT

I pazienti con BPCO presentano non solo disturbi di natura fisica, come dispnea, tosse, catarro, ma anche disturbi psicologici, come stress, ansia, depressione. Anche i loro familiari possono andare incontro agli stessi disturbi psicologici a causa del carico dell'assistenza e della sofferenza causata dall'assistere al loro deterioramento. Negli ultimi decenni la pratica del Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) si è dimostrata efficace nel trattare l'ansia, i disturbi dell'umore e lo stress percepito. Sono stati effettuati pochi studi che hanno applicato il MBSR nei pazienti con BPCO, con risultati inconsistenti, e nessuno studio sui caregiver.

Valutare l'efficacia dell'intervento MBSR nel ridurre stress, ansia, depressione nei pazienti con BPCO di grado severo e nei loro familiari.

Sarà condotto uno studio clinico randomizzato multicentrico, con il reclutamento di 80 diadi paziente-caregiver, che verranno assegnate al gruppo sperimentale che effettuerà l'intervento MBSR o al gruppo di controllo che effettuerà un intervento informativo sulla gestione dello stress. Gli outcome primari, stress, ansia e depressione, e secondari, qualità del sonno, qualità della vita, dispnea, saranno valutati prima dell'intervento, dopo 2 e 4 mesi.

Questa ricerca potrà contribuire alla conoscenza sull'efficacia degli interventi MBSR per ridurre i disturbi psicologici nei pazienti con BPCO e nei loro caregiver. La dimostrazione dell'efficacia degli interventi MBSR permetterebbe di raccomandare il loro uso nei contesti di pratica.

Parole chiave: paziente, stress, mindfulness, BPCO, caregiver

The patients with COPD experience not only physical symptoms, such as dyspnea, cough, sputum, but also psychological problems, such as anxiety, depression, and stress. Family members of COPD patients often experience remarkably similar psychological problems due to the caring burden and seeing their loved ones deteriorating. Recently, Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) technique has shown to be helpful in the treatment of many psychological disorders, such as stress anxiety and depression. Only a few studies addressed the effects of MBSR on COPD, patients, with inconsistent results, and no study involved their caregivers.

To test the efficacy of MBSR in reducing psychological distress in patients with severe COPD and their caregivers.

A multicenter randomized clinical trial design will be used. A sample of 80 patients and caregiver dyads will be randomly assigned to the MBSR intervention group or the information-based intervention control group. The primary outcomes will be stress, anxiety and depression and the secondary outcomes sleep quality, quality of life and dyspnea. Outcomes will be assessed before treatment, and after two and four months.

The results of this study could help to demonstrate the efficacy of MBSR intervention to reduce the psychological disorders in COPD patients and their caregivers. Such evidence could permit to recommend its use in daily practice.

Keywords: Mindfulness, COPD, caregivers, stress

3. BACKGROUND

I pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) presentano accanto ai disturbi di natura fisica, come dispnea, tosse, catarro, fatigue, limitazioni funzionali, insonnia, anche problemi di natura psicologica, come stress, ansia, depressione, senso di impotenza, rabbia, conseguenti ai disturbi fisici e alle limitazioni di natura sociale indotti dalla malattia [1]. Tali disturbi possono interferire con la loro capacità e motivazione a gestire la malattia (self-management), aumentando le riacutizzazioni, le ospedalizzazioni e peggiorando la qualità di vita. Il rischio di riacutizzazione, ad esempio, aumenta del 31% nei pazienti con BPCO che presentano ansia e depressione e il rischio di morte aumenta dell'83% [2].

Anche i familiari delle persone affette da BPCO possono andare incontro agli stessi disturbi psicologici sperimentati dai loro cari. Ansia, rabbia, depressione, senso di impotenza, frustrazione, stress e tristezza si possono presentare a causa del carico di cure necessarie che cresce con il progredire della malattia. Inoltre, il carico psicologico dei familiari causato dall'assistere al lento deterioramento dei loro cari può ulteriormente condizionare la loro salute psichica [3].

Negli ultimi decenni la pratica della meditazione mindfulness, o di presenza consapevole, è stata utilizzata per promuovere il benessere psicologico in diverse situazioni mediche e psicologiche. La mindfulness viene definita come "consapevolezza, presenza mentale, coltivata prestando attenzione intenzionalmente e in modo specifico, nel momento presente, per quanto possibile in maniera non reattiva, non giudicante, e con il cuore aperto" [4]. Essa porta a comportamenti più flessibili e adattivi, con effetti benefici sulla salute sia fisica che mentale [5]. Diversi modelli terapeutici sono basati sulla mindfulness. Tra questi il Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) si è dimostrato efficace nel trattamento di differenti disturbi, come ad esempio il dolore cronico [6,7], i disordini alimentari [8], l'ansia e la depressione [8,10,11], i disturbi dell'umore e lo stress percepito correlato alla dispnea nei pazienti asmatici [12] e con interstiziopatia polmonare [13].

Solo pochi studi presenti in letteratura hanno applicato il programma MBSR nei pazienti affetti da BPCO [14,15]. Questi studi hanno considerato principalmente l'effetto dell'intervento MBSR sui sintomi fisici e la fattibilità dello stesso nella pratica clinica. In misura minore hanno valutato gli effetti sullo stato emozionale. Inoltre, a causa del mancato completamento dell'intero programma di MBSR da parte dei partecipanti non è stato possibile confermare l'efficacia della MBSR sui problemi psicologici delle persone affette da BPCO [15]. Inoltre, ad oggi non è stato condotto nessuno studio che ha valutato gli effetti di interventi MBSR sui caregiver dei pazienti con BPCO.

87

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo di questo progetto di ricerca triennale sarà quello di valutare l'efficacia dell'intervento di *Mindfulness-Based Stress Reduction* specifico per le persone con problemi respiratori (MBSR-respiro) nel ridurre stress, ansia, depressione nei pazienti con BPCO severa e nei loro familiari.

Nello specifico il progetto sarà quidato dai seguenti obiettivi:

- 1. Valutare l'efficacia dell'intervento MBSR-respiro nel ridurre lo stress e gli altri sintomi psicologici quali ansia e depressione nella diade paziente e caregiver;
- 2. Valutare l'efficacia dell'intervento MBSR-respiro nel ridurre i sintomi respiratori nel paziente con BPCO e i disturbi del sonno di pazienti e familiari;
- 3. Valutare l'efficacia dell'intervento MBSR-respiro nel migliorare la qualità di vita complessiva in paziente e caregiver;
- 4. Valutare il livello di adesione all'intervento di MBSR dei pazienti con BPCO e dei loro caregiver.

5. METODOLOGIA

Disegno

Sarà condotto uno studio clinico randomizzato, parallelo, multicentrico.

Campione

Saranno coinvolti pazienti con grado severo di BPCO e i familiari che si occupano principalmente di loro (caregiver principali). Le diadi saranno reclutate tra i pazienti seguiti presso strutture sanitarie sul territorio nazionale e tra i pazienti e familiari iscritti all'associazione Italiana Pazienti BPCO.

Criteri di Inclusione

- In grado di leggere e comprendere l'italiano
- Di entrambi i sessi con età ≥18 anni
- Pazienti di grado 3 e 4 e con una valutazione dei sintomi C e D (stadiazione GOLD) [16].

Criteri di Esclusione

- Non in grado di garantire la continuità della partecipazione al programma;
- In terapia cronica per problemi di ansia o depressione;
- Che hanno praticato o praticano yoga o mindfulness;
- Con deficit cognitivi;
- Con diagnosi di cancro o di altra malattia terminale, o problemi psichiatrici;
- Pazienti che necessitano di ossigenoterapia.

Entità campionaria

L'outcome principale dello studio sarà valutato con la Perceived Stress Scale [17]. Nella popolazione generale il valore medio di questa scala riportato in letteratura è di 12 (DS=2) [6], e in una popolazione con un problema sanitario ad elevato impatto come la BPCO ci attendiamo un punteggio medio \geq 16. Riteniamo che l'intervento oggetto dello studio riporterà il punteggio al valore medio nel gruppo sperimentale (GS), mentre avremo un punteggio invariato nel gruppo di controllo (GC), con una differenza media di 4 punti. Fissando una probabilità di errore di tipo I al 5% con test a due code, sarà necessario arruolare

36 diadi per ciascun gruppo per ottenere una potenza dell'80%. Prevedendo un drop out del 15%, la numerosità campionaria prevista è di 40 diadi per braccio.

Strumenti

Verranno utilizzati i seguenti strumenti per valutare gli outcome primari:

- Perceived Stress Scale (PSS) (17) che valuta attraverso 10 item la percezione soggettiva dello stress; esso è stato utilizzato e validato nella popolazione generale e nei pazienti con BPCO;
- Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) (18) che considera i 7 sintomi più comuni dell'ansia; esso
 è ampiamente usato nei contesti di cure primarie per misurare l'ansia nella popolazione generale e
 nei pazienti con BPCO;
- Patient Health Questionnaire (PHQ-9) che considera i 9 sintomi che contribuiscono alla diagnosi di depressione secondo il DSM-IV (19); sui pazienti con BPCO ha dimostrato buona accuratezza, sensibilità e specificità.

Saranno utilizzati i sequenti strumenti per valutare gli outcome secondari:

- Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (20) che investiga 7 aree relative alla qualità del sonno, uso di farmaci e disfunzioni giornaliere;-diario giornaliero per l'aderenza alla pratica di meditazione in cui le diadi dovranno registrare i minuti di pratica svolta a casa tra una seduta e l'altra, gli eventi stressanti accaduti e come hanno reagito; inoltre sarà chiesto di indicare su una scala da 1 a 5 quanto ritengono di essere stati in grado di sequire le istruzioni fornite (1=per niente, 5=moltissimo);
- Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (21) che consiste di 39 item che valutano le 5 dimensioni della mindfulness: osservare, descrivere, agire con consapevolezza, non giudicare, e non reagire all'esperienza interna; tale strumento è stato recentemente validato in italiano (22);
- Short Form 12 Health Survey (SF-12) (23) che misura lo stato di salute generale nelle aree fisica e mentale. Soltanto nei pazienti verranno usati i seguenti strumenti:
- Baseline e Transitional Dyspnea Index (TDI) (24) che valuta la modifica della dispnea in 3 aree: compromissione funzionale, entità del compito e dello sforzo;
- COPD Assessment Test (CAT) (25) che valuta la qualità di vita e l'impatto della BPCO sullo stato di salute. Saranno raccolti inoltre i seguenti dati sociodemografici: età, livello di istruzione, attività lavorativa, livello economico, grado di relazione con il caregiver/paziente.

Modalità di raccolta dati e interventi

La randomizzazione verrà effettuata sulla base di una lista di numeri generati random. Diadi e ricercatori saranno all'oscuro dell'inclusione nel gruppo di intervento o di controllo. Alle diadi al momento dell'arruolamento verrà spiegato che dovranno effettuare un intervento per ridurre lo stress, ma saranno tenuti all'oscuro del tipo di intervento. Gli strumenti di valutazione verranno somministrati prima dell'avvio dell'intervento MBSR nel GS per valutare i parametri di partenza (T0). Lo stesso set di strumenti verrà somministrato alla fine delle 8 settimane di training (T1=2° mese) nell'ottava sessione e dopo i due mesi di richiamo (T2=4° mese) in occasione dell'ultimo incontro. Gli stessi strumenti di valutazione verranno somministrati al GC durante un incontro in cui verrà presentato e consegnato l'opuscolo informativo sulla gestione dello stress "Lottare contro la propria malattia cronica", prodotto dalla COPD Foundation. In questo opuscolo, disponibile in lingua italiana e ad uso gratuito, vengono fornite informazioni sul significato dello stress, dell'ansia e della depressione e vengono suggeriti alcuni interventi per ridurre lo

stress (www.copdfoundation.org). La valutazione a T1 e T2 verrà effettuata per via telefonica o incontrando le diadi al loro domicilio.

Le valutazioni verranno effettuate da assistenti alla ricerca appositamente formati.

L'intervento MBSR-respiro seguirà il protocollo di Kabat-Zinn (6), che prevede 8 sessioni di gruppo condotte una volta a settimana della durata di 2 ore e mezza ciascuna, con 2 sessioni di richiamo di 2 ore e mezzo una volta al mese per i 2 mesi successivi. Tra una sessione e l'altra i partecipanti dovranno praticare a casa esercizi per 45 minuti al giorno, 6 giorni su sette. Come guida per la pratica saranno forniti CD/file audio con le meditazioni proposte in aula e letture. Durante la I sessione ai partecipanti verranno presentati i principi della pratica mindfulness, della tecnica del body scan e della meditazione camminata.

Nella II sessione verrà introdotta la meditazione sul respiro, e nelle successive sessioni il gruppo praticherà insieme tecniche di meditazione seduta guidata per apprendere ad ampliare il focus della consapevolezza.

Durante la III sessione i partecipanti apprenderanno una sequenza di movimento in consapevolezza.

Nella IV, V e VI sessione i partecipanti saranno invitati ad osservare il tema dello stress, della risposta consapevole allo stress e dello stress nelle relazioni, e verranno proposte tecniche per la coltivazione di stati mentali salutari. Nella VII e VIII sessione verrà posto l'accento sul prendersi cura di sé con attitudine mindfulness e sull'assunzione di responsabilità rispetto al proprio stile di vita e al proprio benessere. Le due sessioni di follow-up comprenderanno body scan, meditazione guidata, condivisione in gruppo della propria esperienza, spazio per domande e risposte. L'intervento avrà pertanto una durata complessiva di 4 mesi.

I corsi saranno tenuti da insegnanti *mindfulness* certificati, con esperienza di trattamento di pazienti con patologie respiratorie.

Analisi dei dati

Sarà usata la statistica descrittiva per valutare le caratteristiche del campione e i valori dei parametri considerati. Le differenze tra il GS e GC verranno valutate utilizzando modelli misti che tengono in considerazione la correlazione del dato all'interno della diade. Il programma statistico IBM SPSS, versione 24, verrà usato per l'analisi dei dati.

Considerazioni etiche

Il protocollo di studio ha avuto l'approvazione di un comitato etico universitario. I partecipanti saranno informati riguardo alla ricerca attraverso un foglio informativo che indicherà lo scopo dello studio, le implicazioni, gli eventuali rischi, la possibilità di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento. Il consenso informato sarà attestato dalla firma con data apposta sul foglio del consenso. Sarà garantito l'anonimato dei partecipanti attribuendo un codice numerico alle diadi reclutate.

6. RISULTATI ATTESI

I risultati di questo progetto di ricerca triennale potranno contribuire alla conoscenza sull'efficacia di interventi non farmacologici per ridurre i disturbi psicologici, come stress, ansia e depressione, che colpiscono con elevata frequenza i pazienti con BPCO e i loro caregiver. La dimostrazione dell'efficacia dell'impiego di interventi mindfulness permetterebbe di raccomandare ed estendere il loro uso in tutti i contesti di pratica a livello territoriale e ospedaliero. Inoltre, la identificazione di effetti secondari, come il miglioramento della dispnea nel paziente e il miglioramento della qualità di vita in paziente e caregiver,

potrebbero portare al miglioramento degli esiti clinici e della qualità di vita.

Gli infermieri potrebbero fornire questo intervento, dopo opportuna formazione, ampliando le loro competenze in ambito di attuazione di interventi comportamentali rivolti alla promozione del benessere psicologico e.

Indicatori di esito

Alla fine del 1 anno del progetto sarà arruolato il primo gruppo di diadi e saranno stati valutati gli outcome primari e secondari.

Alla fine del 2 anno saranno arruolati 3 gruppi di diadi con la rispettiva valutazione degli outcome.

Alla fine del 3 anno saranno arruolate le 40 diadi del gruppo di controllo e del gruppo sperimentale e saranno valutati i risultati in termini di efficacia sugli outcome primari e secondari.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Soggetti coinvolti	Durata
1.	Registrazione dello studio su clinicaltrial.gov, e formazione degli assistenti di ricerca	Coordinatore del progetto e project team. Assistenti di ricerca	Marzo 2018 - agosto 2018
2.	Reclutamento pazienti e effettuazione I edizione corso MBSR-respiro e incontro informativo sullo stress	Coordinatore del progetto e project team. Insegnanti mindfulns	Settembre 2018 - dicembre 2018 s
3.	Effettuazione 2 e 3 edizione del corso MBSR-respiro e dell'intervento informativo	Coordinatore del progetto e project team.Insegnanti mindfulnss certificati, Assistenti di ricerca	Gennaio 2019 - dicembre 2019
4.	Effettuazione 4 e 5 corso MBSR-respiro e dell'intervento informativo.	Coordinatore del progetto e project team.Insegnanti mindfulnss certificati, Assistenti di ricerca	Gennaio 2020 - ottobre 2020
5.	Stesura report di ricerca	Coordinatore del progetto e project team	Ottobre 2020 - dicembre 2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

ANNO 2018	MESI											
Attivitā	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Registrazione trial clinico			•									
Formazione assistenti di ricerca				•	•	•	•	•	•			
Reclutamento pazienti gruppo controllo e sperimentale					•	•	•					
Effettuazione 1 e 2 corso MBSR e incontro informativo									•	•	•	•

ANNO 2019						МІ	ESI					
Attivitā	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reclutamento pazient	•	•				•	•	•				
Formazione assistenti di ricerca			•	•	•				•	•		
Effettuazione 3, 4, 5 corso MBSR e incontro informativo	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

ANNO 2020	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reclutamento pazienti	•	•					•	•	•	•		
Effettuazione 6, 7 corso MBSR e incontro informativo	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
Formazione assistenti di ricerca	•	•	•									
Analisi finale dei dati											•	•
Redazione report di ricerca											•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Gullick J. Psychosocial dimensions of COPD for the patient and family. In: Kian-Chung Ong (Ed.), Chronic obstructive pulmonary disease: Current concepts and practice. Rijeka: InTech; 2012. p. 153 178.
- 2. Atlantis E, Fahey P, Cochrane B, Smith S. Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and COPD. Chest. 2013; 144: 766-777. doi: 10.1378/chest.12-1911.
- 3. Figueiredo D, Gabriel R, Jacome C, Cruz J, Marques A. Caring for relatives with chronic obstructive pulmonary disease: how does the disease severity impact on family carers? Aging Ment Health. 2014; 18(3): 385-393. doi: 10.1080/13607863.2013.837146.
- 4. Kabat-Zinn J. Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life. New York, NY: Hyperion; 1994.
- 5. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clin. Psychol Sci Pract. 2003;10: 144 156.
- Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. Gen Hosp Psychiatry 1982; 4: 33 47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3.
- 7. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. J. Pers. Soc. Psychol. 2003; 84: 822 848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
- 8. Kristeller JL, Hallett CB. An exploratory study of a meditation-based intervention for eating disorder. J. Health Psychol. 1999; 4: 357 363. doi: 10.1177/135910539900400305.
- 9. Miller, J. J., Fletcher, K., and Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. Gen. Hosp. Psychiatry 17: 192 200. doi: 10.1016/0163-8343(95)00025-M.



- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J. Consult. Clin. Psychol. 2000; 68: 615–623. doi: 10.1037/0022-006X.68.4.615.
- 11. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA., Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. J. Consult Clin. Psychol. 2010; 78: 169 183. doi: 10.1037/a0018555.
- 12. Pbert L, Madison JM, Druker S. Effect of mindfulness training on asthma quality of life and lung function: a randomised controlled trial. Thorax 2012; 67:769 76.
- 13. Sgalla G, Cerri S, Ferrari R, Ricchieri MP, Poletti S, Ori M, et al. Mindfulness-based stress reduction in patients with interstitial lung diseases: a pilot, single-centre observational study on safety and efficacy. BMJ Open Respir Res. 2015 Mar 10(1):e000065. doi: 10.1136/bmjresp-2014-000065.
- 14. Mularski RA, Munjas BA, Lorenz KA, Sun S, Robertson SJ, Schmelzer W. et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based therapy for dyspnea in chronic obstructive lung disease. J Altern Complement Med. 2009; 15(10): 1083-1090. doi: 10.1089/acm.2009.0037.
- 15. Chan RR, Giardino N, Larson JL. A pilot study: mindfulness meditation intervention in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015 Mar 2; 10: 445 454. doi: 10.2147/COPD.S73864.
- 16. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. [cited 2018 Jan 9]. Available from: http://goldcopd.org.
- 17. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress". J Health Soc Behav. 1983 Dec; 24 (4): 385 396. PubMed PMID: 6668417.
- 18. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006; 166(10): 1092 1097. doi 10.1001/archinte.166.10.1092.
- 19. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001; 16(9):606 613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- 20. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psyc Res. 1989 May; 28 (2): 193 213. PMID: 2748771
- 21. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment. 2006 Mar; 13(1): 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- 22. Didonna F, Bosio V. Misurare le abilità di mindfulness: Uno studio di validazione della versione Italiana del five facet mindfulness questionnaire [Assessing mindfulness skills: a validation study of the Italian version of the five facet mindfulness questionnaire] Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale. 2012;18(3):261 284.
- 23. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996 Mar;34(3):220-33. PubMed PMID: 8628042.
- 24. Mahler DA, Weinberg DH, Wells CK, Feinstein AR. The measurement of dyspnea: Contents, interobserver agreement and physiologic correlates of two new clinical indexes. Chest. 1984; 85: 751-758.
- 25. Jones PW1, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Respir J. 2009 Sep;34(3):648-54. doi: 10.1183/09031936.00102509.



TITOLO SINTETICO:

A. Pulimeno

NURSE COMPETENCE SCALE E IL RAGIONAMENTO CLINICO

COORDINATORI PROGETTO
A. Stievano
I. Notarnicola

RESPONSABILE DEL POLO G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

Competenze cliniche infermieristiche valutate con la Nurse Competence Scale e il ragionamento clinico valutato tramite la Nurses Clinical Reasoning.

Clinical nursing competencies assessed with the Nurse Competence Scale and clinical reasoning evaluated through the Nurses Clinical Reasoning.

2. ABSTRACT

Nei sistemi sanitari odierni l'assistenza è diventata più complessa e, di conseguenza, anche il raggiungimento di una buona qualità delle cure è più difficile. Ovviamente questi cambiamenti richiedono infermieri sempre più competenti per fornire un'assistenza di qualità. È in questo quadro che tale studio ha voluto sottolineare l'importanza dell'acquisizione formativa delle competenze infermieristiche che sono centrali per gli esiti assistenziali.

Infatti, la valutazione della pratica infermieristica è basata su strumenti e procedure che mettono a confronto il grado di competenza clinica rispetto a predeterminati standard di pratica.

Gli standard clinici, quindi, sono utilizzati sia come indicatori di performance che come base per la misurazione delle prestazioni in sede di valutazione di una singola pratica infermieristica

Nell'infermieristica viene fortemente evidenziato che nella competenza un componente importante e efficace e il ragionamento clinico.

Il ragionamento clinico si riferisce a tutti i processi cognitivi utilizzati dagli infermieri, nel corso dello studio di un caso clinico o della condizione di un paziente, attraverso cui si giunge alla diagnosi accurata e all'elaborazione di un piano terapeutico adeguato.

Pertanto, il ragionamento clinico, consiste nell'integrare tutte le conoscenze acquisite fino a quel momento, nel ponderare l'evidenza e nell'attingere all'esperienza per raggiungere la diagnosi definitiva per la condizione di un paziente.

Tutta la pratica e l'educazione necessari per diventare un infermiere competente, hanno come obiettivo finale di mettere in campo un ragionamento clinico efficiente. Qualunque errore o negligenza può portare a un potenziale danno o addirittura nella morte del paziente.

In definitiva, il ragionamento clinico descrive la capacità di un infermiere di utilizzare la propria conoscenza clinica, di comprendere la cultura del contesto in cui opera e di avvalersi dei principi di etica medica nel valutare accuratamente la condizione di un paziente e intraprendere il trattamento più appropriato. Lo scopo di questo studio è quello di descrivere la percezione delle competenze degli infermieri nei diversi setting clinici, inoltre osservare se esiste una correlazione fra il processo di ragionamento clinico e le competenze percepite.

In today's healthcare systems, care has become more complex and, as a result, achieving good quality care is also more difficult. Obviously, these changes require increasingly competent nurses to provide quality care. It is within this framework that this study underlines the importance of the training acquisition of nursing competencies instrumental to the care outcomes.

In fact, the assessment of nursing practice is based on tools and procedures that compare the degree of clinical competence with respect to predetermined standards of practice.

Clinical standards, therefore, are used both as performance indicators and as a basis for performance measurement when assessing a single nursing action.

In nursing an important and effective component is the clinical reasoning. Clinical reasoning refers to all the cognitive processes used by nurses during a clinical case whereby they arrive at an accurate diagnosis and the elaboration of an adequate therapeutic plan.

Therefore, the clinical reasoning consists of an integration of all the knowledge acquired up to that moment. It also foresees to ascertain the evidence the previous experiences to reach the definitive diagnosis for that particular patient. Ultimately, clinical reasoning describes the ability of nurses to use their clinical knowledge, to understand the culture of the context in which they operate and to make use of the principles of ethics in accurately assessing the condition of a patient and undertaking the most appropriate treatment. The aim of this study is to describe the perception of nurses' skills in different clinical settings, and to observe if there is a correlation between the clinical reasoning process and the perceived competencies.

3. BACKGROUND

Benner ha affermato che la valutazione delle competenze infermieristiche dovrebbe essere valutata nella pratica reale con contesto situazionale, sotto pressione e nel tempo^[1]. La competenza clinica include anche l'esecuzione delle necessarie funzioni infermieristiche in modo sicuro, indipendente e critico^[1]. Pertanto, l'acquisizione delle competenze cliniche servono per fornire cure di qualità al paziente. I concetti di competenza, e performance sono stati ampiamente discussi nella professione infermieristica. Sono state riportate distinzioni tra questi concetti che indicano "competenza" come capacità specifiche, mentre "prestazione" come ciò che si potrebbe osservare e misurare con situazioni di pratica ^[2].

La competenza clinica può essere misurata sulla base della percezione delle prestazioni da parte degli infermieri. Ad esempio, Meretoja la definisce come "adeguatezza funzionale e capacità di integrare conoscenze e abilità in atteggiamenti e valori in specifiche situazioni contestuali di pratica" [3]. La valutazione delle competenze, pertanto deve essere fatta con strumenti validi e affidabili, uno di questi e la Nurse Competence Scale, in quanto riesce a valutare le conoscenze, le abilità, le attitudini e i valori in vari setting clinici [4].

Ciò nonostante, alcuni ricercatori pensano che i nuovi infermieri laureati non siano adeguatamente preparati per soddisfare le crescenti esigenze del complesso ambiente sanitario di oggi, che compromette la qualità dell'assistenza ai pazienti [5]. Pertanto, la qualità del pensiero o la capacità di un'infermiera di saper prendere delle decisioni, può influenzare la qualità dell'assistenza infermieristica [6].

Il ragionamento clinico è una competenza che viene acquisita e dovrebbe essere inclusa nella formazione e sostenuta da ulteriore pratica ed esperienza clinica. Pertanto, ciò che rende un infermiere competente non è soltanto la sua formazione basata sulle conoscenze, ma anche nella capacità di metterle in pratica.

Perciò il ragionamento clinico può essere visto come un'attività di problem-solving, per fornire un'eccellente assistenza ai pazienti, ciò nonostante, gli infermieri devono acquisire competenza nel ragionamento clinico [7].

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

La mancata esplicitazione di standard di riferimento mina la credibilità di qualsiasi processo valutativo e quindi di qualsiasi intervento di miglioramento della qualità. Le competenze sono un costrutto complesso che si compone di conoscenze, abilità, atteggiamenti, emozioni, potenzialità e attitudini personali, pertanto le competenze devono essere oggetto di osservazione, documentazione e valutazione.

In tal senso, questo progetto si è proposto di dare evidenza alla trasformazione avvenuta nell'infermieristica italiana e internazionale riguardo le competenze cliniche e professionali.

Gli obiettivi definiti dal progetto cercheranno di definire le competenze in base e in riferimento alla figura o gruppi di figure professionali e alle attività o aree che le caratterizzano, si cercherà di descrivere le competenze e se possibile definire e migliorare i criteri per la valutazione del possesso di tali competenze, inoltre l'individuazione della soglia minima di prestazione riferita al possesso delle competenze, questa si rende necessaria per definire quali sono gli standard di pratica infermieristici.

Lo studio cercherà di percepire, attraverso una metodologia quantitativa, i diversi aspetti delle competenze possedute dagli infermieri, cercando di mettere in luce gli aspetti ancora non comprensibili delle competenze. Scopo dello studio è anche quello di valutare le competenze cliniche e professionali che gli infermieri possiedono nei diversi setting clinici, valutazione non semplice, data la natura complessa delle competenze.

Ulteriormente questo studio, vuole dare un contributo nel migliorare la consapevolezza riguardo il tema delle competenze cliniche, poiché queste rappresentano un aspetto rilevante della professione infermieristica.

A tal fine è importante definire e/o valutare le competenze cliniche e professionali, affinché si possano standardizzare e personalizzare, comportamenti codificati che diano sicurezza di esito e di adattamento estemporaneo per rispondere al meglio alle singole situazioni cliniche.

Alla luce di queste analisi gli obiettivi del progetto di ricerca sono:

- Misurare il livello di competenza nei diversi setting clinici;
- Comprendere quale sia la percezione che gli infermieri hanno del proprio livello di competenza;
- Descrivere gli aspetti cognitivi e pratici del ragionamento clinico;
- Evidenziare una correlazione tra le competenze percepite il processo di ragionamento clinico.

5. METODOLOGIA

Campione

Per poter verificare gli obiettivi e validare le ipotesi della ricerca si campionerà il personale infermieristico delle strutture sanitarie aderenti e si somministrerà un questionario anonimo.

Strumenti

Il primo questionario validato è la versione italiana della Nurse Competence Scale è diviso in sette sezioni

ed è costituito da 54 items, prevalentemente a risposta con scala VAS. Il secondo questionario e la versione italiana della Nurses Clinical Reasoning ed è costituito da 15 items.

6. RISULTATI ATTESI

Rilevanza

Attraverso questa ricerca verranno raccolti dati da differenti questionari somministrati a livello nazionale e si cercherà di esplicitare e meglio chiarire quale è la percezione che gli infermieri hanno delle proprie competenze cliniche e se esiste una correlazione con il processo di ragionamento clinico, queste costituiranno la base per esplorare il significato di competenza infermieristica a livello nazionale sarà utile nella comprensione e ad una migliore definizione generale di competenza infermieristica. Inoltre, tali dati potranno essere comparati con ricerche precedenti per verificare le ipotesi di partenza. I risultati saranno presentati in convegni e congressi. Si procederà alla pubblicazione di alcuni articoli sulla ricerca stessa.

7. PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Analisi di sfondo	Coordinatori	01/05/2019 -31/05/2019
Rilevazione statistiche su fonti secondarie	Project manager coordinatori	01/06/2019 -31/07/2019
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager coordinatori e project team	01/09/2019 -30/09/2019
Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	01/10/2019 -31/12/2019
Elaborazioni statistiche	Coordinatori e project team	01/01/2020 -31/01/2020
Stesura report di ricerca	Coordinatori e project team	01/02/2020 -31/05/2020
Pubblicazione finale	Project manager, coordinatori e project team	01/06/2020 -31/07/2020
Chiusura progetto	Project manager, coordinatori e project team	01/10/2020-01/12/2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Giu 2019	Lug 2019	Ago 2019	Sett 2019	O 11 2019	Nov 2019	Dic 2019	Gen 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020	Sett 2020	O tt 2020	Nov 2020	Dic 2020
Analisi di sfondo	•	•															
Rilevazione statistiche su fonti secondarie	•	•															
Elaborazione strumenti di indagine e PRE-TEST			•	•	•												

8. DIAGRAMMA DI GANTT (segue)

MESE	Giu 2019	Lug 2019	Ago 2019	Sett 2019	O tt 2019	Nov 2019	Dic 2019	Gen 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020	Lug 2020	Sett 2020	O 11 2020	Nov 2020	Dic 2020
Somministrazione questionari						•	•	•	•	•								
Elabotrazioni statistiche											•	•						
Stesura report di ricerca											•							
Pubblicazione finale													•	•				
Chiusura progetto															•	•	•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Benner P. From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley Publishing Company, California; 1984.
- 2. Marshburn DM, Engelke MK, Swanson MS. Relationships of new nurses' perceptions and measured performance-based clinical competence. Journal of Continuing Education in Nursing. 2009;40(9):426-32.
- 3. Meretoja R, Leino-Kilpi H, Kaira AM. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. Journal of nursing management. 2004;12(5):329-36.
- 4. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Numminen O, Jeon Y, Kuokkanen L, Meretoja R. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. Journal of Advanced Nursing. 2017;73(5):1035-50.
- 5. Liou SR, Liu HC, Tsai SL, Cheng CY, Yu WC, Chu TP. Development of the Computerized Model of Performance-Based Measurement System to Measure Nurses' Clinical Competence. Computers, informatics, nursing: CIN. 2016;34(4):159-68; quiz 91.
- 6. Greenwood J. Theoretical approaches to the study of nurses' clinical reasoning: getting things clear. Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession. 1998;7(3):110-
- 7. Koivisto JM, Multisilta J, Niemi H, Katajisto J, Eriksson E. Learning by playing: A cross-sectional descriptive study of nursing students' experiences of learning clinical reasoning. Nurse education today. 2016;45:22-8



TITOLO SINTETICO:

VALUTAZIONE DELLA PERCEZIONE DELLE COMPETENZE

CLINICHE INFERMIERISTICHE

COORDINATORE PROGETTO
I. Notarnicola
A. Stievano

RESPONSABILE DEL POLO G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

Valutazione della percezione delle competenze cliniche infermieristiche nei diversi setting assistenziali: Ricerca con metodo misto.

Evaluation of the perception of nursing clinical competencies in different care settings: Mixed method research.

2. ABSTRACT

Le competenze in ambiente sanitario sono una componente importante degli infermieri, e l'essere competente ha risultati positivi per i pazienti. Lo sviluppo delle competenze nel percorso infermieristico per divenire un infermiere esperto è importante. Questo dipende anche dall'esperienza che gli infermieri acquisiscono negli anni, pertanto possiamo dire che le competenze sono il prodotto di anni di esperienza infermieristica. Le competenze sono comunque costituite dalle conoscenze apprese inizialmente nel percorso formativo e successivamente nella pratica clinica, dalle capacità e le abilita che consentono all'infermiere di agire in varie situazioni cliniche. Inoltre, gli infermieri sono responsabili sia del mantenimento che della propria formazione delle competenze.

La competenza in ambiente sanitario è sempre in evoluzione, ma questa rimane sempre una componente chiave dell'infermieristica affinché l'infermiere possa produrre dei risultati significativi per i pazienti.

Importante anche la valutazione delle competenze, questo può essere fatta in vari metodi e strumenti, uno strumento valido e affidabile è la *Nurse Competence Scale*, la quale valuta la percezione che gli infermieri hanno della propria competenza.

Scopo dello studio è quello di valutare le competenze infermieristiche e per raggiungere i diversi obiettivi verranno utilizzati sia metodi quantitativi che qualitativi. Il disegno dello studio è di tipo misto esplicativo sequenziale (QUAN+qual).

Competence in the healthcare environment, is an important component of nurses, and being competent has positive outcomes for patients. The development of competence in nursing to become an experienced nurse is pivotal. This also depends on the experience that nurses acquire over the years, so we can affirm that competence is also the product of years of nursing experience. The competencies are however constituted by the knowledge learned initially in the training course and subsequently in the clinical practice, by the skills and abilities that allow the nurse to act in various clinical situations. Nurses are also responsible for both maintain and further train their skills.

Competence in the healthcare environment is always evolving, but this remains a key component of nursing to produce meaningful results for patients.

Also important is the assessment of competencies; this can be done via various methods and tools, a valid and reliable tool is the Nurse Competence Scale, which assesses the perception that nurses have of their expertise. The aim of the study is to evaluate nursing competencies via quantitative and qualitative methods. The design of the study is of mixed explanatory sequential type (QUAN + qual).

3. BACKGROUND

Il risultato migliore dell'assistenza infermieristica dipende dalla migliore qualità della performance infermieristica. La performance infermieristica a sua volta è determinata dalle capacità e dalle competenze possedute dal professionista infermiere. Secondo Bradshaw inoltre, "solo l'infermiere è responsabile per la propria competenza, perché solo lui è responsabile per la sua attività" (Bradshaw, 1997, Bradshaw, 1998). Le competenze cliniche sono un aspetto dell'infermieristica ancora non del tutto chiaro, e la percezione delle competenze cliniche è ancora controversa (Axley, 2008, Scott Tilley, 2008, Valloze, 2009, Levett-Jones et al., 2011). La qualità delle cure può essere realizzata solo se gli infermieri sono ritenuti competenti per fornire il miglior standard di cura, inoltre, la mancanza di standardizzazione ostacola la capacità di stabilire norme affidabili per la misurazione e la valutazione finale", (Axley, 2008). Gli infermieri possono essere considerati incompetenti, quando non hanno acquisito una sufficienza esperienza nel prendere in considerazione situazioni cliniche in una visione olistica, in modo da non saper affrontare il problema assistenziale e di non saper agire efficacemente nel loro ruolo (Garside, Nhemachena, 2013). La determinazione delle competenze porta a modificare il sistema in cui è inserito il professionista infermiere, l'infermieristica richiede complesse combinazioni di conoscenze, di prestazioni, abilità e attitudini, una definizione olistica della competenza deve essere concordata e resa operativa, questo potrebbe facilitare una maggiore accettazione del concetto e anche sostenere lo sviluppo di standard di competenza, strumenti necessari per la valutazione di tale capacità (Cowan et al., 2005). Sviluppare, mantenere e valutare le competenze degli infermieri, sono tra le più grandi sfide della professione infermieristica, inoltre sono necessarie nuove ricerche affinché si possano definire migliori metodi di valutazione (Smith, 2012), visto i diversi aspetti che hanno le competenze infermieristiche (Scott Tilley, 2008). L'indagine sulle competenze cliniche è un processo complesso in quanto complessi e molteplici sono i fattori che intervengono nella costruzione e nella acquisizione delle competenze cliniche stesse.

Sono molti anche gli strumenti validati che hanno lo scopo di individuare e misurare quantitativamente le competenze cliniche (Yanhua and Watson, 2011). La valutazione delle competenze cliniche è definita come una forma integrata di valutazione che tiene conto della conoscenza, della comprensione, del problem solving, delle competenze tecniche, delle attitudini e dell'etica (Girot, 1993). Anche in ambiente formativo è un componente fondamentale dei programmi d'istruzione, per saper valutare gli studenti in nei vari setting clinici (Fahy, 2011). Valutare le competenze dell'infermiere, è un prerequisito fondamentale ed indispensabile per garantire un'assistenza qualificata ai pazienti e per indentificare quelle aree per lo sviluppo della pratica infermieristica (Dellai et al., 2009). La formazione dell'infermiere è basata sulle competenze, anche se questa ancora non ha una chiara definizione a livello internazionale, è importante però che ci sia una sempre più ampia discussione internazionale sugli strumenti di valutazione delle competenze per migliorare di conseguenza i programmi d'istruzione (Yanhua, Watson, 2011). Tuttavia, l'utilizzo di strumenti con proprietà psicometriche valide non è sempre appropriato per valutare la percezione che l'infermiere stesso ha delle competenze cliniche nei diversi setting assistenziali (Yanhua, Watson, 2011a). Il più delle volte tali strumenti non sono stati pensati e sviluppati tenendo conto dei pos-

sibili determinanti (e delle relative conseguenze) che agiscono al di fuori del singolo rapporto infermiere - paziente (Nieminen et al., 2011). Le competenze cliniche, insomma, dipendono non solo dalle capacità e dalle conoscenze, ma anche dall'abilità nell'applicarle (Cowan et al., 2005). Esse, pertanto, non sono costituite solo da aspetti oggettivi (skill, knowledge, ability, ecc.), ma sono anche determinate da importanti e soggettivi meccanismi di adattamento che per essere identificati devono essere indagati attraverso strumenti che siano in grado di esplorare la sfera più personale dell'esperienza clinica (Cowan et al., 2007).

È importante sviluppare degli strumenti efficaci di valutazione delle competenze cliniche, allo scopo di garantire che il professionista infermiere possa fornire una assistenza di qualità (Cant et al., 2013, Wu et al., 2015, Yanhua, Watson, 2011).

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi di questo studio sono:

- Individuare le competenze necessarie nei diversi setting clinici;
- Misurare il livello di competenza nei diversi setting clinici;
- Comprendere quale sia la percezione che gli infermieri hanno del proprio livello di competenza;
- Individuare i fattori che costituiscono la competenza infermieristica;
- Esplorare la percezione che gli infermieri hanno delle competenze cliniche infermieristiche che debbono essere possedute nei diversi setting clinici;

Per raggiungere i diversi obiettivi verranno utilizzati sia metodi quantitativi che qualitativi.

Indicatori

I questionari devono essere compilati almeno per il 90% delle domande per essere considerati validi.

5.METODOLOGIA

Campione

Infermieri nei diversi setting clinici nel territorio di Roma e Provincia

Strumenti

Lo studio sarà effettuato utilizzando un disegno misto esplicativo sequenziale (QUAN+qual) che coinvolgerà professionisti infermieri che esercitano in differenti setting clinici, lo studio è composto da due fasi distinte, una fase iniziale quantitativa e, in base ai risultati di quest'ultima, un follow up costituito da una seconda fase qualitativa allo scopo di dare una spiegazione più chiara ed approfondita della fase quantitativa.

Per la fase quantitativa il campione sarà di convenienza, scelto nei diversi setting clinici di centri ospedalieri italiani. In ambito infermieristico sono stati sviluppati diversi strumenti di valutazione delle competenze cliniche tra questi la Nurse Competence Scale (NCS), che verrà utilizzata nel nostro studio nella fase quantitativa (Meretoja et al., 2004, Meretoja et al., 2002). La NCS è uno strumento di autovalutazione delle competenze cliniche infermieristiche sviluppato in Finlandia tra il 1997 e il 2003 da Meretoja (Meretoja et al., 2004, Meretoja et al., 2002) poi sperimentato in altri paesi tra cui Inghilterra, Australia e in Italia dove è stato validato nel 2009 (Finotto and Cantarelli, 2008). La NCS è stata sperimentata in

diversi setting ospedalieri (emergenza, terapia intensiva, sala operatoria, medicina, chirurgia, neurologia, psichiatria) e utilizzata sia su infermieri novizi che esperti. La NCS è suddivisa in 7 sezioni, derivanti dal quadro delle competenze definite da Benner (Benner, 1982) ciascuna delle quali prevede una serie di competenze specifiche, per un totale di 73 item. La modalità di risposta è su una scala Likert a 5 (1=per nulla chiara - 5=molto chiara). Per quanto riguarda l'analisi statistica verrà effettuata con l'applicativo SPSS (19.0, IBM, Armonk, NY). Verranno eseguite tutte le analisi descrittive dei dati e anche un'analisi multivariata. Lo scopo è quello di analizzare e esplorare percezioni, opinioni, comportamenti che in parte avrebbero potuto essere prevedibili ma, che, per il resto, potrebbero essere stati sottovalutati o ignorati nella fase quantitativa. In altre parole, la libertà di espressione consente di acquisire informazioni su aspetti conosciuti e sconosciuti.

L'intervista semi-strutturata si svolgerà con le sequenti accortezze:

- Chiarire all'intervistato lo scopo dell'indagine;
- La registrazione delle interviste sarà effettuata con il consenso dell'intervistato;
- L'intervista avrà luogo in un ambiente tranquillo e comodo;
- L'intervista avrà la durata minima di venti minuti a un massimo di un'ora;
- Il contenuto dell'intervista è rigorosamente anonimo e i dati estrapolati verranno utilizzati ai soli fini tecnico-scientifici:
- L'intervista dovrà essere effettuata per intero, se risultasse svolta per metà o mancante di alcune risposte sarà considerata nulla.

6. RISULTATI ATTESI

L'approccio misto dello studio cercherà di percepire, sotto diverse ottiche metodologiche, i diversi aspetti delle competenze possedute dagli infermieri, cercando di mettere in luce gli aspetti ancora non comprensibili delle competenze. Scopo dello studio è anche quello di valutare le competenze cliniche che gli infermieri possiedono nei diversi setting clinici, valutazione non semplice, data la natura complessa delle competenze. Ulteriormente questo studio, vuole dare un contributo nel migliorare la consapevolezza riguardo il tema delle competenze cliniche, poiché queste rappresentano un aspetto rilevante della professione infermieristica.

A tal fine è importante definire e/o valutare le competenze cliniche affinché si possano standardizzare e personalizzare, comportamenti codificati che diano sicurezza di esito e di adattamento estemporaneo per rispondere al meglio alle singole situazioni cliniche.

Rilevanza

Questo studio tenterà di produrre un contributo alla definizione delle competenze cliniche per fornire un apporto alla professione infermieristica, offrendo uno strumento di valutazione, il questionario NCS, strumento valido e affidabile, nella determinazione delle competenze cliniche infermieristiche. Per un professionista della salute, definire le proprie competenze cliniche è fondamentale, in quanto queste rappresentano lo standard per lo svolgimento della propria attività professionale e per il raggiungimento di una maturazione professionale.



7. PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Analisi di sfondo	Coordinatori	01/05/2019-01/06/2019
Rilevazione statistiche su fonti secondarie	Project manager, Coordinatori	01/06/2019-31/07/2019
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager e coordinatori e project team	01/09/2019-30/09/2019
Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	30/09/2019-31/12/2019
Elaborazioni statistiche	Coordinatori e project team	01/01/2020-31/01/2020
Stesura report di ricerca	Coordinatori e project team	01/02/2020-31/05/2020
Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	31/05/2020-31/07/2020
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	01/10/2020-01/12/2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Giu 2019	Lug 2019	Ago 2019	Sett 2019	O 11 2019	Nov 2019	Dic 2019	Gen 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020	Lug 2020	Sett 2020	Ott 2020	Nov 2020	Dic 2020
Analisi di sfondo	•	•																
Rilevazione statistiche su fonti secondarie	•	•																
Elaborazione strumenti di indagine e PRE-TEST				•	•													
Somministrazione questionari						•	•	•	•	•								
Elabotrazioni statistiche											•	•						
Stesura report di ricerca												•						
Pubblicazione finale													•	•				
Chiusura progetto															•	•	•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Axley, L. 2008. Competency: a concept analysis. Nursing Forum, 43, 214-22.
- 2. Benner, P. 1982. From novice to expert. AJN The American Journal of Nursing, 82, 402-407.
- 3. Bradshaw, A. 1997. Defining "competency" in nursing (part I): a policy review. Journal of Clinical Nursing, 6, 347-354.
- 4. Bradshaw, A. 1998. Defining 'competency' in nursing (part II): an analytical review. Journal of Clinical Nursing, 7, 103-111.
- 5. Cant, R., Mckenn A, L. & Cooper, S. 2013. Assessing preregistration nursing students' clinical competence: a systematic review of objective measures. *International Journal of Nursing Practice*, 19, 163-76.
- 6. Cowan, D. T., Norman, I. & Coopamah, V. P. 2005. Competence in nursing practice: A controversial concept A focused review of literature. *Nurse Education Today*, 25, 355-362.
- 7. Cowan, D. T., Wilson-Barnett, J. & Norman, I. J. 2007. A European survey of general nurses' self assessment of competence. Nurse Education Today, 27, 452-458.
- 8. Dellai, M., Mortari, L. & Meretoja, R. 2009. Self-assessment of nursing competencies—validation of the Finnish NCS instrument with Italian nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 783-91.
- 9. Fahy, A. 2011. Evaluating clinical competence assessment. Nursing Standard, 25, 42-8.
- 10. Finotto, S. & Cantarelli, W. 2008. [Nurse's competence indicators: linguistic and cultural validation of the Nurse Competence Scale]. *Professioni infermieristiche*, 62, 41-48.
- 11. Garside, J. R. & Nhemachena, J. Z. 2013. A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Education Today*, 33, 541-5.
- 12. Girot, E. A. 1993. Assessment of competence in clinical practice—a review of the literature. Nurse Education Today, 13, 83-90.
- 13. Levett-Jones, T., Gersbach, J., Arthur, C. & Roche, J. 2011. Implementing a clinical competency assessment model that promotes critical reflection and ensures nursing graduates' readiness for professional practice. *Nurse Education in Practice*, 11, 64-69.
- 14. Meretoja, R., Eriksson, E. & Leino-Kilpi, H. 2002. Indicators for competent nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 10, 95-102.
- 15. Meretoja, R., Isoaho, H. & Leino-Kilpi, H. 2004. Nurse competence scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 124-33.
- 16. Nieminen, A.-L., Mannevaara, B. & Fagerström, L. 2011. Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 661-670.
- 17. Scott Tilley, D. D. 2008. Competency in nursing: a concept analysis. *Journal of continuing Education in Nursing*, 39, 58-64; quiz 65-66, 94.
- 18. Smith, S. A. 2012. Nurse competence: a concept analysis. International Journal of Nursing Knowledge, 23, 172-82.
- 19. Valloze, J. 2009. Competence: A concept analysis. Teaching and Learning in Nursing, 4, 115-118.
- 20. Wu, X. V., Lee, C. C. S., Wang, W. & Enskär, K. 2015. A systematic review of clinical assessment for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 35, 347-359.
- 21. Yanhua, C. & Watson, R. 2011. A review of clinical competence assessment in nursing. Nurse Education Today, 31, 832-836.



TITOLO SINTETICO:

EPIDEMIOLOGIA E FATTORI ASSOCIATI ALLE ULCERE DA PRESSIONE NEI PAZIENTI IN HOSPICE (PRELUDIHO)

COORDINATORE PROGETTO MG. De Marinis M. Piredda RESPONSABILE DEL POLO G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

Studio prospettico multicentrico sulle lesioni da pressione nei pazienti ricoverati in hospice: prevalenza, incidenza e fattori associati

Multicentre perspective study on pressure ulcers in hospice settings: prevalence, incidence and associated factors

2. ABSTRACT

Questo studio ha come scopo primario di documentare la prevalenza puntuale al momento del ricovero e l'incidenza cumulativa delle lesioni da pressione in pazienti con malattia in stadio avanzato ricoverati in Hospice. Come scopo secondario questo studio cercherà di analizzare l'associazione ed il potere predittivo delle caratteristiche dei partecipanti e l'insorgenza delle lesioni da pressione.

I pazienti con malattia avanzata in cure palliative sono considerati ad altissimo rischio di sviluppo di lesioni da pressione a causa delle loro condizioni di mobilità limitata e alterazioni della perfusione tissutale dovute a posizioni antalgiche obbligate, dispnea, edema, conseguenze della sindrome anoressia-cachessia e della percezione sensoriale alterata legata all'analgesia. L'impatto negativo delle lesioni da pressione sulla qualità di vita dei pazienti con malattia avanzata è ben documentato; esperiscono dolore come disturbo principale e quasi sempre presente, in combinazione con l'odore della lesione e suo essudato, disturbi del sonno, incapacità di assumere posizioni comode, l'imposizione di restrizioni fisiche e una varietà di problemi emotivi.

Anche se i pazienti con malattia in stadio avanzato sono ad alto rischio di lesioni da pressione, Pochi sono i dati relativi alla prevalenza e incidenza del fenomeno nei setting di cure palliative. A livello internazionale, la prevalenza di lesioni da pressione negli Hospice varia tra il 13.0% e il 47.0%, mentre l'unico studio italiano, di Hendrichova e colleghi, ha documentato una prevalenza del 22,9% ed un'incidenza del 6.7%. Gli studi in cure palliative che hanno evidenziato delle variabili risultate significativamente associate all'insorgenza di lesioni da pressione, sono stati tutti condotti in setting di cure palliative domiciliari mentre mancano analoghi dati relativamente a campioni di pazienti ricoverati in Hospice.

La raccolta dati per questo studio comprenderà l'osservazione delle variabili richieste durante il normale svolgimento delle attività assistenziali e la successiva rilevazione delle stesse attraverso una procedura informatizzata uguale per tutte le strutture coinvolte. Lo studio multicentrico coinvolgerà strutture Hospice dislocate a Roma e provincia. La dimensione campionaria da raggiungere alla fine dei 6 mesi previsti per la raccolta dati sarà di almeno 280 pazienti.

Dato nazionale di prevalenza puntuale ed incidenza cumulativa delle ulcere da pressione in Hospice. Eventuali fattori predittivi e/o variabili associate all'insorgenza delle lesioni.

Parole chiave: Lesioni da pressione, cure palliative, pazienti terminali, wound care, hospice, nursing, studio multicentrico

Primary aim: to document the point prevalence at admission and the cumulative incidence of pressure ulcers in patients with advanced diseases admitted to a Hospice. Secondary aim: to analyze the association and the predictive power of the participants' characteristics with the occurrence of pressure ulcers.

Palliative care patients exhibit the highest prevalence of pressure ulcers as a result of limited mobility and alterations in tissue perfusion due to antalgic posture, dyspnoea, oedema, anorexia-cachexia syndrome and impaired sensory perception related to analgesia. The negative impact of pressure ulcers on the quality of life of patients with advanced illnesses represents an exacerbation of an already complex situation. Patients with pressure ulcers experience pain as an ever-present burden, wound odour that hinders appetite, sleep disturbances, inability to assume a comfortable position, physical impairment, isolation and a variety of emotional problems.

Furthermore, although terminally ill patients are at high risk of pressure ulcers, little evidence exists on their prevalence and incidence in palliative care settings. Worldwide, the prevalence in hospices varies between 13.0% and 47.0%, while the only Italian study, of Hendrichova and colleagues, documented a prevalence rate of 22.9% and an incidence rate of 6.7%. There is a lack of data about variables significantly associated with the occurrence of pressure ulcers in Hospice settings.

The data collection for this study includes the observation of the required variables during the normal course of the care activities and the subsequent detection of the same through a computerized procedure, standard/identical for all the structures involved. The multicenter study will involve Hospice located in the province of Rome. The sample size to be achieved at the end of six months provided for data collection, will be at least 280 patients.

National data of point prevalence and cumulative incidence on pressure ulcers in Hospice. Predictive factors and/or variables associated with the occurrence of pressure ulcers.

Key words: Pressure ulcers, palliative care, advanced ill patients, wound care, hospice, nursing, multicentric study.

3. BACKGROUND

I pazienti in Cure Palliative (CP), oltre alla progressiva perdita delle loro funzioni fisiologiche e di autonomia, sono esposti anche a numerose comorbilità, tra cui la malnutrizione, l'anemia, le alterazioni metaboliche, le infezioni opportunistiche e le complicanze dovute alla malattia terminale e al suo trattamento.^[1-3] La letteratura riconosce le persone con malattia avanzata come la coorte di popolazione con la più alta prevalenza per tutte le classi di lesioni^[1,4,5] e, in particolare, le Lesioni da Pressione (LP) dimostrano la più alta prevalenza proprio nei pazienti in CP.^[6-9]

La LP è "un'area localizzata di danno tissutale, causata da forze di pressione, trazione, frizione, o da una combinazione di questi fattori, che può insorgere potenzialmente in qualsiasi parte dell'organismo, ma che più comunemente si sviluppa in corrispondenza di prominenze ossee". [10] Le sedi anatomiche di insorgenza di LP più comuni sono l'osso sacro, il tallone, il trocantere, la cresta iliaca, la spalla ed il gomito. [11-13] Il sistema di classificazione NPUAP/EPUAP/PPPIA, [10] individua quattro stadi di LP a seconda della loro gravità e ulteriori due per le lesioni non stadiabili. I tipi di LP variano da un eritema non sbiancante (arrossamento persistente) di cute intatta (stadio I), ad un'ulcera aperta e poco profonda (stadio II)

con un letto 'pulito' della ferita, ad un'ulcera più grave con perdita di tessuto a tutto spessore (stadio III) o che coinvolge anche tendini, muscoli e ossa (stadio IV). Altri due stadi sono stati aggiunti per i casi in cui la vera profondità delle LP non può essere valutata: non stadiabili/classificati (presenza di Slough) e in cui si sospetta una lesione dei tessuti profondi (zona localizzata viola o marrone di pelle intatta scolorita, escara).

I pazienti con malattia avanzata in CP sono considerati ad altissimo rischio di sviluppo di LP a causa delle loro condizioni di mobilità limitata e alterazioni della perfusione tissutale dovute a posizioni antalgiche obbligate, dispnea, edema, conseguenze della sindrome anoressia-cachessia e della percezione sensoriale alterata legata all'analgesia. [14-18] Sebbene multipli siano i fattori di rischio che contribuiscono allo sviluppo di una LP, la letteratura ha identificato l'incapacità di riposizionarsi a letto (immobilità), come quello necessario. [10,19,20] I fattori di rischio intrinseci includono anche, la compromissione sensoriale (dolore e discomfort), la disidratazione, l'umidità della pelle e la temperatura, [7,17,21-24] che possono venir potenziati dalla bassa perfusione cutanea, [25,26] dall'età avanzata e da uno scadente performance status. [19,27] I fattori estrinseci includono la pressione, il taglio e la frizione. [10,13,19,23]

L'impatto negativo delle LP sulla Qualità di vita (QoL) dei pazienti con malattia avanzata è ben documentato e rappresenta per loro un aggravamento di una già complessa situazione.

[6,14] I pazienti con LP esperiscono dolore come disturbo principale e quasi sempre presente, in combinazione con l'odore della lesione e suo essudato, disturbi del sonno, incapacità di assumere posizioni comode, l'imposizione di restrizioni fisiche e una varietà di problemi emotivi.

[17,28-30] Inoltre le LP sono la causa diretta di un maggior carico assistenziale, di ospedalizzazione, di morte

[31-35] e di importanti oneri finanziari per le organizzazioni sanitarie.

[36-39]

3.1 Razionale

In letteratura si trova un ampio consenso circa l'importanza di concentrare gli sforzi organizzativi e clinici nella prevenzione delle LP, [40] quest'ultima riconosciuta come una responsabilità essenziale degli Infermieri in tutte le strutture sanitarie. [41-43] Un assunto fondamentale delle CP e del derivante modello di erogazione dell'assistenza, è quello che considera il paziente ed il/i suo/i caregiver/s come una parte integrante del Team multidisciplinare con cui condividere tutti i passaggi del processo clinico-assistenziale, dall'accertamento alla definizione di obiettivi comuni, passando attraverso gli interventi da implementare. [17] Relativamente alle LP quindi, il compito principale degli infermieri di CP nei confronti della diade paziente/caregiver, [44,45] sarà quello di informarli, prepararli e supportarli adeguatamente coinvolgendoli in tutte le decisioni riguardo alle strategie di prevenzione e ai possibili trattamenti, con particolare attenzione ai livelli di QoL e di benessere del paziente. [7,14]

Gli obiettivi dei professionisti sanitari in CP sono quelli di bilanciare la migliore strategia di prevenzione delle lesioni e, se una LP è presente, il suo 'mantenimento'^[7] o progresso verso la guarigione, con una particolare attenzione per la promozione della dignità, comfort e QoL del paziente.^[8,14,17,46] Vi è comunque un ampio consenso fra gli esperti di lesioni nell'affermare che nelle condizioni di fine vita, non tutte le LP sono evitabili e anche se la pressione sul sito anatomico a rischio viene sufficientemente ridotta, la pelle non sopravvive rendendo la prevenzione un obiettivo irrealistico.^[4,18,47,48]

Anche se i pazienti con malattia in stadio avanzato sono ad alto rischio di LP, $^{[1,49]}$ pochi sono i dati relativi alla prevalenza e incidenza del fenomeno nei setting di CP. $^{[1,46]}$ A livello internazionale, la prevalenza di LP negli Hospice varia tra il 13.0% e il 47.0%, $^{[4,5,10,50]}$ mentre l'unico studio italiano, di Hendrichova e colleghi, $^{[51]}$ ha documentato una prevalenza del 22,9% ed un'incidenza del 6.7%. Gli studi in CP che hanno evidenziato delle variabili risultate significativamente associate all'insorgenza di LP, sono stati tutti con-

dotti in setting di CP domiciliari, [52-54] mentre mancano analoghi dati relativamente a campioni di pazienti ricoverati in Hospice. Le caratteristiche dei pazienti emerse come variabili associate alle LP sono state: l'età, il genere, l'inabilità di mantenere la posizione supina, la presenza di catetere o stomia urinari, il punteggio della Scheda delle Activities of Daily Living (ADL), quello della scheda Braden, gli indici del Body Mass Index (BMI) e della Karnofsky Performance Scale (KPS), così come una storia di pregresse LP.[52-54]

Questo studio si propone di descrivere e analizzare la prevalenza e l'incidenza di LP nei pazienti assistiti in Hospice con particolare riferimento alle variabili predittive d'insorgenza.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo primario

Documentare la prevalenza puntuale e l'incidenza cumulativa di lesioni da pressione in pazienti con malattia in stadio avanzato ricoverati in Hospice.

Obiettivo secondario

Analizzare l'associazione tra le caratteristiche dei partecipanti e le lesioni da pressione ed il loro potere predittivo.

Indicatori:

- 1.1 Coinvolgimento di strutture Hospice a Roma e provincia;
- 1.2 Arruolamento, al termine dei 6 mesi previsti per la raccolta dati, di almeno 280 pazienti;
- 1.3 Risultati intermedi della raccolta dati dopo 3 mesi dall'inizio dello studio;
- 2.1 Dati della Prevalenza Puntuale e Incidenza Cumulativa:
- 2.2 Dati di significatività delle variabili dicotomiche scelte, attraverso delle regressioni logistiche uni- e multivariate.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

Studio osservazionale multicentrico longitudinale.

5.1 Popolazione

5.1.1 Campione

Lo studio prevede l'arruolamento consecutivo di tutti i pazienti presi in carico in ogni Hospice nel periodo interessato dallo studio.

5.1.2 Criteri di inclusione/esclusione

Verranno inclusi nello studio i pazienti:con età > di 18 anni;che esprimono il proprio consenso informato allo studio in maniera autonoma, attraverso il loro Legale rappresentante o il caregiver di riferimento individuato dalla struttura.

5.2 Durata dello studio

La dimensione campionaria è stata calcolata attraverso la formula (Figura 1) che considera i dati di prevalenza delle LP in Italia (22,9%⁵¹ e 24,4%⁵⁴), un livello di confidenza del 95% ed una varianza del 5% (precisione assoluta desiderata). Il raggiungimento della numerosità campionaria minima così ottenuta

(>280 soggetti), è un parametro che verrà richiesto per l'insieme degli hospice coinvolti. Al fine di raggiungere la numerosità desiderata si decide per una lunghezza dello studio della durata di 6 mesi in ogni sede, calcolata sulla base del numero di posti letto degli Hospice (totale >40 posti letto) e della media italiana dei giorni di degenza in Hospice (ca. 21 giorni⁵⁵), con inizio verosimilmente nel mese di Novembre 2018 e termine nel mese di Aprile 2019.

FIGURA 1. FORMULA PER DETERMINARE LA DIMENSIONE DEL CAMPIONE.

$$n = \frac{1,96^2 * 0,24 * (1-0,24)}{0,05^2} = 280,3$$

5.3 Raccolta dati

Lo svolgimento dello studio passerà attraverso due fasi successive. In una prima fase, propedeutica all'espletamento della seconda, ai Responsabili degli Hospice verrà chiesto di fornire i dati relativi a:

- 1. Caratteristiche della Struttura di appartenenza (Figura 2);
- 2. Identificazione e contatti del Responsabile della struttura, del Referente per lo studio che coordinerà le attività di raccolta dati a livello locale e di tutti gli Infermieri Abilitati all'inserimento (Figura 2).

FIGURA 2. DESCRIZIONE SCHEDE HOSPICE

		Qualificative	Denomina- zione	Ubicazione					
	1. Caratteristiche della Struttura	Operative	Tipologia operatori	Numerosità	Ore lavorative	Numero posti letto			
Schede		Dispositivi/ interventi	Sistemi di ridistribuzione della pressione	Fruibilità	Strategie da prevenzione adottate				
		Responsabile di Struttura							
	2. Dati Operatori	Referente studio/ Coordinatore locale	Ruolo (Re	esponsabile, Coor	ne, Data di nascita; dinatore, Infermie no, Mail.				
		Infermieri abilitati							

5.4 Strumento di rilevazione web

Nella successiva fase 2, è prevista una modalità di raccolta dati unica ed uguale per ogni struttura partecipante. L'inserimento dei dati del paziente verrà supportato da una piattaforma web già predisposta specificatamente per questo scopo e accessibile da qualunque dispositivo (pc, tablet, cellulare, ...) con collegamento internet. La modalità con cui verranno trasferiti e immagazzinati i dati raccolti è stata accuratamente scelta al fine di garantire sicurezza e anonimato, sia durante la fase di accesso alla piattaforma, attraverso un numero di identificazione univoco (ID) e una password, sia durante la fase di inserimento e trasferimento dei dati attraverso un processo di loro criptazione. L'ambiente web cui si accede per l'inserimento dei dati rilevati sul paziente è stato concepito affinché il suo utilizzo risulti il più semplice ed intuitivo possibile, limitando i campi da compilare a quelli necessari per lo studio.

La piattaforma web si compone di quattro schede: la prima - "Anagrafica Pazienti" - e la seconda - "Rilevazione" - sono dedicate ai dati del paziente; la terza - "Programmazione" - destinata al timing delle rilevazioni; la quarta - "Amministrazione" - relativa alle informazioni in forma grafica dei dati raccolti.

5.5 Schede di raccolta e consultazione dati

Schede di raccolta dati del paziente (Figura 3):

- "Anagrafica Pazienti" (da compilare al momento della presa in carico in Hospice e della dimissione/decesso);
- "Rilevazione" (da compilare al momento della presa in carico e durante la degenza in Hospice secondo le modalità descritte al paragrafo 5.6).

FIGURA 3. DESCRIZIONE SCHEDE PAZIENTI

	1.		Nome, Cognome, Data di nascita, Genere	
	Scheda 'Anagrafica		Diagnosi principale	Classificazione secondo Maida e co. (2008)1
	Pazienti'		Data e Motivo fine presa in carico	Dimissione/Decesso
		2.a.	[Data rilevazione*], Selezione del paziente	*Campo non modificabile e precompilato con la data del giorno in corso
Schede paziente		Selezione Paziente	Fattori di rischio/protettivi: ¹⁰ - Catetere/stomia urinari - NPT/NET in corso - Sedazione continuativa	Sì/No Sì/No Sì/No
	2.	2.b. Braden	6 Items	Bergstrom et al. (1987) ⁵⁷
	Scheda 'Rileva-	2.c. ESAS	10 Items	Moro et al. (2006) ⁵⁸
	zione'	2.d. Karnofsky	4 Items	Yates et al. (1980) ⁵⁹
		2.e. Lesioni	Presenza Lesioni (Sì, No, Non valutabile¥), Sede, Stadio§	*Non valutabile =Parte anato- mica non osservabile \$NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014) ¹⁰
		2.f. Interventi	15 Items	Scelta multipla
		2.g. Riepilogo	Tutti i dati inseriti vengono riepilo ed eventualmente ancora modifica "Conferma" che chiude la se	re, prima di premere il tasto

5.6 Modalità d'uso dello strumento

La prima compilazione della scheda 'Rilevazione' dovrà avvenire al momento della presa in carico del paziente e successivamente dovrà essere ripetuta obbligatoriamente almeno ogni 4 giorni, ovvero ogni qual volta l'infermiere, durante le routinarie attività assistenziali giornaliere, rilevi un cambiamento significativo (nuova lesione o miglioramento, peggioramento, guarigione di una LP già presente).^[10]

L'intervallo temporale di rilevazione obbligatorio ogni 4 giorni, in assenza di cambiamenti significativi tra le rilevazioni, risulta adeguato sia per studiare il fenomeno in esame che per evitare un onere di rilevamento troppo alto a carico degli operatori. La rilevazione andrà eseguita preferibilmente subito dopo aver lasciato la stanza del paziente per non incorrere nella possibilità di perdere delle informazioni dal momento dell'osservazione a quello dell'inserimento dei dati (bias). La procedura guidata di inserimento dati nella scheda 'Rilevazione', propone all'infermiere un percorso obbligato di maschere e di relativi items da inserire che permetterà un controllo quasi totale degli errori operatore-dipendenti in quanto prevede dei campi obbligatori e con opzioni di scelta chiuse (sì/no; campi a tendina). Inoltre, alla fine della procedura si propone un riepilogo dei dati inseriti; prima della conferma e invio definitivo, si potranno ancora apportare eventuali modifiche. Nel caso invece di una compilazione non corretta degli items delle varie maschere, messaggi di aiuto appariranno in tempo reale in sovraimpressione. I campi potenzialmente compilabili sono 42 (di cui solo 18 obbligatori) con un tempo previsto per il completamento della procedura di inserimento dati di 3-5 minuti a seconda della quantità di informazioni da inserire.

In ogni struttura verrà identificato il Referente locale per lo studio e gli Infermieri abilitati all'inserimento dati. Essi verranno istruiti sulle modalità di accesso alla piattaforma web e alle varie sezioni ad essi dedicate, nonché sulla corretta modalità di compilazione dei campi (Items) richiesti in ogni maschera.

5.6.1 Test Pilota

Per stabilire la comprensibilità e la facilità d'uso della piattaforma Web, sia in termini intuitivi che di velocità di compilazione, verrà inizialmente eseguito un Test pilota da parte di un *panel* composto da infermieri esperti e dai coordinatori dello studio.

5.7 Analisi statistiche

Il calcolo della Prevalenza Puntuale (%) e dell'Incidenza Cumulativa (%) definite secondo Baharestani e colleghi^[60] (Figura 4).

FIGURA 4. DEFINIZIONI DI PREVALENZA PUNTUALE E INCIDENZA CUMULATIVA

Prevalenza Puntuale (%)

_ Nr. di pazienti con una LP di qualunque stadio al momento del ricovero x 100

Totale dei pazienti nella popolazione studiata, durante uno specifico periodo di tempo

Incidenza Cumulativa (%)

Nr. di pazienti che hanno sviluppato una nuova LP di qualunque stadio durante uno specifico periodo di tempo x 100

Totale dei pazienti nella popolazione studiata, nel corso di uno specifico periodo di tempo

Il grado di normalità della distribuzione delle variabili continue verrà preliminarmente verificato con il Test di Kolmogorov-Smirnov. Le variabili relative ai pazienti e alle LP verranno esaminate applicando la statistica descrittiva ed un Intervallo di Confidenza del 95% (95%IC). Il rischio di presentare una LP verrà espresso attraverso il Rischio Relativo (RR), adottando i modelli di regressione logistica sia uni- che multivariati. Il test di Hosmer-Lemeshow verrà usato per la sua capacità di stimare in che misura il modello si adatta ai dati analizzati. Il livello di significatività statistica è stato fissato a $\rho \le 0.0$.

Per l'analisi statistica verrà utilizzato SPSS (versione 22.00, SPSS, Chicago).

5.8 Considerazioni etiche

Lo studio verrà condotto in accordo con i principi della dichiarazione di Helsinki e nel rispetto della normativa vigente sulle sperimentazioni cliniche. Prima di iniziare lo studio, sarà ottenuta l'approvazione del Comitato Etico dell'Università Campus Bio-Medico di Roma.

Prima di qualunque raccolta di informazioni il ricercatore incaricato o un Suo delegato spiegherà la natura dell'indagine ai pazienti arruolati di ogni struttura e ne chiederà l'autorizzazione. Una copia dell'autorizzazione datata e firmata verrà conservata agli atti dal ricercatore.

Al fine di ottemperare alle disposizioni di legge riguardo alla privacy e al trattamento dei dati personali e sensibili (D.Lgs. 30-06-2003 n. 196 relativo alla protezione dei dati personali; linee guida Garante Privacy del 24-07-2008) a ciascun paziente, al suo Legale rappresentante o al caregiver di riferimento individuato dalla struttura, sarà resa un'informativa sullo studio in oggetto e chiesto il consenso informato scritto, che sarà responsabilità di ogni sperimentatore raccogliere. La partecipazione sarà anonima e volontaria.

6. RISULTATI ATTESI

La rilevanza del presente studio è notevole per:

- La specificità del problema trattato. Le Lesioni da Pressione sono considerate un problema infermieristico ed hanno un pesante impatto sulla qualità della vita dei pazienti che ne sono affetti. Le importanti percentuali di incidenza e prevalenza di Lesioni da Pressione in Hospice attualmente note
 suggeriscono l'obbligo di mantenere alta l'attenzione su questo problema anche in questo particolare
 setting assistenziale.
- 2. Il rigore metodologico del suo disegno.
- 3. Il team di progetto che prevede la presenza di persone con alta competenza specifica sia a livello scientifico (team di ricerca) che a livello professionale (personale Hospice).
- 4. La sua potenzialità di offrire una vasta base di dati per lo sviluppo di ricerche sulle Lesioni da pressione nell'ambito specifico. Ottenere dati da diversi hospice a livello provinciale può aiutare a comprendere l'entità del fenomeno e fornire fondamentali indicazioni per un'appropriata prevenzione e gestione delle lesioni da pressione.

L'organizzazione di un evento finale, che coinvolga tutte le strutture partecipanti, per la restituzione dei risultati emersi sia a livello generale che locale, può contribuire efficacemente a creare una rete provinciale dei centri di cure palliative che continui a collaborare anche in comuni progetti futuri.

I risultati saranno presentati a convegni o congressi per diffondere i risultati su scala nazionale e internazionale tra i professionisti sanitari impegnati nelle cure palliative. Saranno inoltre presentati nel report

POLO DELLA RICERCA SCIENTIFICA

scientifico del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica e nella conferenza dello stesso.

Le pubblicazioni scientifiche che saranno prodotte verranno inviate per pubblicazione a riviste internazionali o nazionali del settore.

Ogni pubblicazione riporterà insieme agli autori la spe0cifica indicazione del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) negli spazi previsti.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione Attività / Progetti di Ricerca	Soggetti coivolti	Durata
1.	Istruzione team assistenziali degli Hospice partecipanti sui significati dei termini, corretto utilizzo delle scale e sistemi di classificazione delle UP.	Coordinatori e Project team	Maggio - Luglio 2018
2.	Istruzione team assistenziali degli Hospice partecipanti sulla procedura di arruolamento dei pazienti e successiva raccolta dati attraverso una piattaforma web dedicata.	Coordinatori e Project team	Agosto - Ottobre 2018
3.	Inizio dello studio multicentrico, supporto agli operatori abilitati ad accedere alla piattaforma web e controllo della correttezza nella procedura di raccolta dati secondo quanto prevede il protocollo dello studio stesso.	Coordinatori e Project team	Novembre 2018 - Aprile 2019
4.	Prima analisi dei dati raccolti (trimestrale).	Coordinatori, Project team	Gennaio - Febbraio 2019
5.	Analisi ed elaborazioni dei dati finali (semestrale)	Coordinatori, Project team	Maggio - Giugno 2019
6.	Organizzazione di un convegno di presentazione dei risultati preliminari dello studio a tutti i centri Hospice coinvolti		Luglio-Settembre 2019
7.	Stesura dei report di ricerca	Coordinatori e Project team	Ottobre - Dicembre 2019
8.	Pubblicazione dei risultati	Coordinatori, Project team	Gennaio - Marzo 2020
9.	Chiusura progetto	Coordinatori, Project team	Aprile 2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

		2018												20	19						2020				
	Мад	Giu	Lug	Ago	Sett	#O	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Мад	Giu	Lug	Ago	Sett	#O	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	
Istruzione team assistenziali Hospice 1	•	•	•																						
Istruzione team assistenziali Hospice 2				•	•	•																			
Raccolta dati							•	•	•	•	•	•													
Supporto operatori abilitati							•	•	•	•	•	•													
Controllo correttezza raccolta dati secondo Protocollo							•	•	•	•	•	•													
Analisi dati (1° trimestre)									•	•															
Analisi dati finali													•	•											
Convegno															•	•	•								
Stesura report ricerca																		•	•	•					
Pubblicazione finale																					•	•	•		
Chiusura progetto																								•	

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Maida V, Corbo M, Dolzhykov M, et al. Wounds in advanced illness: a prevalence and incidence study based on a prospective case series. *International Wound Journal* 2008; 5: 305-314.
- 2. Langemo DK. When the goal is palliative care. Advances in Skin & Wound Care 2006; 19: 148-154. Review.
- 3. Barnabé C and Daeninck P. "Beauty is only skin deep": prevalence of dermatologic disease on a palliative care unit. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005; 29: 419-422.
- 4. Tippett AW. Wounds at the end of life. Wounds 2005; 17: 91-98. Review.
- 5. Reifsnyder J and Magee HS. Development of pressure ulcers in patients receiving home hospice care. *Wounds: A Compendium of Clinical Research & Practice* 2005; 17: 74-79 76p.
- 6. Maida V and Corban J. Wound healing isn't everything. Int Wound J 2013; 10: 117.
- 7. Maida V, Ennis M and Corban J. Wound outcomes in patients with advanced illness. Int Wound J 2012; 9: 683-692.
- 8. Langemo DK and Black J. Pressure ulcers in individuals receiving palliative care: a National Pressure Ulcer Advisory Panel white paper. *AdvSkinWound Care* 2010; 23: 59-72.
- 9. Langemo D, Anderson J, Hanson D, et al. Understanding palliative wound care. Nursing 2016 2007; 37: 65-66.
- 10. Haesler E. National pressure ulcer advisory panel, european pressure ulcer advisory panel and pan pacific pressure injury alliance. *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference quide [Internet]* 2014.
- 11. Joyce P, Moore ZEH, Christie J, et al. Organisation of health services for preventing and treating pressure ulcers. *The Cochrane Library* 2016.
- 12. Moore Z, Johanssen E and Van Etten M. A review of PU prevalence and incidence across Scandinavia, Iceland and Ireland (part I). *Journal of Wound Care* 2013; 22: 361-368. Review.
- 13. Moore Z and Cowman S. Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland. *J ClinNurs* 2012; 21: 362-371.
- 14. Langemo D, Haesler E, Naylor W, et al. Evidence-based guidelines for pressure ulcer management at the end of life. *Int J Palliat Nurs* 2015; 21: 225-232.
- 15. White-Chu EF and Reddy M. Pressure ulcer prevention in patients with advanced illness. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2013; 7: 111-115.
- 16. Stephen-Haynes J. Pressure ulceration and palliative care: prevention, treatment, policy and outcomes. *Int J Palliat Nurs* 2012; 18: 9-16.
- 17. Nenna M. Pressure ulcers at end of life: an overview for home care and hospice clinicians. *Home Healthc Nurse* 2011; 29: 350-365; quiz 366-357.
- 18. Langemo DK and Brown G. Skin fails too: acute, chronic, and end-stage skin failure. *Adv Skin Wound Care* 2006; 19: 206-211.
- 19. Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2013; 50: 974-1003. Review.
- 20. Moore Z, Cowman S, Conroy RM. A randomized controlled clinical trial of repositioning, using the 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 20(17-18): 2633 44.
- 21. Ahn H, Cowan L, Garvan C, et al. Risk Factors for Pressure Ulcers Including Suspected Deep Tissue Injury in Nursing Home Facility Residents: Analysis of National Minimum Data Set 3.0. Advances in Skin & Wound Care 2016; 29: 178-190.
- 22. Yusuf S, Okuwa M, Shigeta Y, et al. Microclimate and development of pressure ulcers and superficial skin changes. *International Wound Journal* 2015; 12: 40-46.
- 23. National Institute for Health and Care Excellence. Pressure ulcer prevention and management. (Clinical guideline 179.) 2014. http://guidance.nice.org.uk/CG179.
- 24. Fogerty MD, Abumrad NN, Nanney L, et al. Risk factors for pressure ulcers in acute care hospitals. *Wound Repair and Regeneration* 2008; 16: 11-18.
- 25. Liao F, Burns S and Jan YK. Skin blood flow dynamics and its role in pressure ulcers. *Journal of Tissue Viability* 2013; 22: 25-36.

- 26. Demidova-Rice TN, Hamblin MR, Herman IM. Acute and impaired wound healing: pathophysiology and current methods for drug delivery, part 1: normal and chronic wounds: biology, causes, and approaches to care. *Advances in Skin & Wound Care* 2012; 25: 304–14.
- 27. Henoch I and Gustafsson M. Pressure ulcers in palliative care: development of a hospice pressure ulcer risk assessment scale. *Int J PalliatNurs* 2003; 9:474-84.
- 28. Maida V, Ennis M, Kuziemsky C, et al. Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series. *Journal of Pain and Symptom Management* 2009; 37: 206-211.
- 29. Maida V, Ennis M and Kuziemsky C. The Toronto Symptom Assessment System for Wounds: a new clinical and research tool. *Advances in Skin &Wound Care* 2009; 22: 468-474.
- 30. Brechtl JR, Murshed S, Homel P, et al. Monitoring symptoms in patients with advanced illness in long-term care: a pilot study. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006; 32: 168-174.
- 31. Marchione FG, Araujo LM and Araujo LV. Approaches that use software to support the prevention of pressure ulcer: A systematic review. *Int J MedInform* 2015; 84: 725-736.
- 32. Stevenson R, Collinson M, Henderson V, et al. The prevalence of pressure ulcers in community settings: an observational study. *Int J Nurs Stud* 2013; 50: 1550-1557.
- 33. Maida V, Ennis M, Kuziemsky C, et al. Wounds and survival in cancer patients. Eur J Cancer 2009; 45: 3237-3244.
- 34. Posnett J, Gottrup F, Lundgren H, et al. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *Journal of Wound Care* 2009; 18: 154-161.
- 35. Brown G. Long-term outcomes of full-thickness pressure ulcers: healing and mortality. *Ostomy/wound management* 2003; 49: 42-50.
- 36. Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2015; 52: 1754-1774.
- 37. Dealey C, Posnett J and Walker A. The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *Journal of Wound Care* 2012; 21: 261-266.
- 38. Schuurman JP, Schoonhoven L. "Economic evaluation of pressure ulcer care: a cost minimization analysis of preventive strategies." Nurs Econ 2009; 27(6): 390-400.
- 39. Berlowitz DR and Frantz RA. Implementing Best Practices in Pressure Ulcer Care: The Role of Continuous Quality Improvement. Journal of the American Medical Directors Association 2007; 8: S37-S41.
- 40. Palfreyman SJ and Stone PWA. A systematic review of economic evaluations assessing interventions aimed at preventing or treating pressure ulcers. *Int J Nurs Stud* 2014; (14):161-8.
- 41. Bradford NK. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults-A Cochrane review. Int J Nurs Pract 2016; 22: 108-109.
- 42. Athlin E, Idvall E, Jernfält M, et al. Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: Perceptions of hospital and community care nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19: 2252-2258.
- 43. Bolton LB, Donaldson NE, Rutledge DN, et al. The impact of nursing interventions: Overview of effective interventions, outcomes, measures, and priorities for future research. *Medical Care Research and Review* 2007; 64: 123S-143S.
- 44. Li Q and Loke AY. A Preliminary Conceptual Framework for Cancer Couple Dyads: Live with Love. *Cancer Nursing* 2015; 38: E27-E36.
- 45. Harding R, Epiphaniou E, Hamilton D, et al. What are the perceived needs and challenges of informal caregivers in home cancer palliative care? Qualitative data to construct a feasible psycho-educational intervention. Supportive Care in Cancer 2012; 20: 1975-1982.
- 46. Langemo D. General principles and approaches to wound prevention and care at end of life: an overview. *Ostomy Wound Manage* 2012; 58: 24-26, 28, 30 passim.
- 47. Alvarez OM, Brindle CT, Langemo D, et al. The VCU Pressure Ulcer Summit: The Search for a Clearer Understanding and More Precise Clinical Definition of the Unavoidable Pressure Injury. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2016; 43: 455-463.
- 48. Trombley K, Brennan MR, Thomas L, et al. Prelude to death or practice failure? Trombley-Brennan terminal tissue injuries. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*® 2012; 29: 541-545.



- 49. Maida V, Ennis M and Kesthely C. Clinical parameters associated with pressure ulcer healing in patients with advanced illness. *Journal of Pain and Symptom Management* 2014; 47: 1035-1042.
- 50. Galvin J. An audit of pressure ulcer incidence in a palliative care setting. *International Journal of Palliative Nursing* 2002; 8: 214-221 216p.
- 51. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliat Med* 2010; 24: 669-673.
- 52. Brink P, Smith T. and Linkewich B. Factors associated with pressure ulcers in palliative home care. *Journal of Palliative Medicine* 2006; 9: 1369-1375.
- 53. Queiroz AC, Mota DD, Bachion MM, et al. [Pressure ulcers in palliative home care patients: prevalence and characteristics]. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48: 264-271.
- 54. Artico M, Dante A, D'Angelo et al. Pressure Ulcers in Palliative Home Care: prevalence, incidence and associated factors.
- 55. Zucco F. Hospice in Italia, seconda rilevazione ufficiale. Medica editoria e Diffusione scientifica, Milano 2010.
- 56. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SE, et al. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 9: CD001735.
- 57. Bergstrom N, BradenBJ, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research* 1987; 36: 205–210.
- 58. Moro C, Brunelli C, Miccinesi G, et al. Edmonton symptom assessment scale: Italian validation in two palliative care settings. Supportive Care in Cancer 2006; 14: 30-37.
- 59. Yates JW, Chalmer B and McKegney FP. Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. *Cancer* 1980; 45: 2220-2224.
- 60. Baharestani MM, Black JM, Carville K, et al. Dilemmas in measuring and using pressure ulcer prevalence and incidence: An international consensus. *International Wound Journal* 2009; 6: 97-104.



TITOLO SINTETICO:

LE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE DEL LIBERO PROFESSIONISTA RISPETTO ALLA COMPLESSITÀ DELLE CURE

COORDINATORE PROGETTO

RESPONSABILE DEL POLO

F. Scerbo

G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

Valutazione della capacità del SSN di rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extraistituzionale del cittadino e prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infermiere in base alla complessità di cure richieste. FASE 2.

Evaluation of the ability of the INHS (Italian National Health Service) to respond to the requests for health services in an extra-institutionalized setting for the public and nursing services performed by the freelance nurse based on the complexity of the care required. PHASE 2.

2. ABSTRACT

L'assistenza infermieristica esercitata in regime libero-professionale rappresenta, nell'attuale contesto sanitario nazionale, un fenomeno in continua crescita, segno di ulteriore consolidamento della professione infermieristica nel tessuto sociale.

Secondo un'indagine del Censis^[1] (commissionata da OPI Roma ed ENPAPI) nel 2016, oltre 12,6 milioni di italiani si sono rivolti a un infermiere privatamente pagando di tasca propria. Circa 7,8 milioni per una prestazione una tantum, 2,3 milioni per avere assistenza prolungata nel tempo, 2,5 milioni per avere sia assistenza prolungata nel tempo sia prestazioni una tantum. Un mercato di 6,2 miliardi di euro, destinato a crescere per ragioni diverse quali la cronicità in aumento, i deficit del Servizio sanitario nell'assistenza territoriale e a domicilio.

La professione infermieristica si caratterizza come professione intellettuale ai sensi dell'art. 2229 del Codice Civile. Il campo proprio dell'attività dell'infermiere, ai sensi dell'art. 1 comma 2 della legge 42/99 è determinato dal profilo professionale, dal codice deontologico e dagli ordinamenti didattici della formazione di base e post base. Fino ai primi anni novanta, la domanda di assistenza infermieristica proveniva quasi esclusivamente da strutture assistenziali ospedaliere sia pubbliche che private e la richiesta era sempre superiore al numero di Infermieri diplomati. In questi anni le attività di assistenza infermieristica richieste dal cittadino, fuori dal regime di ricovero, venivano per lo più garantite dagli stessi Infermieri già dipendenti di una struttura pubblica o privata, determinando lavoro sommerso. Nell'assistenza territoriale le prestazioni sanitarie riferibili alle attività infermieristiche non sono identificabili e codificate in base alla tipologia di attività richieste per rispondere ai bisogni di assistenza del cittadino. Due sono le conseguenze negative della mancata individuazione delle prestazioni in numerose aree dei livelli essenziali di assistenza: a) la difficoltà di fissare standard qualitativi e quantitativi b) determinare la remunerazione degli erogatori.

Lo scopo di questo progetto di ricerca ha come obiettivo finale quello di valutazione la capacità del SSN nel rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extraistituzionale del cittadino e successivamente analizzare le prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infer-



miere in base alla complessità di cure richieste.

Parole chiave: Diagnosi infermieristiche, assistenza territoriale, assistenza domiciliare, bisogni di salute.

The nursing care practiced as a freelance endeavour represents, in the current national health context, a phenomenon in continuous growth, a sign of further consolidation of the nursing profession in the social fabric.

According to a Censis^[1] survey (commissioned by OPI- Rome and ENPAPI) in 2016, over 12.6 million Italians have turned to a nurse privately by paying out of pockets. About 7.8 million for a one-off service, 2.3 million for prolonged assistance, 2.5 million to have both care extended over time and one-off benefits. A market of 6.2 billion euros, destined to grow for different reasons such as increasing chronicity, health service deficits in territorial and home assistance.

The nursing profession is characterized as an intellectual profession pursuant to article 2229 of the Civil Code. The proper field of the nurse's activity, pursuant to art. 1 paragraph 2 of Law 42/99 is determined by the professional profile, the deontological code and the teaching regulations of basic and post-basic training. Until the early nineties, the demand for nursing care came almost exclusively from public and private hospital care facilities and the demand was always higher than the number of registered nurses. In those years the nursing assistance activities requested by the citizen, outside the hospitalization regime, were mostly guaranteed by the nurses themselves already employed by a public or private structure, causing undeclared work. In territorial assistance, health services related to nursing activities cannot be identified and coded based on the type of activities required to meet the citizen's need for assistance. There are two negative consequences of the failure to identify the benefits in numerous areas of the essential assistance levels: a) the difficulty of setting qualitative and quantitative standards b) determining the remuneration of the providers.

The purpose of this research project is the evaluation of the ability of the INHS to respond to the requests for health services in an extra-institutionalized setting and subsequently to analyze the nursing services performed by the freelance nurse based on the complexity of care required.

Keywords: Nursing diagnoses, territorial assistance, home care, health needs

3. BACKGROUND

L'assistenza infermieristica esercitata in regime libero-professionale rappresenta, nell'attuale contesto sanitario nazionale, un fenomeno in continua crescita, segno di ulteriore consolidamento della professione infermieristica nel tessuto sociale.

Secondo un'indagine del Censis (commissionata da OPI Roma ed ENPAPI) nel 2016, oltre 12,6 milioni di italiani si sono rivolti a un infermiere privatamente pagando di tasca propria. Circa 7,8 milioni per una prestazione una tantum, 2,3 milioni per avere assistenza prolungata nel tempo, 2,5 milioni per avere sia assistenza prolungata nel tempo sia prestazioni una tantum. Un mercato di 6,2 miliardi di euro, destinato a crescere per ragioni diverse quali la cronicità in aumento, i deficit del Servizio sanitario nell'assistenza territoriale e a domicilio.

La professione infermieristica si caratterizza come professione intellettuale ai sensi dell'art. 2229 del Codice Civile. Il campo proprio dell'attività dell'infermiere, ai sensi dell'art. 1 comma 2 della legge 42/99 è determinato dal profilo professionale, dal codice deontologico e dagli ordinamenti didattici della formazione di base e post base. Fino ai primi anni novanta, la domanda di assistenza infermieristica prove-

niva quasi esclusivamente da strutture assistenziali ospedaliere sia pubbliche che private e la richiesta era sempre superiore al numero di Infermieri diplomati. In questi anni le attività di assistenza infermieristica richieste dal cittadino, fuori dal regime di ricovero, venivano per lo più garantite dagli stessi Infermieri già dipendenti di una struttura pubblica o privata, determinando lavoro sommerso. Questo significa
che la sanità pubblica, che professa la centralità del paziente, fa sempre meno assistenza domiciliare
gratuita e convenzionata, e a farne le spese sono innanzitutto cronici e, appunto, malati affetti da tumori.
Sono quindi persone che improvvisamente hanno una mobilità ridotta, spesso allettati, che hanno un'alta
complessità assistenziale e necessitano di cure infermieristiche di elevata complessità e specificità. Anche
il concetto di intensità, genericamente attribuito ai Piani Assistenziali Infermieristici (PAI) domiciliari, andrebbe in realtà misurato in funzione delle specifiche esigenze del singolo paziente/contesto. Potrebbe
verificarsi l'esigenza di una bassa intensità degli interventi medici o infermieristici, ma di un'alta intensità
di quelli assistenziali o riabilitativi; possono presentarsi elevate esigenze mediche ma ridotte necessità
infermieristiche o assistenziali; in altre situazioni possono essere presenti circostanze gestibili, per esempio, con un maggiore impegno di figure attinenti all'ambito del volontariato o delle reti di comunità.

Attualmente il "Lea domiciliare" si presenta come una sorta di contenitore indistinto. Di fatto non si considera che pazienti, contesti e obiettivi degli interventi domiciliari possono essere molto diversi e non immediatamente confrontabili (case mix a differente complessità). Per esempio, il costo e gli esiti di un piano di cura centrato sulla educazione-informazione o trasferimento alla famiglia di conoscenze e competenze per atti di cura semplici, di per sé esauribile con pochi accessi di personale, sono diversi da quelli di un intervento terapeutico o palliativo ad alta o media intensità sanitaria e assistenziale, che coinvolge professionalità differenti, anche ad alta specializzazione. In altre situazioni invece il coinvolgimento di professionisti sanitari o infermieristico può essere ridondante per interventi delegabili a figure a minore contenuto professionale e minore costo.

Nell'assistenza territoriale le prestazioni sanitarie riferibili alle attività infermieristiche non sono identificabili e codificati in base alla tipologia di attività richieste per rispondere ai bisogni di assistenza del cittadino. Due sono le conseguenze negative della mancata individuazione delle prestazioni in numerose aree dei livelli essenziali di assistenza:

- La difficoltà di fissare standard qualitativi e quantitativi.
- Determinare la remunerazione degli erogatori.

Lo scopo di questo progetto di ricerca ha come obiettivo finale quello di valutare le capacità del SSN di rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extraistituzionale del cittadino e prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infermiere in base alla complessità di cure richieste.

L'analisi territoriale delle richieste non soddisfatte del cittadino da parte del SSN e l'identificazione delle prestazioni eseguite da parte dell'infermiere nel rispondere a tali esigenze possono suggerire le strategie politiche sanitarie Nazionali per la presa in cura del paziente.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Valutare la capacità del SSN di rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extraistituzionale del cittadino e prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infermiere in base alla complessità di cure richieste.

Obiettivi specifici

Struttura 1

Dopo aver analizzato nella prima fase dello studio il contesto Sanitario di riferimento (SSR) cercando di comprendere le richieste di prestazioni sanitarie del cittadino, si cercherà correlare i dati raccolti a livello nazionale. In un primo momento verrà effettuata una correlazione tra gli infermieri che lavorano nel-L'SSN e i liberi professionisti infermieri iscritti nelle varie regioni d'italia, l'OOP pro-capite nelle singole regioni e il reddito pro-capite regionale, i posti letto, i giorni di attesa (liste d'attesa) per regione. Sembrerebbe che gli infermieri liberi professionisti siano allocati maggiormente nelle regioni dove c'è più opportunità in termini economici e qualità assistenziale.

Struttura 2

In una seconda fase si correleranno le prestazioni emerse dalla prima fase dello studio ed erogate dai liberi professionisti per comprendere la tipologia di complessità assistenziale per tipologia di paziente.

Indicatori

- Questionario: indici di affidabilità e validità soddisfatti.
- Classificazione delle prestazioni assistenziali richiedeste dal cittadino soddisfatte dal libero professionista maggiore o uguale all'80%.
- Classificazione della complessità assistenziale secondo l'Indice di Complessità Assistenziale ICA^[5], NAS^[6].

5. METODOLOGIA

Campione

Infermieri libero-professionisti. Indagine su scala nazionale, campione di convenienza, i criteri di inclusione per la partecipazione allo studio prevedono che i partecipanti esercitino la loro attività presso ambulatori infermieristici, studi associati o tramite attività domiciliare.

Strumenti

Somministrazione di un questionario.

6. RISULTATI ATTESI

Rilevanza

Lo scopo di questo di progetto di ricerca ha come obiettivo finale quello di valutare la capacità del SSN di rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extraistituzionale del cittadino e prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infermiere in base alla complessità di cure richieste.

Tale progetto presenta nella sua interezza e complessità due aspetti rilevanti:

- Rilevanza per la popolazione: riuscire ad identificare e valutare la capacità del SSN di rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie e quindi il possibile bisogni non soddisfatti di salute del cittadino da parte del Servizio Sanitario Nazionale (o Regionale). La programmazione Sanitaria territoriale e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono sempre più carenti e non concentrati sul reale bisogno di salute da parte del cittadino.
- 1. *Rilevanza per il professionista*: evidenzia l'importanza del professionista infermiere che operando in regime libero professionale riesce a rispondere alle richieste del cittadino limitando le carenze del Servizio Sanitario Nazionale. Nel palcoscenico attuale dove il professionista lavora per prestazioni,

tale progetto di ricerca crea i presupposti per lavorare e ragionare nell'ottica delle complessità assistenziali, sdoganando l'infermiere dal mero concetto di "esecutore di mansioni o prestazioni" e orientandolo verso il professionista che lavora con scienza e coscienza sulle complessità assistenziali del paziente.

L'analisi territoriale delle richieste non soddisfatte del cittadino da parte del SSN ma previste dai LEA e l'identificazione delle prestazioni eseguite da parte dell'Infermiere nel rispondere a tali esigenze possono suggerire le strategie politiche sanitarie Nazionali per la presa in cura del paziente. È tanto chiaro quanto evidente che il cittadino colloca la figura dell'infermiere come attore principale del suo percorso di assistenza e cura.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
1.	Analisi di sfondo	Coordinatori	01/04/2019 - 01/06/2019
2.	Analisi dei dati_1	Coordinatori e project team	01/07/2019 - 30/10/2019
3.	Risultati_1	Coordinatori e project team	01/08/2019 - 30/10/2019
4.	Pubblicazione finale_fase1	Project manager Coordinatori e project team	01/11/2019 - 31/12/2019
5.	Analisi dei dati_2	Coordinatori e project team	01/01/2020 - 30/03/2020
6.	Risultati_2	Coordinatori e project team	01/02/2020 - 30/03/2020
7.	Pubblicazione finale_fase2	Project manager Coordinatori e project team	01/04/2020 - 31/05/2020
8.	Chiusura del progetto	Project manager Coordinatori e project team	01/06/2020 - 30/09/2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT FASE 1

MESE						Apr 2019	Mag 2019	Giu 2019	Lug 2019	Sett 2019	Ott 2019	Nov 2019	Dic 2019
Analisi contesto						•	•	•					
Analisi dati 1									•	•	•		
Risultati										•	•		
Pubblicazione finale 1												•	•

8. DIAGRAMMA DI GANTT FASE 2

MESE	Gen 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020		Sett 2020					
Analisi dei dati	•	•	•										
Risultati		•	•										
Pubblicazione finale				•	•								
Chiusura progetto						•	•	•					

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Rapporto Censis 2016.
- 2. D'Agostino, F., Zega, M., Rocco, G., Luzzi, L., Vellone, E., & Alvaro R (2013). Impact of a nursing information system in clinical practice: a longitudinal study project. Annali di igiene, 25(4), 329-341.
- 3. Zega, M., D'Agostino, F., Bowles, K. H., De Marinis, M. G., Rocco, G., Vellone, E., & Alvaro, R. (2014). Development and Validation of a Computerized Assessment Form to Support Nursing Diagnosis. *International journal of nursing knowledge*, 25(1), 22-29.
- 4. D'Agostino, F., Vellone, E., Tontini, F., Zega, M., & Alvaro, R. (2011). [Development of a computerized system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set]. *Professioni infermieristiche*, 65(2), 103-109.
- 5. Cavaliere, B., & Susmel, M. (2001). La qualità nell'assistenza infermieristica: uno strumento di rilevazione e di elaborazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA). *Nursing Oggi*, 2, 20-36.
- 6. Lastrucci, D., Carraretto, A., Fastelli, C., Ferrucci, V., Leone, A., Paglialunga, A., & Sivestri, A. (2012). La Scala NAS (Nursing Activities Score) per la rilevazione del carico di lavoro infermieristico. SCENARIO: Official Italian Journal of ANIARTI, 29(3).



TITOLO SINTETICO:

VALUTAZIONE DEGLI STUDENTI INFERMIERI CON INCS E CLES+T

COORDINATORE PROGETTO
I. Notarnicola
A. Stievano

RESPONSABILE DEL POLO

G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

Valutazione della percezione da parte degli studenti della loro competenza clinica con la versione italiana della NCS (INCS) - test Clinical Learning Environment and the Supervision and Nurse Teacher scale (CLES + T scale) in Italia.

Evaluating students' perception of their clinical competence with the Italian version of the NCS (INCS) - testing Clinical Learning Environment and the Supervision and Nurse Teacher scale (CLES + T scale) in Italy.

2. ABSTRACT

L'apprendimento clinico professionalizzante infermieristico, rivolto a uno studente infermiere è guidato da uno specifico progetto formativo, questi risulta efficace se coglie, accresce e orienta ciò che la persona già possiede naturalmente. L'apprendimento è posto quindi, in primo luogo, sotto la diretta responsabilità dello studente. La struttura formativa si impegna, attraverso qualificanti metodi, nel collocare lo studente nelle condizioni di condividere, contattare, organizzare, realizzare e valutare il proprio percorso formativo.

L'insegnamento clinico è l'aspetto della formazione infermieristica attraverso il quale gli studenti, facenti parte di un gruppo ed in contatto diretto con persone sia sane che malate e/o con una collettività, apprendono a pianificare, fornire e valutare l'assistenza infermieristica globale richiesta, sulla base delle conoscenze e capacità acquisite; lo studente impara non solo ad essere un membro del gruppo, ma anche guida del gruppo, capace di organizzare l'assistenza infermieristica globale, compresa l'educazione sanitaria individuale e per piccoli gruppi, nell'istituzione sanitaria o nella collettività.

Nell'attuale modello di formazione universitaria è importante sostenere lo sviluppo delle competenze degli studenti infermieri e dei metodi di insegnamento attraverso la valutazione dell'ambiente di apprendimento clinico (CLE).

La misurazione delle competenze infermieristiche permette di ottenere migliori risultati di apprendimento clinico i quali sono influenzati dalle caratteristiche dei (CLE)s.

L'obiettivo dello studio è quello di valutare la percezione delle competenze che gli studenti hanno e, di verificare quali tra i determinanti dei (CLE)s, incidono sull'acquisizione delle competenze per migliorare l'apprendimento degli studenti durante il tirocinio clinico.

Parole chiave: CLES-T, ambiente clinico, apprendimento clinico, competenza.

Clinical nursing professional learning, aimed at nursing students, is guided by a specific training project, which is effective if captures, enhances and orientates what the student already possesses naturally.

Learning is therefore placed, under the direct responsibility of the student. The training structure commits itself, through qualifying methods, to placing the student in the conditions of sharing, contacting, organizing, implementing and evaluating his/her training path.

Clinical teaching is the aspect of nursing education whereby students, who are part of a group and in direct contact with both healthy and sick people and/or with a community, learn to plan, provide and evaluate nursing care global demand. The student learns not only to be a member of the group, but also to guide a group, capable of organizing global nursing care, including individual health education.

In the current model of university education, it is critical to support the development of the skills of nursing students and teaching methods via the evaluation of the clinical learning environment (CLE).

Measuring nursing competencies allows for better clinical learning outcomes which are influenced by the characteristics of clinical learning environment. The objective of the study is to assess the perception of the competencies that the students have and, to verify which of the determinants of a clinical learning environment, affect the acquisition of skills to improve the learning of students during the clinical internship.

Keywords: CLES-T, clinical environment, clinical learning, competence.

3. BACKGROUND

La professione infermieristica viene descritta in letteratura come una disciplina che consta di componenti sia teoretiche che pratiche, infatti il curriculum formativo è caratterizzato sia dall'apprendimento clinico che dallo sviluppo delle competenze (Benner, 1984; Tomietto et al., 2012). Per modello educativo basato sulla formazione centrata sulle competenze, si intende un approccio orientato a considerare le abilità acquisite durante il percorso di formazione, come un prodotto finale organizzato intorno alle competenze (Outcome-based education) derivate dall'analisi dei bisogni del paziente. Il razionale di questa impostazione formativa risiede nella necessità di restituire curricula multidimensionali e nell'intento di enfatizzare la formazione centrata sull'apprendimento (Lotti & Dipace, 2011).

Questo risulta essere fondamentale per la formazione infermieristica, nel garantire il raggiungimento di una preparazione professionale in linea con gli standard clinici di alto livello per fornire agli infermieri gli strumenti adeguati ad affrontare la complessità dei contesti assistenziali (Benner, 2010).

Secondo Papastavrou et al. (2016) l'ambiente di apprendimento clinico (CLE), lo possiamo definire come "an interactive network of forces within the clinical setting that influences learning outcomes". In linea con le direttive del Processo di Bologna (1999), valutare come gli studenti infermieri percepiscono l'ambiente di apprendimento clinico, consente una supervisione sui diversi modelli formativi erogati sia a livello nazionale che internazionale; se si pensa che le caratteristiche dei (CLEs) incidono sui modi di comportamento e le attitudini individuali degli undergraduated nurses (Salminen et al., 2010). Numerosi studi hanno preso in considerazione l'influenza che l'ambiente di apprendimento clinico ha sul processo di apprendimento degli studenti infermieri dimostrando che una percezione positiva dell'esperienza vissuta dagli studenti dei diversi contesti clinici può implicare il raggiungimento di risultati di apprendimento migliori. Di conseguenza la capacità di apprendere da parte degli studenti può essere influenzata dalla qualità dell'ambiente clinico in cui si trovano ad operare (Milton-Wildey et al., 2014). Tuttavia, in letteratura si evince che non tutti gli ambienti di apprendimento clinico (CLE)s sono strutturati in modo adeguato a sostenere il processo sviluppo delle competenze infermieristiche degli studenti che si trovano ad operare nei diversi contesti clinici, per fattori che non riguardano soltanto le carenze organizzative (Bergjan, Hertel, 2013). È importate verificare la relazione tra la percezione degli studenti del loro tirocinio

pratico e i risultati di apprendimento clinico focalizzati sulle core competence perché in tal modo è possibile identificare quei determinanti dei (CLEs) e dei modelli educativi che se modificati possono migliorare l'apprendimento delle competenze cliniche da parte degli studenti infermieri.

Il percorso accademico per la professione infermieristica con la riforma universitaria proposta dal Processo di Bologna che nel 1999 inserisce la formazione universitaria dell'infermiere nel più ampio contesto europeo. Lo sviluppo ed implementazione dei piani di studio ha avuto lo scopo di valorizzare le differenze delle esperienze formative europee cercando allo stesso tempo di rendere omogenei gli obiettivi formativi ed esplicitare i risultati di competenza attesi (Palese, 2010). Infatti, il raggiungimento di un adequato livello di competenza infermieristica è garantito sia dall'insegnamento in aula che nei diversi contesti clinici attraverso il tirocinio pratico (Papastavrou, Dimitriadou, Tsangari, 2015). Tra i sistemi pedagogici impiegati per facilitare l'apprendimento delle competenze infermieristiche da parte degli studenti infermieri quelli che hanno riscontrato maggior successo sono quelli basati sulla supervisione one-to-one piuttosto che i group clinical training (Saarikoski et al., 2005). Per migliorare l'esperienza formativa degli studenti durante il tirocinio clinico, oltre all'implementazione di strategie pedagogiche, sono stati adottati specifici supervision models con l'identificazione della figura del mentor quale experienced clinical nurse e il nurse teacher come rappresentante della educational insitution (Papastavrou et al., 2016). Lo studio di Ferguson & Jinks (1994) ha dato il via a nuovi scenari di sviluppo dei modelli di insegnamento in ambito clinico-assistenziale proponendo un approccio educativo basato sull'integrazione tra university nurse teacher e clinical mentor (Magnani et al., 2014).

Recentemente, in letteratura sono valutate anche strategie educative basate sull'utilizzo della tecnologia mobile per gestire i rapporti tra gli studenti infermieri e le figure formative nei contesti clinici (Strandell-Laine et al., 2018). L'ambiente di apprendimento clinico (CLE) è quel setting all'interno del quale è possibile trasferire le competenze apprese in ambito accademico in un contesto clinico-pratico sicuro ed efficace. Attraverso i (CLEs) gli studenti entrano a far parte dell'equipe ed hanno l'occasione di ampliare le conoscenze teoriche ma anche di acquisire capacità cognitive (Benner 1984; Tanner 2010).

I (CLEs) sono contesti caratterizzati da una struttura teorica composita e multiforme espressa da una serie di fattori coinvolti nella modalità con cui gli studenti apprendono nei diversi setting assistenziali (Salminen et al., 2010). L'esperienza clinica e la percezione del livello di competenza acquisito dello studente nel contesto del CLE dipende dall'influenza e dall'interazione con gli aspetti socio-culturali degli ambienti di apprendimento. La revisione della letteratura di Jessee et al. (2016) individua 5 fattori dei (CLE)s che condizionano la percezione degli studenti sullo sviluppo delle proprie competenze: l'atmosfera socio-culturale, l'appartenenza all'equipe, la relazione con il supervisore clinico, il rapporto con gli altri studenti, l'organizzazione della formazione clinica (Jessee et al., 2016). Gli studi che analizzano il rapporto tra la percezione del tirocinio clinico esperita dagli studenti infermieri e la qualità dell'assistenza infermieristica prestata nei contesti clinici sono piuttosto recenti. La ricerca di Magnani et al. (2014) mette in evidenza che la qualità assistenziale è il fattore principale per garantire una buona esperienza di apprendimento clinico e sottolinea il dato secondo il quale il tipo di relazione tra l'equipe clinica e gli studenti infermieri riflette il rapporto di questi con il paziente (Magnani et al., 2014).

Nel panorama internazionale, l'apprendimento e lo sviluppo delle competenze infermieristiche da parte degli *undergraduated nurse* sembrano dipendere da diversi aspetti, primo fra tutti la qualità del tutoraggio le cui caratteristiche principali sono: l'accoglienza dello studente nell'ambiente d'apprendimento, la riflessione ed il feedback continui, l'instaurare un ambiente adatto allo scambio reciproco e la crescita del senso di responsabilità e fiducia (Mikkonen et al., 2017; Atay et al., 2018). A livello internazionale, lo

strumento di valutazione dei (CLEs) più comunemente utilizzato è la Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher (CLES+T) scale (Tomietto et al., 2012). Gli assunti teorici su cui si basa la (CLES+T) scale descrivono i concetti chiave inerenti sia il processo di apprendimento degli studenti infermieri che la crescita professionale (Saarikoski et al., 2008). La versione originale della (CLES+T) scale è stata elaborata da Saarikoski (2002) il quale ha condotto una serie di ricerche di sviluppo e di validazione dello strumento tra il 1995 ed il 2008 (Magnani et al., 2014). Questo strumento oltre ad indagare la percezione che gli studenti hanno degli ambienti di apprendimento clinico e della clinical supervision, permette di misurare la qualità dell'insegnamento erogata nei contesti assistenziali affidando così un ruolo fondamentale al Nurse Teacher. (Saarikoski 2002; Saarikoski et al., 2007).

La versione della CLES+T utilizzata in questo studio è la versione italiana validata da Tomietto et al. (2012) che rispetta la struttura della versione più recente (Saarikoski et al., 2008).

La (CLES+T) scale analizza 4 fattori principali e 3 sotto-fattori, che fanno emergere le caratteristiche degli ambienti clinici, descritti attraverso 34 items (Comparcini et al., 2014).

Dai diversi studi che hanno utilizzato la (CLES+T) scale come strumento di valutazione degli ambienti di apprendimento clinico emergere l'importanza del ruolo del *ward manager* ed il suo rapporto con lo studente come supporto necessario durante il percorso di apprendimento nei contesti assistenziali (Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002, Magnani et al., 2014).

Tuttavia, rispetto ai dati della letteratura internazionale, nel contesto italiano i fattori che sembrano influenzare maggiormente l'esperienza di apprendimento durante il tirocinio pratico sono la pedagogical atmosphere ed il role of nurse teacher mentre peso minore sembra essere attribuito alla supervisory relationship. Questi dati dimostrano che la (CLES+T) scale è uno strumento capace di intercettare le differenze tra i vari sistemi formativi erogati in contesti culturali eterogenei (Tomietto et al., 2012). La valutazione delle competenze infermieristiche in the educational environment è un processo fondamentale che fa parte dei nursing education programs e permette di misurare in modo oggettivo conoscenze, capacità cognitive/tecniche, attitudini ed atteggiamenti etici (Girot 1993). In particolare, l'importanza di considerare la percezione che gli studenti infermieri hanno dello sviluppo delle proprie competenze sta nel focalizzare l'attenzione anche su quegli aspetti delle competenze che ricadono nella sfera soggettiva capaci di condizionare l'applicazione delle competenze nella pratica infermieristica (Cowan, Wilson-Barnett, & Norman, 2007). In questa prospettiva, la Nurse Competence Scale (NCS) è lo strumento più utilizzato a livello internazionale nella pratica clinica per misurare il livello di competenza degli infermieri in diversi contesti assistenziali (Finotto & Cantarelli, 2009). La versione originale della NCS, sviluppata nel 2004 da Meretoja et al. (Meretoja, Isoaho, & Leino-Kilpi, 2004; Meretoja, Eriksson, & Leino-Kilpi, 2002) è stata impiegata per misurare la percezione delle competenze infermieristiche su un campione di studenti infermieri dimostrando la sua utilizzabilità nel valutare la qualità del tirocinio pratico nel contesto italiano (Notarnicola et al., 2018). Nel 2009 la versione originale della NCS è stata tradotta in lingua italiana da Finotto e Cantarelli (Finotto & Cantarelli, 2009), mentre nel 2018 lo studio di Notarnicola et al. ha elaborato la Italian Nurse Competence Scale (INCS), che ha valutato le proprietà psicometriche e ne ha testato la validità di costrutto interno, confermando le sette categorie originali della Nurse Competence Scale ma ridimensionando il numero degli items a 58 (Notarnicola et al., 2018). I fattori che influenzano lo sviluppo delle competenze sono molteplici, per questo prenderli in considerazione vuol dire riuscire ad individuare quelle variabili che possono essere modificate (Istomina et al., 2011) per migliorare la qualità dell'apprendimento durante il tirocinio pratico.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo dello studio è quello di indagare le percezioni sia delle proprie competenze che degli ambienti clinici di apprendimento degli studenti infermieri e se e come si modificano nel corso della formazione accademica triennale e, sarà diviso in due fasi.

La prima fase analizzerà attraverso uno studio osservazionale tutti gli studenti dei tre anni di corso; mentre la seconda fase studierà attraverso uno studio longitudinale una corte di studenti immatricolati nell'anno accademico 2018/2019, fino alla fine del corso di studi, questo per indagare se e come le competenze e la percezione degli ambienti clinici si modificano nel corso della formazione accademica. Per raggiungere i diversi obiettivi verranno utilizzati metodi quantitativi.

4.1 Indicatori

I questionari dovranno essere compilati almeno per il 90% delle domande per essere considerati validi.

5. METODOLOGIA

5.1 Disegno dello studio

Il disegno dello studio è di tipo osservazionale trasversale. I dati verranno raccolti raccolti da maggio a settembre del 2019. La descrizione dello studio verrà fatta seguendo le linee guida dello Strengthening Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) per gli studi osservazionali (Von Elm et al., 2014).

5.2 Campione

Lo studio verrà condotto su una coorte di studenti infermieri, che svolgono il tirocinio clinico in diversi setting clinici, l'arruolamento sarà su base volontaria. La rappresentatività del campione, della popolazione di riferimento studiata, verrà fatta utilizzando un campionamento a grappolo, metodologia usata quando le popolazioni di riferimento sono ampie.

5.3 Raccolta dati

Per questo studio sono stati previsti dei criteri di eleggibilità ovvero di inclusione, in primis quello di essere studente infermiere per la prima fase mentre per la seconda fase di essere immatricolato nell'anno 2018/201 e di svolgere tirocinio clinico. Gli studenti infermieri in possesso dei requisiti richiesti potranno essere arruolati nello studio a patto che non soddisfino in contemporanea anche uno o più criteri di inclusione, questo con lo scopo di garantire la sicurezza dello studio. Si cercherà di somministrare circa 800 questionari sia della INCS che della CLES+T.

5.4 Campione

Studenti infermieri, nei diversi setting clinici dove svolgono il tirocinio clinico.

5.5 Strumenti

La versione italiana della Nurse Competence Scale (INCS) verrà utilizzata in associazione alla Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher (CLES+T) scale per misurare quanto la percezione dei (CLE)s da parte degli studenti abbia un impatto sullo sviluppo delle loro competenze.

6. RISULTATI ATTESI

L'approccio dello studio cercherà di percepire, sotto diverse ottiche metodologiche, i diversi aspetti delle competenze possedute dagli studenti infermieri, cercando di mettere in luce gli aspetti ancora non comprensibili delle competenze e degli ambienti di apprendimento clinico. Scopo dello studio è anche quello di valutare le competenze cliniche che gli studenti infermieri possiedono nei diversi setting clinici,

Scientific Annual Report 2020

POLO DELLA RICERCA SCIENTIFICA

valutazione non semplice, data la natura complessa delle competenze. Ulteriormente questo studio, vuole dare un contributo nel migliorare la consapevolezza riguardo il tema delle competenze cliniche, poiché queste rappresentano un aspetto rilevante della professione infermieristica e vedere se queste influenzano l'apprendimento clinico dello studente infermiere.

A tal fine è importante definire e/o valutare le competenze cliniche affinché si possano standardizzare e personalizzare, comportamenti codificati che diano sicurezza di esito e di adattamento estemporaneo per rispondere al meglio alle singole situazioni cliniche.

6.1 Rilevanza

Questo studio tenterà di produrre un contributo alla definizione delle competenze cliniche per fornire un apporto alla professione infermieristica, offrendo uno strumento di valutazione, il questionario INCS, strumento valido e affidabile, nella determinazione delle competenze cliniche infermieristiche. Inoltre, si cercherà anche di contribuire al miglioramento degli ambienti clinici di apprendimento, utilizzando come strumento di valutazione il CLES+T, strumento golden standard nella valutazione degli ambienti clinici di apprendimento e del tutoraggio.

Definire le competenze cliniche e gli ambienti di apprendimento clinico in ambito formativo è fondamentale, in quanto questi rappresentano degli standard per lo svolgimento della propria attività professionale e per il raggiungimento di una maturazione professionale dello studente infermiere.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
1.	Analisi di sfondo	Coordinatori	01/12/2019 -31/12/2019
2.	Rilevazione statistiche su fonti secondarie	Project manager, Coordinatori	01/01/2020-28/02/2020
3.	Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager e coordinatori e project team	01/03/2020-30/04/2020
4.	Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	01/05/2020-30/09/2020
5.	Elaborazioni statistiche	Coordinatori e project team	01/10/2020-30/10/2020
6.	Stesura report di ricerca	Coordinatori e project team	01/11/2020-30/11/2020
7.	Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	01/12/2020-31/01/2021
8.	Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	01/02/2021-01/05/2021

8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Dic 2019	Gen 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020	Lug 2020	Ago 2020	Sett 2020	O II 2020	Nov 2020	Dic 2020	Gen 2021	Feb 2021	Mar 2021	Apr 2021	Mag 2021
Analisi di sfondo	•																	
Rilevazione statistiche su fonti secondarie		•	•															
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test				•	•													
Somministrazione questionari						•	•	•	•	•								
Elaborazioni statistiche											•							
Stesura report di ricerca												•						
Pubblicazione finale													•	•				
Chiusura progetto															•	•	•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- Atay, S., Kurt, F. Y., Aslan, G. K., Saarikoski, M., Yilmaz, H., & Ekinci, V. (2018). Validity and reliability of the Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher (CLES+T), Turkish version. Rev Lat Am Enfermagem, 26:e3037. doi:10.1590/1518-8345.2413.3037
- 2. Benner, P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA, Addison-Wesley, 1984.
- 3. Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. Educating nurses: A call for radical transformation. San Francisco, Jossey-Bass, 2010.
- Bergjan, M., & Hertel, F. (2013). Evaluating students' perception of their clinical placements testing the clinical learning environment and supervision and nurse teacher scale (CLES + T scale) in Germany. Nurse Educ Today, 33(11), 1393-1398. doi: 10.1016/j.nedt.2012.11.002
- 5. Comparcini, D., Simonetti, V., Tomietto, M., Galli, F., Fiorani, C., Di Labio, L., & Cicolini, G. (2014). Nursing students' satisfaction and perception of their first clinical placement: observational study. *Prof Inferm*, 67(1): 41-47. doi: 10.7429/pi.2014.671041
- 6. Cowan DT, Wilson-Barnett J, Norman IJ. (2007). A European survey of general nurses' self-assessment of competence. Nurse Educ Today, 27(5): 452-8. doi:10.1016/j.nedt.2006.08.008
- 7. Ferguson, K.E., & Jinks, A.M. (1994). Integrating what is taught with what is practised in the nursing curriculum: a multi-dimensional model. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 687-95. doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20040687.x
- 8. Finotto, S., Cantarelli, W. (2009). Nurse's competence indicators: linguistic and cultural validation of the Nurse Competence Scale. *Prof Inferm*, 62(1): 41-8.
- 9. Girot EA. (1993). Assessment of competence in clinical practice: a review of the literature. *Nurse Educ Today*, 13(2): 83-90. doi:10.1016/0260-6917(93)90023-u
- 10. Istomina, N., Suominen, T., Razbadauskas, A., Martinkėnas, A., Meretoja, R., Leino-Kilpi, H. (2011). Competence of nurses and factors associated with it. *Medicina*, 47(4): 230-7. doi: 10.3390/medicina47040033
- 11. Jessee, M. A. (2016). Influences of Sociocultural Factors Within the Clinical Learning Environment on Students' Perceptions of Learning: An Integrative Review. *J Prof Nurs*, 32(6), 463-486. doi:10.1016/j.profnurs.2016.03.006
- 12. Lotti, A. & Dipace, A. (2011). Dal core competence al core curriculum. Quaderni della Rivista Education Sciences & Society, 321-334.

Scientific Annual Report 2020

POLO DELLA RICERCA SCIENTIFICA

- 13. Magnani, D., Di Lorenzo, R., Bari, A., Pozzi, S., Del Giovane, C., & Ferri, P. (2014). The undergraduate nursing student evaluation of clinical learning environment: an Italian survey. *Prof Inferm*, 67(1): 55-61. doi: 10.7429/pi.2014.671055
- 14. Meretoja, R., Eriksson, E., Leino-Kilpi, H. (2002). Indicators for competent nursing practice. *J Nurs Manag*, 10(2): 95 102. doi: org/10.1046/j.0966-0429.2001.00299.x
- 15. Meretoja, R., Isoaho, H., Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse competence scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs.*, 47(2): 124 33. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x
- 16. Mikkonen, K., Elo, S., Miettunen, J., Saarikoski, M., & Kaariainen, M. (2017). Clinical learning environment and supervision of international nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today*, 52, 73-80. doi: 10.1016/j.nedt.2017.02.017
- 17. Milton-Wildey, K., Kenny, P., Parmenter, G., Hall, J. (2014). Educational preparation for clinical nursing: The satisfaction of students and new graduates from two Australian universities. *Nurse Education Today*, doi: org/10.1016/j.nedt.2013.07.004.
- 18. Notarnicola, I., Stievano, A., Pulimeno, A., Iacorossi, L., Petrizzo, A., Gambalunga, F., Lancia, L. (2018). Evaluation of the perception of clinical competencies by nursing students in the different clinical settings: an observational study. *Annali di Igiene*, 30: 200-210. doi: 10.7416/ai.2018.2211
- 19. Notarnicola, I., Stievano, A., De Jesus Barbarosa, M. R., Gambalunga, F., Iacorossi, L., Petrucci, C., Lancia, L. (2018). Nurse Competence Scale psychometric assessment in the Italian context. *Annali di Igiene*, 30(6). doi:10.7416/ai.2018.2246
- 20. Palese, A. (2010). A dieci anni dalla Dichiarazione di Bologna: alcune riflessioni per la terza riforma della formazione infermieristica italiana. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 29(4): 162-165.
- 21. Papastavrou, E., Dimitriadou, M., & Tsangari, H. (2015). Psychometric Testing of the Greek Version of the Clinical Learning Environment-Teacher (CLES+T). Glob J Health Sci, 8(5), 59-71. doi: 10.5539/gjhs.v8n5p59
- 22. Papastavrou, E., Dimitriadou, M., Tsangari, H., & Andreou, C. (2016). Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: a research study. *BMC Nurs*, 15: 44. doi: 10.1186/s12912-016-0164-4
- 23. Saarikoski, M. Clinical Learning Environment and supervision. Development and validation of the CLES evaluation scale. PhD thesis. University of Turku, Finland, 2002.
- 24. Saarikoski, M., & Leino-Kilpi, H. (2002). The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies* 39(3): 259-67. doi: 10.1016/S0020-7489(01)00031-1
- 25. Saarikoski, M., Isoaho, H., Leino-Kilpi, H., & Warne, T. (2005). Validation of the clinical learning environment and supervision scale. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2(1). DOI: 10.2202/1548-923X.1081
- 26. Saarikoski, M., Marrow, C., Abrew, W., Riklikiene, O., & Ozbicakci, S., (2007) Student nurses' experience of supervision and Mentorship in clinical practice: a cross cultural perspective, *Nurse Education in Practice*, 7(6): 407-15 doi: 10.1016/j.nepr.2007.02.006
- 27. Saarikoski, M., Isoahu, H., Warne, T., Leino-Kilpi, H., (2008). The nurse teacher in clinical practice: developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (8): 1233–1237. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.07.009
- 28. Salminen, L., Stolt, M., Saarikoski, M., Suikkala, A., Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., (2010).
- 29. Future challenges for nursing education a European perspective. *Nurse Education Today*, 30 (3): 233–238. doi:10.1016/j.nedt.2009.11.004
- 30. Strandell-Laine, C., Saarikoski, M., Löyttyniemi, E., Meretoja, R., Salminen, L., Leino-Kilpi, H. (2018). Effectiveness of mobile cooperation intervention on students' clinical learning outcomes: A randomized controlled trial. *J Adv Nurs*,74(6):1319-1331. doi: 10.1111/jan.13542.
- 31. Tanner, C. A. (2010). From mother duck to mother lode: Clinical education for deep learning. *Journal of Nursing Education*, 49: 3 4. doi.org/10.3928/01484834-20091216-01.
- 32. Tomietto, M., Saiani, L., Palese, A., Cunico, L., Cicolini G., Watson, P., & Saarikoski, M. (2012). Clinical Learning Environment and Supervision plus nurse Teacher (CLES+T) scale: testing the psychometric characteristics of the Italian version. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 34(2): B72-80.
- 33. Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gotzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & Initiative, Strobe. (2014). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg*, 12(12), 1495-1499. doi: 10.1016/j.ijsu.2014.07.013



TITOLO SINTETICO:

Infermiere di famiglia e gestione integrata

DELLA CRONICITÀ

COORDINATORI PROGETTO

RESP DEL POLO

C. Turci

G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

L'infermiere di famiglia e la gestione integrata della cronicità sul territorio della Asl Roma 4: progetto "la famiglia in equilibrio".

The nursing family and the integrated management of chronic disease in Asl Roma 4: "The Family in Balance" project.

2. ABSTRACT

Background

L'infermiere di famiglia rappresenta il gestore del piano assistenziale nel setting delle cure primarie, coinvolge gli utenti nei programmi di cura (empowerment) e si sposa con la logica del *Chronic Care* nell'ambito delle cure primarie.

Nella politica sanitaria della Asl Roma 4, la gestione delle cronicità rappresenta l'obiettivo primario esplicitato anche sull'Atto Aziendale, in cui le condizioni morbose quali diabete, insufficienza renale cronica, ipertensione, BPCO devono trovare necessariamente sul territorio livelli di integrazione assistenziale tra l'acuzie e la cronicità.

Lo scopo di questo progetto è di implementare le attività di promozione e prevenzione erogate dall'infermiere di famiglia nel diabete, BPCO, ipertensione e insufficienza renale cronica, nei Distretti della Asl Roma 4.

Obiettivo generale

Implementazione nell'ambito delle cure primarie dell'infermiere di famiglia.

Obiettivi specifici

- 1. Mappare le comorbidità e le patologie croniche del campione.
- 2. Rilevare la Qualità di Vita (QdV) dell'utente e del caregiver a T0 e a 12-24 mesi dall'implementazione dell'infermiere di famiglia e *customer satisfaction* a T0 e a 12-24 mesi.
- 3. Rilevare il vissuto esperienziale degli utenti e dei caregiver sulla presa in carico dell'infermiere di famiglia.

Metodologia

Studio di tipo quantitativo- descrittivo correlazionale longitudinale con verifica dei dati a tempo 0 e a seguire a 12 e 24 mesi dall'implementazione dell'infermiere di famiglia. Inoltre, è attuato anche uno studio qualitativo di tipo fenomenologico.

Strumenti di valutazione

- Questionario socio-demografico sia per l'utente che per il caregiver.
- Scheda clinica attestante la patologia cronica e le comorbidità.



- Barthel Index.
- Hospital Anxiety and Depression Scale.
- WHOQOL BRIEF sia per l'utente che per il caregiver.
- Un questionario costruito ad hoc e validato per valutare la qualità assistenziale percepita.

Risultati attesi

Implementazione dell'infermiere di famiglia quale erogatore di assistenza preventiva e di promozione e riconoscimento da parte dell'utenza.

Background

The family nurse is the manager of the nursing care in primary care setting, he involves the patient in the treatment programs (empowerment) and these connect the logic of the Chronic Care in primary care.

In the health policy of the ASL Roma4, the management of chronicity is the primary objective, in which the chronic conditions such as diabetes, chronic renal failure, hypertension, chronic obstructive pulmonary disease find levels of social integration between the acute condition and the chronicity.

The aim of this project is to implement the promotion and prevention activities provided by the family nurse in diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, hypertension and chronic renal failure, in Districts of the ASL Roma 4.

General objective

The implementation of the family nurse in the primary care.

Specific objectives

- 1. To Map sample's co-morbidities and chronic diseases.
- 2. To Detect the patients' and caregivers' Quality of Life (QdV) and customer satisfaction at T0 and 12-24 months from the implementation of the family nurse.
- 3. To describe patients' and caregivers' experience about the family nurse

Methodology

Quantitative-descriptive longitudinal study and data collection at T0 and following at 12 and 24 months from the implementation of the family nurse. A qualitative phenomenological study is also implemented.

Questionnaire

- 1. Demographic questionnaire
- 2. Clinical records to survey the chronic pathology and comorbidities
- 3. Barthel Index 4. Hospital Anxiety and Depression Scale 5 WHOQOL BRIEF both for the user and for the caregiver a questionnaire 6. Customer satisfaction questionnaire

Results

The family nurse will provide preventive and promotion activity in Asl Roma 4.

3. BACKGROUND

I sistemi sanitari dei Paesi europei sono ormai costantemente alla ricerca di un buon equilibrio fra il quadro epidemiologico e demografico e la sostenibilità economica, fra il fornire risposte appropriate ai nuovi bisogni di salute e contenere la spesa.

Nell' European Forum for Primary Care, a Goteborg, nel 2013, gli Stati Europei si incontrarono al fine di orientare le politiche sanitarie nazionali per ridurre sia la pressione sulla spesa pubblica che per rimettere al centro della sanità la persona e l'assistenza di base [1].

I programmi internazionali basati sull'approccio del Primary Health Care (PHC) testimoniano un miglioramento dello stato di salute della popolazione ed un rafforzamento dei sistemi sanitari nei paesi a medio e basso reddito.

I paesi che hanno strutturato i loro sistemi sanitari sulla PHC sono riusciti ad aumentare l'accesso a servizi preventivi e curativi, in alcuni casi fino alla copertura universale ed in tempi relativamente brevi, come nel caso di Cuba [2], Sri Lanka [3], Kerala [2] e Iran [4]. Molti Paesi dell'America Latina, tra cui Messico [5], Brasile [6] e Costa Rica [7], hanno introdotto riforme del sistema sanitario in termini di PHC con ottimi risultati di copertura dei servizi.

La formazione e l'impiego su larga scala di figure professionali cliniche, non mediche, formate secondo l'approccio PHC per trattare i problemi di salute più comuni ha permesso di aumentare di gran lunga l'accesso alla maggior parte dei servizi sanitari nell'Africa rurale [2] [8].

A livello internazionale, dalla Dichiarazione di Alma Ata, nel 1978 [9] in cui viene definito il concetto di assistenza primaria, al 1988 con la Dichiarazione di Vienna sull'Infermieristica [10], in cui viene introdotto il professionista infermiere opportunamente formato sugli aspetti dell'assistenza primaria, fino 1998 con l'Health21 [11], si evidenzia la necessità di una nuova figura infermieristica: l'Infermiere di Famiglia.

Egli è, insieme al medico di famiglia, il perno sul quale incentrare l'assistenza sanitaria di base e che è in grado di agire su:

- Sviluppo di programmi e di investimenti in salute e assistenza clinica.
- Assistenza sanitaria di primo livello integrata e orientata alla famiglia e alla comunità, sostenuta da una rete ospedaliera flessibile ed efficiente.
- Partner specifici per la salute nelle abitazioni, negli ambienti scolastici e di lavoro, a livello di comunità e nazionale, in grado di promuovere decisioni congiunte, implementazione e responsabilità.

A livello internazionale e nazionale, le condizioni morbose principalmente sottoposte agli interventi di assistenza primaria riguardano le patologie croniche e la condizione di non autosufficienza (riferimento).

In Italia, il 39,1% ^[12] della popolazione è affetta da almeno una malattia cronica. In particolare, oltre il 60% delle cause di morte sono legate a patologie croniche e la cronicità si manifesta in condizione di multimorbosità.

Nello specifico, è affetto da almeno una malattia cronica grave quasi il 45% degli over 65 e quasi il 18% della popolazione da 15 anni in su. Parliamo di malattie o condizioni croniche "gravi" quando ci riferiamo a: diabete, infarto, scompenso cardiaco, ipertensione, ictus, BPCO, cirrosi epatica, tumore maligno, Alzheimer, demenze senili, parkinsonismo, insufficienza renale in cui è necessario intervenire per scongiurare le ospedalizzazioni e le complicanze a lungo termine.

Il progetto Expanded Chronic Care Model [13], esistente in Toscana dal 2009 [14], potrebbe essere scelto quale modello da implementare nella realtà della Asl Roma 4, per promuovere strategie di assistenza, cura e prevenzione delle malattie croniche verso individui, famiglie, gruppi sociali attuando interventi di comunità nell'ambito della promozione di stili di vita salutari, attraverso una sanità d'iniziativa con un approccio alla persona che va a sostituirsi gradualmente a quello tradizionalmente rivolto alla malattia.

Scientific Annual Report 2020

POLO DELLA RICERCA SCIENTIFICA

La figura professionale che si è approcciata al paziente cronico attraverso proattività d'intervento è l'infermiere di famiglia. Il team assistenziale è costituito dal medico di famiglia (MMG), infermieri ed altri professionisti sanitari delle aziende sanitarie territoriali.

L'infermiere di famiglia rappresenta il gestore del piano assistenziale e figura centrale nel supporto all'autocura, in cui il coinvolgimento attivo dei soggetti nei programmi di cura (empowerment), si sposa con la logica del Chronic Care Model [15] e rappresenta uno dei maggiori elementi di sviluppo delle cure primarie.

Nella realtà della Asl Roma 4, in cui il territorio si sviluppa su quattro Distretti, per 28 comuni, per ca 1.317 Km² su cui insiste una popolazione di oltre 327.354 abitanti e dal punto di vista orografico, presenta delle varietà: da un ambiente tipicamente montano ad un ambiente collinare, lacustre e marino, in cui la rete viaria interna a disposizione dei cittadini non permette veloci spostamenti funzionali per la piena fruizione dei presidi esistenti, lo sviluppo dell'assistenza territoriale deve necessariamente creare un legame di fiducia e di disponibilità con le popolazioni che vivono attualmente in aree lontane dai nosocomi aziendali di riferimento, al fine di evitare l'emigrazione verso le strutture sanitarie della capitale o delle Asl confinanti [16].

La gestione delle cronicità rappresenta un obiettivo della politica sanitaria della Asl Roma 4, in cui condizioni morbose quali diabete, insufficienza renale cronica, BPCO, neoplasie devono trovare necessariamente sul territorio livelli di integrazione assistenziale in cui l'infermiere di famiglia e il MMG rappresentano la soluzione per la continuità assistenziale nel tempo, tra le cure erogate nella fase acuta e l'assistenza dopo la dimissione ospedaliera.

Lo scopo di questo progetto è di implementare le attività di promozione e prevenzione erogate dall'infermiere di famiglia nel setting delle cronicità (diabete, BPCO, insufficienza renale cronica e ipertensione) nei Distretti della Asl Roma 4 come da progetto "Riorganizzazione dell'assistenza territoriale del Distretto 2" protocollato con n° 14/2018 DAPSS.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo generale prevede l'implementazione nell'ambito delle cure primarie di un gestore del piano assistenziale del family care centrale nel supporto all'autocura del paziente affetto da patologia cronica, attraverso il coinvolgimento attivo degli utenti e della famiglia nei programmi di cura.

Gli obiettivi specifici sono:

- 1. Mappare le comorbidità e le patologie croniche del campione.
- 2. Descrivere criticità emergenti nella popolazione inclusa nel progetto a tempo "T0" (prima dell'implementazione dell'infermiere di famiglia),
- 3. Rilevare a T1 e T2 (rispettivamente a 12 e 24 mesi dall'implementazione dell'infermiere di famiglia) le criticità sanitarie e di gestione della patologia cronica
- 4. Misurare la Qualità di Vita (QdV) della diade (utente e caregiver) a Tempo "T0"
- 5. Misurare la QdV della diade (utente e caregiver) a "T1" e "T2"
- 6. Misurare la qualità percepita dagli utenti a "T0 e a "T1" e "T2"
- 7. Rilevare, con metodo qualitativo, la percezione dell'infermiere di famiglia vissuta dall'utente e dal caregiver dopo 24 mesi dall'implementazione dell'infermiere di famiglia
- 8. Creare una concordanza dei risultati emersi praticando la triangolarizzazione dei dati.

Indicatori:

- 1. Le patologie croniche e le comorbidità mappate in ogni distretto sono rappresentative al 5% del campione totale ivi residente.
- 2. La popolazione sulla quale si potrà descrivere le criticità sanitarie e di gestione della patologia cronica a TO sarà almeno del 5% rispetto al campione totale ivi residente.
- 3. La popolazione sulla quale si potrà descrivere le criticità sanitarie e di gestione della patologia cronica a sei mesi ed a un anno dall'implementazione dell'infermiere di famiglia sarà del 100% rispetto alla popolazione arruolata a tempo 0.
- 4. La popolazione sulla quale si potrà misurare la QdV, l'ansia e la depressione a T0 sarà del 5% rispetto al campione totale residente in ogni distretto.
- 5. La popolazione sulla quale si potrà misurare la QdV e l'ansia e la depressione a sei mesi e un anno dall'implementazione dell'infermiere di famiglia sarà del 100% rispetto al campione arruolato a tempo 0.
- 6. Almeno il 5% del campione residente per ogni distretto parteciperà all'indagine della customer satisfaction a T0 e sul 100% del campione arruolato a T0 si potrà rilevare la soddisfazione a 12 e 24 mesi dall'implementazione dell'infermiere di famiglia.
- 7. Il campione, utente e caregiver, che aderirà all'indagine qualitativa dopo 24 mesi sarà del 100% rispetto alla popolazione rispondente a tempo 0.
- 8. I dati emergenti dalle indagini svolte saranno rispondenti al 90% rispetto alla realtà contestuale.

5. METODOLOGIA

La formazione per attuare il progetto prevede almeno due incontri di due ore in cui esplica, nel primo, dati epidemiologici della popolazione residente nei quattro distretti della Asl Roma4 e la mappatura delle cronicità e, nel secondo il razionale che sottende l'implementazione dell'infermiere di famiglia nell'ottica del Chronic Care Model, specificando i principi fondanti l'infermieristica di famiglia e la sanità d'iniziativa rivolto a n° 30 infermieri.

Un altro incontro di quattro ore prevede la spiegazione sulla realizzazione del progetto. Nello specifico, le metodologie d'implementazione del progetto di ricerca, si esplicano in un disegno quantitativo di tipo descrittivo correlazionale e qualitativo di tipo fenomenologico.

Rispettivamente, longitudinale e le variabili indagate sul paziente e sul caregiver verranno misurate a tempo a 0 prima dell'implementazione dell'Infermiere di famiglia e a 12 e 24 mesi dall'implementazione dell'infermiere di famiglia nei Distretti della Asl Roma 4, per valutare la realizzazione degli indicatori di outcome e gli scostamenti raggiunti dal tempo TO sia sull'utente che sul caregiver.

Procedura per la raccolta dati: i pazienti affetti da patologie croniche ed i caregiver verranno arruolati a TO. In questa fase verranno somministrati tutti gli strumenti valutativi sia al paziente che al caregiver. Ad eccezione del questionario socio-demografico e della scheda clinica, tutti gli strumenti verranno risomministrati a 12 e24 mesi dall'implementazione dell'infermiere di famiglia. Inoltre, a 24 mesi avrà luogo anche un'intervista aperta sia con il paziente che con il caregiver al fine di raccogliere col metodo fenomenologico il "vissuto" relativo alla presa in carico da parte dell'infermiere di famiglia.

Si prevede di arruolare, per l'indagine quantitativa, un campione minimo costituito dal 5% della popolazione affetta da patologia cronica residente per ogni distretto. Per l'indagine fenomenologica i dati saranno acquisiti sino a che risulteranno ridondanti.

Scientific Annual Report 2020

POLO DELLA RICERCA SCIENTIFICA

I criteri d'inclusione per i pazienti si esplicano in:

- 1. Essere residenti in uno dei quattro distretti della Asl Roma 4
- 2. Essere affetto da patologia cronica quale: diabete, BPCO, insufficienza renale cronica, ipertensione.
- 3. Avere un familiare o caregiver informale.
- 4. Non avere grave afasia o ridotto livello di coscienza.
- 5. Partecipazione senza costrizioni al progetto di ricerca offrendo il proprio consenso alla raccolta dei dati previa informativa.

I criteri di inclusione per i caregiver informali prevedono:

- Di essere il caregiver principale inserito nella famiglia dell'utente.
- Di partecipare senza costrizioni al progetto di ricerca offrendo il proprio consenso alla raccolta dei dati previa informativa.

Strumenti

Per raccogliere i dati sugli utenti verranno utilizzati i sequenti strumenti:

- Questionario socio-demografico.
- Scheda clinica attestante la patologia cronica e le comorbidità.
- Barthel Index (BI) [17]. È una scala utilizzata per valutare la funzionalità nell'esecuzione di attività del vivere quotidiano quali alimentazione, uso del bagno, igiene personale, vestirsi, controllo del retto e della vescica, trasferimenti nel bagno, trasferimenti sedia letto, deambulazione e salire le scale.
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [18]. È una scala composta da 14 item raggruppati in due sottoscale che misurano l'ansia e la depressione.
- La scheda di adesione alla terapia presente in cartella infermieristica.
- Per valutare la QdV la WHOQOL-BRIEF versione breve (26 items) validata in Italia nel 1995 dal gruppo WHOQOL [19].
- Per valutare la qualità assistenziale percepita sul territorio sarà utilizzato un questionario costruito ad hoc e validato.

Per raccogliere i dati sui caregiver informali verranno utilizzati i sequenti strumenti:

- Questionario socio demografico.
- Per valutare la QdV la WHOQOL-BRIEF versione breve validata in Italia nel 1995 dal gruppo WHO-QOL [21].

6. RISULTATI ATTESI

Dal presente studio ci si aspetta di ottenere i sequenti risultati:

- Mappatura delle cronicità nei distretti della Asl Roma 4.
- Miglioramento a 12 e 24 mesi della QdV sul 5% del campione (utente e caregiver) arruolato a Tempo 0.
- Diminuzione a 12 e 24 mesi dell'ansia e la depressione rispetto al T0.

- Aumento almeno del 5% del campione con patologia cronica inserito nei progetti di care management della Asl Roma 4.
- Riconoscimento da parte dei fruitori dei servizi assistenziali dei Distretti della Asl Roma4 (utenti e caregiver) dell'infermiere di famiglia quale referente principale nella presa in carico delle famiglie con cronicità.

7. PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTI DI RICERCA	SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1.	Mappatura utenti affetti da patologie croniche nei Distretti della Asl Roma4	Project manager	marzo- aprile 2019
2.	Arruolamento del campione (utenti e caregiver) e consenso informato	RicercatoreProject manager	maggio-giugno 2019
3.	Formazione degli infermieri di famiglia su progetto da attuare	RicercatoreProject manager	settembre 2019
4.	Somministrazione a TO strumenti valutazione sia a caregiver che utenti	Ricercatore	ottobre 2019
5.	Analisi statistica dei dati	Esperto elaboratore dati	novembre 2019
6.	Valutazione a dodici mesi sia su utenti che caregiver	Project manager, ricercatore, facilitatore, tutor	ottobre 2020
7.	Analisi statistica dei dati	Esperto elaboratore dati	novembre 2020
8.	Valutazione a ventiquattro mesi sia su utenti che caregiver	Ricercatore	ottobre 2021
9.	Analisi dei dati	Esperto elaboratore dati Project manager	novembre 2021
10.	Indagine qualitativa fenomenologica	Facilitatore, tutor	Maggio - settembre 2021
11.	Analisi qualitativa dei dati	Esperto elaboratore dati Project manager	dicembre 2021
12.	Triangolazione dei dati	RicercatoreProject manager	dicembre 2021
13.	Diffusione dei risultati	Project managerRicercatore	Dicembre 2021

8. DIAGRAMMA DI GANTT

GANTT 2020	MESI														
Attivitā	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Reperimento delle fonti primarie	•	•	•	•	•										
Analisi delle fonti secondarie						•	•	•							
Implementazione progetto di ricerca									•	•	•				
Inizio prima sperimentazione sul campo										•	•	•			



9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Ryck E, Grefs S, Heinemann S, Murante AM, Rotar-Pavlic D, et al. Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries. Qual Prim Care. 2013;21(2):67-79. Erratum in: Qual Prim Care. 2013;21(3):205.
- 2. Kruk ME, Porignon D., Rockers PC., Lerberghe W.V. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. Social Science & Medicine 2010; 70: 904 911
- 3. Withanachchi N., Uchida Y. Healthcare rationing: a guide to policy directions in Sri Lanka. Health Policy 2006; 78(1): 17 25.
- 4. Nasseri K, Sadrizadeh B, Malek-Afzali H, et al. Primary health care and immunisation in Iran. Public Health 1991; 105(3): 229 238.
- 5. Gakidou E, Lozano R, Gonzalez-Pier E, Jesse Abbott-Klafter B.A., Jeremy T. Barofsky M.A., Chloe Bryson-Cahn B.A., Dennis MF., et al. Assessing the effect of the 2001 2006 Mexican health reform: an interim report card. Lancet. 2006; 368(9550): 1920-1935.
- 6. Ministry of Health of Brazil Department of Primary Care. Atencao basica e a saude da familia [Primary care and family health], 2007.
- 7. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. Social Science & Medicine 2004; 58(7): 1271-1284
- 8. Mullan F., Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. Lancet 2007; 13: 13.
- 9. Editorial. The Astana Declaration: the future of primary health care? Lancet 2018; 392: 1363
- 10. Dichiarazione di Vienna sulla Professione infermieristica a sostegno degli obiettivi europei per la salute per tutti. Conferenza europea sulla professione infermieristica. Vienna, Austria-21-24 giugno 1988
- 11. Health21: Health for all in the 21st century. Assemblea Mondiale della Sanità Maggio 1998
- 12. Istat 2017. Annuario Statistico Italiano 2017.
- 13. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S..The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hosp Q. 2003;7(1):73-82
- 14. http://www.saluteinternazionale.info/2015/11/sanita-di-iniziativa-in-toscana/
- 15. Ministero della Salute. Direzione generale della programmazione sanitaria. Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016
- 16. Atto Aziendale ASL Roma 4- 2017
- 17. Mahoney, F., and D. Barthel. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965; 2:61-65.
- 18. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983; 67: 361-370.
- 19. De Girolamo G., Rucci P., Scocco P., Becchi A et al., La valutazione della qualtià della vita: validazione del WHOQOL-breve. Centro Italiano Collaborativo Progetto WHOQOL. 1995



TITOLO SINTETICO:

La figura dell'infermiera dall'Unità d'Italia sino all'avvento del Fascismo

COORDINATORI PROGETTO

RESPONSABILE DEL POLO

G. Rocco

A. Stievano

R. Alvaro

K. Alvoid

J. Fairman

P. D'Antonio

1. TITOLO PROGETTO

La figura dell'infermiera dall'Unità d'Italia sino all'avvento del Fascismo. Analisi comparata di regolamenti ospedalieri.

The figure of the nurse from the Unification of Italy until the advent of Fascism. Comparative analysis of hospital regulations.

2. ABSTRACT

Background

La conoscenza sui contributi dati dall'assistenza infermieristica italiana, nel periodo che va dall'unità nazionale (1861) fino all'avvento del Fascismo, allo stato attuale sono molto limitati. Conoscere e studiare le fondamenta su cui si basa la professione infermieristica ed il ruolo da essa svolto in relazione alla storia della sanità è necessario per poter progettare il futuro professionale. A tal fine è stato realizzato un protocollo di ricerca sull'assistenza infermieristica ospedaliera erogata nel periodo storico, poco studiato, che va dall'unità d'Italia sino all'avvento del Fascismo.

Obiettivi

- Implementare le poche conoscenze oggi disponibili sulla figura dell'infermiera in un periodo storico fondamentale per la storia della sanità e della professione infermieristica che va dall'unità d'Italia fino all'avvento del Fascismo.
- 2. Conoscere i requisiti di reclutamento per poter lavorare come infermiera nelle strutture ospedaliere.
- 3. Analizzare le condizioni lavorative in cui l'infermiera prestava assistenza.
- 4. Rilevare i rapporti gerarchici delle infermiere con le altre figure presenti nel contesto ospedaliero.
- 5. Definire il ruolo dell'infermiera nell'organizzazione ospedaliera.
- 6. Evidenziare i compiti dell'infermiera nelle strutture sanitarie. Individuare la retribuzione delle infermiere come indicatore di status professionale (e quindi di immagine), comparandola ad alte figure ospedaliere (medici, inservienti ecc.).
- 7. Conoscere il codice di condotta infermieristica ed i relativi procedimenti disciplinari.
- 8. Comprendere le modalità di strutturazione del gruppo professionale, ricostruire l'influenza delle leggi in essere sull'agire professionale e spiegare il senso delle politiche sociali legate alle policies della professione infermieristica dell'epoca.

Materiali e Metodi:

Per esaminare i regolamenti ospedalieri più importanti dall'unità d'Italia sino all'avvento del Fascismo verrà utilizzato il metodo della ricerca storica per lo studio dei testi e verrà effettuata un'analisi esplorativa condotta con l'analisi automatica dei dati testuali (AADT) con software IRaMuTeQ, e Dtm Vic di Lebart. Verrà quindi effettuata e un'analisi confermativa condotta attraverso l'analisi semi automatica dei dati testuali (software NOOJ).

Risultati attesi:

Definire l'immagine dell'infermiera nelle strutture ospedaliere nel periodo post-unitario sino all'avvento del Fascismo, attraverso la conoscenza dei requisiti di reclutamento, dell'analisi dei compiti e della sua collocazione nell'organigramma ospedaliero. Inoltre, si comprenderanno le modalità di strutturazione del gruppo professionale, l'influenza delle leggi sull'agire professionale ed il senso delle politiche sociali legate alle policies della professione infermieristica. Si andrà ad indagare anche sull'aspetto economico attraverso la conoscenza della retribuzione del personale infermieristico come indicatore del valore professionale attribuito alla figura dell'infermiera. Inoltre, si andrà ad indagare sul codice di condotta infermieristica, sui relativi procedimenti disciplinari e sulle condizioni lavorative in cui l'infermiera prestava la propria assistenza, nonché, sui rapporti gerarchici delle infermiere con le altre figure presenti nel contesto ospedaliero.

Parole chiave: Infermiera, Regolamento, Statuto, Ospedale

Background:

Contribution on nursing history related to the period from the unity of Italy (1861) to the beginning of fascism are scant. To look at the future, it is necessary to know and to study the roots of nursing and, also, the rule that this profession had in healthcare history. To bridge the gap of knowledge about nursing history in the above-mentioned time period, a research protocol was created.

Objectives:

- 1. Fill in the gap of knowledge about the nurse's figure in a crucial historical period for nursing history.
- 2. Learn what were the necessary requirements to work as nurses in hospitals.
- 3. Analyze the nurse's working conditions.
- 4. Understand what was the nurses' position in the hospital's chain of command.
- 5. Understand the nurse's role in the hospital.
- 6. Discover what tasks nurses were expected to perform and what were their responsibilities.
- 7. Know nurses wage as an indicator of social status and compare it with the income of other hospital workers (i.e. doctors, servants).
- 8. Learn about nurses' disciplinary code with its disciplinary sanctions.
- 9. Understand how the professional group was structured, explain how the kingdom laws regulating nursing affected professional actions and the meaning of social policies on nursing itself.

Materials and Methods:

As primary sources, hospital regulations from the unification of the Italian Kingdom to the advent of Fascism are to be selected from historical archives and libraries, then an Automatic Analysis of Textual Data (AADT) will be performed through the use of IRaMuTeQ and Lebart's Dtm Vic software. Also, a confirmatory analysis will be carried out through a semi- automatic analysis of textual data with the NOOJ software.

Expected results:

Outline the figure of the nurse who worked in hospitals after the proclamation of the Italian Kingdom until the advent of Fascism through the knowledge of their recruitment's requirements, their tasks and responsibilities description and their position in the hospital's chain of command, understand how the professional group was structured, explain how the kingdom laws regulating nursing affected professional actions and the meaning of social policies on nursing. Also, the study will allow us to know nurses wage as an indicator of social status and compare it with the income of other hospital workers, learn about nurses' disciplinary code with its disciplinary sanctions and to analyze the nurse's working condition.

Key words: Nurse, Regulation, Hospital, Statuses

3. BACKGROUND

Dopo l'Unità d'Italia, le istituzioni ospedaliere iniziano ad affermarsi come realtà economiche più che come centri di assistenza. La classe dirigente liberale, tramite l'espropriazione del patrimonio degli enti ecclesiastici, determina, infatti, con la Legge sulle Opere Pie del 1862, una loro autonomia economica ed istituzionale [1]. In questo scenario, lo Stato liberale svolge quindi la funzione di garante del buon funzionamento delle istituzioni private, deputate alla beneficenza, sorvegliandone la gestione patrimoniale. Inizia a diffondersi in Italia il principio che lo Stato debba vigilare e tutelare la salute pubblica, e, non a caso, nel 1865 con la Legge n.2248, per la prima volta nella storia italiana, la tutela della salute pubblica viene affidata al Ministro dell'Interno, ai prefetti ed ai sindaci [2].

All'interno della gerarchia ospedaliera si avverte ancora una forte ingerenza della Chiesa che si oppone al desiderio di gestione del potere da parte dei medici. Il vero punto di svolta per la sanità è rappresentato dalla legge Crispi-Pagliani del 1888, che affida la gestione della politica sanitaria a tecnici della salute, tramite l'istituzione di un sistema piramidale al cui vertice ci sono igienisti coadiuvati dal Consiglio Superiore di Sanità, seguiti dai medici e dai consigli provinciali e infine dai medici condotti, qualificati come ufficiali sanitari.

L'ospedale passa così dall' essere un "opera pia" all'essere un servizio di pubblica assistenza, sostenuto da stanziamenti e finanziamenti programmati. La classe medica, in questo scenario, acquista sempre più potere e cerca di affermare la propria capacità di gestione sanitaria e amministrativa. Le amministrazioni scoprono ben presto che l'ospedale può divenire macchina produttiva, i cui costi gestionali crescono in misura proporzionale alle nuove strumentazioni diagnostiche e alle nuove terapie, a cui si somma l'inadempienza retributiva degli enti locali [3]. Il risparmio viene effettuato sulle spese relative al personale di assistenza che, in totale mancanza di istruzione e preparazione professionale, è costretto a turni di lavoro estenuanti.

È solo intorno alla fine del 1800 che gli ospedali più grandi iniziano a considerare la formazione facoltativa del personale infermieristico e, con l'avvento del Fascismo, si arriva alla prima vera e propria normativa sulla formazione infermieristica: Regio Decreto Legge n. 1832, 15 agosto 1925, convertito nella Legge n. 562 il 18 marzo 1926, in cui viene prevista l'istituzione delle Scuole Convitto professionali per infermiere, di durata triennale, a cui si può accedere di norma con il titolo di scuola media [4].

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

- 1. Implementare le poche conoscenze oggi disponibili sulla figura dell'infermiera in un periodo storico fondamentale per la storia della sanità e della professione infermieristica che va dall'unità d'Italia fino all'avvento del Fascismo.
- 2. Conoscere i requisiti di reclutamento per poter lavorare come infermiera nelle strutture ospedaliere.
- 3. Analizzare le condizioni lavorative in cui l'infermiera prestava assistenza.
- 4. Rilevare i rapporti gerarchici delle infermiere con le altre figure presenti nel contesto ospedaliero.
- 5. Definire il ruolo dell'infermiera nell'organizzazione ospedaliera.
- 6. Evidenziare i compiti dell'infermiera nelle strutture sanitarie.
- 7. Individuare la retribuzione delle infermiere come indicatore di status professionale (e quindi di immagine), comparandola ad alte figure ospedaliere (medici, inservienti ecc.).
- 8. Conoscere il codice di condotta infermieristica ed i relativi procedimenti disciplinari.
- 9. Comprendere le modalità di strutturazione del gruppo professionale, ricostruire l'influenza delle leggi in essere sull'agire professionale e spiegare il senso delle politiche sociali legate alle policies della professione infermieristica dell'epoca.

5. METODOLOGIA

Per l'elaborazione del processo di ricerca, è stato scelto il modello *"Steps in Doing Historical Research"* ideato da Lewenson ^[5] che include 6 fasi sequenziali:

- 1. Selezione area di interesse
- 2. Definizione domande di ricerca
- 3. Formulazione del titolo
- 4. Ricerca delle fonti
- 5 Analisi dei dati
- 6. Illustrazione dei risultati

Selezione area di interesse

Il disegno di ricerca è stato contestualizzato, dal punto di vista geopolitico, esclusivamente in Italia e, dal punto di vista temporale, nel periodo compreso tra l'unità d'Italia e l'avvento del Fascismo.

Relativamente al luogo specifico si è scelto di focalizzare l'attenzione sul personale infermieristico addetto all'assistenza che operava all'interno delle strutture ospedaliere civili presenti nelle città maggiormente rappresentative del Regno d'Italia.

Definizione domande di ricerca

Descrivere i requisiti di reclutamento, i compiti e la collocazione nell'organizzazione ospedaliera dell'infermiera nel Regno d'Italia fino all'avvento del Fascismo.

Sono di seguito riportate alcune variabili specifiche per ogni domanda di ricerca:

1. Requisiti di reclutamento per poter lavorare come infermiera nelle strutture ospedaliere (ad esempio fede cattolica, saper leggere e scrivere, essere incensurato).

- 2. Condizioni lavorative in cui l'infermiera prestava la propria assistenza.
- 3. Rapporti gerarchici con le altre figure sanitarie e all'interno del personale infermieristico.
- 4. Collocazione e ruolo dell'infermiera nell'organizzazione ospedaliera.
- 5. Compiti e ruolo, diritti e doveri dell'infermiera.
- 6. Retribuzione delle infermiere come indicatore di status professionale (e quindi di immagine), comparandola ad alte figure ospedaliere (medici, inservienti ecc.).
- 7. Codice di condotta infermieristica ed i relativi procedimenti disciplinari.
- 8. Strutturazione del gruppo professionale, influenza delle leggi sull'agire professionale e spiegazione del senso delle politiche sociali legate alle policies della professione infermieristica.

Formulazione del titolo

Il titolo dell'elaborato: "La figura dell'infermiera dall'Unità d'Italia sino all'avvento del Fascismo. Analisi comparata di regolamenti ospedalieri." enfatizza il focus dello studio, rappresentato dall'immagine dell'infermiera, nel contesto ospedaliero esistente nel suddetto periodo storico.

Ricerca delle fonti

Date le domande di ricerca, si selezioneranno per l'indagine fonti documentarie scritte di tipo primario, quali regolamenti o statuti ospedalieri, considerati tra i più ricchi "oggetti" di studio utili all'approfondimento della storia dell'assistenza infermieristica [6] [7].

La distinzione che si andrà ad effettuare tra fonti primarie e secondarie è quella suggerita da Chabod [8], il quale definisce la fonte primaria "originaria" e la fonte secondaria "derivata". Il reperimento delle fonti primarie avverrà tramite la ricerca in archivi storici e biblioteche, sia in loco che con l'ausilio di motori di ricerca digitali quali Google books, catalogo SBN (OPAC SBN), Sistema Archivistico Nazionale (SAN).

Analisi dei dati

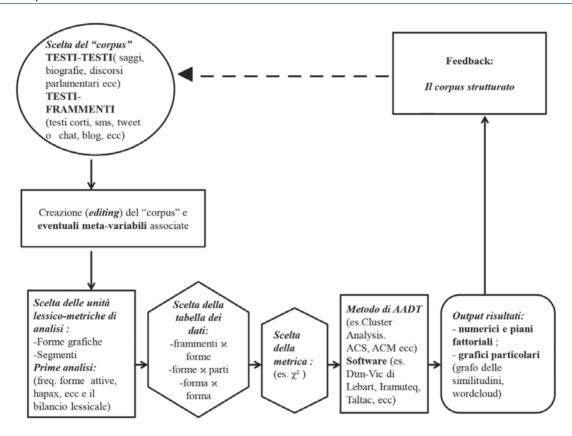
Per analizzare i dati verrà utilizzato il software IRaMuTeQ e il software Dtm VIC di Lebart, al fine di eseguire un'analisi Automatica dei Dati Testuali (AADT), "le cui letture avvengono con modalità automatiche nel corso dell'analisi e consentiranno anche grazie alle analisi multidimensionali di arrivare ad estrarre i mondi lessicali sottostanti" il corpus [9]. Affinché possano emergere dimensioni semantiche e della sintassi sottoposti ai dati testuali, si farà riferimento alle 7 fasi statistico-informatiche individuate da Fraire et al. [9] [10], le quali saranno impiegate nell'AADT, permettendo di ampliare la visione d'insieme dei concetti oggetto di ricerca (figura 1).

Nell'applicazione della mappa concettuale riportata in figura 1, la prima fase sarà basata sul reperimento dei regolamenti ospedalieri (corpus) nel periodo storico dal post-unità d'Italia (1861) all'avvento del Fascismo (1910). Nella seconda fase dell'analisi quali-quantitativa dei dati testuali, verrà effettuata una pulizia iniziale del corpus, seguendo le regole del software utilizzato IRaMuTeQ; nella terza fase, saranno poi effettuate codifiche a posteriori scegliendo le unità di analisi su cui effettuare il conteggio lessicometrico, seguirà la disambiguazione tramite lemmatizzazione (per il riconoscimento delle categorie grammaticali quali: aggettivi, verbali, articoli ecc.) e verrà operato un bilancio lessicale del corpus. Ancora, nella quarta fase verrà selezionata la tabella dei dati lessicali detta "forme parti o testi di contingenza". Per la scelta della metrica, trattandosi di tabelle di contingenza, sarà selezionata quella del nella quinta fase. Durante la sesta fase, nella scelta del metodo di AADT, verrà applicata la tecnica multidimensionale della cluster analysis e quella dell'analisi delle corrispondenze. Infine, la settima fase offrirà una restituzione di output numerici e grafici dei risultati, attraverso l'utilizzo dei dendrogrammi per la

Scientific Annual Report 2020

cluster analysis e dei piani fattoriali per l'ACM (Analisi delle Corrispondenze Multiple). Inoltre mediante il software IRaMuTeQ sarà prodotto uno specifico grafico per ciascun corpus lessicale, nella fattispecie "la nuvola lessicale" (wordcloud). Per l'analisi semi automatica dei dati testuali (ASDT) verrà utilizzato il software Nooj per approfondire i contenuti emersi dall'analisi esplorativa.

FIGURA 1. - MAPPA CONCETTUALE DELLE 7 FASI STATISTICO-INFORMATICHE DI UN'AADT (FRAIRE , 1994, FRAIRE ET AL. 2016)



In una seconda fase verrà applicata L'analisi semi automatica dei dati (ASADT) al fine di approfondire i contenuti emersi dall'analisi esplorativa effettuata con l'AADT. Questa tecnica consente di effettuare un'analisi del contenuto che può essere considerata come «un insieme ampio ed eterogeneo di tecniche manuali o assistite da computer di interpretazione contestualizzata di documenti provenienti da processi di comunicazione in senso proprio (testi) o di significazione (tracce, manufatti), aventi come obiettivo finale la produzione di inferenze valide» [11]. Ricordiamo che "Nell'AADT, si ha un avvicinamento ai dati di tipo sintattico, basato sulle possibilità combinatorie dei vari simboli che prescinde dal loro significato (approccio descrittivo-esplorativo)" mentre "Nell'ASADT l'aspetto semantico e semantico frasale del testo diviene fondamentale per comprendere il contesto d'uso delle parole/frasi che assumono interesse sulla base di chiare ipotesi di partenza e della conoscenza del testo (approccio confermativo theory laden). Nella terza fase (v. Fig. 1) le differenze si approfondiscono [12].

Per l'analisi qualitativa, e quindi per l'accertamento di autenticità dei regolamenti ospedalieri reperiti, verrà eseguito un esame intrinseco ed estrinseco delle fonti, utilizzando il metodo storico suggerito da

Chabod [8], poiché la fase interpretativa verrà sostituita con l'analisi automatica dei dati testuali (AADT).

Illustrazione dei risultati

I risultati verranno illustrati attraverso specifici grafici realizzati dal software IRaMuTeQ per ciascun corpus lessicale e attraverso dendrogrammi per la cluster analysis.

6. RISULTATI ATTESI

Il presente progetto si propone di delineare la figura dell'infermiera nelle strutture ospedaliere nel periodo post-unitario sino all'avvento del Fascismo, attraverso la conoscenza dei requisiti di reclutamento, l'analisi dei compiti da essa svolti, del suo ruolo all'interno della struttura ospedaliera. Inoltre, si comprenderanno le modalità di strutturazione del gruppo professionale, l'influenza delle leggi sull'agire professionale ed il senso delle politiche sociali legate alle policies della professione infermieristica. Si farà luce anche sull'aspetto economico attraverso la conoscenza della retribuzione del personale infermieristico come indicatore del valore professionale attribuito alla figura dell'infermiera. Ci sarà maggiore consapevolezza sul codice di condotta infermieristica, i relativi procedimenti disciplinari e sulle condizioni lavorative in cui l'infermiera prestava la propria assistenza, nonché, sui rapporti gerarchici delle infermiere con le altre figure presenti nel contesto ospedaliero. Il progetto andrà a colmare quel vuoto lasciato dalla carenza di approfondimenti riquardanti la storia della professione infermieristica del nostro Paese. Lo studio della professione infermieristica, infatti, e la comprensione delle tappe fondamentali percorse dagli infermieri sono indispensabili per l'acquisizione di un'identità professionale (13). Una conoscenza ed una comprensione del passato attraverso le abilità di pensiero critico potrebbero sicuramente essere di aiuto allo sviluppo accademico degli studenti di infermieristica, permettendogli di rafforzare la loro identità e la loro capacità di contribuire efficacemente ad affrontare le attuali sfide (14). Le scoperte di questo lavoro potrebbero essere usate come stimolo per ulteriori ricerche, in quanto, considerando il periodo storico preso in considerazione, contribuiranno a costruire un pezzo di storia della professione infermieristica che fino a questo momento era mancante. La memoria non sta nel passato, sta nel presente e ci indica il futuro.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività - 2019- 2020	Risorse impegnate	Durata
1.	Reperimento delle fonti primarie	Coordinatori, project team	Gennaio - Febbraio -Marzo- Aprile- Maggio 2019
2.	Analisi delle fonti con criteri di inclusione/ esclusione della ricerca	Coordinatori, project team	Giugno - Luglio- Agosto 2019
3.	Preparazione del corpus per AADT	Project team	Settembre- Ottobre- Novembre 2019
4.	Analisi dei dati con software IRaMuTeQ, Dtm Vic di Lebart e NOOJ	Coordinatori, project team	Dicembre 2019- Gennaio e Febbraio 2020
5.	Risultati della ricerca	Coordinatori, project team	Marzo 2020
6.	Discussione e conclusione della ricerca	Coordinatori, project team	Aprile- Maggio2020
7.	Scrittura report di ricerca	Project manager, coordinatori, project team	Giugno - Dicembre 2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

GANTT 2019	MESI											
Attivitā	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reperimento delle fonti primarie	•	•	•	•	•							
Analisi delle fonti con criteri di inclusione/ esclusione della ricerca						•	•	•				
Preparazione del corpus per AADT									•	•	•	
Analisi dei dati con software RaMuTeQ, NOOJ e Dtm Vic di Lebart												

GANTT 2020	MESI											
Attivitā	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analisi dei dati con software IRaMuTeQ, NOOJ e Dtm Vic di Lebart	•	•										
Risultati della ricerca			•									
Discussione e conclusione della ricerca				•	•							
Stesura report di ricerca						•	•	•	•	•	•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Guiducci P.L. (1999) Manuale di Diritto Sanitario. Milano: Franco Angeli.
- 2. Grieco A, Bertazzi P.A. (1997) Per una storiografia Italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale. Milano: Franco Angeli.
- 3. Luzzi S (2004) Salute e sanità nell'Italia repubblicana. Roma: Donzelli Editore.
- 4. Rocco G., Cipolla C., & Stievano A. (2015). La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale. Milano: Franco Angeli.
- 5. Lewenson SB (2015) Learning the Historical Method: step by step. In De Chesnay M, editor. Nursing research using Historical Methods. Qualitative Designs and Methods in Nursing. New York: Springer Publishing Company, 1-21.
- 6. Dimonte V (2007) Da Servente a infermiere. Una storia dell'assistenza infermieristica in Italia. 2nd ed. Torino: Cespi.
- 7. Manzoni E (2016) Le radici e le foglie. Una visione storico-epistemologica della disciplina infermieristica. 2nd ed. Rozzano: Casa Editrice Ambrosiana.
- 8. Chabod F (2012) Lezioni di metodo storico. 18th ed. Milano: Editori Laterza.
- 9. Fraire M, Spagnuolo S, Stasi S (2016) L'utilizzo dei big social data per la ricerca sociale: Il caso della cittadinanza attiva in difesa del territorio. In: Agnoli MS, Parra Saiani P, a cura di. Sulle tracce dei Big Data. Questioni di metodo e percorsi di ricerca. Sociologia e Ricerca Sociale, 109(1), 174-187.
- 10. Fraire M (1994) Metodi di analisi multidimensionale dei dati: aspetti statistici e applicazioni informatiche. Roma: Ed. CISU.

- 11. Tipaldo G (2014). L'analisi del contenuto e i mass media. Oggetti, metodi e strumenti. Bologna: Il Mulino, p.42.
- 12. Fraire M., Spagnuolo S., Stasi S., (2016) L'utilizzo dei big social data per la ricerca sociale: Il caso della cittadinanza attiva in difesa del territorio. In Agnoli M.S., Parra Saiani P. (a cura di). Sulle tracce dei Big Data. Questioni di metodo e percorsi di ricerca. Sociologia e Ricerca Sociale. 109 (2016) pp. 174-187. doi: 10.3280/SR2016-109014 ISSN 1121-1148
- 13. Sironi C (2016). Tornare alle origini dell'assistenza infermieristica. Professioni Infermieristiche, 69 (2), 65-67.
- 14. Holme A (2015) Why history matters to nursing. Nurse Education Today, 35 (5), 635 637.



OLO SINTETICO:

Infermiere scolastico e promozione di interventi

ALLA SALUTE

COORDINATORE PROGETTO

RESP DEL POLO

G. Rocco

F. Scerbo

A. Berardi

R. Mazzotta

M. Meniconcini

1. TITOLO PROGETTO

L'Infermiere scolastico e la promozione di interventi di educazione alla salute nelle scuole primarie.

The school nurse and the promotion of health education interventions in primary schools.

2. ABSTRACT

Background:

In Italia sono 3 milioni i bambini affetti da patologie croniche, oltre 20.000 affetti da diabete di tipo I e molti di questi in età scolare.

Nell'anno scolastico 2012-2013, è stata condotta dall'Istituto Nazionale di statistica in collaborazione con il Ministero dell'istruzione università e ricerca un'indagine sulla somministrazione dei farmaci nelle scuole primarie e secondarie di 1º grado, statali e non statali con l'obiettivo di rilevare le iniziative intraprese dalla scuola per la somministrazione di farmaci ad alunni affetti da patologie croniche.

Dall'indagine alla quale ha aderito 1'82% delle scuole emergono dei dati preoccupanti: la somministrazione dei farmaci avviene da parte dei genitori per il 13,87%, dal personale scolastico per il 54,27%, dall' ASL per il 5,80%, da altro personale per l'1,98%, da nessuno per lo 0,61 %, non è stato censito il 24,00%.

Obiettivi:

L'obiettivo generale di questo studio prevede di comprendere, Incentivare, sviluppare e divulgare un aspetto del profilo professionale dell'infermiere, quello educativo e di prevenzione, ancora oggi poco conosciuto dalla popolazione e poco sfruttato da parte degli stessi professionisti infermieri: l'infermiere scolastico. Risulta di fondamentale importanza promuovere la "nuova" figura sanitaria in grado di portare avanti il progetto globale di salute dei bambini, realizzare campagne di prevenzione e sensibilizzazione alle sane abitudini; ovvero gestire e realizzare progetti di promozione di stili di vita sani e di prevenzione rispetto ad alimentazione, abuso di alcool, attività motoria, educazione all'affettività e sessualità.

Materiali e metodi:

L'indagine e l'attività da condurre prenderà a riferimento ragazzi preadolescenti in fasce di età 8-12 anni. Il campione preso in esame sarà composto da studenti delle scuole primarie e verranno applicati interventi di educazione sanitaria sugli stili di vita sani e attività assistenziale ai ragazzi con patologie croniche degenerative. Il progetto vedrà l'attivazione di 3 fasi. Revisione della letteratura [1], Elaborazione del programma educativo [2], Elaborazione e diffusione dei risultati [3].

Risultati attesi:

L'infermiere scolastico è inoltre fondamentale per la gestione degli studenti affetti da malattie croniche (ad esempio asma, allergie e diabete) che non può essere demandata a figure che non hanno una specifica formazione in ambito sanitario.

Parole chiavi:

infermiere scolastico, educazione sanitaria, prevenzione, patologie cronico-degenerative.

The main aim of this study is to comprehend, advance and develop a particular aspect of the professional profile of the nurse: the educational and preventive facet that is less known as compared with other relevant forms of the nurses' work. In this framework, it can be of critical importance to develop the school nurse as a central role to educate children and adolescents in their school environments, to realise prevention campaigns and to sensitize students to the right health behaviours. Maintaining good health does not happen by accident. It requires work, smart lifestyle choices, and the occasional checkup and test. All these activities should be prompted and monitored by skilled school nurses who should be in the frontline for these activities in Italy too.

3. BACKGROUND

Nei paesi europei, la tendenza generale della società è verso un'autonomia sempre maggiore dell'individuo, che a sua volta porta a una minor disponibilità alla solidarietà e a una maggiore competitività (che a volte può diventare brutale, come si comincia a constatare negli ambienti universitari e in quelli di lavoro); tutto questo si traduce in un aumentato isolamento e nel deterioramento dell'integrazione sociale. Questa lenta disgregazione della comunità, insieme a uno spietato atteggiamento di autoaffermazione fanno la loro comparsa in un momento in cui la pressione economica e sociale richiederebbe piuttosto un aumento della collaborazione e dell'impegno verso gli altri e non certo una riduzione di tale disponibilità. Insieme a quest' atmosfera di incipiente crisi sociale, ci sono anche i segni di un crescente malessere emozionale, soprattutto fra i bambini e i giovani (Goleman, 1996).

Colpisce particolarmente l'impennata della violenza tra gli adolescenti: l'Italia è seconda solo agli Stati Uniti per la frequenza di omicidi. Tutto questo indica che alcuni minorenni italiani stanno avviandosi all'età adulta con gravi carenze relative all'autocontrollo, alla capacità di gestire la propria collera e all'empatia; se a tutto questo si somma anche l'aumentato uso di droghe e di morti legate alla tossico-dipendenza, si ottiene un quadro che mostra un'Italia pervasa da problemi laceranti, in preda a un crescente malessere. Uno dei motivi può essere che, in Italia come altrove, l'infanzia non è più quella di un tempo; i genitori, rispetto ai loro padri e alle loro madri sono oggi molto più stressati e sotto pressione per le questioni economiche e costretti a un ritmo di vita assai più frenetico; dovendosi confrontare con una nuova realtà, hanno probabilmente un maggior bisogno di consigli e di guide.

A questo si aggiunge che Il mondo della cronicità in età pediatrica è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse nella continuità assistenziale e una forte integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali.

In Italia sono 3 milioni i bambini affetti da patologie croniche, oltre 20.000 affetti da diabete di tipo I e molti di questi in età scolare. Nell'anno scolastico 2012-2013, è stata condotta dall'Istituto Nazionale di statistica in collaborazione con il Ministero dell'istruzione università e ricerca un'indagine sulla somministrazione dei farmaci nelle scuole primarie e secondarie di 1° grado, statali e non statali con l'obiettivo di rilevare le iniziative intraprese dalla scuola per la somministrazione di farmaci ad alunni affetti da patologie croniche.

Dall'indagine alla quale ha aderito 1'82% delle scuole emergono dei dati preoccupanti: la somministrazione dei farmaci avviene da parte dei genitori per il 13,87%, dal personale scolastico per il 54,27%, dall' ASL per il 5,80%, da altro personale per l'1,98%, da nessuno per lo 0,61%, non è stato censito il 24,00%.

Nel 90,22% degli istituti scolastici non è presente un protocollo per la somministrazione dei farmaci.

Scientific Annual Report 2020



Nel panorama normativo nazionale manca attualmente riconoscimento adeguato del fenomeno delle patologie croniche che interessano i bambini e gli adolescenti.

È purtroppo facile rilevare pertanto, da parte delle associazioni dei pazienti e degli ordini professionali che si battono per la loro tutela, che questi bambini e adolescenti non vivono l'esperienza scolastica, sportiva, relazionale e sociale al pari dei loro coetanei.

Nel panorama normativo nazionale manca attualmente riconoscimento adeguato del fenomeno delle patologie croniche che interessano i bambini e gli adolescenti. Le abitudini di vita di queste persone sono seriamente condizionate dalle loro malattie e ancor più spesso risulta condizionata la vita dei loro familiari. Indubbiamente la lacuna normativa contrasta con i principi generali dell'ordinamento costituzionale e con i più importanti trattati internazionali in materia di diritti fondamentali dell'individuo e del fanciullo.

È necessario garantire a tutti ai bambini e adolescenti che risultino affetti da patologie croniche, e non in grado di gestirle autonomamente nell'ambiente scolastico, il diritto ad usufruire dell'assistenza socio-sanitaria di cui necessitano durante l'orario di lezione, godendo di un servizio assimilabile all'assistenza domiciliare.

La Convenzione ONU sui diritti del Fanciullo del 20 novembre 1989 a cui l'Italia ha dato esecuzione legge 27 maggio 191, n. 176 all'articolo 24 riconosce espressamente al minore "il diritto alla salute e alla possibilità di beneficiare del servizio sanitario e del suo servizio sanitario" attraverso i suoi operatori.

4. OBIETTIVI GENERALI

L'obiettivo generale di questo studio prevede di comprendere, incentivare, sviluppare e divulgare un aspetto del profilo professionale dell'Infermiere, quello educativo e di prevenzione, ancora oggi poco conosciuto dalla popolazione e poco sfruttato da parte degli stessi professionisti infermieri, come risulta dalla assenza di letteratura rivista scientificamente in Italia

Obiettivi specifici

Oltre all'obiettivo primario risulta di fondamentale importanza promuovere la "nuova" figura sanitaria in grado di portare avanti il progetto globale di salute dei bambini, realizzare campagne di prevenzione e sensibilizzazione alle sane abitudini; ovvero, gestire e realizzare progetti di promozione di stili di vita sani e di prevenzione rispetto ad:

- Alimentazione
- Abuso di alcool
- Attività motoria
- Educazione all'affettività e sessualità

L' infermiere scolastico è inoltre fondamentale per la gestione degli studenti affetti da malattie croniche (ad esempio asma, allergie e diabete) che non può essere demandata alle insegnanti, anche perché non hanno una specifica formazione in ambito sanitario.

5. METODOLOGIA

Disegno di ricerca:

Tale progetto si baserà su uno studio esplorativo basato su tecniche di natura quali-qualitativa il quale sarà condotto analizzando un campione di adolescenti scelti per poter attuare il programma. In prima istanza però verrà condotta una revisione sistematica della letteratura sull'infermiere scolastico.

Campione:

L'indagine e l'attività da condurre prenderà a riferimento ragazzi preadolescenti in fasce di età 8-12 anni. Il campione preso in esame sarà composto da studenti delle scuole primarie e verranno applicati interventi di educazione sanitaria sugli stili di vita sani e attività assistenziale ai ragazzi con patologie croniche degenerative.

Materiali e Metodi

Fase 1: Revisione della letteratura

In questa fase sarà anche effettuata una revisione sistematica della letteratura al fine di individuare i contenuti e le metodologie più efficaci per realizzare l'intervento educativo sperimentale.

Fase 2: Elaborazione del programma educativo

Sulla base dei risultati emersi nello step precedente, in questa fase sarà elaborato il programma educativo da effettuare con relativi contenuti, modalità e strumenti di misurazione, pre e post- intervento. Saranno coinvolti gli studenti ed i caregiver familiari sulle tematiche individuate al fine di creare un intervento personalizzato e centrato sui bisogni educativi di pazienti e caregiver. In questa fase saranno effettuati degli incontri formativi, con test finale di valutazione.

Fase 3: Elaborazione e diffusione dei risultati

In quest'ultima fase, della durata di 3 mesi, il team si occuperà di:

- a) Effettuare le analisi statistiche dei risultati,
- b) Pubblicare la revisione della letteratura sistematica,
- c) Interpretare i risultati alla luce delle evidenze scientifiche disponibili in letteratura,
- d) Diffondere i risultati della ricerca su riviste nazionali ed internazionali e nel contesto di convegni e congressi.

6. RISULTATI ATTESI

Con l'espressione "promozione della salute" si intende il processo che conferisce agli individui i mezzi e le conoscenze per avere un maggior controllo sul loro livello di salute, oltre che migliorarlo

La prevenzione è l'obiettivo primario del sistema sanitario, per questo motivo il compito principale dell'infermiere scolastico sarà quello di portare avanti campagne e progetti a favore della salute, effettuando anche promozione ed educazione all'interno delle scuole

È inoltre fondamentale per la gestione degli studenti affetti da malattie croniche (ad esempio asma, allergie e diabete) che non può essere demandata alle insegnanti, anche perché non hanno una specifica formazione in ambito sanitario.

Avere un professionista infermiere a scuola garantisce il rispetto dei diritti di tutela alla salute e diritto allo studio; trasmette una maggiore sicurezza ai genitori che vedono preso in carico globalmente il proprio figlio e si riduce l'assenteismo dovuto alla somministrazione delle terapie.

Anche all'interno delle scuole americane vi è la figura dello School Nurse che è responsabile della salute degli studenti iscritti presso l'istituto scolastico dove svolge il suo lavoro. Si occupa di garantire prestazioni di primo soccorso, effettua test di screening e indirizza gli studenti verso medici specialisti in caso di sospetto di patologie. Può inoltre somministrare farmaci che gli studenti devono assumere nell'orario scolastico ed è responsabile della segnalazione di abusi su minori e maltrattamenti in famiglia, oltre che garantire il supporto psicologico agli studenti.

Scientific Annual Report 2020



7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività 2019- 2020	Risorse impegnate	Durata
1.	Identificazione dei contenuti dell'intervento.	Coordinatori, project team	01/01/2019- 30/06/2019
2.	Analisi del Contesto e Revisione della Letteratura	Coordinatori, project team	01/06/2019- 30/09/2019
3.	Pianificazione programma educativo	Coordinatori, project team	01/10/2019- 30/09/2020
4.	Elaborazione, interpretazione e diffusione dei risultati.	Coordinatori, project team	01/10/2020- 31/12/2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Gen 19	Feb 19	Mar 19	Apr 19	Mag 19	Giu 19	Lug 19	Set 19	Ott 19	Nov 19	Dic 19	Gen 20	Feb 20	Mar 20	Apr 20	Mag 20	Giu 20	Lug 20	Set 20	Ott 20	No 20	Dic 20
Identificazione dei contenuti	•	•	•	•	•	•																
Analisi del Contesto						•	•	•														
Programma educativo									•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•			
Elaborazione finale																				•	•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Area-pediatrica. (2017) Diagnosi, trattamento e prevenzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente. Disponibili all'indirizzo: http://www.area-pediatrica.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=2837&id=28642 (Ultimo accesso: 10/01/2019).
- 2. Badura P., Geckova M.A., Sigmundova D., Van Dijk P.J., Reijneveld A.S., 2015. When children play, they feel better: organized activity participation and health in adolescents. BMC Public Health. 15:1090.
- 3. Doring N., Ghaderi A., Bohman B.B., Heitman B.L., Larsson C., Blennow M., Tynelius P.J., Forsberg L., Rasmussen F., 2016. *Motivational interviewing to Prevent Childhood Obesity: a cluster RCT*. Pediatrics. 137(5).
- 4. Epicentro, Istituto Superiore Sanità. (2017) *Obesità, nel mondo*. Disponibili all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/epidMondo.asp (Ultimo accesso: 10/01/2019).
- 5. Goleman D., Intelligenza emotiva, Bur 1996.
- 6. Kumar S., Kelly A.S. (2017) Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. Mayo Clin Proc. 92(2):251-265.
- 7. Najjar R.H., Eufemia J., Lorraine E., 2017. *Eating Behaviors, Weight Bias, and Psychological Functioning in Multi-ethnic Low-income Adolescents*. Journal of Pediatric Nursing. 38: 81-7.
- 8. Nemet D., Geva D., Pantanowitz M., Igbaria N., Meckel Y., Eliakim A., 2013. Long term effects of a health promotion intervention in low socioeconomic Arab-Israeli kindergartens. BMC Pediatrics. 13:45.
- 9. Schroeder K., Jia H., Wang Y.C., Smaldone A. (2017). *Implementation of a School Nurse-led Intervention for children with* 1. evere obesity in New York City schools. J Pediatr Nurs. 35:16-22.
- 10. Tripp S.B., Perry J.T., Romney S., Blood-Siegfried J., 2011. Providers as weight coaches:using practice guides and motivational interview to treat obesity in the pediatric office. J Pediatric Nursing 26(5):474-9.



TITOLO SINTETICO:

IL SELF-CARE NELLA STOMATERAPIA:

G. Rocco

STUDIO SPERIMENTALE

COORDINATORI PROGETTO

RESPONSABILE DEL POLO

V. Giordano

R. Alvaro

G. Bulfone

F. Corvese

G. Pucciarelli

C. Schirò

A. Stievano

G. Villa

E. Vellone

1. TITOLO PROGETTO

Migliorare il self-care nei pazienti con stomia e nei loro caregiver familiari: studio clinico randomizzato controllato.

Improving self-care in ostomy patients and their family carers: randomized controlled clinical trial

2. ABSTRACT

Background:

L'incidenza delle problematiche fisiche, psicologiche e sociali riscontrate nei pazienti con stomia ha indirizzato la ricerca infermieristica italiana allo studio del processo di self-care nei pazienti con stomia e nei loro caregiver familiari. Le analisi preliminari di tali indagini da un lato hanno evidenziato che i pazienti e i caregiver non hanno sempre livelli ottimali di self-care, dall'altro hanno dimostrato che il self-care (sia quello praticato dal paziente sia quello praticato dal caregiver) è predittore della qualità di vita del paziente. Pertanto, al fine di testare l'efficacia di un intervento educativo per migliorare il self-care nei pazienti con stomia e nei loro caregiver familiari, è stato realizzato un protocollo di studio clinico controllato randomizzato.

Obiettivi:

Valutare l'efficacia di un intervento educativo nel: (1) migliorare il self-care nelle persone con stomia e nei loro caregiver (endpoint primario); (2) ridurre le complicanze stomali e peristomali, (endpoint secondario) e (3) migliorare la qualità di vita delle persone con stomia e dei loro caregiver (endpoint secondario).

Materiali e Metodi:

Sarà condotto uno studio randomizzato controllato (RCT) nel quale sarà coinvolto un gruppo sperimentale (GS), su cui verrà effettuato l'intervento, ed un gruppo di controllo (GC) che riceverà l'assistenza standard. L'assegnazione al GS ed al GC verrà effettuata in modo randomizzato. Il campione sarà costituito da pazienti portatori di una stomia intestinale (colostomia e ileostomia) e/o urinaria e dai loro caregiver, afferenti agli ambulatori che aderiranno al progetto. Il campione sarà composto da pazienti con età uguale o superiore a 18 anni ed in grado di parlare la lingua italiana. Saranno esclusi i pazienti con età minore di 18 anni e con disturbi psichiatrici e/o deterioramento cognitivo grave. Inoltre, saranno coinvolti i caregiver informali riconosciuti come tali dal paziente. Il self-care sarà misurato attraverso

l'Ostomy Self-Care Index (OSCI) e il Caregiver Contribution to Self-Care in Ostomy Patient Index (CC-OSCI). Le altre variabili saranno verranno misurate utilizzando altri strumenti testati per validità ed affidabilità.

Risultati attesi:

Questo studio permetterà di conoscere se un intervento educativo, sviluppato in questo studio, permetterà di migliorare i livelli di self-care nelle persone con stomia e nei loro caregiver.

Parole chiave:

RCT, stomia, caregiver, self-care, complicanze stomali, riospedalizzazioni, qualità di vita.

Background:

The incidence of physical, psychological and social problems encountered in patients with ostomy, directed the Italian nursing research to the study of the self-care process in patients with ostomy and in their family caregivers. The preliminary analyses of these investigations on one hand have shown that patients and caregivers do not always have optimal levels of self-care, on the other hand they have shown that self-care (performed by patients and caregivers) is a predictor of the patient's quality of life. Therefore, in order to test the effectiveness of an educational intervention to improve self-care in patients with ostomy and in their family caregivers, a randomized controlled clinical trial protocol was developed.

Objectives:

To evaluate the effectiveness of an educational intervention: (1) to improve self-care in people with ostomy and their caregivers (primary endpoint); (2) to reduce the stoma and peristoma complications, (secondary endpoint) and (3) to improve the quality of life of people with ostomy and their caregivers (secondary endpoint).

Materials and Methods:

A randomized controlled trial (RCT) will be conducted with patients and caregivers assigned randomly to the experimental group (EG) and the control group (CG). Patients and caregivers will be enrolled in outpatient settings. The sample will consist of patients aged 18 years and over and able to speak the Italian language. Patients younger than 18 years and with psychiatric disorders and/or severe cognitive impairment will be excluded. Caregivers will be those identified as such by patients. Self-care will be measured through the Ostomy Self-Care Index (OSCI) and the Caregiver Contribution to Self-Care in the Ostomy Patient Index (CC-OSCI). The other variables will be measured using other tools tested for validity and reliability.

Expected results:

This study will allow to know if and intervention, developed in this study, will be able to improve self-care in ostomy patients and their caregivers.

Key words:

RCT, ostomy, caregiver, self-care, ostomy complications, re-hospitalization, quality of life.

3. BACKGROUND

Le persone con stomia intestinale e urinaria sono circa 70.000 in Italia, 700.000 in Europa ed un milione negli Stati Uniti (Claessens et al., 2015; European Ostomy Association, 2012; Italian National Association for Incontinence and Ostomy Patients, 2015; United Ostomy Association of America, 2014). La stomia è spesso una condizione cronica che determina effetti sul piano fisico, psicologico e sociale con una

conseguente riduzione della qualità di vita non solo del paziente ma anche del suo caregiver familiare (Burch, 2016; Lim, Chan, & He, 2015; Palma, Simonetti, Franchelli, Pavone, & Cicolini, 2012; Villa, Manara, et al., 2018; Vonk-Klaassen, de Vocht, den Ouden, Eddes, & Schuurmans, 2016).

L'incidenza delle problematiche di cui sopra ha indirizzato lo studio di nuovi piani assistenziali, al fine di garantire la migliore qualità di vita possibile e per consentire ai pazienti la gestione ottimale della stomia, limitando il rischio di complicanze. In un'ottica di analisi sistematica di percorsi innovativi di riabilitazione dei pazienti con stomia è stato sviluppato e finanziato dalla LILT, con la Collaborazione dell'OPI di Roma un progetto di ricerca dal titolo: "Promuovere il self-care e migliorare la qualità di vita: percorso innovativi di riabilitazione del paziente stomizzato attraverso il modello del case management. Uno studio multicentrico". Tale percorso di ricerca per la prima volta in Italia ha analizzato il processo di self-care nei pazienti con stomia e nei loro caregiver familiari. Il self-care, definito come il processo di mantenimento della salute attraverso pratiche di promozione di salute e gestione della malattia, è stato descritto in altre situazioni di cronicità (Ausili et al., 2016; Buck, Dickson, et al., 2015; Cocchieri et al., 2015; Lee et al., 2018; Mcmurray et al., 2012; Pancani, Ausili, Greco, Vellone, & Riegel, 2018; Vellone et al., 2015) ma in modo molto limitato nelle persone portatrici di stomie intestinali ed urinarie, nei quali sono stati analizzati solo alcuni aspetti del fenomeno come ad esempio la self-efficacy e l'adattamento (Bekkers, Van Knippenberg, Van Den Borne, & Van Berge-Henegouwen, 1996; Cheng, Meng, Yang, & Zhang, 2013; Kristensen & Jensen, 2016; Liu et al., 2016; Su et al., 2016, 2017).

Il progetto del 2016 ha consentito per la prima volta a livello nazionale ed internazionale di ampliare lo studio del self-care anche alle persone con stomia e di analizzare l'associazione tra self-care, qualità di vita, complicanze e riospedalizzazioni nei pazienti che ne sono portatori e nei loro caregiver familiari. Il progetto ha permesso lo sviluppo e la validazione di due nuovi strumenti psicometrici di misurazione del self-care nel paziente (Ostomy Self-Care Index (OSCI)) e nel caregiver familiare (Caregiver Contribution to Self-Care in Ostomy Patient Index (CCOSCI)), recentemente pubblicati (Villa, Vellone, et al., 2018) e uno studio longitudinale su un campione di 523 pazienti con stomia e 252 caregiver arruolati in ambulatori infermieristici di Roma e provincia. Le analisi preliminari, oggetto di una tesi di laurea magistrale in scienze infermieristiche (Giordano, 2018) e di un primo articolo descrittivo (Giordano et al., 2018), hanno evidenziato che i pazienti e i caregiver non hanno livelli ottimali di self-care, soprattutto in merito all'alimentazione, al controllo del peso corporeo, al monitoraggio degli effetti dell'alimentazione su feci/urine e alla valutazione dell'appropriatezza e dell'integrità del dispositivo di raccolta prima dell'utilizzo. Nell'ambito della self-care confidence è emerso poi che i pazienti non si sentono "sicuri" nel gestire la stomia. Infine, i risultati preliminari hanno evidenziato che il self-care (sia quello praticato dal paziente sia quello praticato dal caregiver) sono predittori della qualità di vita del paziente.

Considerando i risultati appena esposti, nel presente progetto il team di ricerca si propone di condurre uno studio randomizzato controllato (RCT) al fine di testare l'efficacia di un intervento educativo per migliorare il self-care nei pazienti con stomia e nei loro caregiver familiari. L'ipotesi che guida il progetto è che grazie all'intervento educativo a cui verranno sottoposti pazienti e caregiver, i pazienti avranno più alti livelli di self-care e, conseguentemente, una migliore qualità di vita ed una riduzione delle complicante stomali e peristomali.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo del presente progetto è di valutare l'efficacia di un intervento educativo, effettuato su pazienti con stomia e sui loro caregiver familiari nel: (1) migliorare il self-care nelle persone con stomia e nei loro caregiver (endpoint primario), (2) ridurre le complicanze stomali e peristomali, (endpoint secondario) e (3) migliorare la qualità di vita delle persone con stomia e dei loro caregiver (endpoint secondario).

5. METODOLOGIA

Lo studio coinvolgerà un team di ricerca multidisciplinare ed intersettoriale e si svolgerà nelle seguenti 4 fasi.

Fase 1: Identificazione contenuti dell'intervento sperimentale.

In questa fase, il team di ricerca analizzerà gli ulteriori dati disponibili dal precedente progetto LILT del 2016 con l'obiettivo di approfondire: 1) i livelli di self-care nella diade paziente/caregiver, 2) i predittori del self-care nelle persone con stomia e nei loro caregiver, 3) l'influenza del self-care su qualità di vita, complicanze stomali e riospedalizzazioni, 4) le differenti tipologie di self-care individuabili nel campione. In questa fase sarà anche effettuata una revisione sistematica della letteratura al fine di individuare i contenuti e le metodologie più efficaci per realizzare l'intervento educativo sperimentale.

Fase 2: Elaborazione del programma educativo.

Sulla base dei risultati emersi nello step precedente, in questa fase sarà elaborato il programma educativo da effettuare con relativi contenuti, modalità e strumenti di misurazione, pre e post- intervento. Saranno coinvolti i centri specialisti di stomaterapia di Roma e provincia, i rispettivi professionisti (infermieri stomaterapisti, medici, psicologi, nutrizionisti), i pazienti ed i caregiver familiari al fine di creare un intervento personalizzato, evidence-based e centrato sui bisogni educativi di pazienti e caregiver. Inoltre, in questa fase saranno svolti degli incontri formativi, con test finale di valutazione, al fine di addestrare i professionisti sanitari che effettueranno l'intervento educativo sui pazienti e sui caregiver.

Fase 3: Disegno e conduzione del trial clinico randomizzato controllato (RCT)

In questa fase, verrà disegnato l'RCT con la collaborazione di tutto il team di ricerca. Verrà definito l'endpoint primario (self-care nel paziente e nel caregiver) e gli endpoint secondari (complicanze stomali e peristomali, qualità di vita del paziente e del caregiver, ecc.). Prima dell'RCT verrà effettuato uno studio pilota su pochi pazienti e caregiver. L'RCT prevederà un gruppo sperimentale (GS) su cui verrà effettuato l'intervento ideato nella fase 2 ed un gruppo di controllo (GC) che riceverà l'assistenza standard. L'assegnazione al GS ed al GC verrà effettuata in modo randomizzato. La popolazione in studio, in linea con le caratteristiche proposte nello studio LILT del 2016, sarà composta da pazienti portatori di una stomia intestinale (colostomia e ileostomia) e/o urinaria e dai loro caregiver, afferenti agli ambulatori che aderiranno al progetto. Il campione sarà composto da pazienti con età uguale o superiore a 18 anni ed in grado di parlare la lingua italiana. Saranno esclusi i pazienti con età minore di 18 anni e con disturbi psichiatrici e/o deterioramento cognitivo grave. I caregiver familiari arruolabili dovranno essere identificati in quanto "caregiver" dai paziente, ovvero questi dovranno essere quelle persone che all'interno della famiglia si prendono cura nel paziente in modo informale senza ricevere alcuna remunerazione.

Nell'ambito dell'RCT verrà misurato a T0, su tutti i pazienti e caregiver arruolati, il self-care (endpoint primario) con i due strumenti sviluppati nel precedente studio LILT (Ostomy Self-Care Index (OSCI) e Caregiver Contribution to Self-Care in Ostomy Patient Index (CC-OSCI) e verranno misurate anche le altre variabili (endpoint secondari) utilizzando strumenti testati per validità ed affidabilità. Dopo il T0

verrà effettuata la randomizzazione dei pazienti nel GS e nel GC. Quindi, il GS sarà sottoposto all'intervento educativo, il GC riceverà assistenza standard. Successivamente, a distanza di 3 e 6 mesi dall'intervento verranno effettuati i follow-up con la ri-misurazione degli endpoint primari e secondari sia nel GS sia nel GC. La raccolta dei dati verrà effettuata da operatori estranei all'assegnazione dei pazienti al GS e al GC.

Fase 4: Elaborazione, interpretazione e diffusione dei risultati.

In quest'ultima fase, della durata di 3 mesi, il team di ricerca si occuperà di: a) effettuare le analisi statistiche dei risultati derivati dal progetto di ricerca, b) interpretare i risultati alla luce delle evidenze scientifiche disponibili in letteratura, c) diffondere i risultati della ricerca su riviste nazionali ed internazionali e nel contesto di convegni e congressi.

Analisi statistiche dei dati

I dati raccolti saranno analizzati con procedure statistiche di tipo descrittivo ed inferenziale. L'analisi statistica descrittiva (es. medie, deviazioni standard, frequenze) avranno lo scopo di descrivere e sintetizzare i dati sociodemografici dei pazienti e dei loro caregiver e delle variabili misurate (es. self-care, complicazioni, qualità di vita). Al fine di verificare l'esistenza di differenze statisticamente significative negli endpoint primari e secondari, verrà utilizzato il t-test per campioni indipendenti. Riguardo alla numerosità campionaria, poiché gli strumenti OSCI e CC-OSCI non sono stati ancora utilizzati in un RCT, la predeterminazione della numerosità del campione può essere solo approssimativa. Tuttavia, sulla base di precedenti RCT condotti sulle persone con stomia, si stima che un campione di circa 100 soggetti (100 pazienti e rispettivi caregiver, distribuiti in 50 per il GS e 50 per il GC) sia adeguata (Crawford et al., 2012; Karabulut, Dinç, & Karadag, 2014; Lo et al., 2011; Zhang et al., 2013). Il livello di significatività sarà fissato a p < 0.05.

6. RISULTATI ATTESI

Il presente studio presenta alcuni aspetti rilevanti. In primo luogo, lo studio consentirà di proseguire l'analisi sistematica del self-care nell'ambito della stomaterapia: ad oggi infatti, gli studi hanno coinvolto solo pazienti con differenti patologie croniche (Ausili et al., 2016; Buck, Harkness, et al., 2015; Cocchieri et al., 2015; Pancani et al., 2018; Vellone et al., 2015) e non sono disponibili evidenze su outcome e predittori del processo di self-care in persone con stomia e nei loro caregiver. Inoltre, il presente progetto produrrà come risultato principale e innovativo solide evidenze sull'efficacia dell'intervento educativo che andrà a testare: infatti, per la prima volta nel contesto della stomaterapia si cercherà di misurare gli effetti di programmi educativi individualizzati su specifici outcome (self-care, qualità di vita, complicanze e riospedalizzazioni). Come già dimostrato in altri studi che hanno coinvolto pazienti in situazioni di cronicità (Ausili et al., 2016; Buck, Dickson, et al., 2015; Cocchieri et al., 2015; Mcmurray et al., 2012; Vellone et al., 2015), ci aspettiamo quindi che anche in questo studio il miglioramento del self-care si tradurrà in condizioni di vita migliori per il paziente e per il caregiver, in una riduzione delle complicanze legate alla stomia e ad una riduzione dei ricoveri impropri. D'altra parte, questo sarà anche il primo studio che sperimenterà un intervento personalizzato per il miglioramento del self-care in cui verrà coinvolto sia il paziente sia il caregiver familiare.

Infine, è ragionevole pensare che questo progetto possa avere anche un impatto sulla riduzione della spesa sanitaria come hanno già ampiamente dimostrato in precedenti studi sul self-care. Se l'intervento educativo che verrà testato produrrà gli effetti ipotizzati, lo stesso intervento potrà essere esteso su larga scala a vantaggio dei pazienti e delle loro famiglie.

Scientific Annual Report 2020

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività 2019- 2020	Risorse impegnate	Durata
1.	Identificazione dei contenuti dell'intervento sperimentale.	Coordinatori, project team	01/01/2019- 30/06/2019
2.	Pianificazione programma educativo	Coordinatori, project team	01/07/2019-30/09/2019
3.	Programmazione e conduzione RCT	Coordinatori, Project team	01/10/2019- 30/09/2020
4.	Elaborazione, interpretazione e diffusione dei risultati.	Coordinatori, project team	01/10/2020- 31/12/2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

												MI	ESI															
Attività		2019								2020																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
Identificazione dei contenuti dell'intervento sperimentale	•	•	•	•	•	•																						
Pianificazione programma educativo							•	•	•																			
Programmazione e conduzione RCT										•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•							
Elaborazione, interpretazione e diffusione dei risultati																							•	•				

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Ausili, D., Rebora, P., Di Mauro, S., Riegel, B., Valsecchi, M. G., Paturzo, M., ... Vellone, E. (2016). Clinical and socio-demographic determinants of self-care behaviours in patients with heart failure and diabetes mellitus: A multicentre cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 18 27. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.006.
- 2. Bekkers, M. J., Van Knippenberg, F. C., Van Den Borne, H. W., & Van Berge-Henegouwen, G. P. (1996). Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy. *Psychosomatic Medicine*, *58*, 183-191.
- 3. Buck, H. G., Dickson, V. V., Fida, R., Riegel, B., D'Agostino, F., Alvaro, R., & Vellone, E. (2015). Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1714 1722. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.018.
- 4. Buck, H. G., Harkness, K., Wion, R., Carroll, S. L., Cosman, T., Kaasalainen, S., ... Arthur, H. M. (2015). Caregivers' contributions to heart failure self-care: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(1), 79 89. https://doi.org/10.1177/1474515113518434.
- 5. Burch, J. (2016). Exploring quality of life for stoma patients living in the community. *British Journal of Community Nursing*, 21(8), 378-382. https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.8.378.
- 6. Cheng, F., Meng, A., Yang, L.-F., & Zhang, Y. (2013). The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study. *Ostomy Wound Management*.
- 7. Claessens, I., Probert, R., Tielemans, C., Steen, A., Nilsson, C., Dissing Andersen, B., & Størling M., Z. (2015). The Ostomy Life Study: the everyday challenges faced by people living with a stoma in a snapshot. *Gastrointestinal Nursing*, 13(5), 18-25.

- 8. Cocchieri, A., Riegel, B., D'Agostino, F., Rocco, G., Fida, R., Alvaro, R., & Vellone, E. (2015). Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), 126-136. https://doi.org/10.1177/1474515113518443.
- 9. Crawford, D., Texter, T., Hurt, K., Vanaelst, R., Glaza, L., & Vander Laan, K. J. (2012). Traditional nurse instruction versus 2 session nurse instruction plus DVD for teaching ostomy care: A multisite randomized controlled trial. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182659ca3.
- 10. European Ostomy Association. (2012). No Title. Retrieved June 6, 2018, from http://ostomyeurope.org/
- 11. Giordano, V. (2018). Studio delle caratteristiche psicometriche di nuovi strumenti di valutazione del self-care nell'ambito della stomaterapia. Tesi, Università degli Studi di Roma Tor Vergata.
- 12. Giordano, V., Vellone, E., Stievano, A., Proietti, M. G., Morello, R., & Villa, G. (2018). Il self-care nell'ambito della stomaterapia: risultati preliminari di uno studio longitudinale multicentrico. *AIOSS.It*, 4.
- 13. Italian National Association for Incontinence and Ostomy Patients. (2015). No Title. Retrieved June 6, 2018, from http://www.fais.info/.
- 14. Karabulut, H. K., Dinç, L., & Karadag, A. (2014). Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: A quantitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2800-2813. https://doi.org/10.1111/jocn.12541.
- 15. Kristensen, S. A., & Jensen, B. T. (2016). Testing inter-rater reliability of the Urostomy Education Scale. *European Journal of Oncology Nursing*, 20, 17-23. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.06.004.
- 16. Lee, C. S., Bidwell, J. T., Paturzo, M., Alvaro, R., Cocchieri, A., Jaarsma, T., ... Vellone, E. (2018). Patterns of self-care and clinical events in a cohort of adults with heart failure: 1 year follow-up. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 47(1), 40-46. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.09.004.
- 17. Lim, S. H., Chan, S. W. C., & He, H. G. (2015). Patients' experiences of performing self-care of stomas in the initial postoperative period. *Cancer Nursing*, 38(3), 185-193. https://doi.org/10.1097/NCC.000000000000158.
- 18. Liu, C., Ren, H., Li, J., Li, X., Dai, Y., Liu, L., ... Li, X. (2016). Predictors for quality of life of bladder cancer patients with ileal conduit: A cross-sectional survey. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 168-173. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.008.
- 19. Lo, S. F., Wang, Y. T., Wu, L. Y., Hsu, M. Y., Chang, S. C., & Hayter, M. (2011). Multimedia education programme for patients with a stoma: Effectiveness evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05455.x
- 20. Mcmurray, J. J. V, Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., ... Ponikowski, P. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. European Journal of Heart Failure, 14(8), 803-869. https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfs105.
- 21. Palma, E., Simonetti, V., Franchelli, P., Pavone, D., & Cicolini, G. (2012). An observational study of family caregivers' quality of life caring for patients with a stoma. *Gastroenterology Nursing*, 35(2), 99-104. https://doi.org/10.1097/GA.0b013e31824c2326.
- 22. Pancani, L., Ausili, D., Greco, A., Vellone, E., & Riegel, B. (2018). Trajectories of Self-Care Confidence and Maintenance in Adults with Heart Failure: A Latent Class Growth Analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 399-409. https://doi.org/10.1007/s12529-018-9731-2.
- 23. Su, X., Qin, F., Zhen, L., Ye, X., Kuang, Y., Zhu, M., ... Wang, H. (2016). Self-efficacy and Associated Factors in Patients with Temporary Ostomies. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. https://doi.org/10.1097/WON.000000000000274.
- 24. Su, X., Zhen, L., Zhu, M., Kuang, Y., Qin, F., Ye, X., ... Wang, H. (2017). Determinants of self-efficacy and quality of life in patients with temporary enterostomy: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 26(3-4), 477-484. https://doi.org/10.1111/jocn.13469.
- 25. United Ostomy Association of America. (2014). No Title. Retrieved June 6, 2018, from https://www.ostomy.org/.
- 26. Vellone, E., Fida, R., D'Agostino, F., Mottola, A., Juarez-Vela, R., Alvaro, R., & Riegel, B. (2015). Self-care confidence may be the key: A cross-sectional study on the association between cognition and self-care behaviors in adults with heart failure. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1705-1713. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.013.

Scientific Annual Report 2020



- 27. Villa, G., Manara, D. F., Brancato, T., Rocco, G., Stievano, A., Vellone, E., & Alvaro, R. (2018). Life with a urostomy: A phenomenological study. *Applied Nursing Research*, 39(September 2017), 46-52. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.005
- 28. Villa, G., Vellone, E., Sciara, S., Stievano, A., Proietti, M. G., Manara, D. F., ... Pantaleo, G. (2018). Two new tools for self-care in ostomy patients and their informal caregivers: Psychosocial, clinical, and operative aspects. *International Journal of Urological Nursing*, 1-8. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ijun.12177.
- 29. Vonk-Klaassen, S. M., de Vocht, H. M., den Ouden, M. E. M., Eddes, E. H., & Schuurmans, M. J. (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Quality of Life Research*, 25(1), 125-133. https://doi.org/10.1007/s11136-015-1050-3.
- 30. Zhang, J. E., Wong, F. K. Y., You, L. M., Zheng, M. C., Li, Q., Zhang, B. Y., ... Liu, J. L. (2013). Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients. *Cancer Nursing*. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31826fc8eb.



TITOLO SINTETICO:

SELF CARE NEI BAMBINI E NEI GIOVANI

CON PATOLOGIE CRONICHE

COORDINATORI PROGETTO I. Dall'Oglio

RESPONSABILE POLO

G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

Il self care nei bambini e nei giovani affetti da patologia cronica, dal modello delle scale di valutazione. Self care in children and young people suffering from chronic pathology, from the rating scale model.

2. ABSTRACT

Background:

I bambini che versano in condizioni croniche che presentano complessità mediche di diverso livello rappresentano circa il 10% della popolazione di età compresa tra zero e 14 anni, mentre l'1,6% soffre di due o più malattie croniche.

Il Piano Nazionale della Cronicità del 2016 pubblicato dal Ministero della Salute propone lo sviluppo di modelli che siano in grado di assicurare risposte integrate alla complessità dei bisogni di salute dei bambini, in particolare nel setting del domicilio, nel rispetto della peculiarità della complessità della malattia cronica dal punto di vista pediatrico (lo sviluppo del bambino nel corso dell'età evolutiva, la fisiologica dipendenza dalle figure genitoriali).

L'ipotesi dello studio è che un modello concettuale del self-care possa essere applicato all'assistenza dei soggetti in età evolutiva affetti da patologie croniche, con lo scopo di orientare l'assistenza stessa identificando gli interventi rafforzativi e favorenti il self-care. Si presuppone così di rendere sempre più capaci e responsabili circa la propria condizione di cronicità i bambini e i giovani adulti di oggi. Ciò permetterà il pieno sviluppo di questi bambini negli adulti del domani in grado di raggiungere il massimo grado di salute e benessere nonostante la patologia.

Obiettivo:

Il presente progetto di ricerca si propone di elaborare un modello teorico del self-care per le persone in età evolutiva affette da patologie croniche ad alta complessità.

Materiali e metodi:

Lo studio prevedrà tre fasi. Prima fase: revisione sistematica della letteratura per evidenziare le conoscenze già presenti. Seconda fase: esplorazione con focus group o interviste della percezione del selfcare nei bambini/giovani adulti affetti da patologie croniche, nei loro genitori e nel gruppo professionale che se ne prende cura. Terza fase: elaborazione di una o più scale del self-care per bambini/giovani adulti con patologie croniche, in considerazione delle diverse fasi di sviluppo, e validazione psicometrica nel contesto di almeno una patologia cronica ad alta complessità.

Risultati attesi:

Al termine dello studio si otterranno: un'analisi approfondita di quanto presente in letteratura circa la valutazione e facilitazione del self-care per le persone in età evolutiva con patologia cronica ad alta complessità; un modello teorico del self-care nelle persone in età evolutiva con patologia cronica ad alta complessità; sviluppo e validazione di una o più scale di valutazione del self-care in questo contesto.

Parole chiave

Self-Care; Assistenza centrata sulla famiglia; Genitori; Patologie croniche; Assistenza alla cronicità; Scala di valutazione.

Background:

Children in chronic conditions that present different levels of medical complexity represent about 10% of the total population aged between 0-14 years, whereas 1.6% are affected by two or more chronic diseases.

The 2016 National Chronicity Plan published by the Ministry of Health recommends the development of frameworks that ensure an integrated response to the complexity of children's health needs, especially in the home setting, respecting the specific nature of the complexity of the chronic disease from a pediatric point of view (the growth of the child during developmental age, the child's physiological parental dependency).

The study hypothesis is that a conceptual framework of self-care could be applied to the daily care of chronical-ill children, with the purpose to guide the care itself. This framework makes it possible to identify interventions that reinforce and encourage self-care, so that today's children and young adults become more competent and responsible about their chronic condition. This will enable these children to become a tomorrow's adults capable of achieving the maximum level of health and wellness despite their illness.

Objectives:

The present research project aims to develop a conceptual framework of self-care in children and young adults affected by overly complex chronic pathologies.

Methods and tools:

The study will include three phases. Phase one: a systematic review of the literature to analyse existing knowledge. Phase two: explore with focus groups or interviews on the perception of self-care in children/young adults with chronic illness, in their parents and in the healthcare professionals. Phase three: development of one or more assessment scales of self-care for children/young adults in chronic conditions, considering the different phases of growth, and psychometric validation in the context of at least one extraordinarily complex chronic illness.

Expected results:

At the end of the study, we expected to obtain: an in-depth analysis of the existing literature about the assessment and facilitation of self-care in children and young adults affected by highly complex chronic diseases; the development and psychometric validation of one or moreself-care assessment scales for children and young adults affected by at least one complex chronic illness.

Key words

Self-Care; Family Centred Care- Parents; Chronic condition; Chronic Care; Assessment Scale.

3. BACKGROUND

Il self-care nelle malattie croniche viene definito come un'attività intesa ad attuare comportamenti orientati verso obiettivi specifici, come capacità d'azione sui bisogni, obiettivi e problemi di salute e come processo di sviluppo della salute correlata alla malattia ed al benessere.

Le sue componenti sono: la self-care maintenance, definita come i comportamenti usati dai pazienti con una malattia cronica al fine di mantenere la stabilità fisica ed emotiva; il self-care monitoring, ossia il processo di sorveglianza corporea; il self-care management, il quale indica la risposta a segni e sintomi quando si verificano, con la valutazione in termini di efficacia del trattamento utilizzato (Riegel & Moser, 2018).

Ai fini dell'azione di monitoring, è necessario che siano presenti tre criteri: 1) devono essere possibili cambiamenti clinicamente significativi nel tempo nella condizione, 2) deve esistere un metodo per rilevare in modo affidabile tali modifiche, 3) un'azione ragionevole deve essere possibile in risposta. Quest'ultimo concetto è il collegamento tra il self-care maintenance e il self- care monitoring (Matarese, Lommi, De Marinis, & Riegel, 2018; Riegel & Moser, 2018).

Ad influenzare la cura della persona sono: la decision making, intesa come la capacità di pianificare, fissare obiettivi e prendere decisioni; la confidence, ovvero la fiducia che si ha nella capacità di svolgere un'azione specifica nonostante le eventuali avversità; la self efficacy, la capacità di orientare le proprie abilità in maniera efficiente per raggiungere gli obiettivi; e la reflection, cioè la consapevolezza e la conoscenza del self-care (Riegel, Jaarsma, & Strömberg, 2012).

Nel mondo degli adulti questo fenomeno è stato ampiamente studiato nel campo di diverse patologie croniche, sia a livello internazionale che italiano. Esempio ne sono gli studi di Riegel et al. applicati al campo della prevenzione e della gestione delle malattie cardiovascolari e degli stroke (Riegel et al., 2017); le ricerche effettuate da Jaarsma et al. a livello internazionale sul self- care nello scompenso cardiaco e a livello nazionale da Vellone et al. (Jaarsma, Cameron, Riegel, & Stromberg, 2017; Vellone et al., 2017); e gli studi condotti sul territorio nazionale da Ausili et al. nel campo della diabetologia (Ausili et al., 2018).

Nel mondo pediatrico la letteratura non sembrerebbe al momento evidenziare alcun modello teorico riferito ai sistemi di self-care nelle condizioni croniche.

Il numero di bambini che versano in condizioni croniche, con complessità mediche di diverso livello, rappresenta circa il 10% della popolazione di età compresa tra lo zero e i 14 anni. L'1,6% soffre di due o più malattie croniche (Ministero dello Salute, 2011).

Il Piano Nazionale della Cronicità del 2016 mette in evidenza diversi aspetti di complessità inrelazione alla cronicità dal punto di vista pediatrico: i bisogni dei bambini cambiano nelle differenti fasi evolutive; la malattia può rallentare lo sviluppo del bambino, anche in maniera irreversibile; il bambino, nelle sue diverse fasi di crescita, è già fisiologicamente dipendente dal genitore (emotivamente, socialmente ed economicamente).

In associazione a tali aspetti da considerare, emergono diverse criticità.

Rispetto all'adulto, il processo di adattamento allo stato cronico è più difficile, sia per il bambino che per la sua famiglia. Inoltre, considerando la condivisione della propria storia di vita con altri, la malattia cronica può influenzare così anche i processi di socializzazione, elemento imprescindibile per un sano sviluppo del bambino.

La cultura dell'assistenza nella cronicità in età evolutiva è poco coltivata. Spesso le patologie a carattere pediatrico, così come quelle del giovane adulto, non vengono gestite in ambiente dedicato. L'approccio biomedico e "adultocentrico" è ancora molto frequente.

Infine, il periodo di transizione tra il bambino e il giovane adulto, considerando le modificazioni bio-fisiologiche dell'età puberale, crea peculiari criticità nell'andamento dell'assistenza fornita e nell'adattamento della propria condizione. Il Piano Nazionale della Cronicità tra i risultati propone lo: "Sviluppo di modelli che garantiscano una risposta integrata ai bisogni di salute, in particolare nella domiciliarità, tenendo conto delle peculiarità dell'età evolutiva" (Ministero della Salute, 2016). In tal senso è anche da tenere conto di un approccio ormai ben delineato, orientato all'assistenza centrata sul bambino e la sua famiglia, che prevede un continuum da un'assistenza guidata dagli operatori sanitari, ad un'assistenza guidata dai genitori e progressivamente, quando opportuno, guidata dal paziente stesso (Smith & Coleman, 2009). Tale approccio è anche stato esplorato in Italia, sia per quanto riguarda la percezione degli operatori sanitari che operano in un ospedale pediatrico (Dall'Oglio, 2018a), che gli ambiti di assistenza critica neonatale (Dall'Oglio, 2018b). I percorsi educativi che permettono e facilitano il prograssivo empowerment delle famiglie prima e dei pazienti poi, sono oggetto di attenzione e sono anche state descritte le metodologie efficaci da utilizzare, a cominciare dalla motivazione nell'assumere il controllo sulla gestione del proprio stato di salute (Marshall, Dall'Oglio et al, 2015).

È necessario considerare anche che i bambini e i ragazzi di oggi affetti da malattie croniche rappresentano gli adulti di domani affetti da malattie croniche. Pertanto, un approccio al self-care i nstaurato in età infantile attraverso i genitori e poi opportunatamente adattato nel corso della crescita dell'individuo, rappresenta un fattore fondamentale di salute nel tempo, nonostante la patologia di base.

Il problema di ricerca principale è se sia possibile elaborare un modello concettuale di self-care in età pediatrica che permetta di tenere conto delle diverse specificità derivanti dalle fasi dell'età evolutiva e che sia in grado di adattarsi agli aspetti peculiari del self-care per le patologie croniche ad alta complessità assistenziale.

L'ipotesi dello studio è che un modello concettuale del self-care possa fungere da guida nell'indirizzare l'assistenza, valutare il livello di self-care e i fattori favorenti, e identificare gli interventi efficaci che lo possano rinforzare.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale

L'obiettivo generale dello studio proposto è di elaborare un modello teorico del self-care per le persone in età evolutiva affette da patologie croniche ad elevata complessità.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici dello studio sono:

- Evidenziare attraverso una revisione della letteratura le esperienze di self-care in età pediatrica e nel giovane adulto considerando il contesto delle patologie croniche ad alta complessità assistenziale;
- Esplorare la percezione del self-care da parte dei genitori di pazienti pediatrici o giovani adulti affetti da malattie croniche ad elevata complessità;
- Esplorare la percezione del self-care da parte dei soggetti in età pediatrica o giovani adulti affetti da malattie croniche ad elevata complessità;
- Esplorare la percezione del self-care da parte di medici, infermieri e altri professionisti sanitari o sociali che si prendono quotidianamente cura delle persone in età evolutiva affette da malattie croniche ad elevata complessità;
- Sviluppare un modello concettuale di self-care nei bambini e giovani adulti affetti da malattie croniche ad alta complessità;

- Elaborare una o più scale di valutazione del self-care nell'ambito dei soggetti in età pediatrica ogiovani adulti, affetti da patologia cronica ad elevata complessità, in considerazione delle diverse fasi di sviluppo del bambino;
- Validare la/le scala/e elaborata/e nell'ambito di almeno una patologia cronica pediatrica ad elevata complessità.

Indicatori

Indicatori di processo:

- · Costituzione del gruppo di ricerca;
- Revisione della letteratura relativa alla tematica del self-care in età pediatrica e nel giovane adulto affetti da patologie croniche ad alta complessità assistenziale;
- Elaborazione n. 2 protocolli di studio e relative domande al Comitato Etico; Conduzione della ricerca secondo il timing descritto nel diagramma di Gantt, con al massimo sei mesi di scarto (giustificato dalla variabilità della tempistica relativamente alle autorizzazioni necessarie per l'avvio dello studio o in relazione a possibili rallentamenti nella raccolta dati).

Indicatori di risultato:

- Revisione della letteratura sul self-care nelle malattie croniche pediatriche;
- Un modello concettuale di self-care nei bambini o giovani adulti affetti da patologia cronica ad elevata complessità;
- Una o più scale di valutazione del self-care nei bambini o giovani adulti affetti da patologia cronica ad elevata complessità in considerazione delle diverse fasi di sviluppo del bambino, di cui almeno una validata:
- Presentazione pubblica dello/gli strumento/i sviluppato/i;
- Report scientifico relativo alla revisione della letteratura condotta e al progetto di ricerca, e sottomissione a rivista indicizzata (almeno n. 2 articoli).

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio:

Lo studio si articolerà attraverso tre differenti disegni di studio:

- 1. Una revisione sistematica della letteratura;
- 2. Uno studio qualitativo;
- 3. Uno studio di validazione.

Nel dettaglio vengono di seguito descritti i principali aspetti del metodo utilizzato.

- 1. Verrà condotta una revisione sistematica della letteratura al fine di esplorare quanto disponibile in letteratura sul tema della ricerca. A tal fine verranno interrogate almeno tre banche dati della letteratura. La metodologia adottata seguirà le linee guida per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi del PRISMA Group. Lo svolgimento della revisione sistematica della letteratura sarà registrata sul sistema PROSPERO, registro internazionale delle revisioni sistematiche.
- Verranno condotti dei focus group o delle interviste ai pazienti pediatrici o ai giovani adulti affetti da malattie croniche ad elevata complessità, ai loro genitori e agli operatori sanitari e sociali che quotidianamente se ne prendono cura. Il contenuto dei focus group o delle interviste dei diversi soggetti

POLO DELLA RICERCA SCIENTIFICA

coinvolti (bambini e giovani adulti, genitori e operatori) verranno registrati e successivamente trascritti. Si presume di coinvolgere un numero di almeno tre soggetti per tipologia di patologia e di fascia d'età fino all'ottenimento della saturazione dei dati. Verrà condotta una Thematic Analisys tramite il software NVivo. I contenuti emersi verranno suddivisi in temi e sotto temi. Questi rappresenteranno la base per identificare gli item delle scale di self-care. Verrà anche esplorata la fattibilità di un adattamento delle attuali scale di self care sviluppate per gli adulti.

Da questo processo, attraverso il confronto con quanto emerso in letteratura, prenderà vita il modello concettuale di riferimento del self-care nei bambini e nei giovani adulti con patologia cronica ad elevata complessità.

3. Verrà elaborata la/le scala/e di valutazione del self-care e sarà condotta la validazione di contenuto e facciata tramite il coinvolgimento sia dei genitori, sia dei pazienti, sia degli operatori sanitari e sociali. Infine, la/le scale verranno sottoposte a validazione delle proprietà psicometriche attraverso i test statistici di pertinenza. Le scale verranno testate nei soggetti in età pediatrica.

In base alla numerosità dei pazienti coinvolti, si prevede la possibilità di coinvolgere più centri (studio multicentrico).

Popolazione

- 1. Per lo studio qualitativo verranno coinvolti:
 - Bambini e giovani adulti affetti da patologia cronica ad elevata complessità;
 - I loro genitori o altri familiari (caregiver informali);
 - Gli operatori sanitari e sociali che quotidianamente si prendono cura di questa popolazione di bambini e giovani adulti;
 - Eventualmente, anche le persone connesse all'ambiente di vita dei bambini/ragazzi (scuola, sport, vacanza).

Criteri di esclusione:

- Bambini affetti da patologie croniche a bassa complessità;
- Bambini affetti da patologie croniche ad elevata complessità con stato neurologico altamente compromesso;
- Bambini affetti da patologie ad esito infausto.
- 2. Per lo studio di validazione verranno coinvolti:
 - Bambini e giovani adulti affetti da patologia cronica ad elevata complessità;
 - I loro genitori o altri familiari (caregiver informali).

Criteri di esclusione:

- Bambini affetti da patologie croniche a bassa complessità;
- Bambini affetti da patologie croniche ad elevata complessità con stato neurologico altamente compromesso;
- Bambini affetti da patologie ad esito infausto.

Raccolta dati

Strumenti:

- 1. Per la revisione della letteratura verranno utilizzati i database elettronici e, ove ritenuto necessario e consono, verrà effettuata anche la ricerca manuale.
- 2. Per lo studio qualitativo si utilizzeranno focus group o le interviste. La scelta tra i due metodi diraccolta dati i porrà come unico criterio quello della congruenza dell'età rispetto alla metodologiaproposta. Dunque, a seconda dell'età dello sviluppo del bambino si proporrà o l'uno o l'altro metodo.
- 3. Per lo studio di validazione si utilizzerà uno dei questionari sviluppati a seguito della fase dello studio qualitativo.

Procedure:

Trattamento ed elaborazione

- 1. La revisione sistematica della letteratura seguirà le indicazioni fornite dal Prisma Group come detto in precedenza. Eventuali conflitti di interesse verranno esplicitamente denunciati.
- I dati raccolti durante lo studio qualitativo attraverso i focus group e le interviste verranno registrati e successivamente trascritti. Raggiunta la saturazione dei dati verrà condotta una Thematic Analisys tramite il software NVivo e verrà condotta la triangolazione dei dati ai fini dell'individuazione dei temi e sotto temi.
- 3. I dati raccolti durante la fase di validazione attraverso la somministrazione del questionario cartaceo verranno imputati su apposito data base, specificatamente elaborato.

L'analisi statistica sarà condotta utilizzando STATA 12.0 (Stata Corp College Station, Texas USA), o altri software adequati per la tipologia dei dati da trattare.

La statistica descrittiva prevederà il conteggio e le proporzioni per le variabili categoriche, e le medie, mediane, deviazione standard e range per le variabili continue.

La comparazione tra i sottogruppi verrà effettuata applicando il test Chi square o il Fisher test, dove appropriati. Per i dati continui, verranno applicati il test di Student e il Mann-Whitney test non parametrico. L'analisi statistica dei test psicometrici per la validazione del questionario comprenderanno i test di affidabilità e validità. Infine l'analisi logistica multivariata verrà usata per esplorare le associazioni tra i dati socio demografici dei genitori e clinici dei bambini/giovani adulti, con il grado di self-care espresso nel questionario.

Tecniche di analisi qualitative verranno usate per l'analisi di eventuali risposte alle domande aperte.

Aspetti etici

Verranno sottoposti al comitato etico due protocolli di ricerca rispettivamente per la sezione qualitativa dello studio e per gli studi di validazione.

Ogni intervista, focus group o questionario sarà anonimo con lo scopo garantire la privacy dei soggetti partecipanti. Ognuno possiederà un codice identificativo che, su apposito registro/database, sarà ricollegato alla persona fisica partecipante allo studio. Ciò ha il solo scopo di poter recuperare informazioni inerenti lo studio perdute nel corso dell'elaborazione dei dati. Tale registro/database sarà tenuto dal responsabile scientifico della ricerca.

Chi prenderà parte allo studio riceverà un consenso informato e un consenso al trattamento dei dati personali da firmare in caso di assenso alla partecipazione. Saranno tutelati tutti i diritti dei minori.

Scientific Annual Report 2020

6. RISULTATI ATTESI

Dallo studio proposto si attendono i seguenti risultati:

- Evidenza ed analisi di quanto emerge in letteratura in merito al tema della valutazione e facilitazione del self-care per le persone in età evolutiva affette da patologia cronica ad alta complessità;
- Sviluppo di un modello teorico di riferimento del self-care nelle persone in età evolutiva affette da patologia cronica ad alta complessità;
- Elaborazione di una o più scale di valutazione del self-care nelle persone in età evolutiva affette da patologia cronica ad alta complessità;
- Validazione della scala di valutazione del self-care nei soggetti in età evolutiva con patologia cronica ad alta complessità nell'ambito di almeno un quadro patologico cronico ad alta complessità.

Rilevanza:

Attraverso questo percorso di ricerca, si attende di fornire uno strumento utile non solo nella concettualizzazione dei tre livelli di *self-care* nell'assistenza pediatrica, ma anche di fornire strumenti utili per la sua valutazione. Attraverso questi strumenti si potrà indirizzare l'assistenza fornita e massimizzare il grado di salute raggiungibile per i bambini e i giovani adulti con patologie croniche.

7. PIANIFICAZIONE

LA PIANIFICAZIONE DEVE CORRISPONDERE AL GANTT

I ANNUALITÀ											
	Descrizione attività	Risorse Impegnate	Durata								
1.	Analisi di sfondo e costituzione gruppo di lavoro	Coordinatori -Project manager	Marzo- 2019								
2.	Conduzione revisione sistematica letteratura	Project team e collaboratori	Marzo-Luglio 2019								
3.	Elaborazione report revisione sistematica e sottomissione per pubblicazione	Coordinatori, e project team e collaboratori	Agosto-Ottobre 2019								
4.	Predisposizione domanda Comitato Etico studio qualitativo	Coordinatori e project team	Maggio-Giugno 2019								
5.	Percorso autorizzativo presso eventuali altri centri partecipanti	Referenti centri partecipanti e Coordinatori	Luglio-Ottobre 2019								
6.	Conduzione focus group e interviste	Coordinatori, e project team e collaboratori	Ottobre- Dicembre 2019								
7.	Verifica e integrazione della scala di self-care per le età evolutive	Coordinatori, Collaboratori e project team, Referenti centri partecipanti,	Ottobre- Dicembre 2019								
8.	Trascrizione testo focus group e interviste	Consulenti	Novembre - Gennaio 2020								
9.	Analisi qualitativa dei dati	Coordinatori, Collaboratori e project team	Novembre- Febbraio 2020								

	II ANNUALITÀ												
	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata										
1.	Analisi dei risultati e sviluppo del modello di self care in pediatria	Coordinatori, Collaboratori e project team	Marzo 2020										
2.	Verifica del modello con un campione dei partecipanti ai focus group	Collaboratori e project team	Aprile 2020										
3.	Adattamento della scala di self-care per le età evolutive	Coordinatori, Collaboratori e project team, Referenti centri partecipanti	Marzo 2020										
4.	Verifica della scala di self-care per le età	Collaboratori e project team evolutive con un campione dei partecipanti ai focus group, Validazione di facciata e contenuto	Aprile 2020										
5.	Discussione dei risultati con il gruppo di lavoro	Project Manager e Coordinatori e project team	Maggio 2020										
	Presentazione pubblica degli strumenti sviluppati	,	Giugno 2016										
6.	Predisposizione domanda Comitato Etico studio di validazione	Coordinatori e project team	Maggio-Giugno 2020										
7.	Elaborazione database per studio di validazione	Coordinatori e consulente	Giugno 2020										
8.	Raccolta dati studio di validazione	Coordinatori e project team	Luglio - Ottobre 2020										

8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Gen 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020	Lug 2020	Ago 2020	Sett 2020	Ott 2020	Nov 2020	Dic 2020
Analisi di background	•	•	•	•								
Revisioni sistematiche delle banche dati	•	•	•	•								
Analisi dei dati					•	•	•	•				
Report finale									•	•		
Pubblicazione dei risultati											•	•
Fine del progetto												•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Ausili, D., Rossi, E., Rebora, P., Luciani, M., Tonoli, L., Ballerini, E., ... Di Mauro, S. (2018). Socio-demographic and clinical determinants of self-care in adults with type 2 diabetes: a multicentre observational study. Acta Diabetologica, 55(7), 691-702. https://doi.org/10.1007/s00592-018-1135-x
- Dall'Oglio, I., Di Furia, M., Tiozzo, E., Gawronski, O., Biagioli, V., Di Ciommo, V.M., Paoletti, S., Bianchi, N., Celesti, L., Raponi, M., OPBG Nursing and Allied Health Professionals Research Group. (2018a). Practices and Perceptions of Family Centered Care among Healthcare Providers: A Cross-sectional Study in a Pediatric Hospital. J Pediatr Nurs. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.015
- 3. Dall'Oglio, I., Mascolo, R., Tiozzo, E., Portanova, A., Fiori, M., Gawronski, O., Dotta A., Piga S., Offidani C., Alvaro, R., Rocco, G., Latour, J.M., FCC Italian NICUs Study Group, (2018b). The current practice of family- centred care in Italian



neonatal intensive care units: A multicentre descriptive study. Intensive and Critical Care Nursing doi: 10.1016/j.iccn. 2018.07.005.

- 4. Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B., & Stromberg, A. (2017). Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: a Literature Update. Current Heart Failure Reports, 14(2), 71-77. https://doi.org/10.1007/s11897-017-0324-1
- 5. Marshall, L.C., Dall'Oglio, I., Davis, D., Verret, G., Jones, T. (2015). Nurses as educators within health systems, in: Mastering Patient and Family Education: A Healthcare Handboook for Success. Sigma Theta Tau, Indianopolis, USA, pp. 25-55.
- 6. Matarese, M., Lommi, M., De Marinis, M. G., & Riegel, B. (2018). A Systematic Review and Integration of Concept Analyses of Self-Care and Related Concepts. Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 50(3), 296-305. https://doi.org/10.1111/jnu.12385
- 7. Ministero della Salute. (2011). Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010. Recuperato da http://www.salute.gov.it/rssp/paginaMenuDownloadRssp.jsp?lingua=italiano
- 8. Minitero della Salute. (2016). Piano nazionale della cronicità. Recuperato 17 settembre 2018, da http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4654&area=programmazioneSanitariaLea&me nu=vuoto
- 9. Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS. Advances in Nursing Science, 35(3), 194-204. https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba
- 10. Riegel, B., & Moser, D. K. (2018). Self-care: An Update on the State of the Science One Decade Later. The Journal of Cardiovascular Nursing, 33(5), 404-407. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000517
- Riegel, B., Moser, D. K., Buck, H. G., Dickson, V. V., Dunbar, S. B., Lee, C. S., ... American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; and Council on Quality of Care and Outcomes Research. (2017). Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. Journal of the American Heart Association, 6(9). https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006997
- 12. Smith, L., Coleman, V., 2009. Child and Family-Centred Healthcare: Concept, Theory and Practice. Palgrave Macmillan.
- 13. Vellone, E., Fida, R., Ghezzi, V., D'Agostino, F., Biagioli, V., Paturzo, M., ... Jaarsma, T. (2017). Patterns of Self-care in Adults With Heart Failure and Their Associations With Sociodemographic and Clinical Characteristics, Quality of Life, and Hospitalizations: A Cluster Analysis. The Journal of Cardiovascular Nursing, 32(2), 180-189. https://doi.org/10.1097/JCN.000000000000325.



TITOLO SINTETICO:

PRIMARY NURSING

COORDINATORI PROGETTO A. Cocchieri M. Cavalletti L. Zaino

M. Zega

RESPONSABILE POLO

G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

Implementazione e valutazione del modello organizzativo Primary Nursing.

Evaluating and improving the Primary nursing care model.

2. ABSTRACT

Il Primary Nursing (PN) è un modello organizzativo assistenziale e rappresenta l'evoluzione del team nursing e ha come scopo il raggiungimento di un'alta qualità assistenziale che, secondo Manthey, si traduce in assistenza individualizzata, erogata umanamente, con competenza, in modo olistico e in maniera continua. Gli studi in letteratura evidenziano risultati controversi rispetto all'efficacia dei modelli organizzativi sulla qualità dell'assistenza soprattutto in relazione alla difficoltà di misurarli e monitorarli nel tempo. Ancora pochi gli studi che si focalizzano sull'efficacia del PN sull'accuratezza della documentazione. Inoltre, non esistono, ad oggi strumenti validati di monitoraggio dell'aderenza della pratica assistenziale ai principi del modello. Proprio in questo contesto si inserisce il progetto di valutazione e implementazione del PN con l'obiettivo di descriverne gli effetti a medio e lungo termine sulla accuratezza della documentazione, sugli atteggiamenti degli infermieri, sulla soddisfazione del paziente. Si è stimato che il tempo necessario a produrre un'analisi sostenibile è di 1 anno. Un periodo preliminare e uno di valutazione post sarà necessario per costruire gli strumenti e analizzare i dati.

Primary Nursing (PN) is an organizational model of care and represents the evolution of the nursing team and aims to achieve an high quality of care which, according to Manthey, translates into individualized care, provided humanly, with competence, holistically and continuously. Studies in the literature show controversial results regarding the effectiveness of organizational models on the quality of care, especially in relation to the difficulty of measuring and monitoring them over time. Still few studies that focus on the effectiveness of the PN on the accuracy of the documentation. Furthermore, there are currently no validated tools for monitoring the adherence of the care practice to the model principles. Precisely in this context, the evaluation and implementation project of the PN is inserted with the aim of describing the medium and long-term effects on the accuracy of the documentation, on the attitudes of nurses, on patient satisfaction. It has been estimated that the time required to produce a sustainable analysis is 1 year. A preliminary and a post evaluation period will be needed to build the tools and analyze the data.

3. BACKGROUND

Il termine "primary", in materia di nursing, fu utilizzato per la prima volta da Baiton nel 1959, che affida il suo programma per combattere la nevrosi istituzionale al "'Primary Therapist", ma divenne importante quando fu applicato e teorizzato da Marie Manthey nel 1970 nell'Ospedale Universitario del Minnesota [1-2].

Polo della ricerca scientifica

Il PN rappresenta l'evoluzione del team nursing e ha come scopo il raggiungimento di un'alta qualità assistenziale che, secondo Manthey, si traduce in assistenza individualizzata, erogata umanamente, con competenza, in modo olistico e in maniera continua [3]. Il PN è un sistema per l'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse. [4] I quattro elementi fondamentali della teoria sono:

- 1. L'attribuzione e l'accettazione da parte di ciascun individuo nella responsabilità personale nel prendere decisioni;
- 2. L'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo dei casi (case method);
- 3. La comunicazione diretta da persona a persona;
- 4. Una persona operativamente responsabile per la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti di un reparto 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana.

Le realtà in cui è stato implementato e studiato il PN sono diverse sia a livello internazionale, europeo ed italiano. Nonostante se ne riportino i risultati positivi esperienziali, non in tutte le realtà, vi sono studi evidenti sul miglioramento degli outcomes. Tranne che per qualche studio, i risultati sono in gran parte descrittivi e datati. Alcuni dei risultati sono anche contradditori e trovare un risultato generalizzabile è davvero difficile.

Già dal 1980 sono presenti i primi risultati dell'applicazione del PN come applicazione di progetti pilota [8]. Gli studi internazionali presentano i risultati di esperienze in realtà ospedaliere, in singole unità operative e sul territorio. Ne sono state studiate sia le prospettive dell'operatore, del paziente e dei suoi familiari e l'impatto economico. Eichhorn & Flevert nel 1979 dimostrarono che l'utilizzo del PN provocava un miglioramento significativo della qualità dell'assistenza infermieristica (misurata con la QualPaCS). Ma il miglioramento della qualità delle cure è stata dimostrata anche in studi successivi (Gardner, 1991 [10], Ferrua et al., 2016^[11], Reimanis 2001^[12]; Chiari 2008 [13]; Sutherland 2009 [14]) influenzando anche la capacità di autocura delle persone assistite. Ne consegue che l'applicazione di tale modello organizzativo potrebbe sostenere la continuità assistenziale attraverso sia il miglioramento da parte della persona assistita nella gestione autonoma della propria cura sia un raccordo con i servizi territoriali qualora la persona abbia necessità di supporto organizzato. Diversi studi italiani, dimostrano l'efficacia del modello PN sui Nursing Sensitive Outcomes. Dal Molin [15] in uno studio pre-post ha dimostrato come in più di 2500 pazienti vi sia stata una riduzione statisticamente significativa delle infezioni da catetere vescicale e catetere venoso, mentre si è osservata la riduzione del numero di cadute e insorgenza di lesioni da pressione sebbene non in maniera significativa.

Un altro studio pre-post test realizzato in Italia, ha evidenziato come l'applicazione del PN abbia aumentato in maniera significativa gli standard Joint Commission International (JCI). Gli standard JCI migliorati significativamente erano da riferirsi agli obiettivi: Valutazione del paziente (AOP) alla Cura del paziente (COP). Thomas già nel 1996 [16] dimostra come effettivamente conoscere il proprio infermiere referente migliori la soddisfazione del paziente migliora l'assistenza basata sulla relazione (Nadeau 2017) [17] ed è sempre più apprezzata dai pazienti e familiari (Dal Molin 2018 [15]; Laurant 2005 [18]; Sutherland 2009 [19]). Gli effetti delle tipologie dei modelli organizzativi sul sistema sanitario sono stati illustrati in revisioni sistematiche Cochrane [20,31] e sono più di 70 mila i lavori che riguardano i modelli organizzativi. Tuttavia, risultati inconsistenti sono stati riscontrati su diversi outcome come per esempio il miglioramento della qualità dell'assistenza [21, 22], la soddisfazione del paziente [20,21, 23], la soddisfazione degli infermieri [24,25,26] mentre non ci sono studi che ne studino l'efficacia sulla qualità e accuratezza della documentazione infermieristica.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Descrivere gli effetti del Primary Nursing (PN) a medio e lungo termine sull'organizzazione e sulla qualità dell'assistenza.

Detto programma sarà articolato in tre obiettivi intermedi e consecutivamente inscindibili, ognuno dei quali corrisponderà ad ogni anno della convenzione e precisamente:

- 1. Delineare i requisiti minimi adatti al contesto italiano per la definizione e implementazione del modello PN nelle strutture ospedaliere sulla base dei requisiti internazionali.
- 2. Implementazione del modello PN nelle unità di degenza ordinarie e delle terapie intensive. In particolare, sarà validata la scheda di valutazione delle competenze del primary nurse nei diversi contesti assistenziali (medicina, chirurgia, oncologia, ematologia, terapie intensive).
- 3. Studiare gli effetti a medio e lungo termine sulla popolazione infermieristica, sui pazienti, sulla qualità della documentazione e sugli standard internazionali di sicurezza del paziente.

Obiettivi Specifici:

- 1. Elaborazione di una check list di standard minimi di applicazione del modello PN.
- 2. Realizzazione di un elenco di competenze del Primary nurse specifico per ogni contesto (degenze ordinarie e terapie intensive).
- 3. Misurazione delle competenze dei primary nurses.
- 4. Misurazione dell'accuratezza della documentazione pre-post (tempo 0,3 mesi, 6 mesi).
- 5. Misurazione degli atteggiamenti degli infermieri verso il PN pre-post (tempo 0,3 mesi, 6 mesi).
- 6. Misurazione della customer satisfaction dei pazienti verso il PN pre-post (tempo 0,3 mesi, 6 mesi).
- 7. Misurazione dell'accuratezza della documentazione rispetto agli standard di sicurezza internazionali: rivalutazione nutrizionale, valutazione dello stato funzionale, valutazione del dolore, del rischio caduta, dello stato della cute prima e successivamente allo stato di salute pre post (tempo 0,3 mesi, 6 mesi).
- 8. Misurazione del grado di aderenza del modello nella pratica clinica pre-post (tempo 0,3 mesi, 6 mesi).

5. METODOLOGIA

Il progetto sarò articolato in tre fasi. Saranno implementati contemporaneamente aspetti organizzativi e di ricerca.

- Una prima fase preliminare si occuperà della ricerca scientifica e della modalità di costruzione dei requisiti da soddisfare per implementazione del modello. Comprenderà l'elaborazione di una check list per la verifica di aderenza del modello.
- In relazione al secondo obiettivo, lo stesso team di ricerca, redigerà uno strumento di valutazione delle competenze dei primary nurses. La scala di valutazione delle competenze sarà sottoposta a studio di validazione.
- In relazione agli obiettivi 3-7 verrà utilizzato uno studio pre- post con gruppo di controllo. Verrà effettuata una rilevazione a tempo 0 (prima dell'implementazione del PN) e successivamente a tre mesi (t1) e 6 mesi (tempo2) delle seguenti variabili: accuratezza della documentazione, atteggiamento degli

Scientific Annual Report 2020

infermieri verso il PN, soddisfazione dell'assistenza del paziente.

4. In relazione all'obiettivo 8 verrà condotta una indagine di prevalenza (modalità tracer) per la misurazione del grado di aderenza ai requisiti PN individuati nella fase preliminare dello studio e popolazione interessata.

Saranno coinvolte tutte le unità di degenza della Fondazione Policlinico Gemelli. L'accuratezza della documentazione infermieristica pre-post verrà misurata sul Professional Assessment Instrument (PAI) è un sistema informativo infermieristico clinico (SIIC) fondato sul processo di nursing, che permette di documentare l'assistenza inferrnieristica fornendo un supporto all'attività di pianificazione e alla sua registrazione. Per lo studio in questione sarà considerata la documentazione di ricoveri ordinari e/o di urgenza con giorni di degenza superiori a 3. Saranno escluse le cartelle infermieristiche di pazienti trasferiti durante la degenza in unità operative dove non fosse presente il primary nursing.

I pazienti coinvolti saranno tutti pazienti della Fondazione Policlinico gemelli che accettino di partecipare allo studio e che non abbiano un deterioramento cognitivo. Per i pazienti con età inferiore ai 18 anni verrà richiesto il consenso dei genitori.

Campionamento

Per la documentazione infermieristica: la numerosità campionaria sarà determinata sulla base dei ricoveri del miglioramento atteso dell'accuratezza. Sarà scelto un livello di confidenza del 90%, margine di errore (E): 3%. Per gli infermieri: sarà utilizzato un campionamento di convenienza: il questionario sarà somministrato a tutto il personale infermieristico coinvolto nel progetto. Il questionario sarà compilato in anonimato.

Strumenti

Per la misurazione della accuratezza della documentazione sarà utilizzato il D-Catch (Paans et al., 2019, D'Agostino et al, 2017). Per la misurazione della soddisfazione del paziente verrà utilizzato lo strumento Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (Piredda et al., 2015).

Per la misurazione dell'atteggiamento degli infermieri verso il PN verrà utilizzato uno strumento redatto e validato dal Team di ricerca.

6. RISULTATI ATTESI

Dal presente progetto ci si aspetta di ottenere un insieme minimo di elementi informativi per l'implementazione del PN. Si auspica che l'utilizzo sistematico del PN permetta di aggregare dati uniformi, standard e confrontabili sulla sua efficacia a medio e lungo termine attraverso indicatori di sicurezza e qualità. Inoltre, una visione dei fattori favorenti e ostacolanti all'implementazione di un modello organizzativo permetterà di individuare quali siano gli atteggiamenti degli utilizzatori del modello e come questi si modifichino nel tempo. Infine ci si attende che il PN migliori l'accuratezza della documentazione infermieristica anche in termini di standard di sicurezza sul paziente.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
1.	Definizione e validazione dei requisiti minimi (strumento di valutazione)	Project manager e coordinatori	01/01/2020 - 31/12/2020
	•	Project manager Project manager e coordinatori	01/01/2021 - 31/12/2021 01/01/2022 - 31/12/2022

8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Gen - Dic 2020	Gen - Dic 2021	Gen - Lug 2022	Ago - Dec 2022
Progetto				
Definizione e valida- zione dei requisiti minimi (strumento di valutazione)	• • •			
Definizione e valida- zione delle compe- tenze del PN (validazione dello strumento di valida- zione)		• • •		
Implementazione del PN e misurazione tempo 0			• •	
Implementazione del modello Primary Nursing e misura- zione tempo 1 e 2				•
Analisi e valutazione dei risultati				•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Baiton R (1959). Institutional neurosis. Bristol, Wright.
- 2. Barton-Wright P. (1994). Clinical supervision and primary nursing. British J Nurs. 13-26.
- 3. Manthey M. (2008). La pratica del Primary Nursing. Roma: Pensiero Scientifico Editore.
- 4. Brilli S. (2010). Primay Nursing. Cure basate sulla relazione: un modello per trasformare la pratica. Info Periodico di informazione sulle attività dell'associazione Svizzera Infermiere/i; n.9/10: 8-11.
- 5. Manthey M. (2002). The practice of primay nursing. Creative Health Care Management.
- 6. Manthey M. (2009). The 40th anniversary of primary nursing: setting the record straight. Creative Nursing, 15(1), 36.
- 7. Dellafiore F., Arrigoni C., Grugnetti A.M., Zaffino G., Calorenne V., Pittella F., Rosa D., Caruso R. (2019). Bedside nursing handover and organisational will lo achieve personalisation within an Italian Cardiac Surgery Unit: the nurses' viewpoint through a qualitative study. Professioni Infermieristiche. 72, 1.
- 8. Williams F. G., Stewalt M.T. (1980). Pilot unit shifts to primary nursing. Hospitals, 54(2), 112.
- 9. Eichhorn M.L., Frevert E.I. (1979). Evaluation of a primary nursing system using the quality patient care scale. The Journal of Nursing Administration, 9(10), 11-15.



- 10. Gardner K.G., Tilbury M. (1991). A longitudinal cost- analysis of primary and team nur sing. Nursing Economics, 9(2), 97-104.
- 11. Ferrua R., Nelson J.W., Gatta C., Croso A., Gilot C.B., Molin A.D. (2016). The impact of the Primary Nursing Model on Cultural improvement: A Mixed-Method Study. Creative Nursing, 22(4), 259-267.
- 12. Reimanis CL. et al. (2001). Nurse Case Manager Role Attributes: Fifteen Years of Evidence-based Literature. Lippincotts Case Management. 6(6):230-239.
- 13. Chiari P. et al. (2008). Studio per documentare! Esperienza dell'inserimento degli infermieri case manager in reparti per acuii e post-acuti: il punto di vista degli operatori, dei pazienti, e dei risultati clinico organizzativi. Assist Inferm Ricerca; 27(4):202-9.
- 14. Sutherland D. et al. (2009). Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three majorchronic diseases. J Clinical Nursing. 18 (21):2978-2992.
- 15. Dal Molin A., Gatta C., Boggio Gilot C., Ferrua R., Cena T., Manthey M., &- Croso A. (2018). The impact of primary nursing care pattern: Results from a before-after study. Journal of Clinical Nursing, 27(5-6), 1094-1102.
- 16. Thomas L., McColl E., Priest J., & Bond S. (1996). The impact of primary nursing on patient satisfaction. Nursing Times, 92(22), 36-38.
- 17. Nadeau K., Pinner K., Murphy K., Belderson K. M. (2017). Perceptions of a primary nursing care model in a pediatrie hematology/oncology unit. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 341 (1), 28-34.
- 18. Laurant M. et al. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 18;(2).
- 19. Sutherland D. et al. Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three majo rchronic diseases. J Clin Nurs. 2009 Nov; 18(21):2 978-2992.
- 20. Nissen J.M., Boumans N.P.G., Landeweerd J. A. (1997). Primary nursing and quality of care: a Dutch study. International journal of nursing studies, 34(2), 93-102. Gardner et al, 1991.
- 21. Gardner K.G., Tilbury M. (1991). A longitudinal cost- analysis of primary and team nursing. Nursing Economics, 9(2), 97-104.
- 22. Mattila, E., Pitkanen, A., Alanen, S., Leino, K., Luojus, K., Rantanen, A., & Aalto, P. (2014). The effects of the primary nursing care model: a systematic review.
- 23. Wan, H., Hu, S., Thobaben, M., Hou, Y., & Yin, T. (2011). Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. Contemporary Nurse, 37(2), 149-159.
- 24. Boumans, N. P., & Landeweerd, J. A. (1999). Nurses' well-being in a primary nursing care setting in the Netherlands. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 13(2), 116-122.
- 25. Melchior, M. E., Halfens, R. J., Abu-Saad, H. H., Philipsen, H., Van Den Berg, A. A., & Gassman, P. (1999). The effects of primary nursing on work-related factors. Journal of Advanced Nursing, 29(1), 88-96.
- 26. Gardner, K. (1991). A summary of findings of a five-year comparison study of primary and team nursing. Nursing Research, 40(2), 113-117.
- 27. D'Agostino F., Barbaranelli C., Paans W., Belsito R., Juarez Vela R., Alvaro R., Vellone E. (2017). Psychometric Evaluation of the D-Catch, an instrument to measure the Accuracy of Nursing Documentation. International Journal of Nursing Knowledge, 28(3), 145-152.
- 28. D'Agostino F., Vellone E., Tontini F., Zega M., & Alvaro R. (2012). Development of a computerized system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set. Professioni infermieristiche, 65(2), 103-109.
- 29. Zega M., D'agostino F., Bowles K. H., De Marinis M. G., Rocco G., Vellone E., & Alvaro R. (2014). Development and validation of a compulerized assessment form to support nursing diagnosis. International Journal of Nursing Knowledge, 25(1), 22-29.
- 30. Paans W., Sermeus W. Van Der Schans, C. P. (2010). D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. Journal of Advanced Nursing, 66(6), 1388.

CORSO ITINERANTE:

LA RICERCA DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE NELL'INFERMIERISTICA ATTRAVERSO L'UTILIZZO DELLE BANCHE DATI BIOMEDICHE

COORDINATORE PROGETTO C. Turci RESP DEL POLO M.G. Proietti

1. TITOLO PROGETTO

La ricerca delle evidenze scientifiche nell'infermieristica attraverso l'utilizzo delle banche dati biomediche. The research of evidence-based knowledge in the nursing practice via the use of biomedical databases

2. ABSTRACT

Coerentemente con la mission del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura, e fondato sul concetto di "conoscenza scientifica" (scholarship), si presenta il corso "L'infermiere e la ricerca bibliografica", con lo scopo di contribuire all'offerta formativa nazionale con una formula completamente nuova, che vada ad incidere profondamente sull'apprendimento del professionista, mirato al conseguimento di un core scientifico di alto livello per il reperimento e l'elaborazione pratica di conoscenze scientifiche disciplinari attraverso le banche dati biomediche, offerte dall' OPI di Roma ai propri iscritti.

In agreement with the strategy of the Centre of Excellence for Nursing Scholarship (Opi Rome) we present the programme: "The research of evidence-based knowledge in the nursing practice through the use of biomedical databases", with the aim to contribute to the educational offer with a new formula. In fact, the programme wants to give specific information to recover and analyse the innovations in all health professionals' fields where nurses are practising: clinical care, education, management.

3. BACKGROUND

La professione infermieristica è in rapido cambiamento sospinta dalle innumerevoli innovazioni di carattere legislativo, formativo, tecnologico e dal costante e continuo consolidarsi delle conoscenze scientifiche che sostengono la disciplina, il cui oggetto di studio è rappresentato dai bisogni di assistenza infermieristica della persona e della sua famiglia, nelle loro dimensioni bio-fisiologiche, psicologiche e socioculturali. La funzione di ricerca rientra nel ruolo dell'infermiere e l'International Council of Nurses (ICN) da tempo ne sottolinea l'importanza. La connotazione infermieristica della ricerca è legata alla prospettiva con cui ci si relaziona all'ad-sistere: è nelle dimensioni fisica (bio-fisiologica), psichica e socioculturale dei bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita che risiede il punto di partenza e quello di arrivo della ricerca infermieristica; la complessità che ne consegue è legata anche ai pregi e ai limiti degli approcci e delle tecniche utilizzabili per lo studio delle diverse dimensioni. le connotazioni delle attività di ricerca (qualitativa e quantitativa) e i diversi disegni di ricerca (non sperimentale, quasisperimentale, sperimentale), definiscono un panorama complesso, sia di natura teorico-concettuale che metodologica. Lo sviluppo della ricerca infermieristica, nei diversi paesi, passa generalmente da una fase iniziale di studio delle diverse aree dell'esercizio professionale (management, formazione, profes-

sione) a fasi successive in cui si realizzano prevalentemente studi clinici, che riguardano l'assistenza infermieristica diretta alle persone e al loro entourage. Anche in Italia l'evoluzione della ricerca infermieristica ha visto, in linea con le tendenze generali, progetti di ricerca inizialmente più rivolti allo studio della professione. Solo negli ultimi vent'anni si e' assistito a un graduale aumento del numero di pubblicazioni infermieristiche.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Apprendimenti teorici concernenti la ricerca bibliografica nell'infermieristica nell'ambito dei vari setting clinici.

Obiettivi specifici

- a. Capacità di reperire l'informazione scientifica attraverso le banche dati Cinahl, PubMed, ILISI e OvidSP.
- b. Abilità tecnico-pratiche per l'accesso alle fonti bibliografiche e la revisione della letteratura. Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di navigare in modo autonomo nel web e nelle banche dati infermieristiche offerte dall'OPI di Roma.

Indicatori

- Numero di partecipanti al corso di formazione: 60 (minimo 50).
- Frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%).
- Rispetto dei tempi previsti nel diagramma di Gantt.
- Rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

Il corso è strutturato su 5 ore formative e sarà tenuto presso sedi di ASL e Scuole infermieristiche di Roma e Provincia Il corpo insegnante è costituito da tutti docenti universitari.

Requisiti richiesti dal committente

- Il Comitato Scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'utilizzo degli strumenti e l'applicazione delle metodologie proposte.
- Il corso di formazione e la ricerca, in ogni fase, sono condotti nel rispetto dei principi deontologici ed etici.
- Gli obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e del Polo per la Formazione dei Ricercatori.
- Il problema scientifico affrontato nel corso di formazione è rilevante per la pratica clinica infermieristica.

6. RISULTATI ATTESI

Un più diffuso interesse per la ricerca infermieristica finalizzato alla miglior pratica clinica, alla formazione, alla gestione ecc., con più ampie capacità di accesso alle fonti bibliografiche e di analisi critica della letteratura in funzione di una revisione esperta che possa essere disseminata nella pratica clinica. Tale aumentato interesse si può verificare con i sequenti indicatori:

Aumento degli accessi alla biblioteca digitale dell'OPI di ROMA.

- Aumento degli accessi alle banche dati biomediche.
- Aumento dell'uso dei vocabolari controllati (appropriatezza delle interrogazioni).
- Aumento dell'appropriatezza degli accessi in biblioteca, riduzione dei tempi di permanenza in biblioteca.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
0.	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Gennaio - Febbraio 2020
1.	Realizzazione lezioni Accreditamento ECM	Comitato Scientifico, docenti,	Febbraio-Aprile 2020
2.	Realizzazione dei corsi di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	Aprile 2019- Dicembre 2020
3.	Disseminazione dei risultati dell'intervento formativo	Comitato Scientifico	Dicembre 2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

2020	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 2021
Fase 0	•	•											
Fase 1		•	•	•									
Fase 2				•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Fase 3												•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Chiari P, Mosci D, Naldi E (a cura di) (2006), L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'evidence based nursing, Mc Graw-Hill; Milano.
- 2. Fain JA. (2004), La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla. Mc Graw-Hill; Milano.
- 3. Hamer S, Collison G. (2002), Evidence based practice, (Ed. it. a cura di Chiari P, Santullo A) Mc Graw-Hill; Milano.
- 4. Lo Biondo-Wood G, Haber J. (1997), Metodologia della ricerca infermieristica, Mc Graw-Hill; Milano.
- 5. Lo Palco PL., Tozzi AE. (2003), Epidemiologia facile, Il Pensiero Scientifico Editore; Torino.
- 6. Nebuloni G. (1995), Introduzione alla ricerca per infermieri ed altri operatori sanitari, Sorbona; Milano.
- 7. Sackett DL., Straus SE., Richardson SW., Rosemberg W., Haynes BR. (2002), La medicina basata sulle evidenze scientifiche, Centro Scientifico Editore; Torino.
- 8. Vellone E, Piredda M. (2009), La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria, Mc Graw-Hill; Milano.
- 9. Vellone E, Sciuto M. (2001), La ricerca bibliografica. Applicazione nel nursing e nelle scienze sanitarie, Mc Graw-Hill; Milano.

SITOGRAFIA

- 1. http://it.wikipedia.org
- 2. http://www.evidencebasednursing.it
- 3. http://gimbe.org
- 4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov

L'INDICIZZAZIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA

COORDINATORE PROGETTO C. Turci

NEL NURSING

RESPONSABILE DEL POLO M.G. Proietti

1. TITOLO PROGETTO

Indicizzazione ILISI (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche).

ILISI indexing (Index of Italian Literature of Nursing Sciences)

2. ABSTRACT

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura ed è basato sul concetto di "conoscenza scientifica" (scholarship):

a. La sinergia tra ricerca e cultura fornisce l'energia necessaria a sostenere le attività del Centro di Eccellenza. La prospettiva di un approccio scientifico configura per gli infermieri l'opportunità di acquisire le conoscenze e le abilità che li renderanno protagonisti di progetti finalizzati a trovare soluzioni nuove ai problemi assistenziali e a realizzare nuove scoperte. D'altra parte, la crescita culturale sostiene e motiva alla ricerca dell'eccellenza. Secondo i principi che ispirano il Centro di Eccellenza, come in un circolo virtuoso, la costruzione di una nuova cultura infermieristica apre la strada ad attività significative, che a loro volta danno significato al nursing.

Uno degli obiettivi operativi del Polo consiste pertanto nell' "Organizzazione di corsi di formazione teorico-pratica sulla metodologia della ricerca infermieristica, che tengano conto dei diversi livelli di competenza dei discenti e che si concludano con la realizzazione di ricerche scientifiche su temi predefiniti". Utilizzare ILISI come database di ricerca è uno degli obiettivi di questo pilastro del Centro.

The Centre of Excellence (CoE) is established on the synergy between research and learning and is based on the concept of "scholarship": a. the synergy between research and learning is the driving force of the CoE. For nurses, adopting a scientific approach means getting the chance to acquire the knowledge and skills required for leading projects aimed at finding new solutions to problems in healthcare and at making new discoveries. Learning leads to searching for excellence, after all. According to the principles of the CoE, the promotion of a novel type of nursing education can pave the way for actions which, themselves, can make nursing meaningful.

The Scholarship is the objective of the CoE and is in line with the international orientation to nursing research and learning of the 21st century. Boyer's model of scholarship makes it possible to define the goals of the CoE as well as the concept of nursing education, which is based on knowledge and research and is aimed at training Italy's future nurses. One of the objectives of this pillar is to prompt nursing research via the implementation and using on-line databases as ILISI by part of nurses.

3. BACKGROUND

La professione infermieristica è in rapido cambiamento sospinta dalle innumerevoli innovazioni di carattere legislativo, formativo, tecnologico e dal costante e continuo consolidarsi delle conoscenze scien-

tifiche che sostengono la disciplina, il cui oggetto di studio è rappresentato dai bisogni di assistenza infermieristica della persona e della sua famiglia, nelle loro dimensioni bio-fisiologiche, psicologiche e socioculturali. La funzione di ricerca rientra nel ruolo dell'infermiere e l'International Council of Nurses (ICN) da tempo ne sottolinea l'importanza. La connotazione infermieristica della ricerca è legata alla prospettiva con cui ci si relaziona all'ad-sistere: è nelle dimensioni fisica (bio-fisiologica), psichica e socioculturale dei bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita che risiede il punto di partenza e quello di arrivo della ricerca infermieristica; la complessità che ne conseque è legata anche ai pregi e ai limiti degli approcci e delle tecniche utilizzabili per lo studio delle diverse dimensioni. le connotazioni delle attività di ricerca (qualitativa e quantitativa) e i diversi disegni di ricerca (non sperimentale, semisperimentale, sperimentale), definiscono un panorama complesso, sia di natura teorico-concettuale che metodologica. Lo sviluppo della ricerca infermieristica, nei diversi paesi, passa generalmente da una fase iniziale di studio delle diverse aree dell'esercizio professionale (management, formazione, professione) a fasi successive in cui si realizzano prevalentemente studi clinici, che riquardano l'assistenza infermieristica diretta alle persone e al loro entourage. Anche in Italia l'evoluzione della ricerca infermieristica ha visto, in linea con le tendenze generali, progetti di ricerca inizialmente più rivolti allo studio della professione. Solo negli ultimi vent'anni si è assistito a un graduale aumento del numero di pubblicazioni infermieristiche.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Fornire gli strumenti teorici e pratici per descrivere e spiegare i fenomeni riguardanti l'indicizzazione nella banca dati ILISI infermieristica.

Obiettivi specifici

Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di inserire in modo autonomo dei dati sull'assistenza infermieristica nella banca dati ILISI.

Indicatori

- Numero di partecipanti al corso di formazione: 24 (minimo 20).
- Frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%).
- Produzione di resoconti in itinere e consuntivi agli step previsti.
- Rispetto dei tempi previsti nel diagramma di Gantt.
- Presentazione dei risultati della ricerca in una conferenza entro un anno dalla chiusura del corso, a cura del Comitato Scientifico e dei partecipanti al corso di formazione.
- Rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

- Il corso è articolato in 1 corso di formazione di tre giornate. I partecipanti al corso, organizzati in gruppi, a ciascuno dei quali viene assegnato un tutor, dovranno consegnare, entro un termine stabilito, il rapporto finale di ricerca, da presentare in occasione della consegna degli attestati.
- Il corpo insegnante è costituito da tutti docenti universitari.

Requisiti richiesti dal committente

- Il Comitato Scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'utilizzo degli strumenti e l'applicazione delle metodologie proposte.
- Contestualmente all'apprendimento della metodologia e delle tecniche della ricerca, i partecipanti al corso di formazione teorico-pratica realizzano l'immissione nella banca dati ILISI.
- Il corso di formazione e la ricerca, in ogni fase, sono condotti nel rispetto dei principi deontologici ed etici.
- Gli obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e del Polo per la Formazione dei Ricercatori.
- Il problema scientifico affrontato nel corso di formazione è rilevante per la pratica clinica infermieristica.

Procedure

Accreditamento ECM

6. RISULTATI ATTESI

Costituzione di un team di ricerca che sviluppi le competenze acquisite nel corso per:

- Produrre nuovi corsi di formazione e parteciparvi come tutor.
- Immettere dati nella banca informazioni infermieristica ILISI prodotta dall'OPI di Roma
- Produrre materiale e documentazione infermieristica validata scientificamente e fruibile immediatamente dai colleghi iscritti al collegio Ipasvi di Roma e da tutti gli studenti italiani di infermieristica

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
0.	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Dicembre 2019-Gennaio 2020
1.	Realizzazione lezioni Accreditamento ECM	Comitato Scientifico, docenti,	Gennaio - febbraio 2020
2.	Realizzazione dei corsi di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	Marzo 2020
3.	Disseminazione dei risultati della ricerca	Comitato Scientifico	Marzo-gennaio 2021

8. DIAGRAMMA DI GANTT 2019

	Gen 2020		Mar 2020			Giu 2020	Lug 2020	Ago 2020	Set 2020		Nov 2020		Gen 2021
Fase 0	•												
Fase 1	•	•											
Fase 2			•										
Fase 3			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. AIB-GRIS (1996). Guida all'indicizzazione per soggetto. Roma: AIB, (ristampa 2001).
- 2. Barazia C. La ricerca nelle banche dati bibliografiche: l'esempio di PubMed. Ultimo aggiornamento 15/1/2007.
- 3. Chiari P, Mosci D, Naldi E (a cura di) (2006). L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'evidence based nursing. Mc Graw-Hill; Milano.
- 4. De Robbio A. Banche dati su CD-Rom e on-line, 1999.
- 5. Doyle M (2006). Promoting standardized nursing language using an electronic medical record system. AORN Journal, 83(6): 1335-1348.
- 6. Fain JA. (2004). La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla. Mc Graw-Hill; Milano.
- 7. Foskett DJ (2006). Classification and indexing in the social science. Cit. in Organizzazione della conoscenza, a cura di G. Gnoli, Aida Informazioni, 24 (1-2): p. 81-82.
- 8. Hamer S, Collison G. (2002), Evidence based practice, (Ed. it. a cura di Chiari P, Santullo A) Mc Graw-Hill; Milano.
- 9. Kautz R, Lloyd D, Clark D (2008). A conceptual model for nursing information. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 19(2):48-56.
- 10. Klehr J, Hafner J, Spelz LM, Steen S, Weaver K (2009). *Implementation of standardized Nomenclature in the electronic medical record*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications; 20(4):169-80.
- 11. Metitieri F, Ridi R (2005). Biblioteche in rete: istruzioni per l'uso. Roma: Laterza.
- 12. Montecchi G, Venuda F (1997). Manuale di biblioteconomia. Milano: Editrice Bibliografica.
- 13. Pensato R (2007). Manuale di bibliografia. Milano: Editrice Bibliografica.
- 14. Vellone E, Piredda M. (2009), La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria, Mc Graw-Hill: Milano.

SITOGRAFIA

http://www.evidencebasednursing.it

http://gimbe.org

http://www.ncbi.nlm.nih.gov

CORSO ITINERANTE:

Inglese scientifico per il nursing

COORDINATORE PROGETTO M.G. Proietti M. Napolano A. Stievano

RESPONSABILE DEL POLO M.G. Proietti

1. TITOLO PROGETTO

Corso di inglese scientifico per il nursing 3 livelli: base - pre-intermedio - intermedio Scientific English course for nursing 3 levels: basic - pre-intermediate - intermediate

2. ABSTRACT

La ricerca infermieristica potrebbe avere un grande impulso con questo corso preparato specificatamente per formare professionisti infermieri in grado di conversare in inglese con i pazienti e gli altri professionisti sanitari. Per fare ciò bisogna possedere le competenze per utilizzare un linguaggio tecnico scientifico in lingua anglosassone che possa far reperire le migliori risorse per quello specifico atto assistenziale.

Questo corso orienta il professionista infermiere a sviluppare nuove competenze linguistiche per rispondere ai bisogni di corretta espressione in lingua anglosassone, sempre più diffusa nel mondo, ma anche per rispondere esaurientemente ai numerosi bisogni assistenziali di una società sempre più interconnessa e per lavorare a fianco di colleghi provenienti da molti paesi diversi.

Inoltre, in ambito sanitario oggi più che mai, conoscere l'inglese significa avere accesso al patrimonio immenso della letteratura scientifica internazionale e a tutta una serie di informazioni preziose ed eventi formativi all'estero, che spesso sono preclusi proprio perché si svolgono in una lingua che non si padroneggia sufficientemente.

Questo corso di fonetica e conversazione in inglese, dedicato agli infermieri nasce dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese per poter comunicare in un corretto inglese con l'altro.

Parole chiave:

Inglese, fonetica, linguaggio.

Nursing research could have a major boost with this course prepared specifically to teach professional nurses speak in English with patients and other health care professionals. In order to do this, you need to have the skills to use English scientific technical language to find the best resources for a specific nursing act.

This course helps professional nurses to develop new language skills and use proper English expressions, one of the most spoken languages in the world, but also to respond fully to the many healthcare needs of an increasingly interconnected society and to work with colleagues from many other different countries.

In addition, in healthcare today than ever before, speaking English means having access to the immense heritage of international scientific literature and a whole series of valuable information and educational events abroad, which are often precluded precisely because they are held in a language you do not speak. This course of phonetics and conversation in English, dedicated to nurses stems from the need to overcome the obstacle of the English language in order to communicate in proper English with everyone.

Keywords:

English, language, phonetics.

3. BACKGROUND

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura ed è basato sul concetto di "conoscenza scientifica" (scholarship):

- a. La sinergia tra ricerca e cultura fornisce l'energia necessaria a sostenere le attività del Centro di Eccellenza. La prospettiva di un approccio scientifico configura per gli infermieri l'opportunità di acquisire le conoscenze e le abilità che li renderanno protagonisti di progetti finalizzati a trovare soluzioni nuove ai problemi assistenziali e a realizzare nuove scoperte. D'altra parte, la crescita culturale sostiene e motiva alla ricerca dell'eccellenza. Secondo i principi che ispirano il Centro di Eccellenza, come in un circolo virtuoso, la costruzione di una nuova cultura infermieristica apre la strada ad attività significative, che a loro volta danno significato al nursing.
- b. La "conoscenza scientifica" rappresenta l'obiettivo del Centro di Eccellenza, in linea con l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del nursing del 21° Secolo. Il modello di Scholarship di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del nursing in Italia.

D'altra parte, la ricerca infermieristica si afferma solo se sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di progettare e condurre studi sui fenomeni riguardanti la salute e l'assistenza. In una tale prospettiva la mission del Polo per la formazione dei ricercatori è "Migliorare le abilità degli infermieri nell'individuazione delle priorità e nell'applicazione delle tecniche e degli strumenti di metodologia della ricerca, per l'elaborazione di nuovi progetti e per l'incremento delle conoscenze scientifiche nell'infermieristica".

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Fornire gli strumenti teorici e pratici per la conoscenza della lingua inglese secondo livelli predefiniti, per la consultazione della produzione scientifica infermieristica nazionale e internazionale ai fini della migliore attuazione della pratica clinica. Al momento, sono pochi i corsi di inglese che consentano di raggiungere contemporaneamente due obiettivi: imparare a comunicare in inglese e acquisire il linguaggio specifico dell'area infermieristica.

Obiettivi specifici

Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di comprendere l'inglese scientifico per il nursing in relazione ai livelli predefiniti del corso.

Indicatori

- Numero di partecipanti a ciascuna edizione del corso: 25 (minimo 20).
- Frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 80%).
- Produzione di un resoconto per ogni edizione: 9.
- Rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

- Ampia accessibilità: 9 edizioni nel 2020 (su 3 livelli: base, preintermedio, intermedio).
- Accreditamento ECM.
- Minimo contributo economico da parte dei partecipanti per la partecipazione ad ogni livello. Il testo comprensivo di CD-Rom viene offerto a prezzo ridotto.
- Sede del corso di formazione: OPI di Roma.

Requisiti richiesti dal committente

Il Comitato Scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'utilizzo degli strumenti e l'applicazione delle metodologie proposte.

Il corso realizza contestualmente l'apprendimento di teoria e prassi per l'inglese scientifico legato al nursing.

Gli obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e dei Poli per la Formazione dei Ricercatori, per la Ricerca Scientifica e per la Pratica Clinica.

6. RISULTATI ATTESI

Un più diffuso interesse per l'inglese finalizzato alla miglior pratica clinica, e alla migliore comprensione delle realtà assistenziali in funzione di una comunicazione esperta e consapevole che possa garantire un miglior outcome assistenziale per il cittadino. Al termine di ognuno dei tre livelli verrà rilasciato un attestato di conoscenza per la lingua inglese per il nursing. Tale aumentato interesse si può verificare con i seguenti indicatori:

- Aumento del grado di conoscenza della lingua inglese tramite test di valutazione.
- Miglior servizio ai cittadini la cui lingua madre è l'inglese o che comprendono l'inglese (immigrati, turisti, visitatori occasionali, personale estero in servizio in Italia, etc.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
0.	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	marzo 2020
1.	Accreditamento ECM	Comitato Scientifico	marzo 2020
2.	Realizzazione delle 7 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti	aprile-dicembre 2020
3.	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni dei crediti ECM	Comitato Scientifico	dicembre 2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020	Lug 2020	Ago 2020	Set 2020	Ott 2020	Nov 2020	Dic 2020
Fase 0	•									
Fase 1	•									
Fase 2		•	•	•	•	•	•	•	•	•
Fase 3										•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Cipolla C. (2003a), Introduzione. Verso il Nursing Care, in Cipolla C., Artioli G. (a cura di), La professionalità del care infermieristico, Franco Angeli, Milano, 9-40.
- 2. Malaguti A. Parini B.- Roberts (2006), English for Nurses and Healthcare Providers, Ambrosiana, Milano.
- 3. Aleo G., Sasso L. (2010), Pubblicare nella letteratura scientifica internazionale, McGraw-Hill, Milano.

CORSO ITINERANTE:

FONETICA INGLESE PER IL NURSING

COORDINATORE PROGETTO M.G.Proietti M. Napolano A. Stievano

RESPONSABILE DEL POLO M.G. Proietti

1. TITOLO PROGETTO

Corso di fonetica e conversazione in inglese.

Phonetics course and conversation in English.

2. ABSTRACT

La ricerca infermieristica potrebbe avere un grande impulso con questo corso preparato specificatamente per formare professionisti infermieri in grado di conversare in inglese con i pazienti e gli altri professionisti sanitari. Per fare ciò bisogna possedere le competenze per utilizzare un linguaggio tecnico scientifico in lingua anglosassone che possa far reperire le migliori risorse per quello specifico atto assistenziale.

Questo corso orienta il professionista infermiere a sviluppare nuove competenze linguistiche per rispondere ai bisogni di corretta espressione in lingua anglosassone, sempre più diffusa nel mondo, ma anche per rispondere esaurientemente ai numerosi bisogni assistenziali di una società sempre più interconnessa e per lavorare a fianco di colleghi provenienti da molti paesi diversi.

Inoltre, in ambito sanitario oggi più che mai, conoscere l'inglese significa avere accesso al patrimonio immenso della letteratura scientifica internazionale e a tutta una serie di informazioni preziose ed eventi formativi all'estero, che spesso sono preclusi proprio perché si svolgono in una lingua che non si padroneggia sufficientemente.

Questo corso di fonetica e conversazione in inglese, dedicato agli infermieri nasce dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese per poter comunicare in un corretto inglese con l'altro.

Parole chiave:

Inglese, fonetica, linguaggio.

Nursing research could have a major boost with this course prepared specifically to teach professional nurses speak in English with patients and other health care professionals. In order to do this, you need to have the skills to use English scientific technical language to find the best resources for a specific nursing act.

This course helps professional nurses to develop new language skills and use proper English expressions, one of the most spoken languages in the world, but also to respond fully to the many healthcare needs of an increasingly interconnected society and to work with colleagues from many other different countries.

In addition, in healthcare today than ever before, speaking English means having access to the immense heritage of international scientific literature and a whole series of valuable information and educational events abroad, which are often precluded precisely because they are held in a language you do not speak.

This course of phonetics and conversation in English, dedicated to nurses stems from the need to overcome the obstacle of the English language in order to communicate in proper English with everyone.

Keywords:

English, language, phonetics.

3. BACKGROUND

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura ed è basato sul concetto di "conoscenza scientifica" (scholarship):

- a. La sinergia tra ricerca e cultura fornisce l'energia necessaria a sostenere le attività del Centro di Eccellenza. La prospettiva di un approccio scientifico configura per gli infermieri l'opportunità di acquisire le conoscenze e le abilità che li renderanno protagonisti di progetti finalizzati a trovare soluzioni nuove ai problemi assistenziali e a realizzare nuove scoperte. La crescita culturale sostiene e motiva alla ricerca dell'eccellenza. Secondo i principi che ispirano il Centro di Eccellenza, come in un circolo virtuoso, la costruzione di una nuova cultura infermieristica apre la strada ad attività significative, che a loro volta danno significato al nursing.
- b. La "conoscenza scientifica" rappresenta l'obiettivo del Centro di Eccellenza, in linea con l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del nursing del 21° Secolo. Il modello di Scholarship di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del nursing in Italia.

D'altra parte, la ricerca infermieristica si afferma solo se sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di progettare e condurre studi sui fenomeni riguardanti la salute e l'assistenza. In una tale prospettiva la mission del Polo per la formazione dei ricercatori è "Migliorare le abilità degli infermieri nell'individuazione delle priorità e nell'applicazione delle tecniche e degli strumenti di metodologia della ricerca, per l'elaborazione di nuovi progetti e per l'incremento delle conoscenze scientifiche nell'infermieristica".

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Fornire gli strumenti teorici e pratici per la comunicazione in lingua inglese nell'ambito della relazione con i pazienti e gli altri professionisti sanitari. Al momento, sono pochi i corsi di inglese che consentano di raggiungere contemporaneamente due obiettivi: imparare a comunicare in inglese scientifico e acquisire il linguaggio specifico dell'area infermieristica.

Far approfondire a studenti d'inglese gli aspetti teorici, tecnici, e pratici della fonetica e fonologia dell'inglese contemporaneo. Esso mira, in particolare, a far sviluppare le competenze teorico-pratiche necessarie per comprendere ed esprimersi adeguatamente in lingua inglese in contesti formali e non formali.

Durante il corso verranno proiettati ed analizzati video tratti dalla BBC e verranno fatte ascoltare conversazioni con parlanti che utilizzano diverse tipologie di accenti.

Obiettivi specifici

Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di comprendere l'inglese scientifico per comunicare in maniera corretta per le espressioni più semplici [2, 3].

Scientific Annual Report 2020

POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI

Indicatori

- Numero di partecipanti a ciascuna edizione del corso: 25 (minimo 20).
- Frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 80%).
- Produzione di un resoconto per ogni edizione: 3.
- Rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

- Ampia accessibilità: 3 edizioni nel 2020.
- Accreditamento ECM.
- Minimo contributo economico da parte partecipanti (quota di iscrizione = €120,00).
- Sede del corso di formazione: OPI di Roma.

Requisiti richiesti dal committente

Il Comitato Scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'utilizzo degli strumenti e l'applicazione delle metodologie proposte.

Il corso realizza contestualmente l'apprendimento di teoria e prassi per l'inglese scientifico legato al nursing.

Gli obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e dei Poli per la Formazione dei Ricercatori, per la Ricerca Scientifica e per la Pratica Clinica.

6. RISULTATI ATTESI

Un più diffuso interesse per la comunicazione corretta in inglese, e alla migliore comprensione delle realtà assistenziali in funzione di una comunicazione esperta e consapevole che possa garantire un miglior outcome assistenziale per il cittadino. Al termine del primo livello del corso verrà rilasciato un attestato di partecipazione ed ECM. Tale aumentato interesse si può verificare con i sequenti indicatori:

- Aumento del grado di conoscenza della lingua inglese per la conversazione e la pronuncia test di valutazione.
- Miglior servizio ai cittadini la cui lingua madre è l'inglese o che comprendono l'inglese (immigrati, turisti, visitatori occasionali, personale estero in servizio in Italia, etc..).

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
0.	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Marzo 2020
1.	Accreditamento ECM	Comitato scientifico, docenti, tutor	Gennaio 2020
2.	Realizzazione di 3 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti, tutor	Gennaio- Dicembre 2020
3.	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni e dei crediti ECM	Comitato Scientifico	Dicembre 2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

	Gen 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020	Lug 2020	Set 2020	Ott 2020	Nov 2020	Dic 2021
Fase 0		•								
Fase 1	•									
Fase 2	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Fase 3										•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Beverley, C. & Mees, I. (2013). Practical Phonetics and Phonology (3rd edition). Routledge.
- 2. Wells, J. (2008). Longman Pronunciation Dictionary (3rd edition). Longman.
- 3. Rotatori, A. (2014). L'inglese medico-scientifico: pronuncia e comprensione all'ascolto. EdiSES, Napoli.
- 4. Rotatori, A. (2015). Health Care Professionals Speaking: Conversazioni in ambito sanitario per i professionisti della salute. EdiSES, Napoli.

CORSO:

VALORIZZARE IL MIDDLE MANAGEMENT PER GOVERNARE IL CAMBIAMENTO NEL SISTEMA SANITARIO

COORDINATORE PROGETTO M.G. Proietti I. Notarnicola RESPONSABILE DEL POLO M.G. Proietti

1. TITOLO PROGETTO

Corso in "Middle Management & Health Administration" (MMHA) in collaborazionecon la Società Italiana per la Direzione e il Management delle Professioni Infermieristiche Coordinamento Lazio.

Course in "Middle Management & Health Administration" (MMHA) in collaboration with the Italian Society for the Direction and Management of Nursing Professions Lazio Coordination.

2. ABSTRACT

L'OPI di Roma, il Comitato Infermieri Dirigenti del Lazio (CID Lazio) e il Coordinamento Caposala del Lazio (LIC), attraverso questo corso intendono affermare l'importanza di investire sui ruoli di middle management ai diversi livelli, al fine di riuscire a governare e guidare con competenza e responsabilità il SSR verso le sfide future della sostenibilità e della gestione dei nuovi scenari demografici ed epidemiologici.

Il corso vuole offrire a tutti i professionisti che lo frequenteranno informazioni specifiche ed operative relative al middle management, in base anche alla normativa vigente.

La formazione realizzata durante il corso sarà di tipo interattivo e di ricerca per affrontare i contesti narrativi, al fine di consentire ai discenti di partecipare alle diverse forme di apprendimento proposte e trarne significati coerenti per le proprie competenze professionali.

l corso pone il ruolo del middle management al centro del percorso formativo e ne valorizza la prassi quotidiana, rispettando i tempi di apprendimento delle persone e favorendo momenti di confronto e di costruzione condivisa di elementi della conoscenza.

The OPI of Rome, the Nurse Directors Association Lazio (CID Lazio) and the Association of Head nurses Lazio Region(LIC Lazio), via this programme intend to affirm the importance of investing in the roles of middle management at different levels, in order to be able to manage and guide the Regional healthcare system with competence and responsibility towards future challenges and a major sustainability of the new demographic and epidemiological scenarios.

This course aims to offer all professionals who will attend it specific and operational information regarding middle management, also based on current Italian legislation.

The training carried out during the programme will be interactive to allow learners to participate to the various forms of learning proposed and to derive consistent meanings for their professional skills.

The course places the role of middle management at the center of the training path and enhances it in daily practice. All this is accomplished via the respect of people's learning times and promoting moments of comparison and shared construction of knowledge.

3. BACKGROUND

Il Sistema sanitario regionale (SSR) in questi dieci anni di Piano di Rientro ha affrontato un periodo difficile in cui la Regione, le Aziende e tutti i Professionisti, hanno contribuito a portare la sanità laziale fuori dal dissesto economico-finanziario, rendendola performante e sostenibile. La crisi del SSR è stata anche un'opportunità per ripensare il modo di fare le cose, reingegnerizzando l'organizzazione e riducendo sprechi e inefficienze nell'assistenza sanitaria. I cambiamenti hanno prodotto trasformazioni nella programmazione: aziende sempre più grandi, l'organizzazione dei servizi sanitari secondo una logica patient-centred, il governo dei costi, la gestione delle risorse nell'ottica dell'appropriatezza, la valutazione della qualità e degli esiti delle cure, ponendo attenzione alla accountability ed alla customer experience.

Per consolidare i risultati raggiunti nell'organizzazione e per contribuire allo sviluppo futuro del SSR, il sistema deve tornare ad investire in primis sul capitale professionale e sullo skill-mix necessario per rispondere alla prospettiva della continuità, della multidisciplinarietà degli interventi, della personalizzazione delle cure e della condivisione delle informazioni. In questo contesto il management deve essere in grado di governare il cambiamento, motivando e valorizzando il personale, in particolare il middle management, recuperando la visione strategica e dialogando con tutti gli stakeholder interni ed esterni, all'interno di un unico disegno regionale.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Finalità del corso è quella di approfondire, in una logica integrata, modelli, metodologie e strumenti gestionali necessari ai ruoli di middle management per operare con efficacia ed efficienza nelle organizzazioni sanitarie attraverso un maggiore coinvolgimento nelle decisioni e responsabilizzazione sui risultati.

Obiettivi specifici

Il corso intende:

- Trasferire ai partecipanti le conoscenze relative al funzionamento del sistema aziendale in relazione
 al Sistema Sanitario, al fine di comprendere i cambiamenti in atto, analizzando modelli e dinamiche
 di funzionamento organizzativo aziendale con particolare riferimento al tema della progettazione organizzativa e ai meccanismi di coordinamento e integrazione tra le diverse unità organizzative;
- Fornire una visione d'insieme sull'assetto organizzativo aziendale, sul sistema amministrativo/ contabile, sul ciclo della performance; sulle normative e i regolamenti in tema di responsabilità, anticorruzione, trasparenza e privacy, trattamento dei dati;
- Orientare ad una consapevolezza del ruolo strategico del middle management nell'implementazione del cambiamento nei servizi sanitari, quale presupposto per il riconoscimento e il coinvolgimento da parte della direzione aziendale.

Destinatari

Il corso è rivolto ai ruoli di coordinamento che di fatto svolgono funzioni di *middle management* nel SSR del Lazio.

5. METODOLOGIA

Programma e Struttura

Il corso, della durata di 11 giornate e 88 ore di formazione, è accreditato ECM e si articola in 14 moduli di 4/8 ore di didattica (lezioni, lavori di gruppo, esercitazioni sull'uso di strumenti di lavoro, discussione

Scientific Annual Report 2020

POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI

di casi), alla quale collaborano 4 tutor. È prevista l'elaborazione di un Project Work da presentare e discutere al termine del percorso.

Requisiti richiesti dal committente

- Il Comitato Scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'utilizzo degli strumenti e l'applicazione delle metodologie proposte.
- Il corso di formazione e la ricerca, in ogni fase, sono condotti nel rispetto dei principi deontologici ed etici.
- Gli obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e del Polo per la Formazione dei Ricercatori.

6. RISULTATI ATTESI

L'aumentato interesse alla figura del middle management lo pone nella struttura aziendale come un punto strategico dove può agire e influenzare nella sua posizione eventuali prese di decisioni. Tale aumentato interesse si può verificare con i sequenti indicatori:

- Aumento della consapevolezza del processo decisionale a livello del middle management.
- Aumento della leadership del middle management.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
0.	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Febbraio -Aprile 2020
1.	Accreditamento ECM	Comitato Scientifico, docenti,	Aprile - Maggio 2020
2.	Realizzazione dei corsi di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	Giugno-Dicembre 2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

	Gen 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020	Lug 2020	Ago 2020	Sett 2020	O tt 2020	Nov 2020	Dic 2020
Fase 0	•	•	•	•								
Fase 1				•	•							
Fase 2						•	•	•	•	•	•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Allan E. (2017). Community nursing middle management: 'Dealing with different people in different time zones on both sides'. British Journal of Community Nursing, 22(9), 448-457.
- 2. Spencer C., McLaren S. (2017). Empowerment in nurse leader groups in middle management: a quantitative comparative investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 266-279.
- 3. Henderson A., Burmeiste, L., Schoonbeek S., Ossenberg C., Gneilding J. (2014). Impact of engaging middle management in practice interventions on staff support and learning culture: a quasi experimental design. *Journal of Nursing Management*, 22(8), 995-1004.
- 4. Savič B.S., Robida A. (2013). Capacity of middle management in health-care organizations for working with people—the case of Slovenian hospitals. *Human Resources for Health*, 11(1), 18.
- 5. Kontio E., Kontio J., Korvenranta H., Salantera S. (2013). Information utilization in tactical decision making of middle management health managers. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 31(1), 9-16.
- 6. Regan, L. C., & Rodriguez, L. (2011). Nurse empowerment from a middle-management perspective: nurse managers' and assistant nurse managers' workplace empowerment views. *The Permanente Journal*, 15(1), e101.
- 7. Hewison, A. (2006). Middle management and nursing. Journal of Nursing Management, 14(1), 1-4.
- 8. Boll, M. L. (1990). Middle-Management in Nursing. Nursing Management, 21(2), 54-55.
- 9. Owens, W. J. (1972). Middle management training. Nursing Times, 68(48), 1530

CORSO:

CORSO DI METODOLOGIA, STRATEGIE E TECNICHE DELLA RICERCA INFERMIERISTICA

COORDINATORE PROGETTO M.G. Proietti I. Notarnicola RESPONSABILE DEL POLO M.G. Proietti

1. TITOLO PROGETTO

Corso di metodologia, strategie e tecniche della ricerca infermieristica.

Course of methodology, strategies and techniques of nursing research.

2. ABSTRACT

La crescente partecipazione delle strutture sanitarie alle attività di ricerca richiede la formazione di figure professionali esperte nella ideazione, pianificazione e conduzione di progetti di ricerca clinica. Questo evento formativo si propone, di fornire al professionista sanitario infermiere le competenze metodologiche di base necessarie per partecipare attivamente al processo di produzione della ricerca sanitaria rilevante per la pratica clinica.

The growing participation of health facilities in research activities requires the training of professional figures experienced in the conception, planning and management of clinical research projects. This training event aims to provide the healthcare professional nurse with the basic methodological skills necessary to actively participate in the process of producing healthcare research relevant to clinical practice.

3. BACKGROUND

Lo sviluppo della conoscenza in campo infermieristico, promosso dall'OPI di Roma, si attiva nella ricerca scientifica, nell'istruzione e nella formazione, con specifica attenzione ai risvolti applicativi sia per la generazione di conoscenze, sia per il miglioramento della pratica clinica, sia per la valorizzazione delle risorse umane in campo infermieristico. In quest'ottica si inserisce questo evento formativo di "Metodologia, strategie e tecniche della Ricerca infermieristica": si tratta di un percorso formativo rivolto agli infermieri, che desiderano implementare la propria competenza professionale nel campo della sperimentazione clinica, che si affacciano al mondo del lavoro, e più in particolare a quello della ricerca infermieristica. Attraverso questo evento di "Metodologia, strategie e tecniche della Ricerca infermieristica", ci proponiamo di formare professionisti nel campo della ricerca in grado di gestire le attività necessarie per la corretta conduzione di una sperimentazione clinica, nel rispetto della normativa vigente, facilitando il lavoro dei soggetti coinvolti in progetti di ricerca all'interno di strutture assistenziali sia pubbliche che private. L'evento si propone inoltre di attualizzare le competenze degli infermieri, anche attraverso la formazione continua in medicina.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Consequire delle competenze specifiche sui principi fondamentali per progettare la ricerca infermieristica.

Obiettivi specifici

- Classificazione delle fonti d'informazione della ricerca biomedica.
- Comprendere disegno, obiettivi e principali bias di studi osservazionali e sperimentali.
- Definire i criteri di qualità della ricerca infermieristica.
- Acquisire i metodi e gli strumenti del processo di ricerca.
- Utilizzare le principali banche dati biomediche.

Indicatori

Raggiungimento del 90 % di risposte esatte nel test di valutazione dell'apprendimento.

5. METODOLOGIA

- Briefing di apertura.
- Lezioni magistrali.
- Apprendimento pratico tecniche di ricerche su database.
- Valutazione apprendimento con test a risposta multipla.
- Confronto dibattito tra pubblico e docenti.

6. RISULTATI ATTESI

Condividere il significato e l'uso dei termini, ricerca, evidence based nursing, per migliorare continuamente la qualità metodologica e valore della ricerca infermieristica.

Rilevanza

Creazione di una consapevolezza matura nella ricerca infermieristica.

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
1.	Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	Coordinatori	Febbraio 2020
2.	Elaborazione - Approvazione e Accreditamento ECM del progetto	Project manager, Coordinatori	Febbraio 2020
3.	Approvazione del corso di formazione e accreditamento ECM	Project manager e coordinatori e project team	Marzo 2020
4.	Programmazione degli eventi formativi	Coordinatori e project team	Marzo 2020
5.	Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio	Coordinatori e project team	Marzo 2020
6.	Realizzazione 1° evento formativo	Coordinatori e project team	Marzo 2020
7.	Realizzazione eventi formativi come da richieste delle strutture	Project manager Coordinatori e project team	Aprile, 2020
8.	Verifica e relazione finale	Team di progetto	Dicembre 2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

Mese	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Giu 2020	Lug 2020	Ago 2020	Ott 2020	Nov 2020	Dic 2020
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	•								
Elaborazione - Approvazione e Accreditamento ECM del progetto	•								
Programmazione degli eventi come da richieste delle strutture		•							
Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio		•							
Realizzazione eventi formativi		•	•	•	•	•	•	•	•
Verifica e relazione finale									•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Biondo-Wood, G. L., & Haber, J. U. D. I. T. H. (2008). Metodologia della ricerca infermieristica.
- 2. Banfi, G., Magon, G., Maniaci, V., & Vinci, A. (2008). Metodologia della ricerca infermieristica e rischio clinico. CE Piccin Spa, Padova.
- 3. D Aliesio, L., Vellone, E., Rega, M. L., & Galletti, C. (2006). L'insegnamento della ricerca infermieristica nel corso di laurea e laurea specialistica: le opinioni dei professori associati e dei ricercatori di scienze infermieristiche. Professioni Infermieristiche, 59(2), 71.
- 4. Banfi, G., Magon, G., & Maniaci, V. (2007). Metodologia della ricerca infermieristica e rischio clinico. Dalla teoria alla pratica. Presentazione di un progetto di ricerca infermieristica. Piccin.
- 5. Potter, P. A., & Perry, A. G. (2015). Fondamenti di infermieristica. Elsevier srl.
- 6. Orlando, L., & Bianchi, M. (2008). La ricerca infermieristica: realtà o utopia. In Hematology Meeting Reports (formerly Haematologica Reports) (Vol. 2, No. 6).

TITOLO SINTETICO:

CRDSAI

COORDINATORE PROGETTO
G. Rocco
A. Stievano

RESPONSABILE DEL POLO M.G. Proietti

1. TITOLO PROGETTO

Costituzione del Centro di Ricerca e Documentazione per la Storia dell'Assistenza Infermieristica (CRDSAI).

Establishment of the Research and Documentation Center for the History of Nursing Care (CRDSAI).

2. ABSTRACT

Background:

L'evoluzione della professione infermieristica italiana degli ultimi decenni non è stata accompagnata da una strategia pianificata per la valorizzazione della storia dell'assistenza. Lo studio retrospettivo delle sue origini si è basato, per decenni, su un numero limitato di monografie che, solo essenzialmente, hanno ripercorso le sue origini fino ad oggi. Molto più recente, ma sempre poco diffusa, è l'attenzione dei ricercatori per una storia dell'assistenza infermieristica che non sia autoreferenziale ma basata sul metodo storiografico e/o delle scienze sociali e che attraverso fonti primarie e di contesto ricostruisca la figura dell'infermiere in specifici contesti storici. La ricostruzione del passato è fondamentale per la conoscenza e per rinnovare ed alimentare lo sguardo critico sul presente e sul futuro della professione. Tale progetto si focalizza sulla costituzione di un Centro di Ricerca e Documentazione per la Storia dell'Assistenza Infermieristica che possa essere nel tempo di impulso e di supporto alla ricerca storica disciplinare, raccogliendo nel rispetto della normativa di legge gli studi prodotti e le fonti utilizzate in un Archivio digitale Open Access dedicato. Progetto di notevole complessità, si presenta quanto necessario per una verifica di fattibilità.

Parole chiave:

Storia dell'assistenza Infermieristica, Archivio per la storia dell'assistenza infermieristica, Auto-archiviazione, Archivio disciplinare, Fonti primarie

Background:

It is a reality that the evolution of the Italian nursing profession in recent decades has not been accompanied by a significant interest in the history of nursing care itself. The retrospective study of its origins has been based, for decades, on a limited number of monographs which have just retraced its origins to date. Recently it has been demonstrated the attention of researchers for a history of nursing care that is not self-referential but based on the historiographic method and which through primary and contextual sources reconstructs nursing as a discipline in the specific historical contexts. The reconstruction of the little-known past is fundamental to implement the knowledge and to renew and nourish the critical gaze on the present and the future of the profession. The project focuses on the establishment of Documentation Center for Research on the History of Nursing that can trigger and support the historical research of nurses over time, gathering the studies produced and the sources used in compliance with the legislatio. in a dedicated Open Access digital archive.

Keywords: Nursing history, Nursing care history archive, Self-archiving, Disciplinary archive, Primary sources

3. BACKGROUND

La ricerca storica è un metodo di ricerca il cui scopo principale è la scoperta di nuove conoscenze tramite l'esame di eventi passati utilizzando documenti, oggetti, immagini, o intervistando le persone che hanno vissuto quegli eventi (D'Antonio, Lewenson 2010). Per lo studio della storia dell'assistenza infermieristica, così come per la storia generale, va riservata particolare attenzione ai documenti definiti fonti (D'Antonio, Fairman, Wheelan 2013). Le tipologie di fonti disponibili sono diverse (D'Antonio, Fairman, Wheelan 2013). Se nel passato venivano considerate fonti quasi esclusivamente le narrazioni precedenti, ovvero quanto scritto da altri storici, con il progressivo ampliarsi degli interessi degli storici, si è giunti ad un ampliamento del significato di "fonte storica" (Chabod, 2012). Facendo riferimento esclusivamente all'apparenza esterna Chabod classifica le fonti in:

- a. Scritte: sia documentarie che narrative, che vanno quindi dai documenti sino alle cronache;
- b. Figurate: quadri, caricature, carte geografiche, insegne, monete, fotografie, francobolli, ecc.;
- c. Orali: leggende, tradizioni, interviste.

Fondamentale è, altresì, la distinzione tra fonti primarie e fonti secondarie. Le fonti di tipo primario si riferiscono a quel materiale storico che è in origine il primo e che quindi precede gli altri in una successione (autobiografie, documenti ufficiali, regolamenti ospedalieri, etc.). Le fonti scritte di tipo secondario, o derivato, si riferiscono, invece, a quel materiale storico derivante dall'originario e/o prodotto e citato da altri, nelle quali colui che scrive non è il protagonista dell'evento raccontato.

Se molte possono però essere le aree e gli oggetti di studio inerenti la storia dell'assistenza infermieristica, maggiormente difficoltoso risulta lo sviluppo di un metodo di ricerca e il reperimento delle fonti, che sono spesso indirette (D'Antonio 2010).

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

- Ampliare il posseduto della Biblioteca dell'OPI di Roma relativamente alla storia dell'infermieristica e della Sanità producendo una lista bibliografica da valutare per la possibile acquisizione di testi di interesse specifico.
- Individuare la valorizzazione e la diffusione gli studi di ricerca già svolti, sollecitare nuove ricerche a tema storico, tessere rapporti con il mondo accademico perché diventino sempre più numerose le occasioni di ricerca storica per progetti, tesi di laurea e dottorato.
- Individuare un software OPEN ACCESS per l'archiviazione digitale della documentazione con la collaborazione di supporto tecnici informatici.
- Predisporre un sistema di classificazione dei documenti e/o studi da archiviare (valutare la possibilità di utilizzare/adattare gli headings del MESH relativi alla Storia, scansioni temporali dei periodi storici, ed eventuali altri).
- Valutare la normativa italiana vigente sulla "libera diffusione" senza fini di lucro di fonti archivistiche liberamente consultabili "legittimamente acquisite" per uso personale o fini di studio e ricerca da soggetti privati o pubblici.

- Valutare l'uso della cessione parziale agli editori dei diritti del copyright scientifico per poter autoarchiviare gli studi prodotti nel Centro prima della loro pubblicazione ufficiale (De Robbio, 2007).
- Valutare la fattibilità del progetto e la sua gradualità sulla base dei risultati ottenuti nei singoli microobiettivi. Il punto "f" richiederà un processo culturale di consapevolezza degli Autori che inciderà in
 modo significativo sulla possibilità di auto-archiviare gli elaborati finali della ricerca.

Obiettivi specifici

Implementare la conoscenza oggi disponibile sulle scienze infermieristiche, dalle origini al recente passato, finanche ad un presente che abbia necessità di una lettura critica socio-antropologica, e la sua diffusione attraverso la costituzione di un Centro di Ricerca e Documentazione per la storia dell'infermieristica, con Archivio digitale dedicato, che possa essere motore propulsore e supporto di questo particolare aspetto della disciplina infermieristica.

5. METODOLOGIA

Per la costituzione del Centro di Ricerca e Documentazione per la Storia dell'AssistenzaInfermieristica, si selezioneranno informazioni rilevanti provenienti dai maggiori e più consolidati centri di ricerca storica infermieristica presenti al mondo tra cui: il Barbara Bates Centre for the History of Nursing Research dell'University of Pennsylvania (USA) che ha già accordato la sua collaborazione in expertise per costituire tale centro. Tale centro statunitense forte della sua decennale sperienza nel settore costituirà un solido punto di riferimento e buone pratiche per la costituzione del Centro di Ricerca storico italiano nella disciplina.

6. RISULTATI ATTESI

Come fase iniziale, al termine dell'anno previsto, il Gruppo di Progetto avrà approfondito tutti gli obiettivi prefissati e individuato una raccolta di studi storici svolti (bibliografia ragionata) e risorse bibliografiche già di immediata utilità, disponendo, poi, di tutti gli elementi per la progettazione più operativa del Centro e del suo Archivio, e delle risorse organizzative da mettere in campo. Il presente progetto prevede la realizzazione di una raccolta di fonti primarie e secondariie di interesse infermieristico, nonché una guida per garantire il rigore metodologico degli studi inerenti alla storia dell'assistenza infermieristica che sisvilupperanno. Il progetto andrà a colmare quel vuoto lasciato dalla carenza di approfondimenti riguardanti la storia della professione infermieristica del nostro Paese. La memoria non sta nel passato, sta nel presente e ci indica il futuro (Fairman, D'Antonio 2013).

7. PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività - 2020	Risorse impegnate	Durata
2.	Costituire il gruppo di progetto	Coordinatori	Gennaio - Febbraio 2020
2.a	Predisporre una lista bibliografica di storia della sanità e dell'infermieristica per acquisizioni	Project team	Marzo - Settembre 2020
2.b	Individuare studi storici già svolti Per una bibliografia ragionata	Project team	Marzo - novembre 2020
2.c	Analisi e valutazione dei software open access disponibili per autoarchiviazione	Coordinatori, project team	Marzo- novembre2020
2.d	Predisporre un sistema di classificazione	Coordinatori, project team	Marzo- novembre2020



7. PIANIFICAZIONE (segue)

	Descrizione attività - 2020	Risorse impegnate	Durata
2.ef	Valutazione della normativa archivistica e del copyright	Project team	Marzo- novembre 2020
3.	Valutazione complessiva dei singoli approfondimenti svolti	Project manager, coordinatori, project team	Novembre- Dicembre 2020

8. DIAGRAMMA DI GANTT

GANTT 2020 Attività	Gen 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020	Lug 2020	Ago 2020	Sett 2020	Ott 2020	Nov 2020	Dic 2020
Costituzione gruppo di Progetto	•	•										
Predisporre una lista bibliografica di storia della sanità e dell'infermieristica per acquisizioni			•	•	•	•	•	•	•			
Individuare studi storici già svolti per una bibliografia ragionata			•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Analisi e valutazione dei software open access disponibili			•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Predisporre un sistema di classificazione			•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Valutazione della normativa archivistica e del copyright			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Valutazione complessiva dei singoli approfondimenti svolti per la fattibilità del progetto											•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Chabod F (2012) Lezioni di metodo storico. 18th ed. Milano: Editori Laterza.
- 2. D'Antonio, P (2010). American Nursing: A History of Knowledge, Authority, and the Meaning of Work, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- 3. D'Antonio, P., Lewenson, S., (2010). *Nursing interventions through time: History as evidence*. Amsterdam: Springer Publishing Company.
- 4. D'Antonio, P., Fairman, J. A., Whelan, J.C. (Eds.). (2013). Routledge Handbook on the Global History of Nursing. London: Routledge.
- 5. Fairman, J., D'Antonio, P. (2013). History counts: How history can shape our understanding of health policy. Nursing Outlook, 61(5), 346-352.



TITOLO SINTETICO:

IMPLEMENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE

INFERMIERISTICHE

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato
M. Matarese
A. Peghetti

RESP. DEL POLO S. Casciato

1. TITOLO PROGETTO

L'applicazione dell'Evidence-Based Practice finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche

Using evidence-based practice to implement best nursing practices

2. ABSTRACT

Il presente progetto rappresenta la seconda fase del progetto "il miglioramento della pratica clinica infermieristica attraverso l'utilizzo di infermieri clinici esperti in Evidence Based Practice, avviato negli anni precedenti, che prevede la formazione di infermieri esperti clinici (Clinical Nurse Leader=CNL) con elevate capacità di leadership e con competenze avanzate nell'ambito dell'Evidence Based Practice (EBP). Si dovranno costituire all'interno di strutture sanitarie selezionate dei gruppi operativi (task force), costituiti dai CNL neoformati, che avranno l'obiettivo di elaborare documenti che permettano di rendere facilmente fruibili i risultati della ricerca, e di sperimentare e valutare la loro diffusione ed applicazione nei singoli contesti. I CNL parteciperanno ad un ulteriore percorso formativo di tipo tutoriale che li accompagnerà nell'individuazione dei problemi di pratica clinica per cui sono applicati ancora interventi di poca o discussa efficacia sia attraverso l'effettuazione di revisioni della letteratura e sia attraverso attività di audit clinico, individuando, attuando e valutando le modifiche nei contesti clinici selezionati.

Il progetto sarà di durata annuale e prevedrà momenti di formazione teorica e sul campo, monitorati attraverso incontri formali e informali.

This project is the second phase of the project 'Improving clinical nursing practice through clinical nurses who are experts of Evidence Based Practice, started years earlier with the purpose to train Clinical Nurse Leaders (CNLs) with a high sense of leadership and advanced competences in the field of evidence-based practice (EBP). In the selected health centres it will be necessary to set up task forces made up of newly-educated CNLs with the purpose to design documents that will facilitate the use of research results, and to test and evaluate their dissemination and implementation in each context. The CNLs will also participate at a tutorial course, which will help them identify some issues of clinical practice, for which interventions with little or questionable effectiveness are applied by conducting literature reviews as well through activities of clinical audit, suggesting, implementing, and evaluating the changes in the selected clinical contexts.

The duration of this project is one year, and it includes both theoretical and practical education on the spot, monitored through formal and informal meetings.



3. BACKGROUND

La mission del Polo per la pratica clinica è di "Migliorare la pratica clinica infermieristica, promuovendo innovazioni cliniche attraverso la pratica clinica e traslazionale".

Una revisione della letteratura (Bero et al., 1998) suggerisce che per promuovere i processi di cambiamento sono maggiormente efficaci gli interventi che prevedono il coinvolgimento diretto degli operatori, come ad esempio interventi di esperti esterni che incontrano i professionisti nel loro ambiente di lavoro, audit e feedback, promemoria manuali o elettronici, incontri con opinion leader locali, e seminari interattivi.

Inoltre, ricercatori internazionali hanno evidenziato che gli infermieri preferiscono fonti di informazione di tipo sociale ed umano rispetto ad altre (Thompson et al., 2001; Larsen et al., 2002). L'importante influenza dei fattori umani sulla produzione e trasferimento delle conoscenze ha aperto la strada a esperienze di introduzione di figure di professionisti "intermediari" in grado di collegare conoscenze e pratica. Gli intermediari sono figure presenti nell'ambiente di pratica clinica che si trovano nella posizione di influenzare gli infermieri su specifici obiettivi. Essi sono competenti dal punto di vista clinico nella loro area di pratica e spesso possiedono conoscenze ed abilità che permettono loro di facilitare l'uso della ricerca nei setting di pratica. In ambiente internazionale figure intermediarie che sono utilizzate nei contesti di pratica sono, ad esempio, i clinical nurse leader, i clinical nurse educator, gli staff development educator, i practice developer, i clinical nurse specialist (Milner et al., 2006), con differenze legate ai contesti e alle competenze acquisite.

In Italia sono molto limitate le esperienze di utilizzo di figure intermediarie, cioè portatrici di competenze esperte nell'ambito dell'applicazione dei risultati della ricerca, utilizzate con questa finalità nelle unità operative. A differenza delle realtà estere i modelli organizzativi più diffusi prevedono soltanto due ruoli all'interno delle unità operative: il coordinatore e gli infermieri di staff. Alcuni infermieri di staff possono svolgere attività di supporto al coordinatore di reparto per funzioni più prettamente organizzative.

La presenza di figure formate e motivate all'EBP all'interno di una organizzazione sanitaria potrebbe rappresentare uno stimolo per promuovere forme di attività legate all'EBP con utilizzazione delle risorse formate disponibili.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Innovare la pratica clinica infermieristica attraverso l'utilizzo di infermieri clinici esperti.

Obiettivi specifici

- 1. Individuare contesti territoriali e di pratica clinica in cui avviare i progetti di miglioramento attraverso il coinvolgimento dei direttori dei servizi infermieristici e delle direzioni generali della ASL-policlinici universitari e delle associazioni professionali italiane.
- 2. Motivare ed ottenere la collaborazione degli infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti di pratica considerati prioritari, selezionati sulla base di criteri stabiliti.
- 3. Fornire agli infermieri clinici esperti linee guida comuni di lavoro anche attraverso attività formative (ad es. sull'EBN).
- 4. Costituire i nuclei operativi nei contesti individuati ad opera dei clinical nurse leader.

- 5. Individuare 2-3 problemi di pratica clinica prioritari nelle varie aree cliniche individuate e verificare dell'esistenza di evidenze scientifiche a supporto dei cambiamenti.
- 6. Verificare l'applicazione dei cambiamenti e valutare l'efficacia degli interventi proposti.
- 7. Creare una rete di collegamento con i Centri nazionali ed internazionali EBN, con le associazioni professionali italiane e internazionali.
- 8. Rivedere e/o creare gli standard di pratica clinica relativi alle aree individuate.
- 9. Diffondere le esperienze di miglioramento della pratica clinica, anche attraverso iniziative a livello locale e nazionale.

Indicatori

- Individuazione di almeno tre Aziende Sanitarie/Aziende Ospedaliere/Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico da coinvolgere nel progetto.
- Individuazione di almeno 20 clinical nurse leader interessati al progetto in possesso di esperienza clinica consolidata nell'area prescelta, qualità e quantità di esperienza professionale, conoscenza della lingua inglese.
- Organizzazione di 2 incontri con i nurse leader per illustrare il progetto.
- Creazione di un network dei *clinical nurse leader* e degli esperti in EBN che hanno contribuito alla loro formazione.
- Organizzazione di almeno 2 incontri formativi frontali e successiva formazione sul campo.
- Elaborazione di almeno 2 documenti di ricerca secondaria, o report di audit clinici, da parte dei gruppi di miglioramento.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

Il progetto sarà svolto sotto forma di formazione sul campo per la creazione di gruppi di miglioramento EBN.

Campione

Saranno selezionati circa 20 infermieri esperti (clinical nurse leader in EBP) che lavorano presso Aziende Sanitarie/Aziende Ospedaliere/Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico della Regione Lazio).

Strumenti

È previsto un percorso di formazione tutoriale FSC ECM.

Procedure

Il gruppo di infermieri esperti clinici formato nella prima fase del progetto costituiranno dei gruppi operativi (task force) intra-aziendali o interaziendali, che applicheranno le strategie di implementazione dell'evidence based practice. La presenza capillare nei contesti clinici permetterà anche di individuare quali problemi di pratica clinica non hanno ancora una soluzione efficace e darà indicazione ai CNL sugli argomenti da approfondire nella loro produzione di letteratura secondaria.

Scientific Annual Report 2020



6. RISULTATI ATTESI

Sarà costituito almeno un gruppo di miglioramento formato da 20 Clinical Nurse Leader, con competenze avanzate in EBN, capaci di costituire una task force in grado di innovare la pratica clinica infermieristica nelle Aziende Sanitarie individuate.

Indicatori

- Sono individuati almeno 20 CNL;
- Il 90% dei CNL partecipano agli incontri del gruppo di miglioramento EBP;
- Sono prodotti almeno 2 documenti per il miglioramento della pratica clinica infermieristica.

Rilevanza

Attualmente l'applicazione dei risultati della ricerca nella pratica è un problema di rilevanza a livello sia delle organizzazioni sanitarie che dei professionisti sanitari. Si ritiene, infatti, che l'efficace uso dei risultati della ricerca nella pratica clinica migliorerà la qualità e il rapporto costi-efficacia dell'assistenza sanitaria.

L'introduzione nelle realtà cliniche italiane di figure esperte che possono fungere da intermediari tra ricerca e applicazione dei risultati della ricerca potrebbe rilevarsi un modello efficace riproponibile anche in altri contesti di pratica.

7. PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1.	Incontro con i clinical nurse leader formati nei precedenti corsi EBP, e con quelli che hanno partecipato lo scorso anno alla FSC in EBP, nel mese di febbraio 2019 per lanciare il nuovo progetto	Sala Opi Roma per la riunione	1 pomeriggio
2.	Valutazione delle competenze dei CNL e suggerimento di un percorso di formazione specifico a seconda delle competenze possedute e da acquisire entro Marzo 2019	Sala OPI Roma per la riunione	1 pomeriggio
3.	Organizzazione di una riunione nella sede del Collegio, nel mese di Marzo 2019, con i Direttori dei Servizi Infermieristici romani per presentare il progetto	Sala OPI Roma per la riunione. Personale amministrativo per la preparazione della convocazione e per i contatti telefonici e per posta elettronica.	1 pomeriggio 1 amministrativo per 2 o 3 giorni.
4.	Pianificazione di almeno un percorso ECM. I docenti e tutor dovranno essere esclusivamente esperti nazionali di EBN che predisporranno un programma di formazione ed interventi tutoriali calati sulle necessità dei partecipanti	Direttore del Polo Due Docenti	1 pomeriggio
5.	Realizzazione dell'evento formativo ECM, con la partecipazione di almeno il 90% dei CNL individuati	2 docenti per il corso sull'EBN e 5 tutor per la formazione tutoriale. Sala OPI Roma nella quale si svolgerà il corso. Un amministrativo.	Da marzo Incontri formali (almeno 10) per gruppo nel corso della formazione sul campo
6.	Revisione della letteratura internazionale su argomenti prefissati. (revisione sistematica da produrre a fine anno)	Gruppo di lavoro	7 mesi

7. PIANIFICAZIONE (segue)

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
7.	Inserimento dei dati ed aggiornamento del portale del CECRI, per la condivisione del materiale prodotto e per favorire il contatto tra tutti i CNL, i docenti e i tutori	1 esperto informatico	15 giorni
8.	Verifica e certificazione delle competenze acquisite dai partecipanti ai gruppi di miglioramento attraverso la produzione di documenti e presentazione in sede di convegno	2 docenti	15 giorni

8. DIAGRAMMA GANTT

	Febbraio 2020	Marzo 2020	Maggio 2020	Giugno 2020	Luglio 2020	Settembre 2020	Ottobre 2020	Novembre 2020
Fase 1	•							
Fase 2		•						
Fase 3		•						
Fase 4		•						
Fase 5		•						
Fase 6			•	•	•	•	•	•
Fase 7							•	•
Fase 8								•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Benjamin A. Audit: how to do it in practice. BMJ 2008; 336:1241-1245.
- 2. Cinotti R, Cartabellotta A. Progettare, realizzare, verificare un audit clinico. Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna, Settembre 2000.
- 3. A Practical Handbook for Clinical Audit. Clinical Governance Support Team. March 2015. National Institute for Clinical Excellence. Principles for Best Practice in Clinical Audit. Oxford, Radcliffe Medical Press, 2002.
- 4. Hysong SJ. Meta-analysis: audit and feedback features impact effectiveness on care quality. Med Care 2009; 47:356-63.
- 5. Foy R, Eccles MP, Jamtvedt G, et al. What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. BMC Health Serv Res 2005; 5:50.
- 6. Johnston, G, Crombie, I K, Alder, E M, Davies, H T O, Millard, A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. Qual Health Care 2000; 9:23-36.



TITOLO SINTETICO:

EVIDENCE BASED PRACTICE (EBP) E PRATICA CLINICA: FANTASIA O REALTÀ?

COORDINATORI PROGETTO

DIRETTORE DEL POLO

S. Casciato

S. Casciato

C. Lorenzetti

N. Mazzitelli

C. Puleio

1. TITOLO PROGETTO

Evidence Based Practice (EBP) e pratica clinica fantasia o realtà?

Evidence Based Practice (EBP) and clinical practice: fantasy or reality?

2. ABSTRACT

Esistono numerose evidenze a livello internazionale che riconoscono l'importanza di traslare i risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica. Diverse le strategie che in questi ultimi anni sono state sperimentate per stimolare i professionisti a utilizzare l'Evidence Best Practice (EBP). Una recente revisione della letteratura suggerisce che per promuovere il cambiamento verso una assistenza d'eccellenza sono efficaci interventi che prevedano il coinvolgimento diretto degli operatori.

L'importanza dell'influenza dei fattori umani sulla produzione e sul trasferimento delle conoscenze scientifiche ha aperto la strada a esperienze di utilizzo di "professionisti intermediari", infermieri clinici presenti nei propri setting di lavoro. Tali figure rappresentano un importante riferimento professionale per i colleghi, in quanto capaci di veicolare le conoscenze al gruppo di pari e di applicare i risultati della ricerca nella pratica clinica quotidiana.

A livello internazionale queste nuove figure professionali sono presenti nei contesti di pratica clinica, con lo scopo di stimolare gli operatori sanitari a ricercare, valutare ed applicare le migliori evidenze scientifiche nel loro processo decisionale clinico. Assumono denominazioni diverse, come ad esempio, clinical nurse leader, clinical nurse educator, staff development educator, practice developer, clinical nurse specialist, con differenze legate all'area di competenza.

Le revisioni sistematiche e i clinical audit rappresentano importanti strumenti metodologici per migliorare l'efficacia e l'appropriatezza nella pratica clinico-assistenziale e dare avvio a processi di cambiamento della clinical governance.

Per questo motivo si è deciso di dare avvio ad una serie di "giornate formative itineranti" che coinvolgano professionisti di diverse strutture sanitarie, allo scopo di diffondere la cultura dell'EBP nella pratica infermieristica quotidiana.

Parole Chiave:

Evidence Based Nursing, evidenza scientifica, pratica clinica, ricerca. traslazionale.

It does exist diverse strategies that, in the last years, have been put in place to prompt healthcare professionals to utilise Evidence-Based Practice (EBP).

A recent systematic review spread the evidence that to have quality outcomes it is necessary to involve healthcare professionals.

The importance of persons in the production and on the translation of knowledge ignites the use of "intermediate professionists", clinical nurses operating in their workplaces. These workers represent a reliable source of knowledge for peers because they are able to apply the research in the daily clinical practice.

At the international level these new roles are common in the clinical environments, and they have the main aim to stimulate, evaluate and apply the best knowledges in the care plan. They have different titles, as an example, clinical nurse leaders, clinical nurse educators, staff development educators, practice developers, clinical nurse specialists, with differences connected to the area of practice.

Systematic reviews and clinical audit represent important methodological instruments to improve the effectiveness of the clinical practice and prompt changes in the clinical governance.

For this reason, it has been decided to foster a series of educational events where healthcare professionals of different healthcare organizations are involved. The final aim is to promote evidence-based practice in the daily clinical activities.

Key-Words

Evidence Based Nursing, scientific evidence, clinical practice, translational research.

3. BACKGROUND

La letteratura internazionale suggerisce che per migliorare la pratica clinica sono maggiormente efficaci gli interventi che prevedono il coinvolgimento diretto degli operatori nei processi di cambiamento, come ad esempio interventi di esperti che incontrano i professionisti nel loro ambiente di lavoro. L'importante influenza dei fattori umani sulla produzione e trasferimento delle conoscenze ha aperto la strada a esperienze di utilizzo di figure di professionisti "intermediari", cioè di infermieri clinici presenti nell'ambiente di pratica clinica che si trovano nella posizione di influenzare i loro colleghi su specifici obiettivi, collegando conoscenze e pratica. Essi sono competenti dal punto di vista clinico nella loro area di pratica e possiedono conoscenze ed abilità che permettono loro di facilitare l'utilizzo della ricerca nei setting di pratica.

In Italia sono molto limitate le esperienze di utilizzo nelle unità operative di figure intermediarie, cioè portatrici di competenze esperte nell'ambito dell'applicazione dei risultati della ricerca.

Per questo motivo si è deciso di dare avvio al processo di formazione di tali figure contribuendo attraverso appositi corsi di base ed avanzati in Evidence Based Practice (EBP) a fornire loro le competenze per poter operare nei loro contesti di pratica clinica. Parallelamente si è deciso di organizzare giornate di formazione itineranti allo scopo di diffondere conoscenze apprese ed esperienze già realizzate in altre Aziende sanitarie.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Migliorare la pratica clinica infermieristica promuovendo l'utilizzo dei risultati della ricerca scientifica.

Obiettivi specifici

- 1. Promuovere l'acquisizione di competenze in EBP;
- 2. Stimolare i professionisti sanitari a utilizzare i contenuti della ricerca scientifica nella pratica clinica;

Scientific Annual Report 2020



- 3. Supportare il processo decisionale clinico attraverso l'approccio critico e riflessivo;
- 4. Fornire strumenti metodologici che promuovano il cambiamento attraverso l'applicazione nella pratica dei principi e delle procedure dell'EBP.

5. METODOLOGIA

Lezioni magistrali, lezioni interattive con momenti di discussione in cui è prevista la presentazione di revisioni della letteratura e di clinical audit condotti in alcune strutture sanitarie romane dal gruppo dei *clinical nurse leader*.

Saranno realizzate almeno 2 edizioni da svolgersi in strutture sanitarie pubbliche e/o private.

Indicatori

- Almeno il 10% degli infermieri che hanno partecipato al corso di formazione saranno inseriti nel progetto di formazione in EBP base e avanzato.
- Almeno il 90% degli infermieri supererà la prova di valutazione finale.

6. RISULTATI ATTESI

Saranno formati circa 40 infermieri per edizione.

Rilevanza

È acclarato che l'utilizzo della ricerca infermieristica nella pratica clinica migliora sia la qualità delle prestazioni erogate al paziente, sia il rapporto costi-efficacia dell'assistenza sanitaria.

Il corso mira ad individuare professionisti motivati, da poter coinvolgere in progetti formativi di più alto livello, allo scopo di creare figure esperte in EBP.

7. PIANIFICAZIONE

DESC	CRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1.	Definizione del programma del corso ed individuazione dei relatori/sostituti	Coordinatori e gruppo di progetto	4 giorni
2.	Incontro con i relatori/sostituti	Coordinatori e gruppo di progetto	1 giorno
3.	Individuazione della data e della sede delle giornate itineranti	Coordinatori di progetto	1 giorno
4.	Accreditamento ECM	Consigliere delegato all'accreditamento	1 giorno
5.	Pianificazione di almeno 2 edizioni del corso della durata di 1 giorno	Coordinatori di progetto	1 giorno
6.	Realizzazione di almeno 2 eventi formativi nel 2018.	9 docenti	3 giorni

8. DIAGRAMMA DI GANTT

	Marzo 2020	Aprile 2020	Maggio 2020	Ottobre 2020	Novembre 2020
Fase 1	•				
Fase 2		•			
Fase 3		•			
Fase 4		•			
Fase 5		•	•		
Fase 6			•	•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. BMJ. 1998; 15;317(7156):465-468.
- 2. Thompson C, McCaughan D., Cullum N, Sheldon TA, Mulhall A, Thompson DR. Research utilization in nurses' clinical decision-making: what is useful? J Adv Nurs 2001 36: 376-388.
- 3 Lashkari HP, et al. Aqueous 2% chlorhexidine-induced chemical burns in an extremely premature infant. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012, 97(1): F64.
- 4. Mannan K, et al. Mistaken identity of skin cleansing solution leading to extensive chemical burns in an extremely preterm infant. Acta Paediatr. 2007, 96(10):1536-7.
- 5. Kutsch J, Ottinger D.Neonatal skin and chlorhexidine: a burning experience. Neonatal Netw. 2014, 33(1): 19-23.
- 6. Sala V., Moja L., Moschetti I., Bidoli S., Pistotti V., Liberati A., Revisioni sistematiche Breve guida all'uso, Centro Cochrane Italiano 2006.
- 7. Chiari P., Mosci D, et alt, Evidence-based clinical practice: la pratica clinico assistenziale basata sulle prove di efficacia, McGraw-Hill, Milano, 2011.
- 8. Cartabellotta N., La formulazione dei quesiti di ricerca, Gimbe News, 3, 3, maggio giugno 2010.
- 9. Linee Guida per la Prevenzione delle Infezioni da Cateteri Venosi Intravascolari (Center for Disease Control Atlanta 2011).
- 10. Epic 3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated infections in NHS Hospital in England; H.P. Lovedays, et al.; Journal of Hospital Infection 2014, 5-10.
- 11. Central Venous Access Devices, Principles for Nursing Practice and Education, Cancer Nurses Society of Australia; Susan Adams, RN, et.al; 2007, p. 6-12-14.
- 12. Guidance on the use of ultrasound locating devices for placing central venous catheter, NICE-National Institute for Clinical Excellence, 2005.
- 13. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Promoting safety: Alternative approaches to the use of restraints. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO); 2012.
- 14. Best practice. Physical restraint Part 1: Use in acute and residential care facilities. Best practice: Evidence based practice information sheets for health professionals, 2002: 6: 1-6.
- 15. Regione Lazio. Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti. Regione Lazio: Direzione Salute e Politiche Sociali, 2017.

Scientific Annual Report 2020



TITOLO SINTETICO:

ARTITERAPIE IN SALUTE MENTALE

COORDINATORE PROGETTO

RESPONSABILE DEL POLO

S. Casciato

C. Lorenzetti

N. Mazzitelli

C. Puleio

M. Soricetti

1. TITOLO

Artiterapie in salute mentale: camminare insieme per costruire relazioni

S. Casciato

Mental health art therapy: walking together to build relationships

2. ABSTRACT

Il progetto verte sulla presentazione di una metodologia di trattamento multidisciplinare in contesto terapeutico, collegato ad una esperienza in atto presso una Comunità Terapeutico Riabilitativa Psichiatrica dell'area romana. L'intento è mostrare alcune metodologie terapeutico riabilitative tramite arti terapie (audiovisivi, canto, musica ...) utilizzate da varie professioni all'interno dei più ampi progetti clinici rivolti a persone affette da disturbo mentale. Parte dei contenuti sarà dedicata anche all'esposizione di contesti clinici pubblici, fortemente radicati sul territorio romano.

Parole chiave:

Arti-terapie, canto, cura, musica.

This seminar focuses on outlining an approach for multidisciplinary treatment in a therapeutic context based on direct experience gained at a psychiatric rehabilitation Centre in the Rome's area. The aim of this project is to show how art therapy (videos, singing, music, etc.) can be used by health care professionals in clinical contexts with mentally ill people. This seminar also provides information on public clinical contexts peculiar to the area in and around Rome.

Keywords:

Art therapy, singing, treatment, music.

3. BACKGROUND

Con il termine di arti terapie sono comprese una serie di attività che hanno nel tempo accompagnato il lavoro riabilitativo nella salute mentale. Se vogliamo collocare la nascita delle arti terapie nella salute mentale, possiamo collocarla in Germania per opera di uno psichiatra contemporaneo di Pinel (autore della "liberazione dei folli dalle catene" durante la rivoluzione francese) Christian Reil che coniò anche il termine psichiatria e individuò un protocollo di intervento in tre fasi di cui la terza consisteva in una stimolazione intellettuale caratterizzata da attività di disegno attraverso la quale ristabilire il contatto con il mondo esterno. Queste esperienze nel tempo si consolidarono con la nascita di veri e propri laboratori di arte terapia, protocolli di ergoterapia con l'intento di trasformare gli ospedali psichiatrici in comunità attente ai bisogni dei pazienti. Nell'ottocento e nella prima metà del novecento l'attenzione della psichiatria si concentrò prevalentemente sulla psicopatologia e sulla classificazione delle malattie.

In ogni caso la produzione espressiva nei manicomi diventò sempre più importante ed entrò a far parte del percorso terapeutico. Artisti come Munch, Van Gogh, De Pisis, danzatori come Nijinsky, autori teatrali come Artaud furono ricoverati in manicomio. Nel 1922 Hans Prinzhorn pubblicò il primo lavoro sistematico sulla produzione pittorica dei ricoverati in manicomio, primo esempio di quella che verrà chiamata *Art Brut*.

Altri ambiti furono il teatro che assunse rilevanza e strutturazione definita con lo psicodramma di Moreno, la danza terapia, la poesia e la scrittura, la musica.

La musicoterapia ha assunto una sua strutturazione con il modello di Rolando Omar Benenzon (2005).

Oggi le arti terapie sono una parte integrante del percorso di "recovery" del paziente affetto da disagio psichico, è riconosciuto il loro valore di recupero delle capacità e risorse relazionali ed espressive della persona.

Il tentativo è quello di introdurre le professioni sanitarie a questa modalità di intervento riconoscendone il valore trasformativo dimostrato dalle recenti ricerche nell'ambito delle neuroscienze.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Sensibilizzazione e formazione delle professionalità infermieristiche rispetto alle metodologie di lavoro con pazienti affetti da disturbi psichiatrici tramite arti terapie.

Obiettivi specifici

- Proporre cenni teorici in merito agli interventi in salute mentale propedeutici all'autonomia ed al miglioramento delle capacità espressive e relazionali.
- Rielaborazione di esempi di prodotti realizzati tramite le metodologie delle arti terapie.
- Conoscenza di elementi antropologici relativi ai trattamenti in salute mentale.
- Esperienza di un setting di arte terapia specifico tramite esibizione del gruppo "musica in cammino".

Indicatori

- Aumento delle conoscenze nell'ambito degli interventi di salute mentale tramite arti terapie, valutabile attraverso questionario a risposte multiple somministrato al termine del seminario.
- Somministrazione questionario di gradimento e di valutazione dell'impatto formativo del seminario.

5. METODOLOGIA

Lezioni frontali con dimostrazioni pratiche.

6. RISULTATI ATTESI

La salute mentale rappresenta una delle problematiche cliniche più diffuse, ma delle quali poco si parla. La formazione specifica di infermieri in terapie alternative e/o complementari a quelle farmacologiche può migliorare i risultati che si possono ottenere sugli utenti con disagi mentali. Esistono sul territorio nazionale numerosi Dipartimenti di Salute Mentale, all'interno dei quali operano professionisti sanitari di varie qualifiche e con formazioni eterogenee, che arricchiscono ed integrano saperi diversi finalizzati al miglioramento delle patologie psichiatriche.

Scientific Annual Report 2020



7. PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1.	Individuazione del comitato scientifico	Coordinatori del progetto	1 giorno
2.	Riunione comitato scientifico per elaborare la prima bozza del programma	Coordinatori del progetto e componenti comitato scientifico	1 giorno
3.	Individuazione relatori	Coordinatori del progetto e componenti comitato scientifico	1 giorno
4.	Stesura del programma definitivo	Coordinatori del progetto e componenti comitato scientifico	1 giorno
5.	Riunione comitato scientifico per confrontare gli abstract ed integrare le relazioni	Coordinatori del progetto e componenti comitato scientifico	1 giorno
6.	Realizzazione dell'evento	Tutti i relatori	1 giorno

8. DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Aprile 2020	Maggio 2020	Giugno 2020	Luglio 2020	Settembre 2020
Individuazione del comitato scientifico	•				
Riunione comitato scientifico per elaborare la prima bozza del programma	•				
Individuazione relatori		•			
Stesura del programma definitivo			•		
Riunione comitato scientifico per confrontare gli abstract ed integrare le relazioni				•	
Realizzazione dell'evento					•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Benenzon R.O. Manuale di musicoterapia. Contributo alla conoscenza del contesto non-verbale. Borla Editore, Roma, 2005.
- 2. Burton R. The *Anatomy of melancholy*, parte II, 1621; tr.it. Anatomia della malinconia, in Starobinski J. (a cura di), Marsilio, Venezia, 1988.
- 3. Cross I. The meanings of musical meanings (Comment). In: Physics of life reviews, 8(2): 116-119, 2011.
- 4. Dörner K. Il borghese e il folle: storia sociale della psichiatria, Laterza, Roma-Bari, 1975.
- 5. Ficino M., Opera Omnia, 2 vol. Basiliae, vol. I, cap. XXVIII, pp. 1453, 1576, S. Marco Litotipo, 2010.
- 6. Koelsch S. Brain and music. Wiley Publisher, London, 2013.
- 7. Foucault M. Storia della follia nell'età classica; Rizzoli, Milano, 1963.
- 8. Roberto C. Che cosa sono le arti terapie, Carocci, Roma, 2010.



TITOLO SINTETICO:

PROGETTO USTIONI

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato

RESPONSABILE DEL POLO

G. Esposito

S. Casciato

1. TITOLO PROGETTO

L'applicazione dell'evidence based practice finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche per la gestione extra ed intra ospedaliera del paziente ustionato.

The application of evidence-based practice aimed at the implementation of good nursing practices for the extra and intra hospital management of the burned patient.

2. ABSTRACT

Il trattamento dei soggetti ustionati prevede un'immediata e spesso complessa assistenza extra ed intra ospedaliera al fine di ottenere risultati significativi in termini di diminuzione della mortalità e riduzione delle complicanze. Gli interventi a favore dei pazienti ustionati devono essere gestiti a tutti i livelli da equipe multidisciplinari opportunamente formate e adatte ad indirizzare non solo il soggetto colpito, ma altresì chi vive con lui ed eventuali caregiver. Le diverse linee guida esistenti raccomandano che ogni centro ustioni abbia protocolli scritti e disponibili per il triage, il trattamento e il trasferimento o il ricovero dei pazienti provenienti dai servizi dell'emergenza territoriali, dai reparti di pronto soccorso, e da altri reparti ospedalieri. Nonostante ciò, emergono criticità in merito alla gestione del paziente ustionato dall'extra all'intra ospedaliero producendo effetti sul continuum delle cure. A tutt'oggi risultano difformi a livello nazionale e regionale sia il core competence del personale sanitario in oggetto sia l'uso di protocolli e procedure standardizzate basate sull'EBN.

Nasce quindi la necessità di migliorare la pratica clinica infermieristica promuovendo l'utilizzo dei risultati della ricerca scientifica nella gestione del paziente ustionato in tutte le fasi del percorso diagnostico terapeutico assistenziale contribuendo ad un outcome positivo nella cura del paziente ustionato.

Parole Chiave:

Audit clinico, formazione, ustioni.

The treatment of burned persons requires immediate and often complex extra and intra-hospital assistance to obtain significant results in terms of decreasing mortality and reducing complications. Interventions in favor of burned patients must be managed at all levels by multidisciplinary teams suitably trained and suitable to address not only the affected person, but also those who live with him and his/her caregiver. The various existing guidelines recommend that each burn center has available protocols for triage, treatment and transfer or hospitalization of patients from territorial emergency services, first aid departments, and other hospital departments. Despite this, critical issues emerge regarding the management of the burned patient in the territorial emergency services, producing severe effects on the continuum of treatment. To date, the core competence of the healthcare staff and the use of standardized protocols and procedures based on the EBN are different at national and regional level.

The need therefore arises to improve nursing clinical practice by promoting the use of the results of sci-



entific research in the management of the burnt patients at all stages of the therapeutic care pathway, contributing to a positive outcome in the treatment of the before mentioned patients.

Key words:

Burns, clinical audit, training

3. BACKGROUND

Il termine "ustioni" derivante dal latino "bruciare" indica lesioni a carico dei tessuti epiteliali o endoteliali, causate dell'esposizione di tali tessuti a fonti di calore, a sostanze chimiche o a sorgenti elettriche. In patologia con il termine ""ustione si indica qualsiasi lesione anatomica, a carico dei tessuti epiteliali e/o endoteliali, provocata dall'azione di calore sia esso condotto da elettricità (folgorazione ed elettrocuzione), agenti chimici (acidi e alcalini), corpi, liquidi e vapori bollenti o radiazioni (solari, termiche, ecc.) (Palmisano, 2000).

Dal punto di vista clinico il paziente ustionato e le lesioni correlate rappresentano una criticità di particolare complessità assistenziale che richiede un approccio multidisciplinare consapevole ed immediato (Bottos, 2014).

Nonostante le vaste campagne di prevenzione sulle ustioni, in tutto il mondo, ogni anno, circa 6 milioni di persone chiedono assistenza medica a causa di ustioni. Queste ultime possono spaziare da semplice, breve contatto con una fonte di calore a grave, profonda ed estesa su buona parte della superficie corporea (Schub, 2018).

Nel 2004, secondo quanto riportato in letteratura, a livello mondiale, l'incidenza delle ustioni abbastanza gravi da richiedere cure mediche è stata di quasi 11 milioni di persone, di gran lunga superiore all'incidenza combinata di tubercolosi e infezioni da HIV (Peck, 2011). Fortunatamente, sebbene le ustioni causino oltre 300.000 morti ogni anno in tutto il mondo (WHO, 2008), la stragrande maggioranza di queste non è fatale.

In Italia risultano essere la quarta causa di morte traumatica, dopo gli incidenti stradali, le cadute e gli annegamenti; ogni anno, circa 100.000 persone riportano ustioni e circa 10.000 necessitano di un ricovero ospedaliero. La mortalità per gravi ustioni è fortemente diminuita negli ultimi decenni grazie ai progressi della medicina e allo sviluppo di nuove metodiche chirurgiche. Rispetto al passato i pazienti grandi ustionati non solo hanno maggiori possibilità di sopravvivere ma, una volta fuori pericolo, anche di avere una migliore qualità della vita (Brewster, 2013). L'Istituto Superiore di Sanità ha rilevato che la mortalità risulta più elevata tra i giovanissimi e gli anziani: infatti, il 71% dei ricoveri per ustione in età pediatrica (0-14 anni) riguarda bambini di età non superiore ai 4 anni; se consideriamo gli ustionati fino a 9 anni di età, tale quota sale all' 86%. I decessi per tale patologia ammontano a circa 500 l'anno.

Più comunemente i giovani adulti maschi restano coinvolti in ustioni da fiamma, mentre i bambini, più frequentemente, da liquidi bollenti. Esiste una relazione importante tra l'età del paziente e la mortalità dopo una grave ustione; si parla dell'8% di tasso di mortalità in un ventenne con un'ustione al 40% della superficie totale del corpo, e del 94% in un anziano con la stessa lesione da ustione (Schub, 2018).

I principali fattori di rischio che determinano una più alta probabilità di subire una scottatura sono oltre all'età (anziani-bambini), il fumo ed il consumo di alcool che contribuiscono per il 26% al verificarsi di ustioni da fiamma, altre patologie quali disabilità fisiche (ridotta mobilità) e cognitive ed altri disturbi medici come il diabete e l'epilessia (Schub Balderrama, 2018).

Il trattamento dei soggetti ustionati prevede non solo una gestione intra ospedaliera bensì richiede un'immediata, e spesso complessa, assistenza extra ospedaliera al fine di ottenere risultati significativi in termini di diminuzione della mortalità e riduzione delle complicanze. Fondamentale sono i trattamenti nella Golden Hour i cui effetti saranno determinanti sulla mortalità e morbilità dei soggetti ustionati (Caminati, 2012).

Uno studio osservazionale prospettico condotto in Nuova Zelanda ha dimostrato che un adeguato trattamento di primo soccorso regala un outcome migliore al paziente (Skinner, 2002).

Molti sono gli aspetti assistenziali che vengono implicati nella gestione dei feriti da ustione: dalle manovre di rianimazione, al trattamento di ferite complesse, dagli stati ipermetabolici fino al trattamento di quadri sistemici molto complessi come la Sindrome da Risposta Infiammatoria Sistemica (SIRS), dalla sepsi, al-l'insufficienza multi-organica (MOF) che spesso ha esito finale (Brittner, 2015), alla gestione del dolore.

Il Sistema dell'emergenza attualmente operativo nella regione Lazio risponde, per quanto riguarda le sue funzioni assistenziali, alle linee di indirizzo e/o indicazioni specifiche contenute in documenti ed atti normativi nazionali e regionali. La risposta territoriale all'emergenza viene garantita dall'ARES 118, Azienda Regionale istituita con legge regionale (LR 9/2004), attraverso le Centrali Operative ed i mezzi di soccorso (ambulanze, automediche ed eliambulanze); la risposta ospedaliera viene garantita dalla rete dei presidi ospedalieri (PS, DEA I e DEA II) previsti dal Decreto del Commissario ad Acta n. 73 del 2010 e simili. A supporto di questo assetto assistenziale esiste: un Sistema informativo dell'emergenza territoriale 118 e pronto soccorso (EMUR 118 e PS); un Sistema Informativo sull'emergenza sanitaria (DGR 7628/98) fortemente integrato con il Sistema Informativo Ospedaliero; un atto specifico che regolamenta il trasferimento intra-ospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso (DGR 1729/2002).

Le moderne strategie di gestione dei pazienti ustionati sono strutturate su team multi-specialistici, che prevedono un'azione integrata tra i team di primo soccorso, i medici e gli infermieri dell'emergenza, i rianimatori, i chirurghi plastici e i dermatologi, i nutrizionisti, gli psichiatri e i fisioterapisti. Per questo sono stati creati centri specializzati per il trattamento degli ustionati. Qui i pazienti vengono centralizzati ai fini di trovare le migliori evidenze scientifiche ed omogenei livelli di trattamento. Queste strutture si occupano di tutti gli aspetti complessi della gestione che vanno dalla prima fase critica acuta di rianimazione fino alla riabilitazione con l'obiettivo di reinserire i pazienti nella loro realtà attraverso un miglioramento dell'outcome.

Gli interventi a favore degli ustionati devono essere gestiti a tutti i livelli da equipe multidisciplinari opportunamente formate e adatte ad indirizzare non solo il soggetto colpito, ma altresì chi vive con lui ed eventuali caregiver. Il tutto non finalizzato esclusivamente per il miglioramento dei benefici clinici del paziente, ma anche per innalzare il suo livello di qualità di vita percepito. Secondo l'American College of Surgeons è fondamentale che ogni centro ustioni abbia protocolli scritti e disponibili per il triage, il trattamento e il trasferimento o il ricovero dei pazienti provenienti dai servizi dell'emergenza territoriali, dai reparti di pronto soccorso, e da altri reparti ospedalieri (Caminati, 2012).

Nel trattamento del paziente ustionato un ruolo importante è ricoperto dalla figura infermieristica che contribuisce ad un outcome positivo nella cura del paziente.

Nonostante ciò, emergono criticità in merito alla gestione del paziente ustionato dall'extra all'intra ospedaliero producendo effetti sul continuum delle cure. A tal proposito il ruolo dell'infermiere risulta di fondamentale importanza in tale percorso clinico assistenziale poiché tendente a garantire qualità assistenziali elevate in riferimento all'implementazione delle migliori pratiche dell'EBN.

Scientific Annual Report 2020



A tutt'oggi però risultano difformi a livello regionale sia il core competence del personale sanitario in oggetto sia l'uso di protocolli e procedure standardizzate basate sull'evidence based nursing. Nasce quindi la necessità di creare dei protocolli atti alla gestione di tutti gli aspetti complessi: dalla fase acuta di primo soccorso alla riabilitazione con l'obiettivo di reinserire i soggetti ustionati nelle loro vite quotidiane.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo Generale

Migliorare la pratica clinica infermieristica promuovendo l'utilizzo dei risultati della ricerca scientifica nella gestione del paziente ustionato in tutte le fasi del percorso diagnostico terapeutico assistenziale.

Obiettivi specifici

- 1. Promuovere l'acquisizione di competenze di base in Evidence Based Practice (EBP).
- 2. Stimolare i professionisti sanitari ad utilizzare i contenuti della ricerca scientifica nella pratica clinica.
- 3. Supportare il processo decisionale clinico attraverso l'approccio critico e riflessivo.
- 4. Fornire strumenti metodologici di base che promuovono il cambiamento attraverso l'applicazione nella pratica clinica dei principi e delle procedure dell'EBP.
- 5. Promuovere la conoscenza terminologica, la normativa di riferimento e le prove di efficacia dell'Audit clinico e dei piani diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).
- 6. Promuovere la presa in carico del paziente ustionato dalla gestione extra ospedaliera a quella intraospedaliera.
- 7. Rivedere e/o creare gli standard di pratica clinica nelle 4 strutture partecipanti al progetto (ARES 118, Policlinico Gemelli; Policlinico Militare; Sant'Eugenio) per la gestione del paziente ustionato diversificandolo in base al grado ed alla superficie.
- 8. Aumentare il grado di soddisfazione del paziente e dei caregiver in relazione ai trattamenti ricevuti in tutte le fasi del PDTA.
- 9. Definire le best practice in termini di gestione del paziente con ustioni attraverso l'elaborazione di un protocollo di trattamento.
- 10. Rilevare quali pratiche di nursing sono quotidianamente applicate dal personale infermieristico per la gestione del paziente con ustioni nel percorso extra ed intra ospedaliero di alcuni presidi ospedalieri presenti nella regione Lazio (Conduzione di un Audit clinico incidente).
- 11. Pianificare e implementare specifici percorsi formativi con riferimento alle pratiche di EBP nella gestione del paziente ustionato.
- 12. Valutare l'efficacia dell'implementazione attraverso la rilevazione e l'analisi degli indicatori di processo e di esito.

Indicatori

Gli indicatori relativi generali (quelli specifici verranno elaborati dopo la definizione delle best practice) sono rappresentati in ordine da:

- Elaborazione di un protocollo interaziendale per il trattamento del paziente ustionato.
- Valutazione dell'expertise ex ante ed ex post del personale infermieristico coinvolto nella presa in carico del paziente ustionato nelle varie fasi e nelle differenti strutture.

- Valutazione della customer satisfaction dei percorsi formativi da parte del personale infermieristico.
- Rilevazione dei tassi di partecipazione al percorso formativo.
- Valutazione della customer satisfaction del paziente e dei caregiver in relazione ai trattamenti ricevuti.

5. METODOLOGIA

Lezioni magistrali, lezioni interattive in cui è prevista la presentazione di revisioni della letteratura, l'elaborazione di un protocollo di trattamento del paziente ustionato, la predisposizione e conduzione di un Audit clinico.

6. RISULTATI ATTESI

- Acquisizione di abilità teorico pratiche nella progettazione, pianificazione ed implementazione di pratiche assistenziali basate sull'EBN da parte del personale infermieristico.
- Miglioramento del benessere organizzativo del personale infermieristico.
- Riduzione dei giorni di degenza, dei tassi di infezione e di mortalità.
- Riduzione della severità del dolore percepito.
- Significativo miglioramento della qualità di vita nei pazienti con ustioni.

7. PIANIFICAZIONE

Fasi	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata		
Fase 1	Progettazione della formazione dei membri del project team sulla revisione sistematica della letteratura, sulle EBP, sul PDTA e sulla stesura di protocolli. Si pianificherà un percorso ECM rivolto al miglioramento delle competenze dei membri del project team nelle tematiche in precedenza elencate. I docenti saranno esperti nazionali EBP del centro Sant'Orsola Malpighi, docenti universitari e ricercatori che predisporranno un programma di formazione e di interventi tutoriali calati sulle necessità dei partecipanti	Project manager Coordinatori 4 membri del project team	2 Mesi		
Fase 2	Realizzazione dell'evento formativo ECM con la partecipazione di almeno il 90% dei CNL in- dividuati	Project manager Coordinatori 6 membri del project team 1 amministrativo Sala dell'Ordine nella quale si svolgerà il corso.	5 giorni		
Fase 3	Revisione della letteratura nazionale ed internazionale, ricerca, valutazione, selezione ed integrazione delle linee guida di riferimento e le evidenze scientifiche. Adattamento locale delle raccomandazioni e stesura del protocollo clinico	Coordinatori Project team	3 Mesi		
Fase 4	Predisposizione del progetto di Audit	Coordinatori Project team	15 giorni		

Scientific Annual Report 2020



7. PIANIFICAZIONE (segue)

Fasi	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata		
Fase 5	Organizzazione di una riunione nella sede dell'Ordine con i Direttori/Dirigenti dei Servizi Infermieristici coinvolti nel programma per presentare il progetto ed eventuale presentazione al comitato etico in caso di richiesta da parte della struttura	Coordinatori Project team	1 mese		
Fase 6	Predisposizione e stampa di questionari, schede di osservazione o altro materiale ritenuto utile per la rilevazione dei dati relativi all'Audit incidente. (TO)	Project manager Coordinatori Project team	2 Mesi		
Fase 7	Somministrazione di questionari o altre schede per l'attività di monitoraggio.	Membri del project team	1 mese		
Fase 8	Inserimento dati nei database	Project manager Coordinatori	15 giorni		
Fase 9	Elaborazione statistica dei dati	Coordinatori Project team	15 giorni		
Fase 10	Implementazione della procedura (formazione del personale delle diverse strutture coinvolte, predisposizione di reminder etc.)	Coordinatori Project team	2 mesi		
Fase	Somministrazione di questionari o altre schede per l'attività di monitoraggio.	Membri del project team	1 mese		
Fase 12	Inserimento dati nei database	Project manager Coordinatori	15 giorni		
Fase 13	Stesura del report finale	Project manager Coordinatori Project team	3 Mesi		
Fase 14	Diffusione dei risultati mediante pubblicazioni	Project manager Coordinatori Project team	3 Mesi		

8. DIAGRAMMA DI GANTT

	Mar 2019	Apr 2019	Mag 2019	Giu 2019	Lug 2019	Set 2019	Ott 2019	Nov 2019	Dic 2020	Gen 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020	Lug 2020	Set 2020	Ott 2020
Fase 1	•	•																
Fase 2		•	•	•														
Fase 3			•	•	•													
Fase 4						•												
Fase 5						•												
Fase 6						•	•											
Fase 7								•										
Fase 8									•									
Fase 9										•								
Fase 10											•	•						
Fase 11													•					
Fase 12														•				
Fase 13															•	•	•	•
Fase 14																•	•	•



9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Adegboyega K., Lawal T.R., Kinsman L., Machotta A., Ulrich R., Scott S.D., Goodridge D., et al. (2016). What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. *BMC Medicine*.
- 2. Allison K., Porter K. (2004). Consensus on the prehospital approach to burns patient management. Emerg Medicine, 112-114.
- 3. Bloemsma GC. (2008). Mortality and causes of death in a burn centre. Burns, 1103-7.
- 4. Brewster C.T., Coyle B., Varma S. (2013). Trends in hospital admissions for burns in England, 1991 2010: A descriptive population based study. *Burns*, 1526-1534.
- 5. Brittner, E. A., Shank, E., Woodson, L., Martyn, J. (2015). Acute and Perioperative Care of the Burn-Injured Patient. *Anesthesiology*, 448–464.
- 6. Brusselaers N, (2005). Outcome and changes over time in survival following severe burns from 1985 to 2004. *Intensive Care Med.*, 31(12):1648-53. Coons SJ, R. S. (2000). A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*, 13-35.
- 7. Caminati G., Peghetti A. (2012). Le ferite acute Assistenza e management delle ustioni, delle ferite post-traumatiche e chirurgiche. Milano: Mc Graw Hill.
- 8. European Burns Association Executive Committee (2015) European Practice Guidelines for burn care: Minimum level of burn care provision in Europe Version 3 2015, 11-87.
- 9. Falder S. (2009). Core outcomes for adult burn survivors:a clinical overview. Burns, 618-641.
- 10. Guyatt GH (1996). Measurements in clinical trials: choosing the right approach. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 41-48.
- 11. Inge Spronk C. (2018). Health related quality of life in adults after burn injuries: A systematic review. *Plos One*, 13(5): e0197507.
- 12. Mimmie Willebrand P., Morten Kildal M. P. (2011). Burn specific health up to 24 months after the burn—A prospective validation of the simplified model of the burn specific Health Scale-Brief. *The Journal of Trauma*, 78-84.
- 13. Pereira C., M.K. (2004). Outcome measures in burn care: is mortality dead? Burns, 761-771.
- 14. Sanson G., Nardi G., Blasio E.D., Bartolomeo, S. D., Maroni, C., & Serantoni, C. (2008). Prehospital Trauma Care Modulo Base. Bologna: Irc Edizioni Srl.
- 15. Skinner A, Peat B. (2002). Burns' treatment for children and adults: A study of initial burns first aid and hospital care. NZ Med J.
- 16. Schub T.B., Balderrama D., (2018). Burns: an overview. Nursing Practice Council.
- 17. Schub T.B., Smith N., (2018). Burns: Psychological Aspects. ICD-9.
- 18. Texas EMS Trauma & Acute Care Foundation Trauma Division (2016). Burn Clinical Practice Guideline 4-19.
- 19. Van Baar M. (2006). Functional outcome after burns: a review. Burns, 1-9.



TITOLO SINTETICO:

L'INFERMIERE E LA LINGUA DEI SEGNI

COORDINATORE PROGETTO C. Sideri

RESP. DEL POLO S. Casciato

1. TITOLO

La comunicazione e nelle nostre mani: l'infermiere e la lingua dei segni.

Communication is in our hands: the nurse and sign language.

2. ABSTRACT

"L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci." Cita così l'articolo 21 del codice deontologico degli infermieri, riconoscendo nella comunicazione efficace uno dei punti fondamentali per un'assistenza e un approccio di qualità. E quando il paziente comunica solamente attraverso la lingua dei segni? Questo progetto formativo propone un corso di formazione dedicato agli infermieri, al fine di sensibilizzare la figura professionale a questa condizione, così da saper comunicare e approcciare correttamente ai pazienti sordi, offrendo un'assistenza qualitativamente elevata. Sarà monitorato il livello di conoscenza dei partecipanti prima e dopo il percorso formativo, attraverso dei questionari, così da documentare l'effettiva efficacia della formazione. Conoscere per abbattere le barriere comunicative, mettendo in campo strategie efficaci, grazie l'uso di accorgimenti comunicativi, tecniche di comunicazione e l'utilizzo della lingua dei segni.

Parole chiave:

Lingua dei segni, nursing, paziente sordo

"The nurse supports the relationship with the assisted person who is in conditions that limit their expression, through effective communication strategies and methods." Thus it quotes article 21 of the code of ethics for nurses, recognizing effective communication as one of the fundamental points for quality care. And when the patient does not communicate efficaciously how can this principle be respected? The training project in question proposes a training course dedicated to nurses, to sensitize the professional figure to this condition, so as to know how to approach deaf patients correctly and provide high quality assistance. The level of knowledge of the participants before and after the training course will be monitored, through questionnaires, so as to document the effective effectiveness of the training. Knowing to break down communication barriers, putting in place effective strategies, thanks to the use of communication devices, techniques of and the use of sign language.

Key words

Sign language, nursing, deaf patients

3. BACKGROUND

La sordità è una disabilità invisibile, difficile da mettere a fuoco in tutti i suoi aspetti, insidiosa perché può isolare dal mondo e dalle persone e privare delle parole, per esprimere appieno sentimenti, raccontare pensieri, allontanare paure, condividere desideri. Infatti "Essere menomato nel linguaggio, per un essere

umano, è una delle calamità più disperate, perché solo attraverso il linguaggio che entriamo in piano possesso della nostra umanità, che comunichiamo liberamente con i nostri simili, che acquisiamo e scambiamo informazioni" (Sacks, 1990). La sordità non 'si vede': è riconoscibile solo al momento di comunicare. Così le persone sorde non sempre ricevono da parte degli udenti tutte quelle attenzioni e quella disponibilità necessarie. Essa non va intesa unicamente come patologia, focalizzando l'attenzione sugli aspetti medico-riabilitativi, un ambito nel quale occorre senz'altro impegnare energie e ricerche, ma anche e soprattutto nelle implicazioni sociali della sordità (Dickson et al., 2014). Questa è, infatti, una disabilità molto grave, in quanto colpisce la dimensione relazionale e comunicativa dell'individuo, il suo essere in società. Partendo dal presupposto che "La comunicazione è un processo d'interazione nel quale si scambiano messaggi, idee, sentimenti ed emozioni (Hommes et al., 2018). Ciò si verifica grazie ai vari significati della lingua scritta e parlata, dietro i meccanismi non verbali, come i gesti, dall'espressione del corpo, immagini, tatto e altri segnali. È considerata uno strumento essenziale per lo sviluppo dell'umanità. [...] nella professione infermieristica una comunicazione cosciente è indispensabile, in quanto essa decodifica, decifra e percepisce il significato dei messaggi inviati dal paziente; ed è l'unico modo per comprendere i loro bisogni." (Cardoso, Rodrigues, Bachion, 2006). In alcuni casi l'interazione comunicativa infermiere-paziente, può essere compromessa da fattori innati del paziente, come l'impossibilità di parlare, capire e sentire.

La L.I.S., ovvero la Lingua dei Segni Italiana, è il mezzo di comunicazione che usano abitualmente le persone Sorde segnanti, sfruttando il canale visivo - gestuale. Viene considerata una lingua a tutti gli effetti in quanto possiede una grammatica e sintassi proprie. Infatti, i segni usati dalle persone sorde, non sono semplicemente una sequenza di gesti illogici ma, appartengono ad un registro linguistico vero e proprio, con delle regole precise, riconosciuto dal parlamento europeo nel 1988. Il primo passo per introdurre le persone udenti a una lingua visivo gestuale, come la LIS, consiste nella stimolazione dell'uso della vista, delle mani e dell'intero corpo per comunicare. Con la conoscenza della sordità nella sua eterogeneità e nel particolare l'apprendimento della LIS, gli infermieri, i medici e i diversi professionisti sanitari, potranno rappresentare una figura professionale in grado di erogare lo stesso tipo di accoglienza e assistenza sanitaria alle persone sorde, in ambito ospedaliero e sul territorio. I partecipanti al corso acquisiranno le conoscenze base della LIS, sia teoriche, che pratiche, e approfondiranno lo studio della terminologia e dei contesti sociosanitari con l'ausilio di dialoghi, ma soprattutto, attraverso scenari tipo, l'apprendimento di tecniche comunicative efficaci.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi Generali

I partecipanti al termine del corso dovranno conoscere il lessico e la grammatica della LIS, produrre brevi dialoghi, affinare le proprie capacità comunicative e possedere sufficientemente la terminologia sanitaria. Infine, riconoscere i bisogni assistenziali delle persone sorde e saper adottare strategie comunicative valide.

5. METODOLOGIA

5.1 Materiali e Metodi

Il corso si svolgerà mediante lezioni frontali, presidiati da un docente madrelingua e un infermiere esperto in lingua dei segni, con l'intento di studiare l'espressione e il linguaggio corporeo, nonché di sfruttare al massivo il canale visivo. Per la comprensione e la produzione verranno utilizzati: slide, filmati e dispense.Il

programma didattico è mirato allo sviluppo di quattro capacità sia nell'attività di comprensione, che in quella di produzione:

- 1. Stimolazione della comunicazione visivo gestuale.
- 2. Discriminazione visiva, memoria, uso dello spazio, uso del linguaggio corporeo.
- 3. Comprensione e produzione di brevi dialoghi riguardo diversi argomenti.
- 4. Esecuzione di frasi con elementi spaziali e sequenziali.

6. RISULTATI ATTESI

Il progetto è mirato a migliorare la sensibilità e la conoscenza degli operatori, attraverso un percorso di formazione specifico.

I risultati attesi sono:

- Sensibilizzazione maggiore all'argomento.
- Consapevolezza e conoscenza delle principali barriere comunicative.
- Conoscenze teoriche e pratiche sulle principali strategie comunicative.
- Comunicazione efficace con il paziente.
- Conoscenza teorica e pratica base della LIS.

7. PIANIFICAZIONE

		Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
	1.	Individuazione del comitato scientifico	Coordinatori del progetto	1 giorno
_	2.	Riunione comitato scientifico per condividere il programma con il gruppo	Coordinatori del progetto e componenti comitato scientifico	4 giorni 2 volte all'anno
_	3.	Stesura del programma annuale	Coordinatori del progetto e componenti comitato scientifico	2 giorni 1 volta all'anno
_	4.	Realizzazione di corsi di formazione LIS	Project team	9 mesi
	5.	Produzione report finale	Project team	1 mese
_				•

8. DIAGRAMMA DI GANTT

Mese	Gen 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mag 2020	Giu 2020	Ott 2020	Nov 2020	Dic 2020
Individuazione del comitato scientifico	•								
Riunione comitato scientifico per condividere il programma con il gruppo		•	•						
Stesura del programma definitivo			•	•	•	•	•	•	
Report finale									•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Cardoso A.H., Rodrigues K.G., Bachion M.M. (2006). Perceptiòn de la persona con sordera severa y/o profunda acerca del proceso de comunication durante su atención de salud. Rev Latino de Erfermagem, 553-559.
- 2. Dickson M, Magowan R, Magowan R. (2014). Meeting deaf patients' communication needs. Nurs Times. 3-9;110(49):12-5.
- 3. Hommes RE, Borash AI, Hartwig K, De Gracia D. (2018). American sign language interpreters' perceptions of barriers to healthcare communication in deaf and hard of hearing patients. J Community Health. 43(5):956-961
- 4. Sacks O. (1990). Vedere Voci. Milano, Adelphi



TITOLO:

LA GESTIONE DELLE MAXI-EMERGENZE IN SANITÀ

COORDINATORI PROGETTO

DIRETTORE DEL POLO

S. Casciato

S. Casciato

G. Esposito

C. Lorenzetti

N. Mazzitelli

C. Puleio

1. TITOLO

Le competenze infermieristiche nella gestione delle maxi-emergenze in sanità. Realtà civile e militare a confronto.

Nursing skills in the management of maxi-emergencies in healthcare. Comparison between civil and military realities.

2. ABSTRACT

Le maxi-emergenze sono eventi dannosi, inattesi e imprevedibili, che determinano gravissimi danni alle popolazioni colpite. Possono essere causate dall'uomo (atti terroristici, operazioni belliche, manifestazioni di massa, trasporti, dispersione di rifiuti inquinanti, tossici o radioattivi ...), o avere origini naturali (terremoti, eruzioni, inondazioni, valanghe, incendi ...).

Possono interessare vaste estensioni di territorio, richiedendo interventi tempestivi e l'utilizzo di risorse straordinarie, coordinate in maniera capillare, al fine di operare bene ed in fretta per trattare il maggior numero di vittime e limitare le perdite.

I disastri richiedono ai sistemi di soccorso modalità di intervento diverse da quelle utilizzate nelle situazioni ordinarie. È necessaria un'accurata programmazione che definisca i compiti e le modalità d'intervento per ciascuna delle diverse componenti della catena dei soccorsi: quella sanitaria (costituita dal personale del Sistema di Emergenza del 112 e degli Enti di Soccorso), quella tecnica (Vigili del Fuoco e gruppi locali di Protezione Civile) e quella costituita dalle Forze dell'Ordine e dalle Forze Armate.

Un ruolo fondamentale nella gestione delle maxi-emergenze lo rivestono le Forze Armate.

Il sistema sanitario militare deve essere capace di fornire un adeguato sostegno in situazioni di crisi sia in tempo di pace che di guerra, in Patria e all'estero. Non si occupa solo di affrontare le problematiche emergenziali in Patria ma è aperto a tutte le popolazioni del mondo, con specifici ruoli di interoperatività in particolar modo dai paesi membri della NATO, dell'ONU e dell'Unione Europea.

All'interno di un sistema organizzativo sanitario integrato, in coordinazione con altri Paesi che si occupano delle maxiemergenze e al fine di garantire un'ottima preparazione degli operatori per un adeguato intervento operativo nell'assistenza alle popolazioni vittime di disastri, vengono scambiate esperienze con i paesi alleati (NATO) confrontando e valutando i risultati. I mezzi moderni di comunicazione rendono possibileconsultazioni e scambi di conoscenze in tempo reale.

Gli infermieri militari contribuiscono con competenza alla gestione degli scenari emergenziali nel caso di disastri naturali, incidenti industriali, pericolo di inquinamenti ambientali, atti terroristici. Essi operano nella prevenzione, protezione, salvataggio, ricerca e cura delle popolazioni civili, e, nelle missioni uma-



nitarie all'estero, nella costruzione e nel mantenimento della pace, fornendo un adeguato sostegno per ridurre gli effetti sociali e sanitari negativi, e portando il necessario supporto assistenziale attraverso l'applicazione di adeguati protocolli militari.

Parole chiave:

Maxiemergenze, sistema di emergenza pubblico, sistema di emergenza militare, bioterrorismo.

Maxi-emergencies are unexpected and unpredictable harmful events, which result in serious damage to the affected populations. They can be caused by man (terrorism, warfare, mass demonstrations, transportation, dispersion of toxic or radioactive waste pollutants, ...), or can have a natural origin (earthquakes, volcanic eruptions, floods, avalanches, fires etc.).

They may affect vast tracts of territory, requiring timely interventions and the consumption of extraordinary resources, coordinated in a capillary in order to operate well and rapidly deal with the largest number of victims and limit losses.

Disasters require relief systems to adopt intervention approaches that are different from those used in ordinary situations. Careful planning is required to define the tasks and modes of intervention for each of the different components of the chain of emergency assistance: health (established by the staff of the 112 Emergency System and rescue authorities), technical (Fire brigades and local civil protection groups) and of the police and the military.

A key role in the management of maxi-emergencies is played by the Armed Forces. The military health care system must be able to provide adequate support in crisis situations both in times of peace and war, at home and abroad. They not only deal with homeland emergencies, but also for all peoples of the world, with specific roles of interoperability especially from NATO Member States, the UN and the European Union.

Within an integrated organizational health system, in coordination with other countries dealing with maxi emergencies and to ensure an excellent preparation for an adequate operational action in assisting victims of disasters, experiences are exchanged with the Western allies (NATO) by comparing and evaluating results. Modern means of communication make it possible to conduct consultations and exchange knowledge in real time.

Military nurses competently contribute to managing emergency scenarios in case of natural disasters, industrial accidents, environmental pollution, and terrorism. They work to provide prevention, protection, rescuing, searching and treating civilian populations, and, in humanitarian missions abroad, in construction and in peacekeeping by providing appropriate support to reduce negative health and social effects, and providing the necessary healthcare support through the application of appropriate military protocols.

Keywords:

Maxi-emergencies, public emergency system, military emergency system, bioterrorism.

3. BACKGROUND

Catastrofi e maxi-emergenze accadono ogni giorno in qualche parte del mondo con un impatto drammatico sulle sanità pubblica in termini di morti, feriti, danni alle infrastrutture e agli impianti. Che la catastrofe sia un incendio di un'abitazione oppure uno tsunami che devasta un'intera comunità, è la qualità della vita ad essere minacciata. Il World Disaster Report del 2007 evidenzia un aumento del 60% di disastri o incidenti maggiori nel decennio 1997-2006 rispetto al precedente e il numero di decessi è cresciuto da 600.000 unità a più di 1,2 milioni. Il numero di persone interessate da disastri o incidenti

maggiori è cresciuto da 230 milioni a 270 milioni con un aumento del 17% [1]. "Secondo l'United Nation's Bureau of Crisis Prevention and Recovery, circa il 75% della popolazione mondiale vive in area che sono state colpite almeno una volta da un terremoto, un ciclone tropicale, un'alluvione o dalla siccità tra il 1980 ed il 2000". I disastri naturali sono aumentati negli ultimi 50 anni, con la più grande crescita e picco negli ultimi 10 anni. Analizzando i dati elaborati dall'Università di Louvain in Belgio si nota che nel periodo preso in esame i decessi sono in calo ma il numero di disastri e il numero di persone colpite sono in aumento arrivando rispettivamente a più di 400 disastri e a quasi 250 milioni di persone coinvolte. Più fluttuante l'andamento dei disastri di natura tecnologica che presenta dei picchi, nel periodo di osservazione di 300 disastri per anno, 10.000 deceduti ed un numero di persone coinvolte tra le 100.000 e le 300.000 unità. Dal 1998 al 2008, circa 1 milione di persone hanno perso la vita in caso di catastrofi, 3,3 milioni sono rimaste ferite e 2 miliardi sono stati colpite. I sistemi sanitari, comprese le risorse umane e le infrastrutture fisiche anche se essenziali per la sopravvivenza della popolazione sono molto vulnerabili alle gravi emergenze e calamità.

Un discorso a parte meritano le missioni umanitarie all'estero per soccorrere le popolazioni civili vittime di guerre politiche e religiose, che determinano un numero crescente di morti e di feriti. Il risultato finale è rappresentato da migrazioni di massa di civili che fuggono dalla fame, dalle malattie e dalle rappresaglie dei "signori della guerra".

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale

Migliorare la pratica clinica infermieristica nell'affrontare le maxi-emergenze.

Obiettivi specifici

- 1. Promuovere l'acquisizione di conoscenze per la gestione delle maxi-emergenze, sia in ambito civile, che militare;
- 2. Far conoscere il ruolo dei professionisti sanitari nell'utilizzo delle più moderne innovazioni tecnologiche nei teatri operativi;
- 3. Supportare il processo decisionale clinico-assistenziale attraverso la conoscenza e il confronto di scenari emergenziali diversi.

5. METODOLOGIA

Lezioni magistrali, lezioni interattive con momenti di discussione in cui è prevista la presentazione di esperienze di emergenza sanitaria sia in ambiti civili che militari.

6. RISULTATI ATTESI

Sarà realizzata 1 edizione da svolgersi a Roma.

Rilevanza

Il corso è finalizzato a sensibilizzare/far acquisire/consolidare le conoscenze e le competenze infermieristiche nella gestione delle maxi-emergenze sia in ambito civile che militare.

Scientific Annual Report 2020



7. PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA	
1.	Definizione del programma del corso ed individuazione dei relatori/sostituti	Coordinatori e gruppo di progetto	4 giorni	
2.	Incontro con i relatori/sostituti	Coordinatori e gruppo di progetto	1 giorno	
3.	Individuazione della data e della sede delle giornate itineranti	Coordinatori di progetto	1 giorno	
4.	Accreditamento ECM	Consigliere delegato all'accreditamento	1 giorno	
5.	Realizzazione di 1 evento formativo nel 2018.	Docenti esperti	3 giorni	

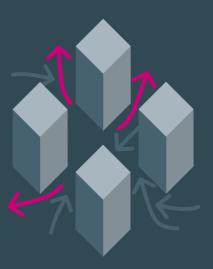
8. DIAGRAMMA DI GANTT

	Giugno 2020	Luglio 2020	Settembre 2020	Ottobre 2020	Novembre 2020
Fase 1	•				
Fase 2	•				
Fase 3		•			
Fase 4		•	•		
Fase 5i			•	•	•

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. Atto intesa stato-regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992.
- 2. DM 15 maggio 1992 n. 121 "Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi in emergenza".
- 3. Dipartimento della Protezione Civile: "Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza" 1998
- 4. Dipartimento Protezione Civile: "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari in caso di catastrofi" 2001.
- 5. Ashkenazi I, Ohana A, Azaria B, Gelfer A, Nave C, Michaelson M, et al. Assessment of hospital disaster plans for conventional mass casualty incidents following terrorist explosions using a live exercise based upon the real data of actual patients. European Journal of Trauma & Emergency Surgery 2012, Apr; 38(2): 113-117.
- 6. Brisebois R, Hennecke P, Kao R, McAlister V, Po J, Tien H, et al. The role 3 multinational medical unit at Kandahar airfield 2005-2010. Canadian Journal of Surgery 2011, 54(6): S124-9.
- 7. Corcoran S, Niven A, Reese J. Critical care management of major disasters: A practical guide to disaster preparation in the intensive care unit. Journal of Intensive Care Medicine 2012, 27(1): 3-10.
- 8. Davies K. Disaster management. Disaster preparedness and response: more than major incident initiation. British Journal of Nursing 2005, 8; 14(16): 868-871.
- 9. Enis W. Disaster management, triage-based wound care, and patient safety: reflections on practice following an earthquake. Ostomy Wound Management 2010, 56(11): 61-69.
- 10. Fabi F, Magnanti M, Cerqua G. Massiccio afflusso di feriti in seguito a disastro ferroviario. Emergency Oggi 2007;13(7): 12–13.
- 11. Franc J, Ingrassia P, Verde M, Colombo D, Della Corte F. A simple graphical method for quantification of disaster management surge capacity using computer simulation and process-control tools. Prehospital & Disaster Medicine 2015, 30(1): 9-15.
- 12. Gupta R. Disaster management. International Journal of Nursing Education 2015, 7(2): 100-105.
- 13. Halpern P, Goldberg S, Keng J, Koenig K. Principles of emergency department facility design for optimal management of mass-casualty incidents. Prehospital & Disaster Medicine 2012, 27(2): 204-212.
- 14. Janousek J, Jackson D, De Lorenzo R, Coppola M. Mass casualty triage knowledge of military medical personnel. Military Medicine 1999, 164(5): 332-335.
- 15. Kenar L, Karayilanoglu T. Medical preparedness against chemical and biological incidents for the NATO Summit in Istanbul and lessons learned. Prehospital & Disaster Medicine 2006, 21(4): 268-271.
- 16. Lumini E, Fortuna M, Capuzzi T, Senes G, Cozza M, Pedi E, et al. Cives: 10 anni di infermieristica in protezione civile. L'infermiere 2008; 52(3): 16—18.
- 17. Stevermer A. International disaster humanitarian assistance for nurses. Annual Review of Nursing Research 2012, 30: 209-224.





Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

