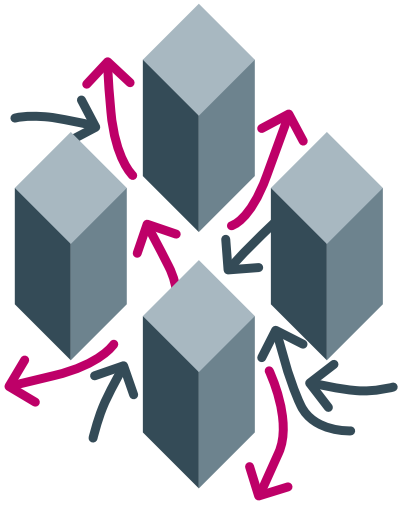
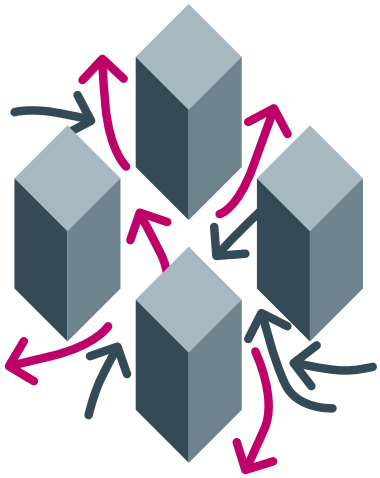
Collegio Ipasvi di Roma



Centro di Eccellenza per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica

SCIENTIFIC ANNUAL REPORT

2016



INDICE

INDICE

PRESENTAZIONI DEL VII ANNUAL SCIENTIFIC REPORT p. 5

POLO PER L'ISTRUZIONE

1.16.1 COSTRUZIONE DI UN MODELLO PER LA VALUTAZIONE DEL CORE COMPETENCE INFERMIERISTICO NELL'ESAME DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE: LA SPERIMENTAZIONE p. 6

1.16.2 MAPPATURA IL COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA p. 13

1.16.3 PROFESSIONE INFERMIERE: DEONTOLOGIA, RESPONSABILITÀ, FORMAZIONE E RICERCA p. 19

1.16.4 VALIDAZIONE E APPLICAZIONE DI UNO STRUMENTO PER LA CONOSCENZA LIBERO PROFESSIONALE. PERCEZIONI E CONOSCENZE DELL'ESERCIZIO LIBERO PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE NEL PERCORSO FORMATIVO DI BASE: INDAGINE CONOSCITIVA SUGLI STUDENTI DEL TERZO ANNO DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA DELLA REGIONE LAZIO p. 22

1.16.5 LA CULTURA DELLA SICUREZZA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO/ ASSISTENZIALE: ASPETTI ORGANIZZATIVI E STRUMENTI OPERATIVI p. 27

1.16.6 DIDATTICA E STORIA: DALL'ASSISTENZA ALL'INFANZIA ALL'INFERMIERISTICA PEDIATRICA. IMMAGINI E DOCUMENTI DI UNA PROFESSIONE IN CONTINUA EVOLUZIONE IN ITALIA E IN EUROPA p. 33

1.16.7 IL FONDAMENTO DELLA LINEA STORICA DEL CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA (CECRI) DELL'IPASVI DI ROMA IN COLLABORAZIONE CON IL BARBARA BATES CENTER FOR THE STUDY OF THE HISTORY OF NURSING - UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA p. 38

POLO PER LA RICERCA

2.16.1 "MI PRENDO CURA DI ME". LE ESPERIENZE DI SELF-CARE DELLE PERSONE AFFETTE DA BPCO p. 43

2.16.2 LA DIGNITÀ PROFESSIONALE INFERMIERISTICA NEGLI OSPEDALI MAGNET E IN QUELLI NON MAGNET. L'ATTUAZIONE DEL MODELLO MAGNET IN ITALIA p. 49

2.16.3 SALUTE ORGANIZZATIVA E INFERMIERI: UNO STUDIO A LIVELLO MULTICENTRICO ITALIANO p. 55
2.16.4 SELF-CARE E CONTRIBUTO AL SELF-CARE NELLO SCOMPENSO CARDIACO: STUDIO CON METODO MISTO SU PAZIENTI E SUI CAREGIVER p. 60
2.16.5 ANALISI DELLA PERCEZIONE DEGLI INFERMIERI RISPETTO ALL'UTILITÀ E ALL'UTILIZZO DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA p. 65
2.16.6 ERRORI DI TERAPIA A DOMICILIO NEI BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA: STUDIO OSSERVAZIONALE E SVILUPPO DI STRATEGIE PREVENTIVE p. 72
2.16.7 UTILIZZO DEL NURSING MINIMUM DATA SET DEL PAI PER DESCRIVERE L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA E VALUTARNE IL SUO IMPATTO p. 79
2.16.8 STILI DI VITA, SALUTE E BENESSERE DEGLI INFERMIERI E DEGLI STUDENTI INFERMIERI ITALIANI p. 85
2.16.9 SELF-CARE E QUALITÀ DI VITA NEGLI ANZIANI CON MALATTIE CRONICHE p. 92
2.16.10 EFFETTO DELL' INTERVENTO EDUCATIVO MIRATO PER MIGLIORARE IL SELF-CARE MAINTENANCE E LA QUALITÀ DI VITA NELLE DONNE IN POSTMENOPAUSA p. 97
2.16.11 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 p. 102
2.16.12 SVILUPPO E VALIDAZIONE DI UN QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA PERCEZIONE DELLA DIPENDENZA DALL'ASSISTENZA IN PAZIENTI ONCOLOGICI p. 107
2.16.13 L'IMPATTO DEL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO SULLA QUALITÀ DI VITA. STUDIO MULTICENTRICO SUI CENTRI DI TERAPIA DEL DOLORE DELLA RETE DEL COMUNE DI ROMA p. 114
2.16.14 ASSISTENZA CENTRATA SULLA FAMIGLIA IN NEONATOLOGIA E SODDISFAZIONE DEI GENITORI, NUOVI METODI PER LA VALUTAZIONE NEL TEMPO p. 121
2.16.15 APPRENDERE DAGLI ERRORI: UNO STUDIO SULL'ERROR MANAGEMENT NEL CONTESTO INFERMIERISTICO p. 130
2.16.16 INDAGINE SU CONOSCENZE, ATTITUDINI, COMPORTAMENTI E BISOGNI FORMATIVI DEGLI INFERMIERI SULL'UTILIZZO DEI FARMACI PER VIA ENDOVENOSA NELLE TERAPIE INTENSIVE. UNO STUDIO MULTICENTRICO ITALIANO p. 136
2.16.17 STUDIO MULTICENTRICO SULLA RESILIENZA DEL CAREGIVER IN CURE PALLIATIVE. PROGETTO FORMATIVO PER LA DIFFUSIONE DEI PRIMI RISULTATI p. 142
2.16.18 MIGLIORARE LA QUALITÀ DEL LAVORO NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE: IL RISPETTO DELLA DIGNITÀ PROFESSIONALE INFERMIERISTICA NEI RAPPORTI INTRA ED INTERPROFESSIONALI p. 150
2.16.19 VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO E DELLE CONSEGUENZE DELLA SARCOPENIA SULLE PERSONE ANZIANE, UNO STUDIO SUL CAMPO p. 155
2.16.20 L'IMPOSSIBILITÀ A COMUNICARE. L'ESPERIENZA COMUNICATIVA DELLA PERSONA

TRACHEOSTOMIZZATA (EPCT) IN VENTILAZIONE MECCANICA IN TERAPIA INTENSIVA. STUDIO FENOMENOLOGICO p. 160

2.16.21 ANALISI DEL FABBISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI NEL LAZIO p. 166

2.16.22 PROMUOVERE IL SELF-CARE E MIGLIORARE LA QUALITÀ DI VITA: PERCORSI INNOVATIVI DI RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE STOMIZZATO ATTRAVERSO IL MODELLO DEL CASE MANAGEMENT. UNO STUDIO MULTICENTRICO p. 171

POLO PER LA FORMAZIONE

3.16.1 FORMAZIONE BLENDED PER L'INFERMIERISTICA: DIFFUSIONE RISULTATI INTERMEDI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO p. 177

3.16.2 RICERCA BIBLIOGRAFICA BLENDED PER L'INFERMIERISTICA p. 182

3.16.3 SERVIZIO DI CONSULENZA PER LA RICERCA INFERMIERISTICA p. 186

3.16.4 LA RICERCA DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE NELL'INFERMIERISTICA ATTRAVERSO L'UTILIZZO DELLE BANCHE DATI ON LINE p. 190

3.16.5 L'INDICIZZAZIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE p. 193

3.16.6 CORSO DI INGLESE SCIENTIFICO PER IL NURSING (3 LIVELLI): BASE – PRE-INTERMEDIO – INTERMEDIO p. 196

3.16.7 PARLARE E COMPRENDERE L'INGLESE CONTEMPORANEO (3 LIVELLI) p. 199

3.16.8 FORMAZIONE IN METODOLOGIA PER LA RICERCA p. 202

POLO PER LA PRATICA CLINICA

4.16.1 EBP: L'INFERMIERE ESPERTO CLINICO, AGENTE DI CAMBIAMENTO NELLA REALTÀ OPERATIVA p. 205

4.16.2 EBP E PRATICA CLINICA: FANTASIA O REALTÀ p. 209

4.16.3 L'ARTE TERAPIA IN SALUTE MENTALE: CAMMINARE INSIEME PER COSTRUIRE RELAZIONI p. 212

4.16.4 FORMAZIONE IN EBP PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE CON L'AFFILIAZIONE AL JOANNA BRIGGS INSTITUTE p. 215

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

Presentazione del VII Annual Scientific Report

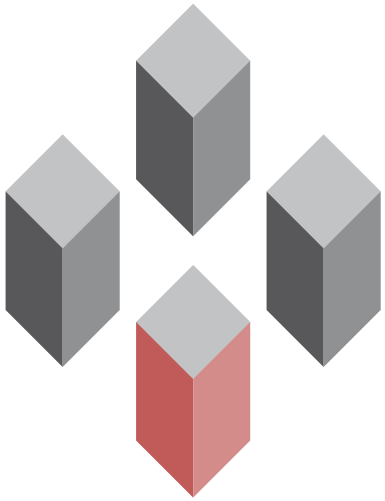
di Ausilia Pulimeno

In questi anni l' infermieristica ha raggiunto traguardi significativi tra i quali lo sviluppo dei dottorati di ricerca nelle università e la dirigenza sanitaria ai diversi livelli pur nelle attuali difficoltà politico economiche che il nostro Paese e l'Europa stanno affrontando. Ambiti di sviluppo si auspicano per il futuro: il riconoscimento delle competenze avanzate e lo sviluppo di nuovi scenari nella libera professione.
In tal senso, 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 ricerca e formazione.
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) del Collegio Ipasvi di Roma mira a rafforzare le conquiste ottenute dalla professione infermieristica stessa anche in contesti ambientali difficili, sia per la situazione economica globale che per la recrudescenza di alcune forme di regressione che mirano alla subalternità scientifica e pratica. Nel 2016 sono stati avviati ed approvati ben 41 progetti di ricerca e formazione, alcuni come continuazione dell'anno 2015, con un importante coinvolgimento da parte della componente professionale infermieristica e di centri di ricerca universitari italiani e internazionali.
Con questo VII Annual Report che illustra lo stato dell'arte dei progetti per il 2016 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 del Collegio IPASVI di Roma mette a disposizione di tutti i colleghi gli studi presentati ed approvati nel 2016. La pubblicazione di questo Annual Scientific Report registra lo stato dei progetti del 2016.

Il Presidente del Collegio Ipasvi di Roma
Ausilia Pulimeno

Nel 2016 sono stati avviati ben 41 progetti di formazione e di ricerca alcuni dei quali come prosecuzione di studi già precedentemente avviati, altri invece nuovi ed originali. Numerosi sono stati i corsi di formazione realizzati che hanno visto il coinvolgimento come discenti ma anche come tutor e docenti, di tantissimi infermieri operanti nei diversi setting: clinici ed assistenziali, organizzazione e formazione sia aziendale che accademica.
E' stata ulteriormente implementata la rete di collaboratori accademici con la cooptazione nel board scientifico internazionale, di luminari della scienza infermieristica incardinati in prestigiose Università Statunitensi e Nord Europee.
In questo VII Annual Report sono illustrati con dovizia di particolari i risultati degli studi effettuati e le prospettive di sviluppo di quelli ancora in corso nel 2017. Riteniamo che anche grazie all'entusiastico coinvolgimento di tantissimi colleghi che collaborano con noi, saremo in grado di fornire anche nel futuro, un grande contributo allo sviluppo di nuovi saperi e di nuove conoscenze che porteranno benefici sia alla collettività che al mondo scientifico.
Credo si possa finalmente affermare che il Centro rappresenti oggi un importante punto di riferimento per la professione infermieristica italiana, europea ed internazionale.

Il Direttore del Centro di Eccellenza
per la Cultura e la Ricerca Infermieritica
Gennaro Rocco



POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

VALUTAZIONE DEL CORE COMPETENCE INFERMIERISTICO

COORDINATORE PROGETTO
A.M. Pulimeno
M.G. De Marinis
A. Marchetti
I. Molinaro

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.16.1

1. TITOLO PROGETTO

Costruzione di un modello per la valutazione del Core Competence infermieristico nell'esame di abilitazione professionale: la sperimentazione
Developing a model to evaluate nursing core competences during the professional qualification exam: the experimentation

ABSTRACT

Il concetto di competenza riveste oggi un ruolo da protagonista nei dibattiti che si sono aperti in ambito nazionale e internazionale, in tutti i settori della vita sociale, politica ed economica. Coinvolge tutte le professioni, compresa quella infermieristica, impegnata in una profonda riflessione sulla professionalità dell'infermiere moderno e sulle competenze che egli deve possedere. A partire dalla prima metà degli anni novanta ed in particolare con il Processo di Bologna (1999), si è cominciato a guardare con sempre maggiore interesse ai sistemi di formazione e d'istruzione, adottando un sistema di titoli accademici, fondato su tre cicli formativi facilmente comprensibili e comparabili all'interno della Comunità Europea.
Molti dei problemi individuati in Italia nella formazione infermieristica sono legati alla mancanza di una definizione univoca delle competenze core dell'infermiere e di quale sia l'effettivo bagaglio formativo dei neo-laureati al momento dell'esame di abilitazione. Tutt'oggi, l'esame di abilitazione risente di programmi e metodologie didattiche diverse in uso nei diversi atenei italiani e dall'ambiente sanitario in cui la pratica professionale viene formata e valutata. Scopo dello studio è quello di sviluppare un modello sperimentale per la definizione del Core Competence infermieristico, volto alla sintonizzazione dei percorsi certificativi e dei titoli rilasciati dalle diverse università Italiane ed in linea con le Direttive emanate dalla Comunità Europea.

ABSTRACT

The concept of competence plays an important role in today's national and international debates in all sectors of social, political, and financial life. It involves all professions, and in our case the nursing profession, which is currently reflecting deeply on the professionalism of modern nursing and its competencies. Since the mid-1990s and in particular with the Bologna Process (1999), the educational systems have aroused increasing interest, adopting of a system of academic titles based on three educational cycles, which can be easily understood and compared across the European community. Many issues about nursing education in Italy are related to the lack of common definition for nursing core competence, and what educational background of students in the qualifying examination. Even today, the qualifying examination is affected by different programs and teaching methods currently adopted by the various Italian universities, as well as by the healthcare settings where students nurses do their apprenticeship and are evaluated. The aim of this study is to develop an experimental model to define what is 'a nursing core competence' that will allow to harmonise the education provided and titles issued by the various Italian universities, in line with the directives of the European Community.

BACKGROUND

[…] The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will, or knowledge. And to do this in such as way as to help him gain independence as rapidly as possible […]. (Henderson, 1991)

Il XXI secolo è caratterizzato da una spinta diffusa all'internazionalismo dei saperi, spostando la prassi consolidata da decenni di una sovranità statale verso una globalizzazione sempre più accentuata, determinata soprattutto dalla libera circolazione non soltanto delle merci e dei capitali ma anche delle professionalità[1]. Le giurisprudenze internazionali,

infatti, stanno iniziando a regolamentare oggetti che fino a pochi decenni fa erano appannaggio esclusivo degli Stati, uno di questi è rappresentato dalla formazione (accademica e non) con la descrizione dei profili di competenze professionalizzanti, rendendo riconoscibili e spendibili i titoli formativi in contesti anche sovranazionali[2].

A partire dalla prima metà degli anni novanta, si è cominciato a guardare con sempre maggiore interesse ai sistemi di formazione e d'istruzione. Con la pubblicazione nel 1995 del Libro bianco sulla formazione "*Insegnare ed apprendere verso la società della conoscenza*", l'istituzione nel 1996 dell'anno Europeo per l'Istruzione Superiore ed, infine, con la Comunicazione della Commissione Europea nel 1997 "*Per un'Europa della conoscenza*", si sono iniziate a consolidare le strategie e le politiche in ambito europeo per rispondere ai problemi correlati alla libera circolazione dei saperi e dell'occupazione giovanile che, in una economia in perenne mutazione, conduce, inevitabilmente, ad un'evoluzione dei sistemi di formazione ponendo al centro le competenze richieste nella società del domani al futuro professionista.[3, 4,5]

È indubbio che un sistema che sviluppa nuovi contenuti professionali, nuove conoscenze e competenze e che prevede nuove professioni, deve obbligatoriamente rivedere l'articolazione dei livelli delle responsabilità, il sistema organizzativo e il sistema delle cure[6].

Il concetto di competenza oggi riveste un ruolo da protagonista nei dibattiti che si sono aperti in ambito nazionale ed internazionale, in tutti i settori della vita sociale, politica ed economica.

Coinvolge tutte le professioni, compresa quella infermieristica, impegnata in una profonda riflessione sulla professionalità dell'infermiere moderno e sulle competenze che egli deve possedere.[7, 8]

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*". [9] Un punto cardine di questo processo riguarda 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 dei percorsi formativi erogati.[9,10,11]

Inoltre, 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.[12] Le finalità espresse nel Processo, e ampiamente condivise dagli enti che vi fanno parte, mirano ad una riorganizzazione in senso comunitario delle politiche sull'istruzione, mettendo a disposizione tutti i mezzi necessari per il suo raggiungimento.[12, 13]

Più specificatamente, il Processo di Bologna prevedeva, e prevede tuttora, una serie di obiettivi sia interni che esterni, che mirano a rendere i titoli accademici europei di alta qualità e competitivi sul mercato internazionale e contestualmente attrarre studenti dal mercato formativo non europeo. In ambito interno, invece, il Processo di Bologna vuole costruire un'organizzazione didattica sempre più in sintonia con il veloce mondo globale e con gli interessi della comunità, tale da garantire, per controparte, una migliore spendibilità del titolo di studio nel mercato del lavoro all'interno di tutta l'area europea.[12, 13] Per rendere tutto ciò attuabile, un passo decisivo deve essere la trasparenza e leggibilità dei percorsi formativi e dei titoli di studio renderli comparabili tra le diverse istituzioni nazionali e sovranazionali.

Il Progetto *Tuning Educational Structures in Europe*, finanziato dalla Commissione Europea nel quadro del programma '*Apprendimento permanente*', avviato nel 2000, offre una guida concreta alla realizzazione delle politiche di indirizzo del Processo di Bologna e consiste in una metodologia volta a progettare, sviluppare, attivare e valutare i corsi di studio secondo la nuova riforma dei cicli.[14,15] Il progetto e il modello Tuning appartengono ad uno dei 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 risultati di apprendimento (*Learning outcomes*) e di competenze (*competencies*). Nel 2000 si erano costituiti vari gruppi di ricerca che hanno compiuto un'ampia consultazione volta a identificare le competenze generali e specifiche di alcune discipline pilota. Uno dei gruppi più attivi è stato quello infermieristico che ha contribuito a identificare 40 *competence core* infermieristiche generalizzabili a tutti i percorsi formativi universitari degli Stati che si riconoscono nel Processo di Bologna.[16]

Nel 2005[17] è stato elaborato un primo documento volto ad indentificare il core competence di diverse discipline, 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.[18]

Tali documenti hanno sollecitato molti paesi a ripensare e riformare il percorso infermieristico universitario: in Danimarca, ad esempio, le competenze Tuning sono state utilizzate nella progettazione dei diversi livelli universitari in Infermieristica;[18] nel Regno Unito la stessa riforma degli studi si è conclusa con l'accoglimento completo e articolato delle competenze Tuning nei piani di studio infermieristici.[20,21]

Lo strumento Tuning Nursing Educational è un questionario di self-report indirizzato ai formatori e docenti del

settore infermieristico. È costituito da 40 item che rappresentano le competenze core specifiche individuate dal gruppo di progetto Tuning, le competenze sono state suddivise in 6 domini. Attualmente da giugno 2012 sul sito di consultazione europeo del Tuning Project è stato pubblicato un Core Competence del Nursing in cui è stato presentato il risultato finale del lavoro di consultazione ed il profilo risultante che è di 47 competence specifiche, divise in 4 aree tematiche.[18]
Molti dei problemi individuati in Italia nella formazione infermieristica sono legati alla mancanza di una definizione univoca delle competenze core dell'infermiere e di quale sia l'effettivo bagaglio formativo dei neo-laureati al momento dell'esame di abilitazione. Tutt'oggi, l'esame di abilitazione risente di programmi e metodologie didattiche diverse in uso nei diversi atenei italiani e dall'ambiente sanitario in cui la pratica professionale viene formata e valutata.[22, 23, 24,25,26]

OBIETTIVI DI PROGETTO

Scopo del progetto del gruppo di studio è quello di sviluppare ed applicare un modello sperimentale per la definizione del Core Competence infermieristico, volto alla sintonizzazione dei percorsi certificativi e dei titoli rilasciati dalle diverse Università Italiane, in linea con le Direttive emanate dalla Comunità Europea.[9-18] Un ulteriore obiettivo del progetto è quello di fornire un modello per la valutazione del Core Competence infermieristico nell'esame di abilitazione professionale.

Obiettivi specifici:

1. Identificazione di un modello teorico delle competenze.
2. Identificazione di un quadro di riferimento delle competenze core o professionali, condiviso e normativamente riconosciuto nell'ambito della Comunità Europea.
3. Identificazione e validazione di uno strumento utile ai docenti dei corsi di laurea in infermieristica presenti nelle diverse università italiane per la sintonizzazione e armonizzazione della formazione accademica italiana con le indicazioni e i suggerimenti provenienti dalla Comunità Europea.
4. Analisi e sviluppo di un modello valutativo delle competenze core in possesso dei neo laureati in infermieristica da utilizzare al momento dell'esame di abilitazione finale per fornire uno strumento univoco, flessibile e riconoscibile da tutti gli attori coinvolti.
5. Formazione di un gruppo di valutatori per l'esame di abilitazione finale nella laurea in infermieristica.

METODOLOGIA

Disegno del progetto

La ricerca iniziata nel 2010, articolata in un programma di ricerca di 10 anni, prevede 5 fasi. Una prima fase volta a sviluppare la versione italiana del questionario sulle competenze core del progetto Tuning del Consiglio d'Europeo, testandone la validità linguistica e culturale. Una seconda fase è stata quella volta ad analizzare e descrivere, alla luce delle indicazioni del gruppo Tuning, le sincronie e le divergenze concettuali sulle competenze core, dei docenti universitari del settore disciplinare in Infermieristica italiani (MED/45) anche in riferimento ai nuovi ordinamenti e piani di studio formulati per l'anno accademico 2011/2012, 2013/2014 e 2014/2015 (270/04 secondo indirizzo comunitario).

Fase 1

a) Revisione della letteratura nazionale ed internazionale legata agli studi sul Core Competence e Core curriculum dello specifico infermieristico, ricercando uno strumento valido e validato in ambito accademico e normativo europeo per la professione infermieristica.

b) Analisi e scelta del modello di Competenza Infermieristica e relativi strumenti.

c) Analisi e revisione testuale dei piani di studio dei corsi di laurea in infermieristica italiani (norma 270/04), confrontando la loro sintonizzazione con gli indirizzi e il quadro delle competenze core della Comunità Europea.

d) Report del lavoro svolto.

Fase 2

a) Validazione linguistico culturale del questionario sulle competenze specifiche infermieristiche sviluppate nell'ambito del Progetto Tuning della Comunità Europea.

b) Studio qualitativo attraverso il consenso tra pari (esperti in ambito formativo Infermieristico, rappresentanti dei 4 poli universitari della regione Lazio).

c) Studio quantitativo attraverso la somministrazione del questionario validato linguisticamente alla popolazione di docenti del CL in infermieristica della Regione Lazio.

d) Report del lavoro svolto con una prima pubblicazione in ambito nazionale.

Fase 3

a) Studio descrittivo volto all'analisi delle sincronie e delle divergenze concettuali sulle competenze core, attraverso un'indagine su un campione rappresentativo dei docenti universitari del settore disciplinare in Infermieristica italiani (MED/45), nelle 4 Università presenti nella Regione Lazio.

b) Revisione e analisi testuale e descrittiva dei nuovi ordinamenti e piani di studio (270/04 secondo indirizzo comunitario), andando ad individuare i punti di convergenza e di difformità con le indicazioni europee.

c) Sviluppo di un report dei risultati con elaborazione di una pubblicazione internazionale del lavoro svolto.

Fase 4

a) Indagine descrittiva sulle diverse modalità di esame di abilitazione professionale attualmente in utilizzo presso i CdL triennali in Infermieristica delle Università laziali, attraverso lo sviluppo di una scheda di lettura e raccolta dati da somministrare ai rappresentanti professionali del Collegio IPASVI di Roma ai diversi esami di abilitazione.

b) Scelta del modello teorico di valutazione delle competenze.

c) Sviluppo del modello e delle linee d'indirizzo per la valutazione delle competenze specifiche/core infermieristiche per l'esame di abilitazione finale.

Fase 5

a) Sviluppo del modello e delle linee d'indirizzo per la valutazione delle competenze specifiche/core infermieristiche, per fornire uno strumento univoco, flessibile, riconoscibile e valido per la valutazione dei neo laureati in infermieristica nell'esame di abilitazione finale.

b) Elaborazione di una scheda di raccolta dati per "rintracciare" le competenze Tuning valutate durante l'esame di abilitazione professionale.

c) Sperimentazione del modello attraverso studi a metodo misto nelle sessioni di tesi dell'anno accademico 2011/2012- 2012/2013–2013-2014-2014/2015-2015/2016.

d) Formazione di un gruppo di esperti (Direttori didattici e Rappresentati Collegi Ipasvi) per la prova finale dell'esame di abilitazione per la laurea in infermieristica.

e) Redazione di un manuale per i Direttori didattici per la costruzione della prova pratica dell'esame di abilitazione professionale.

f) Partecipazione attiva al Progetto europeo Tuning CALOHEE.

Analisi dei dati

Verranno utilizzati il pacchetto statistico SPSS e Mplus per l'analisi dei dati quantitativi e Atlas Ti per l'analisi dei dati qualitativi.

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. In linea con le raccomandazioni internazionali ed Europee fondamentali per la libera circolazione dei professionisti nella comunità europea.
Uno sviluppo futuro si concentrerà 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"*".

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Somministrazione Tuning Nursing Educational a docenti, professionisti della formazione e stakeholders	Team di Progetto	2016
Ampliamento dello strumento di valutazione delle competenze (griglia) e consultazione con il contesto accademico e professionale per giungere ad una visione condivisa degli specifici risultati da valutare nei neolaureati	Team di Progetto	2016-2017
Validazione e implementazione dello strumento di valutazione delle competenze (griglia) presso le Università rappresentative del territorio nazionale (sud-centro-nord)	Team di Progetto	2017-2018
Redazione di un manuale per direttori didattici per la costruzione della prova pratica dell'esame di abilitazione professionale	Team di Progetto	2018
Costruzione della banca dati con la gamma di competenze rilevate attraverso la griglia di valutazione delle competenze	Team di Progetto	2018
Partecipazione attiva al Tuning CALOHEE	Team di Progetto	2016 - 2018

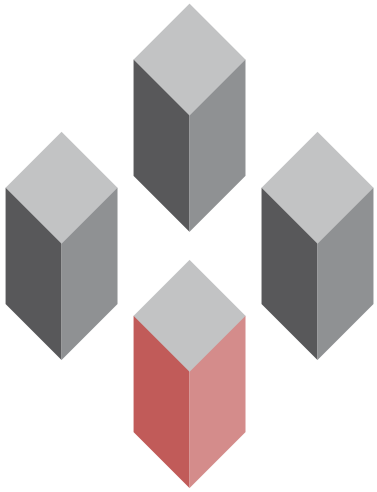
DIAGRAMMA GANTT

ATTIVITÀ	2016	2017	2018
Somministrazione T*uning Nursing Educational* a docenti,professionisti della formazione e stakeholders			
Ampliamento dello strumento di valutazione delle competenze (griglia) e consultazione con il contesto accademico e professionale per giungere ad una visione condivisa degli specifici risultati da valutare nei neolaureati			
Validazione e implementazione dello strumento di valutazione delle competenze (griglia) presso le Università rappresentative del territorio nazionale (sud-centro-nord)			
Redazione di un manuale per direttori didattici per la costruzione della prova pratica dell'esame di abilitazione professionale			
Costruzione della banca dati con la gamma di competenze rilevate attraverso la griglia di valutazione delle competenze.			
Partecipazione attiva al Tuning CALOHEE			

BIBLIOGRAFIA

1. Monterotondo C. Competenze trasversali e comportamento organizzativo. Le abilità di base per il lavoro che cambia. Milano: Franco Angeli,1994.
2. Le Boterf G. Costruire les compétences individuelles et collectives. Paris: Éditions d'Organisation; 2000.
3. Pellerey M. Sul concetto di competenza e in particolare di competenza sul lavoro. In C. Montedoro, Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica. Terza edizione. Milano: Franco Angeli, p. 231-276
4. Commissione Europea.Comunicazione 563 Per un 'Europa della Conoscenza. Bruxell: COM; 1997.
5. Commissione Europea. (2003). Libro bianco, insegnare ad apprendere verso la società conoscitiva. Disponibile presso: http://db.formez.it/storicofontinor.nsf/0/F0B248D53172DE80C1256CC20052095F/$file/libro%20bianco%20commissione%20europea.PDF. [consultato il 15Aprile 2015].
6. Sironi C. Continuità assistenziale e sviluppo della competenza infermieristica: la formazione universitaria si interroga. Convegno nazionale della Consociazione nazionale delle Associazioni infermiere/i tenuto a Manfedonia 8-10 Maggio 2008; 2009 Paderno Dugnano (MI): Casa Editrice Grafiche Tris. p. 105-112.
7. Montedoro C. (2002). Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica (Terza edizione ed.). (Isfol, A cura di) Milano: Casa editrice Franco Angeli.
8. Spencer LM. & Spencer SM. Competenza nel lavoro, modelli per una performance superiore Sesta edizione. Milano: Franco Angeli, 2003.
9. 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 [consultato il 20 Gennaio 2015].
10. 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].
11. Bologna with student eyes (2007). Disponibile da: http://www.esib.org/index.php/Publications/official-publications.html. [consultato il 20 Gennaio 2015].
12. Finocchietti C., Giacobazzi D. & Palla PG. Dieci anni del Processo di Bologna, Lo Spazio europeo per l'Istruzione Superiore. Quaderno Universitas CIMEA; 2010.
13. Contaldo A., Liakopoulos D. Università ed Unione Europea. Il sistema di accreditamento universitario nel diritto comunitario. Padova: Libreria Universitaria; 2011, pp. 7-10.
14. Ministry of Science, Technology and Innovation. Bologna Working Group on Qualifications Frameworks. A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area. Copenhagen: 2005.
15. Gonzales J. & Wagenaar R. Tuning Educational Strctures in Europe II: Universities' Contribution to the Bologan Process. Bilbao: Universidad de Deusto; 2005.
16. 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: Univerisidad de Bilbao; 2010.
17. 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].
18. Tuning Project (2012). Nursing specific competences disponibile da: http://www.unideusto.org/tuningeu/competences/specific/nursing.html [consultato il 14 dicembre 2014].
19. NHS-Manchester Mental Health. Annual report 2009-2010. Manchester, 2011.
20. NMC. Standards for pre-registration nursing education. London: Nursing Midwifery Council. 2010.
21. Gobbi M. A review of nurse educator career pathways: a European perspective. Journal of Research in Nursing, 2009; 2 (14):123-124.
22. 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.
23. 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.

24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. Marchetti A, Virgolesi M, Pulimeno AML, Rocco G, Stievano A, Venturini G, De Marinis MG. The licensure exam in nursing degree course: A survey in the four Universities of the Lazio Region. Annals of Hygiene. 2014; 26(5): 435-441.
28. MIUR. Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509. Disponibile da: http://www.miur.it/0006Menu_C/0012Docume/0098Normat/4640Modifi_cf2.htm. [consultato il 14 Dicembre 2014]
29. Bradshaw A. & Merriman C. Nursing competence 10 years on: fit for practice and purpose yet? Journal of Clinical Nursing, 2008; 10(17):1263-1269.
30. De Marinis MG., Mazzaroni M. & Piredda M. Il tutor clinico tra competenze e formazione. International Nursing Perspectieves. 2002; 3(2): 135-141.
31. Di Mauro S., Fiorillo V. & Sala M. Valutazione dell'apprendimento del processo di assistenza infermieristica. Professioni Infermieristiche, 2009; 2(62): 84-93.
32. Frega R. Il Costrutto di competenza. Ricostruire l'esperienza, Competenze, bilancio e formazione. Milano: Franco Angeli; 2004.
33. Gamberoni L., A. Lotti, Marmo G., Rocco G., Rotondi P., Sasso L, Il concetto di competenza. L'infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo. Milano: McGraw-Hill, 2009.
34. Massai D., Amerini A., Bargellini S. & Bugnolli S. Un'analisi ragionata da discutere e condividere delle competenze cliniche, formative e gestionali degli infermieri nei processi di assistenza sanitaria. Uno strumento essenziale per definire i nostri ruoli professionali in una dimensione avanzata e autonoma. L'infermiere, 2007.
35. Pillastrini P., Bertozzi L., Chiari P., Morsillo F., Semprini A., Valente D. Formazione universitaria dei professionisti della salute: I core values come efficaci strumenti per una valutazione dei valori della performance nella futura prassi. Professioni Infermieristiche, 2008; 3 (61):131-138.



POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

GLI STAKEHOLDERS NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

COORDINATORE PROGETTO
A.M. Pulimeno
M.G. De Marinis
M. Virgolesi

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.16.2

TITOLO PROGETTO

Mappatura e coinvolgimento degli stakeholder nella formazione infermieristica

Stakeholders in nursing education: Mapping and engagement

ABSTRACT

In letteratura è dibattuta la necessità di coinvolgere tutte le parti interessate (*Stakeholders*) nella costruzione dei *curricula* in modo da migliorare l'efficacia esterna dei corsi di Laurea. In Italia il coinvolgimento degli *stakeholders* nella definizione dei percorsi formativi universitari è sancito da diverse norme. La questione riguarda anche la formazione Infermieristica, che a partire dal Processo di Bologna, è investita da un profondo processo di riforma.
Gli studi disponibili descrivono un coinvolgimento estremamente superficiale degli *Stakeholders* da parte delle Università e non chiariscono se il coinvolgimento abbia migliorato l'efficacia esterna dei corsi di Laurea. Bisognerebbe pertanto incentivare nuove esperienze di consultazione monitorandone gli esiti.

ABSTRACT

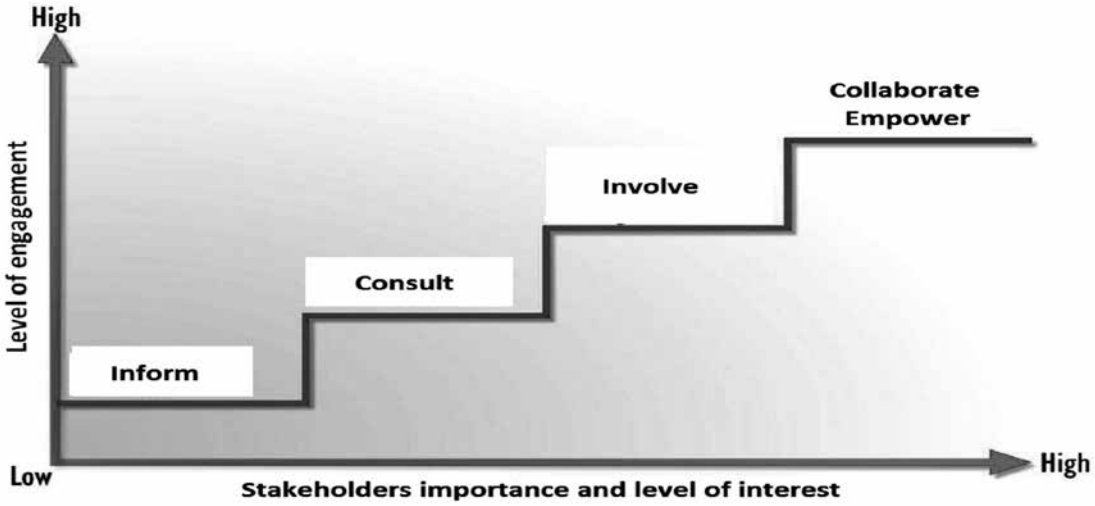
In literature is discussed the need to involve all stakeholders in the construction of curricula to improve the effectiveness of the external degree courses. In Italy, the involvement of stakeholders in the definition of university courses is enshrined in various standards. The issue relates to nursing education is taken by many changes since the Bologna process. Available studies describe a superficial involvement of stakeholders from universities and these studies do not clarify whether the involvement has improved the effectiveness of the external degree courses. Should encourage new experiences by checking the results of consultation.

BACKGROUND

L'infermieristica, a partire dal Processo di Bologna, è impegnata in un complesso processo di riforma al fine di favorire una maggiore mobilità dello studente, futuro lavoratore, e al contempo ridurre le distanze tra il mondo del lavoro e quello formativo.
In alcuni Paesi Europei, come Danimarca e Regno Unito, l'assetto formativo dell'Infermieristica è stato fortemente influenzato dal "*Tuning Educational Structures in Europe*", una metodologia per progettare, attivare e valutare i corsi di studio ponendo particolare attenzione ai risultati di apprendimento (*learning outcomes*) (1) e alle competenze attese (*competences*) (2) in forte connessione con le esigenze del mercato del lavoro e quindi dell'occupabilità. Nella metodologia *Tuning* appare strategico il ruolo degli stakeholders (portatori d'interesse) in quanto essi contribuiscono a definire, in ciascuna area disciplinare, quali competenze generali e specifiche debbano essere enfatizzate e fino a che punto.
Con il termine stakeholders si fa riferimento a tutti quei soggetti portatori di interessi nei confronti di un organizzazione. L'importanza degli stakeholders e del loro coinvolgimento (*stakeholders engagement*) nei processi decisionali delle organizzazioni/imprese è un concetto mutuato dall'economia aziendale (3). Esso è codificato in un modello molto articolato (4) che prevede diverse fasi di azione prima di poter essere implementato. La prima fase, definita "Mappatura degli Stakeholders", consiste

nell'identificazione di tutti gli stakeholders e la loro classificazione in termini di importanza e influenza rispetto all'organizzazione (Fig. 1).

Fig 1: *Livelli di coinvolgimento degli stakeholders in relazione alla loro influenza o importanza e modalità di coinvolgimento*



La seconda fase consiste nel pianificare e disegnare l'attività di coinvolgimento, in particolare bisogna individuare, in relazione all'importanza attribuita allo stakeholders, opportune modalità (tab. 1) e adeguati tempi di coinvolgimento..

Tab. 1: *Descrizione dei livelli di coinvolgimento e delle opportune metodologie di coinvolgimento e di comunicazione*

LEVEL	GOAL	METHODS	COMMUNICATION
Inform	Fornire una corretta informazione agli stakeholders e assisterli nella comprensione del problema, delle alternative, delle opportunità soluzioni, delle scelte perseguite	Lettere, brochure, report e siti web con sezioni dedicate. Discorsi, conferenze e presentazioni pubbliche	Comunicazione Unidirezionale (Università vs Stakeholders). Non c'è invito alla replica.
Consult	Ottenere informazioni e feedback dagli stakeholder per supportare le decisioni prese dall'Università	Indagini, focus group, meeting individuali, incontri pubblici e workshop. Forum permanenti con gli stakeholders, discussioni e feedback on-line	Comunicazione unidirezionale università vs stakeholders. L'università chiede, gli stakeholders rispondono.
Involve	Lavorare direttamente con gli stakeholders per assicurarsi che le loro preoccupazioni siano comprese e tenute in considerazione nel prendere le decisioni	Forum multi-stakeholders, comitati consultivi. Processi di costruzione del consenso e sistemi di partecipazione ai processi decisionali.	Comunicazione bi direzionale e multidirezionale tra committente e stakeholders. L'apprendimento avviene per entrambi ma adottano azioni individuali.

LEVEL	GOAL	METHODS	COMMUNICATION
Collaborate	Essere partner in o riunirsi in un network di stakeholder per sviluppare soluzioni mutualmente condivise e piani d'azione comuni.	Progetti in comune, gruppi di riferimento, partnership	Comunicazione Bi-direzionale e multidirezionale. Apprendimento, negoziazione e processo decisionale da entrambe le parti. Stakeholders e committente lavorano assieme per agire
Empower	Delegare i processi decisionali su di una specifica tematica agli stakeholders	Integrazione degli stakeholders nelle strutture universitarie (rappresentanti o membri di comitati specifici)	Comunicazione unidirezionale (Stakeholders vs Università

La terza fase consiste nel realizzare il coinvolgimento, accogliere le istanze prodotte dagli stakeholder e tradurle in azioni.
Si è detto che la teoria degli stakeholder nasce nell'ambito dell'economia aziendale ed è applicata soprattutto al mondo delle imprese e aziende che forniscono beni e servizi, tuttavia, da un'attenta analisi della letteratura (5), emergono numerose esperienze di coinvolgimento degli stakeholders anche nel mondo accademico e in particolare nelle fasi di progettazione e implementazione dei curricula. In particolare, per quanto riguarda la formazione infermieristica, alcune università, hanno sperimentato con successo un modello di costruzione curriculare *bottom-up* (*Home-base Model*) (6) prevedendo il coinvolgimento attivo di studenti, docenti universitari e *community-stakeholders*. Altre università hanno messo in luce come la consultazione con gli stakeholders nel processo di costruzione curriculare migliori la soddisfazione delle parti interessate e permetta lo sviluppo di un curriculum maggiormente rispondente ai bisogni emergenti nella società, anche in riferimento alle minoranze etniche presenti nel territorio (7). Gli stakeholders sono stati introdotti nella pianificazione curriculare e nella definizione dei risultati di apprendimento (*learning outcomes*) anche per la formazione specialistica d'infermieri in area critica (8).
In Italia, il coinvolgimento degli stakeholder nella formazione universitaria è un obbligo di legge (9) e la sua importanza è anche sottolineata dall'ANVUR (Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca). Infatti tra le raccomandazioni per la "*Redazione dei Rapporti di Riesame sui Corsi di studio*" si chiede di prestare attenzione nel descrivere le modalità di coinvolgimento delle parti interessate e i risultati da esso ottenuti. Si tratta, in linea generale, di adattare e validare attraverso opportune strategie di ricerca, il modello di *stakeholders engagement* all'ambito formativo (4).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

L'obiettivo generale del progetto di ricerca è la definizione di un modello di coinvolgimento degli stakeholders condiviso e validato dalle parti interessate e la sua implementazione presso un corso di laurea in infermieristica di un'università italiana.

Obiettivi specifici

Mappatura degli stakeholders. Identificazione degli stakeholders, delle tematiche di riferimento, del livello di coinvolgimento e delle opportune metodologie di coinvolgimento.

Disegnare il processo e realizzare il coinvolgimento. Pianificare e realizzare efficacemente l'attività di coinvolgimento degli *stakeholders* presso un corso di laurea in infermieristica di una università italiana.

Monitorare gli esiti dello *stakeholders engagement*. In particolare valutare se migliora l'efficacia esterna del corso di laurea e la occupabilità del neolaureato.

METODOLOGIA

Lo stakeholders engagement in ambito formativo potrebbe rivelarsi utile ai nostri scopi, ma essendo un modello derivante da altre discipline, necessita di opportuni adeguamenti e di un processo di condivisione e validazione da parte degli esperti in materia e degli stakeholders che saranno individuati. A tal scopo

si è deciso di ricorrere al metodo "Delphi"(10) che permette di valutare le opinioni e i suggerimenti degli attori coinvolti, raggiungendo però un grado di accordo rispetto a modelli innovatori. I questionari che struttureranno l'indagine Delphi mirano a chiarire i seguenti aspetti:

Chi sono gli stakeholders per quanto riguarda il corso di laurea in infermieristica formazione di base degli Infermieri

Su quali tematiche occorre il coinvolgimento dello stakeholders individuato

Qual è l'importanza e il livello d'influenza dello stakeholder individuato

Quali modalità di coinvolgimento sono adeguate per lo stakeholder individuato

In quali fasi delle attività universitarie dovrebbe essere coinvolto lo stakeholders individuato (progettazione del curriculum formativo - implementazione del curriculum formativo - valutazione dell'attività formativa - tutte le fasi prima menzionate)

I questionari prevedono una sezione aperta e una semistrutturata. Sono stati somministrati in un primo round[1] ad esperti individuati dall'autore della ricerca, in questa fase è stata valutata anche la comprensibilità delle domande e se sono opportune eventuali modifiche. Il secondo round prevede la somministrazione a cascata del questionario a rappresentanti degli stakeholder individuati dagli esperti nel primo round. I successivi round mireranno ad ottenere livelli di concordanza significativa rispetto alle informazioni fornite e opportunamente "distillate" nelle fasi precedenti.

Ottenuta la mappatura degli stakeholders ed elaborata la pianificazione del coinvolgimento, sarà realizzato lo stakeholders engagement presso un corso di laurea in infermieristica di un'università laziale.

Strumenti
Banche dati per consultazione scientifica
Questionari predisposti ad hoc per condurre la tecnica Delphi
Analisi statistica condotta attraverso adeguati software (SPSS e similari)

RISULTATI ATTESI

Lo studio si propone di elaborare e validare un modello di coinvolgimento degli stakeholders presso un corso di laurea in Infermieristica e valutarne l'efficacia soprattutto per quanto riguarda l'occupabilità dei neolaureati e di conseguenza dell'efficacia esterna del corso di laurea. Il modello di coinvolgimento elaborato e validato offrirà, ai corsi di laurea che vorranno implementarlo, la possibilità di effettuare uno stakeholders engagement, cosi come richiesto dalla normativa vigente e dall'ANVUR, strutturato e opportunamente adeguato al nuovo contesto operativo (la formazione) di un modello ampiamente descritto e utilizzato in altre discipline. Ulteriori risultati che si propone lo studio sono quelli di avviare il dibattito e sensibilizzare, soprattutto gli esperti in ambito formativo, della necessità nonché dell'obbligo di rivolgersi agli stakeholders per adeguare i programmi di studio alle aspettative in termini di competenze e di learning outcomes attesi dal mondo del lavoro.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo e revisione della letteratura	Project manager, coordinatori	01/01/2015 – 31/03/2015
Elaborazione questionari e strumenti di indagine per la tecnica Delphi	Project manager, coordinatori e project team	01/04/2015 – 31/05/2015
1° round indagine Delphi	Coordinatori, project team, esperti	01/06/2015 – 30/06/2015

1 Per round si intende ciascuna delle rilevazioni ottenute attraverso la somministrazione dei questionari

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
2° round indagine Delphi	Coordinatori, project team, esperti, stakeholders	01/07/2015 – 31/08/2015
Ulteriori round indagine Delphi	Coordinatori, project team, esperti, stakeholders	01/09/2015 – 31/10/2015
Analisi risultati indagine Delphi e descrizione modello stakeholders engagement	Coordinatori e project team	01/11/2015 – 30/11/2015
Implementazione modello stakeholders engagement	Project manager, coordinatori e project team	1/12/2015 – 31/12/2016
Monitoraggio degli esiti	Project manager, coordinatori e project team	01/01/2017 – 31/12/2017
Stesura report di ricerca, pubblicazione finale, chiusura progetto	Project manager, coordinatori e project team	01/01/2018 – 01/06/2018

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gen 2015	Feb 2015	Mar 2015	Apr 2015	Mag 2015	Giu 2015	Lug 2015	Ago 2015	Set 2015	Ott 2015	Nov 2015	Dic 2015	2016	2017	2018
Analisi di sfondo	■	■	■												
Elaborazione questionari e strumenti di indagine per l' indagine Delphi				■	■										
1°round indagine Delphi						■									
2°round indagine Delphi							■	■							
Ulteriori round indagine Delphi									■	■					
Analisi risultati indagine e descrizione modello											■				
Implementazione modello stakeholders engagement												■	■		
Monitoraggio degli esiti														■	
Stesura report di ricerca, paper, Chiusura progetto															■

BIBLIOGRAFIA

1. Glennon CD. Reconceptualizing program outcomes. J Nurs Educ. 2006; 45(2):55-58
2. Loknoff J, Wegewijs B, Durkin K. Tuning educational structures in Europe 2010. A Tuning guide to formulating degree programme profiles, including programme competences and programme learning outcomes. Bilbao: Universidad de Bilbao, 2010.
3. Freeman RE. Strategic Management: A Stakeholder Approach. Boston: Pitman; 1984.
4. Stateholder Research Associates Canada Inc. The Stakeholder Engagement Manual. Vol.1. 1st ed. Ontario: SRAC; 2005.
5. Virgolesi M, Marchetti A, Piredda M, Pulimeno AML, Rocco G, Stievano A, De Marinis MG. Stakeholders in nursing education:their role and involvement. Ann Ig; 2014; 26(6):1-11
6. Olinzock BJ, Kruger BJ, Wilburn ST, Wilburn KT, Roush C. Building a baccalaureate community nursing curriculum using a participatory evaluation approach. Health Care Manag. 2009; **28**(1): 58-64
7. Keogh JJ, Fourie WJ, Watson S, Gay H. Involving the stakeholders in the curriculum process: A recipe for success? Nurse Educ Today 2010; 30: 37-43.
8. Marshall AP, Currey J, Aitken LM, Elliott D. Key stakeholders' expectations of educational outcomes from Australian critical care nursing courses: A Delphi study. Aust Crit Care. 2007; 20: 89-99.
9. Ministerial Decree October 22, 2004, n. 270. Amendments to the regulations concerning the curricular autonomy of Universities. Minister for Universities, Scientific and Technological Research. November 3, 1999, n. 509.
10. Bowles N. The Delphi technique. Nurs Stand. 1999 July 28; 13 (45): 32-36.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

ETICA E RESPONSABILITÀ

COORDINATORE PROGETTO
S. Bartolucci

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.16.3

1. TITOLO PROGETTO

Professione infermiere: deontologia, responsabilità, formazione e ricerca

Being a nurse: ethics, responsibility, education and research

ABSTRACT

Tale giornata formativa si ispira a modelli di natura antropologica, di un personalismo ontologicamente fondato intrinseci per fatto culturale ad una visione fisiologica di approccio alla persona quale centro e fine di ogni azione assistenziale. La consapevolezza dell'atto sanitario, 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. La stessa formazione cambia il modo e si trasforma in possibilità di trasmissione valoriale, nella quale può "quantizzarsi" anche la qualità dell'agire etico.

ABSTRACT

This training day draws upon anthropological models which are culturally intrinsic to a physiological vision of man being regarded as the centre and aim of every health intervention.
Health interventions, being human acts, are closely linked to ethics.
Nurses are naturally inclined to ethics, it being inextricably connected with the concept of responsibility.
Education helps spread nursing values thus enhancing ethical quality.

BACKGROUND

Con riferimento al disciplinare infermieristico (codice deontologico) è necessario declinare termini quali l'etica, la responsabilità, la relazione e la formazione. Alla luce degli attuali riferimenti normativi ed antropologici è necessario declinarli nel campo formativo, politico sociale, teoretico e della prassi, basati sull'evidenza scientifica.
Essi si traducono in un monitoraggio di natura educativa continua, per tutti i professionisti sanitari.
Ancor più, si terrà conto dell'importanza dei contesti relazionali, bisognosi di esperienze sul campo, di interattività, di simulazione e d' immaginazione.
Difatti, il trattare argomenti di natura etico normativa, è ampliare i saperi e renderli fruibili, sviluppando una consapevolezza relativa agli ECM ed alla loro finalità educativa.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Promuovere una cultura infermieristica consapevole della propria natura etica intrinseca, indipendentemente dal contesto assistenziale nel quale si opera.

Obiettivi specifici

- Favorire un lessico comune, in tema di etica, di responsabilità, di relazione e formazione
- Migliorare le competenze relazionali e comunicative con il team.

Indicatori

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

METODOLOGIA

1. Presentazione di *case histories.*
2. Ricerca bibliografica.

3. Somministrazione del pre-test.
4. Briefing di apertura.
5. Lezioni magistrali.
6. Valutazione apprendimento con test a risposta multipla.
7. Confronto dibattito tra pubblico e docenti.

RISULTATI ATTESI

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

Rilevanza

Creazione di un linguaggio comune dell'intero corpo professionale infermieristico.

PIANIFICAZIONE

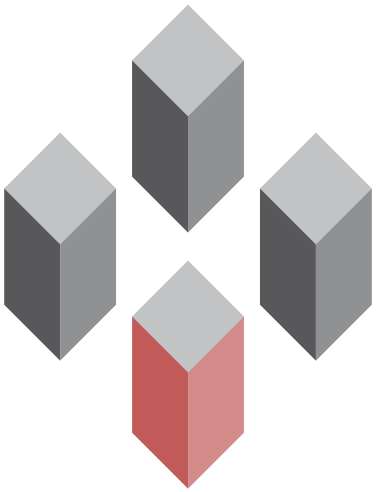
DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	Coordinatori	Febbraio 2016
Elaborazione – Approvazione e Accreditamento ECM del progetto	Project manager, Coordinatori	Febbraio 2016
Approvazione del corso di formazione e accreditamento ECM	Project manager e coordinatori e project team	Marzo 2016
Programmazione degli eventi formativi	Coordinatori e project team	Marzo 2016
Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio	Coordinatori e project team	Marzo 2016
Realizzazione 1° evento formativo	Coordinatori e project team	Marzo 2016
Realizzazione eventi formativi come da richieste delle strutture	Project manager Coordinatori e project team	Aprile, 2016
Verifica e relazione finale	Team di progetto	Dicembre 2016

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Feb 2016	Mar 2016	Apr 2016	Giu 2016	Luglio 2016	Sett 2016	Ott 2016	Nov 2016	Dice 2016
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	■								
Elaborazione-Approvazione e AccreditamentoECM del progetto	■								
Programmazione degli eventi come da richieste delle strutture		■							
Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio		■							
Realizzazione eventi formativi		■	■	■	■	■	■	■	■
Verifica e relazione finale									■

BIBLIOGRAFIA

1. Aristotele (1999). *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. Palasciano G., Lotti A. (a cura di), Modugno – Bari: Edizioni dal Sud.
7. McIntyre A. (1991). 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.



POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

LA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA NEL LAZIO

COORDINATORE PROGETTO
S. Bartolucci - S. Ceccarelli
V. Coppola - L. Ciccaglioni
M. Curzi - G. De Andreis
M. Fiorda - L. Macale
P. Masi - F. Scerbo
G. Scialò - F. Stagno
A. Stievano - A. Testa
M. Vargiu

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.16.4

1. TITOLO PROGETTO

Validazione e applicazione di uno strumento per la conoscenza libero professionale. Percezioni e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base: indagine conoscitiva sugli studenti del terzo anno del corso di laurea in infermieristica della Regione Lazio.

Validating and developing a tool to learn more about freelance nursing: perceptions concerning freelance work among Lazio's third year student nurses.

ABSTRACT

Nell'attuale contesto politico, economico e sociale Europeo e del nostro Paese il tasso di disoccupazione non accenna a diminuire. Inoltre, nel nostro Paese, dove è previsto il blocco del turnover e dei contratti nell'ambito della pubblica amministrazione, ulteriormente prorogati dal 2013 fino al 2016 e dove è presente un numero di precari operanti nelle aziende sanitarie in attesa di stabilizzazione ormai da anni, i giovani che decidono di intraprendere la professione infermieristica continuano a chiedersi in che modo poterla esercitare. In questo nuovo 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.
Tale ambizioso progetto di ricerca ha anche l'obiettivo di promuovere e diffondere la cultura del corretto versamento dei contributi per la previdenza sia in gestione principale che in gestione separata. Si ritiene siano ancora tanti, infatti, i colleghi, che pur svolgendo attività libero professionale, in special modo se in maniera occasionale, non siano consapevoli dell'obbligo di versamento dei contributi all'ENPAPI. Ciò si evince anche dai dati del rapporto Censis presentato nel 2015 che metteva in luce una grave anomalia, cioè, un grosso scostamento tra quanto dichiarato dai cittadini relativamente alle spese per prestazioni infermieristiche e quanto, invece, dichiarato all'Ente di Previdenza Enpapi da parte degli infermieri.

ABSTRACT

The current political, economic and social climate in both Italy and Europe is dominated by relentless unemployment. In our country, in particular, because of a freeze on staff turnover and employment contracts in public administration imposed between 2013 and 2016, a great number of younger people who aspire to a career in nursing cannot help but wonder what future awaits them. In the present scenario,

it is absolutely essential that both trainee and qualified nurses are informed about the ways in which they can work as independent contractors, freelance nursing being a growing field that promises to continue in the future.
Such an ambitious research project also aims to provide helpful information about social security tax payments. Many freelance nurses in fact are totally unaware that they have to pay their contributions to ENPAPI, the Italian Social Security Administration Office for nurses. That is according to a 2015 report presented by the Centre for social investment studies for Italy, which has shown a wide discrepancy between the health care expenses paid by citizens and the taxes owed by nurses to ENPAPI.

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 Collegi IPASVI cominciarono quindi 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 neo-laureato 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 (dati Censis Congresso Ipasvi Bologna 2012).
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.
Tale progetto elaborato dal Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio si svolgerà in collaborazione con Enpapi e con la Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi.

OBIETTIVI DI PROGETTO

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 il Collegio Ipasvi

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

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 laziale

Strumenti :
- Somministrazione di un questionario strutturato e validato agli studenti frequentanti il 3° anno del corso di laurea in infermieristica nelle sedi universitarie del Lazio.
- 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:
Ogni Collegio Ipasvi si farà carico di:

- Coinvolgere le sedi universitarie dei corsi di laurea in infermieristica presenti nella Provincia in cui insiste il relativo Collegio Ipasvi:
  1. Università degli Studi di Roma " La Sapienza"
  2. Università "Cattolica del Sacro Cuore" di Roma
  3. Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
  4. 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).

RISULTATI ATTESI

L'attuale contesto politico, economico e sociale, unitamente al nuovo assetto giuridico professionale dell'infermiere, rendono 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**.**

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Background	Coordinatori del progetto	Dal 1 al 31 gennaio 2016
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 al 31 gennaio 2016
Contatto con le sedi formative	Coordinatori e project team	Dal 1 Febbraio al 28 Febbraio 2016
Seminari nelle sedi formative	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 Marzo al 31 Ottobre 2016
Elaborazioni dei dati	Coordinatori e project team	Dal 1 Novembre al 30 Novembre 2016
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	Dal 1 Dicembre al 31 Dicembre 2016
Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	31 Dicembre 2016

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gen 16	Feb 16	Mar 16	Apr 16	Mag 16	Giu 16	Lug 16	Ago 16	Set 16	Ott 16	Nov 16	Dic 16
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												■

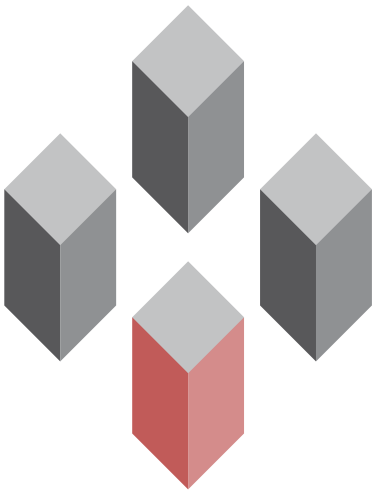
BIBLIOGRAFIA

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



POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

RISK MANAGEMENT

COORDINATORE PROGETTO
S. Bartolucci

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.16.5

1.TITOLO PROGETTO

La cultura della sicurezza per la gestione del rischio clinico/assistenziale: aspetti organizzativi e strumenti operativi

Safety and clinical risk management: organizational aspects and development tools

ABSTRACT

La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono dei punti critici per tutti i sistemi sanitari. Infatti la complessità delle organizzazioni sanitarie, l'elevato livello tecnologico, e l'alto numero di prestazioni erogate costituiscono fattori intrinseci del sistema che possono favorire il verificarsi di errori, causa di eventi avversi.
Risulta evidente che la possibilità del verificarsi di un evento avverso, anche di particolare gravità, non è del tutto eliminabile, tuttavia devono essere attuate tutte le misure per prevenirli e/o ridurli. Il Ministero della Salute ha elaborato un protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, con l'obiettivo di fornire una modalità univoca di sorveglianza e di gestione degli eventi sul territorio nazionale.
È necessario che la raccolta e l'analisi delle segnalazioni degli eventi sentinella avvenga a livello nazionale nell'ottica di sviluppare sinergie ed azioni che saranno patrimonio comune di tutte le strutture sanitarie del Paese.
La metodologia di monitoraggio non ha l'obiettivo di produrre tassi di incidenza o prevalenza degli eventi sentinella, ma, in linea con le esperienze di altri Paesi, intende dare forza al concetto di imparare dagli errori, per mettere in atto le azioni ed i cambiamenti che ne contrastino la probabilità di ri-accadimento, in base alle evidenze scientifiche disponibili.
La proposta formativa è ispirata a renderci più consapevoli che muoversi intorno al letto del paziente con la stessa coordinazione di un'orchestra durante una sinfonia non è una cosa semplice né può essere affidata al caso o soltanto alla buona volontà degli operatori. Non importa quanto siamo esperti in una materia o in un ambito assistenziale: l'errore è sempre possibile, ma non per questo ci si deve rassegnare a commetterlo.
Il corso intende richiamare l'attenzione sul potere di imparare l'uno dall'altro e quanto gli errori possano essere, se conosciuti e dichiarati, la base per fare meglio.
Infatti analizzare le cause profonde degli errori (nostri e degli altri) porta alla realizzazione del cosiddetto governo clinico da parte degli operatori della salute.

ABSTRACT

Patient safety and clinical risk management are crucial to all health care systems. The complexity of health care organizations, the leading-edge technology which characterizes them and the great number of services that they provide are all factors likely to cause errors.
It is evident that eliminating errors – even serious ones – is practically impossible, but one must take all precautionary measures to try to prevent or minimize them.
The Ministry of Health has drawn up a nationwide protocol aimed at providing helpful guidance on clinical

risk management and the reduction of errors.
Collecting and analysing information concerning sentinel events must take place throughout the country so that every Italian health care organization can benefit from it.
The monitoring methodology used in this project does not aim to determine incidence or prevalence rates of sentinel events; on the contrary, in line with the invaluable experience offered by other countries, it intends to reinforce the core concept of learning from errors, so that these may be avoided or reduced.
This project is based on the idea that taking care of patients is no easy task at all: it cannot be left to chance nor can it depend solely on the goodwill of health professionals. No matter how extensive our expertise in the healthcare field, errors can always occur. That does not mean that one simply has to accept that they can be committed.
This course focuses on the importance of learning from others and on the fact that acknowledging one's errors can act as a stimulus to do better. This ultimately leads to clinical governance development on the part of health care professionals.

BACKGROUND

I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano che il problema degli errori ed eventi avversi in sanità rappresenta una reale emergenza che comporta dei costi sia in termini di vite umane che economici.
La probabilità che un paziente sia vittima di un vento avverso, viene definita come la probabilità che subisca un " *Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile*" (tratto dal glossario del Ministero della Salute).
L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato, in vari documenti prodotti, la necessità che sia la stessa organizzazione sanitaria ad intervenire per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.
L'errore è insito nei sistemi complessi e la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente presidiata e le criticità affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando ed integrando i vari aspetti: il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, l'elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, il coinvolgimento di pazienti e cittadini, la formazione degli operatori sanitari.
Tale approccio è definito come gestione del Rischio Clinico che rappresenta un elemento di Governo Clinico, il quale viene definito come "*il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standards di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica*".
La parola *Governo* ha una etimologia latina che significa *Timone* e questo concetto pervaderà gli argomenti che verranno trattati.
La conoscenza da parte degli operatori sanitari delle tecniche e degli strumenti del governo clinico è un elemento centrale per la partecipazione dei professionisti allo sviluppo strategico delle organizzazioni ed è fattore basilare per la valorizzazione del ruolo e della responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.
La formazione può definirsi efficace quando riesce a modificare alcuni comportamenti ed a orientare l'agire quotidiano secondo criteri di efficacia clinica ed organizzativa, è quindi fondamentale avere come obiettivo prioritario l'assenza di errori nella pratica clinica; errori sempre in agguato data la elevata quantità di variabili che possono concorrere all'accadere dell'evento avverso.
Nel presente progetto formativo gli elementi centrali sviluppati nei contenuti didattici riguardano proprio la cultura dell'uomo che si prende cura dell'uomo attraverso scrupolosità, ingegnosità e voglia di fare la cosa giusta.
Si parlerà di rischio clinico come approccio alla soluzione dei problemi e di quale metodologia e quali strumenti possono essere utilizzati per la sua gestione; si parlerà ancora di evento avverso, di colpa e causa con riferimento anche alla medicina legale, ma soprattutto con uno sguardo all'analisi organizzativa. Verrà trattato il tema delle cause degli errori e di come queste siano stratificate in cause prossime e cause remote o radice e vedremo che agire solo sulle cause prossime manterrebbe inalterate le condizioni che portano all'errore e porterebbe il sistema organizzativo stesso a reiterare gli eventi avversi, rendendo necessario invece di saper individuare, riconoscere ed intervenire sulle cause radice e quindi di impostare il risk management su un approccio sistemico al fine di garantire la sicurezza dei processi assistenziali.
Si affronterà il tema della responsabilità del professionista infermiere nei confronti del cittadino e della comunità e di come si è modificata negli ultimi anni.
Tra i contenuti didattici verranno inglobate le linee di indirizzo della Regione Lazio e di come questa regione gestisce il rischio clinico.
Ai fini del raggiungimento degli obiettivi formativi e saranno presentati in aula, alcuni casi clinici di eventi

avversi (tratti dall'esperienza diretta) per favorire il confronto e la discussione tra i discenti e i docenti e le modalità di approccio e monitoraggio di tre eventi avversi tra i 16 monitorati dal Ministero della Salute.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

- Offrire agli infermieri, indipendentemente dal loro setting assistenziale, un'opportunità di formazione nello specifico ambito del Risk Management.
- Promuovere nuovi modelli di relazione con i malati, con i loro familiari e tra gli stessi operatori sanitari per favorire il cambiamento culturale all'interno delle proprie realtà lavorative.
- 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

Favorire l'acquisizione di competenze e consapevolezza sui seguenti temi:

- Le politiche per la sicurezza dei malati e degli operatori.
- La responsabilità professionale.
- Gli aspetti legali della gestione dei contenziosi.
- La promozione di comportamenti idonei a prevenire rischi nella assistenza.
- Utilizzo di strumenti per la gestione del rischio clinico.

Favorire l'acquisizione di conoscenze e competenze per:

- Favorire il cambiamento culturale.
- Riconoscere ed individuare le caratteristiche di complessità di un processo assistenziale all'interno di un'organizzazione sanitaria.
- Riconoscere ed individuare le classi di fattori contribuenti al verificarsi di un evento avverso.

Indicatori

Realizzazione di un evento formativo rivolto a 50/100 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 2016 per un totale di 5 edizioni e per un totale di 200/400 partecipanti.

Evidenza di raggiungimento degli obiettivi specifici formativi mediante valutazioni nel corso dell'evento formativo.

Outcome

Report finale contenente: sedi di erogazione del corso, numero partecipanti, raggiungimento obiettivi formativi e relativa acquisizione di crediti ECM. Dai dati si può ipotizzare anche un'analisi dei dati socio-demografici e dell'occupazione degli infermieri.

METODOLOGIA

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

Progettazione dell'evento formativo

Campione
Infermieri e infermieri pediatrici iscritti al Collegio di Roma che operano nella strutture assistenziali pubbliche e private di Roma e Provincia o esercitano in qualità di liberi professionisti. L'iscrizione all'evento formativo sarà effettuato tramite gli uffici formazione delle strutture sanitarie e dal sito del Collegio Ipasvi di Roma.
Strumenti
Sviluppo di un programma formativo, in cui le tematiche più importanti del rischio clinico sono 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.
- Lezione frontale 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) Test di apertura evento formativo
  b) Discussioni su casi/temi

Test di apprendimento finale e valutazione gradimento evento formativo.

RISULTATI ATTESI

- Realizzazione dell'evento formativo nell'arco del 2016 per un totale di 5 edizioni.
- Formazione di 200/400 infermieri/infermieri pediatrici.
- Evidenza del raggiungimento degli obiettivi specifici formativi mediante valutazione dell'evento formativo e raggiungimento dell'80% di risposte esatte nel test finale.
- Superamento del test finale e acquisizione dei crediti ECM per l'85% dei partecipanti.
- Presenza di almeno 6 diversi relatori per ogni evento formativo.

Rilevanza

I partecipanti potranno sviluppare un buon grado di conoscenza in merito alle caratteristiche intrinsecamente complesse di un'organizzazione sanitaria assistenziale e conoscenze in merito al linguaggio ed alla terminologia propria dell'approccio reattivo del Risk Management. Tali conoscenze e competenze sono indispensabili per lo sviluppo un livello culturale scientifico adeguato alla contestualizzazione di un evento avverso all'interno di un processo assistenziale e, non, di un meccanismo di colpevolizzazione dell'errore. 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 collaborazione, è fondamentale per garantire qualità e sicurezza nelle prestazioni offerte agli utenti in qualsiasi conteso operativo.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Costituzione del Team di Progetto di Corso di Formazione	Coordinatori	Dal 1 al 28 Febbraio 2016
Progettazione del Corso	Team di progetto	Dal 1 al 31 Marzo 2016
Pianificazione attività formativa	Team di progetto	Dal 1 al 30 aprile 2016
Svolgimento eventi formativi	Team di progetto	Dal 1 Maggio al 31 Dicembre 2016
Report attività	Team di progetto	Dal 1 Dicembre 2016 al 31 Gennaio 2017

DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Feb 2016	Mar 2016	Apr 2016	Mag 2016	Giu 2016	Set 2016	Ott 2016	Nov 2016	Dic 2016	Gen 2017
Costituzione del Team di Progetto di Corso di Formazione										
Progettazione del Corso										

MESE	Feb 2016	Mar 2016	Apr 2016	Mag 2016	Giu 2016	Set 2016	Ott 2016	Nov 2016	Dic 2016	Gen 2017
Pianificazione attività formativa										
Svolgimento eventi formativi										
Report attività										

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'associazione italiana infermieri di camera operatoria* 2009;21(2):216–230.
20. Musolino M., Olza 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. Negrini G., Martelli L. Strategie per una continuità di terapia farmacologica sicura**.** *Rischio Sanità*

2009(33):12–19.
22. Palmiere C., Picchioni D.M., Molinelli A., Celesti R. Carenza delle strutture sanitarie: a chi la responsabilità?. *Difesa Sociale* 2004; LXXXIII (2): 99-114.
23. 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
24. 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
25. 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.
26. 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.
27. Taurino R. Responsabilità in ambito sanitario e problematiche assicurative in sanità. *Sanità Pubblica e Privata* 2010(1):41–49
28. Tomassetti R. Se gli infermieri sono pochi le terapie falliscono (e si muore di più). *L'infermiere* 2003; (1): 28 – 20.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

DIDATTICA E STORIA: LA COLLABORAZIONE CON UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA

COORDINATORE PROGETTO
G. D'Elpidio - C. Connolly
P. D'Antonio - J. Fairman
F. Masucci - M.G. Proietti
G. Rocco - A. Stievano

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.16.6

TITOLO PROGETTO

Didattica e storia: dall'assistenza all'infanzia all'infermieristica pediatrica. Immagini e documenti di una professione in continua evoluzione in Italia e in Europa

Teaching and history: from nursing infants to paediatric nursing. Pictures and documents of a profession in continuous evolution in Italy and Europe

ABSTRACT

L'evoluzione storico assistenziale volta all'infanzia nasce in Italia attraverso la realizzazione di iniziative di beneficenza ad opera di nobildonne tra la fine dell'800 ed il 900. I primi Ospedali Italiani dedicati all'assistenza pediatrica hanno sempre curato la formazione del personale interno e parallelamente allo sviluppo delle competenze mediche, dei contesti storico-politici, anche la formazione del personale dedicato ha attraversato diversi cambiamenti.
Da una formazione di tipo empirico garantito da personale medico o religioso, si è giunti nel tempo, all'istituzione delle scuole convitto, ai corsi di formazione professionali, alla formazione universitaria specifica. Il progetto si propone di ripercorrere la storia dell'Infermieristica pediatrica in Italia e in Europa partendo da una realtà di eccellenza come l'Ospedale Bambino Gesù, in collaborazione con il centro di eccellenza per la Cultura e la ricerca Infermieristica del Collegio Ipasvi di Roma. L'Ospedale Bambino Gesù è nato nel 1869. L'assistenza veniva garantita in prevalenza da personale religioso e in minima parte da personale laico. La scuola per infermieri nacque negli anni '60, come scuola per Vigilatrici d'Infanzia (G.U.n.58 dell'8/3/1960). La formazione del personale dedito all'assistenza pediatrica ha seguito l'evoluzione storica fino a diventare oggi, sede del corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica. La visione multidisciplinare di esperti in ambito infermieristico e storia dell'arte consentirà di seguire un percorso innovativo nell'indagine e ricognizione storica di questa figura professionale e delle strutture dedicate. Lo studio si propone di ricercare materiale e documenti d'archivio: immagini storiche e filmati d'epoca, anche inediti, per realizzare un elaborato iconografico seguendo il modello della ricostruzione storica letteraria. L'approccio innovativo dell'elaborato, consiste nella ricerca e raccolta in un unico testo, di immagini fotografiche e documenti, che raccontano l'assistenza rivolta all'infanzia, l'assistenza infermieristica pediatrica e la sua evoluzione in termini formativi. L'elaborato mira a suscitare l'interesse del lettore attraverso un impatto immediatamente comprensibile e utile a non disperdere un patrimonio storico iconografico di una professione in continua evoluzione, che da uno spirito iniziale di tipo materno e vocazionale è giunto ad alti livelli professionali.

ABSTRACT

Infant nursing developed in Italy thanks to charity work carried out by noblewomen between the end of the nineteenth century and the beginning of the twentieth century. In the early paediatric hospitals, particular attention was given to staff training, which was subject to considerable changes over time. That is because we have moved from an empirical type of training provided by medical and religious staff to the institution

of boarding schools and the development of vocational courses as well as to specialized degree-level ones. This project aims to document the history of paediatric nursing in both Italy and Europe starting from the first-rate Bambino Gesù Children's Hospital in collaboration with the Centre of Excellence for Nursing Scholarship of Rome.
The Bambino Gesù Children's Hospital was founded in 1869. At the time care used to be delivered for the most part by religious people and only in small part by lay ones. A children's nursing school was set up in the 1960s (Official Gazette no. 58 of 8th March 1960), which became a research hospital now running prestigious children's nursing degree courses.
Experts in the field of nursing and art history will offer an invaluable insight into the role of paediatric nurses and the function of the health care facilities where they have been working.
This study attempts to collect archival material and documents such as pictures and never-before-seen newsreel footage so that a documentary historical record can be compiled. Its aim is to catch the interest of the reader by celebrating the importance of the historic heritage it depicts and by tracing the evolution of a profession, which started out as pure motherly fervour and has transformed into a most valued highly respected job.

BACKGROUND

La storia dell'infermieristica, è stata oggetto di diverse iniziative e pubblicazioni. Il primo Congresso Internazionale di Storia dell'Assistenza Infermieristica si è tenuto in Canada nel giugno del 1992 e il primo Congresso Nazionale di Storia dell'Assistenza Infermieristica in Italia, si è svolto a Reggio Emilia nel 1993. Alcune pubblicazioni hanno raccontato la storia della pediatria e dell'assistenza infermieristica anche in modo esaustivo, ma attualmente non esiste una raccolta iconografica di materiale storico, utile a ricostruire e ricordare l'evoluzione formativa e professionale dell'Infermiere Pediatrico, soprattutto attraverso le immagini.
Charles West nel 1852 fu tra i fondatori del Great Ormond Street Hospital for Sick Children, l'Ospedale aveva tra i suoi obiettivi la cura dei bambini, lo sviluppo della Pediatria e la formazione della figura dell'"infermiere dei bambini".
Catherine Wood nella seconda metà dell'800, ribadì la necessità di una figura professionale con un percorso formativo diverso, distinta per l'assistenza ai bambini.
Dall'800 l'età infantile, grazie al progredire degli studi pedagogici e psicologici e all'evoluzione delle discipline mediche, diventa centro d'interesse per la cura, per il sociale e per l'educazione.
L'assistenza rivolta ai bambini, ha impegnato medici, operatori, singoli e Governi nei diversi contesti storico-politico-culturali, in Italia e all'estero. L'assistenza all'infanzia, inizia con le prime comunità cristiane, istituti religiosi o di beneficenza sempre diretti e supervisionati per l'aspetto assistenziale e organizzativo, da personale religioso.
Il personale infermieristico ha iniziato un percorso di formazione specifico solo nel 900 e in Italia la prima scuola di Vigilatrice d'Infanzia è stata attivata a Firenze, per essere seguite da quella di Roma, Napoli, Genova e Trieste. Soltanto nel 1940 , viene identificata la Vigilatrice d'Infanzia, come professionista dedicata all'assistenza pediatrica, al pari delle infermiere professionali che già dal 1925 si formavano nelle "scuole convitto per Infermiere professionali. La progressiva evoluzione dell'assistenza infermieristica è stata implementata dalla costituzione dei Collegi e delle Federazioni IPASVI, dalle nuove norme che hanno progressivamente migliorato il ruolo, le funzioni e le responsabilità dell'infermiere pediatrico. Dal diploma universitario nell'ultimo decennio del '900, si passa nel 2001 al corso di laurea in infermieristica pediatrica.
Oggi l'Infermiera pediatrica è inserita in strutture d'eccellenza dedicate alla cura e alla riabilitazione del paziente pediatrico e contribuisce ad implementare la ricerca specifica, nei diversi campi dell'assistenza. Gli Ospedali Pediatrici Italiani che garantiscono la formazione di Infermieri Pediatrici sono: Sant'Anna di Torino, Mayer di Firenze, Gaslini di Genova, Bambino Gesù di Roma, Pausilipon di Napoli. Le Università che hanno il corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica sono in sei regioni Italiane: Liguria, Piemonte, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia
Attualmente i materiali sono generalmente patrimonio delle diverse realtà ospedaliere e territoriali; sia per l'Italia sia per l'estero, non esiste un unico fondo. Il progetto si propone di ricercare e raccogliere materiale fotografico, documenti d'archivio e filmati d'epoca per favorire la conoscenza immediata di momenti significativi e irripetibili dell'evoluzione storica nell'assistenza pediatrica.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Far conoscere l'evoluzione storico culturale dell'assistenza all'infanzia, attraverso una raccolta unica di immagini e documenti, non solo a professionisti, ma anche a organizzazioni e singoli interessati

all'evoluzione assistenziale, in Italia e all'estero.

Obiettivi specifici

Comporre il discorso conoscitivo attraverso una corposa galleria di immagini che meglio delle parole, con più incisività ed immediatezza sono capaci di "raccontare" il passato e il presente dell'assistenza all'infanzia e dell'infermieristica pediatrica.

METODOLOGIA

La ricerca verrà realizzata in due tempi. Il primo concluderà la storia italiana e il secondo quella Europea. Alla costituzione del gruppo di lavoro, seguirà il coinvolgimento degli ospedali italiani pediatrici e delle università italiane che hanno al loro interno la formazione per infermieri pediatrici. Verranno individuati i riferimenti utili al reperimento del materiale, compresi i privati le cui famiglie di provenienza, hanno contribuito in passato all'istituzione delle strutture dedicate all'assistenza all'infanzia, gli ordini religiosi e le scuole per Infermieri. E' previsto a completamento dello studio, l'invio online di un questionario (tradotto in inglese per gli ospedali pediatrici europei). Il questionario verrà elaborato seguendo il modello e l'esperienza della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi nel 1992, quando per la prima volta in Italia è stata promossa l'indagine conoscitiva della documentazione infermieristica: nei collegi, nelle scuole e nel territorio nazionale.

FASI:

Entro dicembre 2015

1. Ricerca bibliografica per una ricostruzione storica dell'assistenza all'infanzia e dell'infermieristica pediatrica. Elaborazione e traduzione in inglese del questionario.
2. Primo contatto con ospedali, scuole, università e privati individuati per lo studio.
3. Ricerca di documenti e materiale fotografico depositato e o pubblicato.

Entro dicembre 2016

4. Verifica del materiale e prima stesura del testo (Marzo 2016)
5. Valutazione dell'elaborato con integrazioni e/o modifiche (Giugno 2016)
6. Stesura e pubblicazione del testo (Dicembre 2016/Febbraio 2017)

Fonti: Ministero dei Beni e della Attività Culturali, Istituto Luce, Scuola Nazionale di Cinematografia, Giornali, La Settimana Incom, Archivi ospedalieri, Archivio Centrale dello Stato, Library of Congress, Collegi IPASVI, Università.

RISULTATI ATTESI

Elaborato a supporto della formazione e informazione nell'assistenza infermieristica pediatrica, come testimonianza fotografica della conoscenza storica e dell'evoluzione formativa dell'assistenza all'infanzia e dell'infermieristica pediatrica.

Linee-guida per la ricerca di immagini a supporto e completamento dei molti testi tematici utili alla realizzazione di iniziative culturali in ambito scientifico e letterario, sia assistenziale che culturale: pubblicazioni e mostre dedicate all'assistenza infermieristica.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Costituzione gruppo di lavoro ed elaborazione progetto	Coordinatori Infermieri, Storico, Studenti Infermieri	30 gg
Richiesta di ammissione e approvazione al comitato del centro di eccellenza IPASVI-Roma	Comitato centro di eccellenza IPASVI Roma e Coordinatori	15 gg
Coinvolgimento degli Ospedali e delle Istituzioni individuate	Coordinatori e Infermieri studenti	60 gg

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Elaborazione e invio del questionario	Storico/esperto di ricerca istituti e Ministeri	30 gg
Raccolta del materiale fotografico/filmico	Storico/esperto di ricerca istituti e Ministeri	90 gg
Raccolta del materiale fotografico/documenti	Storico/Ospedali e scuole coinvolte	120 gg
Verifica del materiale e prima stesura del testo	Team di progetto	90 gg
Valutazione dell'elaborato con eventuali integrazioni/ modifiche	Team di progetto	120 gg
Pubblicazione e riproduzione DVD	Team di progetto	30 gg

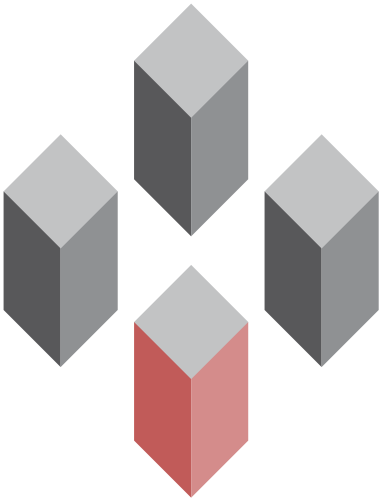
DIAGRAMMA DI GANTT

ATTIVITA'	Mar 2015	Apr 2015	Mag 2015	Lug 2015	Dic 2015	Mar 2016	Giu 2016	Dic 2016
Costituzione gruppo di lavoro ed elaborazione progetto								
Richiesta di ammissione e approvazione al comitato del centro di eccellenza IPASVI-Roma								
Coinvolgimento degli Ospedali e delle Istituzioni individuate								
Raccolta del materiale fotografico/filmico								
Raccolta del materiale fotografico/documenti								
Verifica del materiale e prima stesura del testo								
Valutazione dell'elaborato con eventuali integrazioni/ modifiche								
Pubblicazione e riproduzione DVD								

BIBLIOGRAFIA

1. Bassetti O. "Lo specifico Infermieristico", Rosini Editrice, Firenze 1993.
2. Becchi E. Julia D. : "Storia dell'infanzia" 2 vol., Ed. Laterza, 1996.
3. Becchi E. Semeraro A., "Archivi d'Infanzia" Editrice La Nuova Infanzia, 2001.
4. Calamandrei C.: "L'assistenza infermieristica ", Editrice la Nuova Italia scientifica, Roma 1a ristampa, 1993.
5. Calamandrei C. D'Addio L.: Commentario al Nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere, McGraw- Hill, Milano 1999.
6. Cantarelli M. "La Disciplina Infermieristica. Il modello delle prestazioni Infermieristiche", Atti del Convegno promosso da Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche, quad. n. 8, Milano 16-17 Giugno 1993.
7. Cenedella C. Dalla carità all'assistenza. Orfani, vecchi e poveri a Milano tra settecento ed ottocento" Ed. Electa, Milano 1992.

8. Collière M.F. "Aiutare a vivere" Edizioni Sorbona, Milano 1992.
9. Coppi C., Quando l'arte parla di assistenza, L'Infermiere, 8, XLIX, pp.7-8, 2005.
10. Cortese C. Fedigrotti A. "Etica Infermieristica", Edizioni Sorbona, Milano 1992.
11. Cosseta A.B. "Professione Infermiere", vol.1-2, UTET Torino 1994.
12. Cunningham H. "Storia dell'infanzia", Il Mulino, Bologna, 1997.
13. Di Monte V. Da servente a Infermiere, Crespi Editore, Torino, 1995.
14. Donahue O. Nursing: storia illustrata dell'assistenza infermieristica. Ed. Delfino, Roma 1993.
15. Fiumi A. "Infermieri ed ospedali", Nettuno, Verona, 1993.
16. Manzoni E., Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, Ed. Masson, Milano 2003.
17. Manzoni E., Il linguaggio dell'assistenza infermieristica in Europa, Professioni Infermieristiche, 3/95.
18. Martellotti E., "Per una storia dell'assistenza infermieristica in Italia" Atti I convegno Nazionale di Storia dell'Assistenza Infermieristica in Italia, Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Reggio Emilia, 1993.
19. Martinelli V., "Dal Tevere al Gianicolo", Edizioni dell'Obelisco, Ciampino 1980
20. Orem D.E., Concetti di pratica professionale, Summa, Padova 1992.
21. Ortelli S., Metodologia infermieristica applicata. In Cantarelli M. Frati L. (a cura di), Ed. Masson, Milano 1997.
22. Pascucci I. Tavormina C., La professione infermieristica in Italia, Ed. McGrawHill, Milano, 2012.
23. Pazzini A. "L'ospedale nei secoli" Ed. Orizzonte Nuovo, Firenze 1958.
24. Robertson J. "Bambini in ospedale", Ed. Feltrinelli, 1997.
25. Sironi A.V. Saccone F. "I bambini e la cura. Storia dell'Ospedale dei Bambini a Milano" Ed. Laterza, 1997.
26. Sironi A.V. Napoli C., I piccoli malati del Gianicolo. Storia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Ed. Laterza, 2000.



POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

DIDATTICA E STORIA: COLLABORAZIONE CON UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA

COORDINATORE PROGETTO
G. Rocco
A. Stievano
J. Fairman

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.16.6

TITOLO PROGETTO

Il fondamento del pilastro del Centro di Eccellenza per Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) per la storia dell'infermieristica in collaborazione con il Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing - University of Pennsylvania

The foundation of the historical research pillar of the Centre of Excellence for Nursing Scholarship – Ipasvi in collaboration with the Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing - University of Pennsylvania

ABSTRACT

Background
Nursing in Italy has achieved important goals in terms of education, decisional autonomy and responsibility and the status of a self-regulated profession by legislative norms. Yet, many nurses still perceive themselves as a non-autonomous professional group because inter-professional relations continue to be dominated by medicine at all levels of the health system. In this very sense, to analyze the past of the Italian nursing development is pivotal to preserve the future and this aspect is more timely and relevant than ever.
Aim and objectives
To create a specific pillar devoted to the comprehension of the nursing past in important countries well-known for the advancements in nursing such as: United States, Canada, United Kingdom etc.. and transfer these understandings in Italy is pivotal for the development of the Italian nursing.
Design
It will be carried out three different research projects in the first three years of the new nursing history pillar using different historical research designs.
Method
The researchers involved will use different methods. Archival data or primary sources, secondary sources such as the works of other historians who have written history, running records, recollections such as autobiographies or diaries and so on.
Results
The knowledge produced by this research projects will have scientific, societal and educational significance for Italy, other European countries and the US. The knowledge created will have positive impacts in three different fields: the advancement of the specialist nurses roles in order to have better patient outcomes, the shaping of new functions to protect citizens for regulatory bodies in the globalised post-modern world and the strong promotion of primary care as a new model to take care of persons in the continuity of assistance.

Key words: Nursing history, centre of excellence for nursing scholarship, Barbara Bates center for the study of the history of nursing, nursing evolution

Background
L'infermieristica in Italia ha ottenuto importanti risultati in termini di educazione, autonomia decisionale e responsabilità e anche lo status di una professione auto regolata da norme legislative. Tuttavia, molti infermieri ancora si percepiscono come professionisti con poca autonomia, inficiando la stima di sé stessi, a

causa di molteplici fattori che insistono nelle organizzazioni professionali sanitarie, per esempio, i rapporti intra e interprofessionali, caratterizzati quest'ultimi da una dominanza medica a tutti i livelli, ma anche le criticità gestionali delle risorse economiche e umane, sulle quali il personale infermieristico ha scarsa voce in capitolo. Analizzare il passato dello sviluppo professionale del nursing per individuarne i punti di forza e di debolezza, ma anche per rafforzare la propria specificità e l'importanza storica di tale figura, è fondamentale per preservarne e migliorarne il suo futuro nonché la credibilità.

Scopo e obiettivi

Creare uno specifico polo destinato alla comprensione del passato del nursing in differenti Paesi avanzati, oltre che in Italia, è importante per trasferire queste conoscenze nel nostro Paese al fine di favorire lo sviluppo futuro dell'infermieristica.

Disegno

Saranno portati a termine tre differenti progetti nei primi tre anni del neonato polo per la storia infermieristica utilizzando vari disegni di ricerca.

Metodo

I ricercatori coinvolti utilizzeranno metodi differenti. Archivi di dati per le fonti primarie, fonti secondarie come il lavoro di altri storici che hanno scritto di storia infermieristica, record di archivi, autobiografie, diari e così via.

Risultati

La conoscenza prodotta da questi progetti di ricerca avrà significati educativi e sociali per l'Italia, per altri Paesi Europei e per gli USA. Il patrimonio conoscitivo sviluppato avrà un impatto positivo in tre campi precipui: l'avanzamento del ruolo degli infermieri esperti clinici, il modellamento di nuove funzioni da parte degli ordini per la protezione dei cittadini nel mondo globalizzato post-moderno e la forte promozione dell'assistenza primaria vista come nuovo modello per prendersi in carico delle persone nella continuità dell'assistenza.

Parole chiave: Storia infermieristica, centro di eccellenza per cultura e la ricerca infermieristica, centro Barbara Bates per lo studio della storia del nursing, evoluzione infermieristica

BACKGROUND

Negli ultimi 25 anni la scienza infermieristica in Italia ha svolto grandi progressi resi visibili da diversi avanzamenti in vari campi. In primis, l'introduzione di un unico e obbligatorio corso di formazione a livello universitario per gli infermieri, dal 1996, che ha contribuito profondamente evoluzione del professionismo nel tempo, particolarmente nei suoi fondamenti scientifici.[1-3] Secondariamente, il rafforzamento dell'educazione scientifica, a supporto delle modalità di studio dei pazienti, per migliorare i risultati di salute degli stessi, nel 2004-2005, ha permesso la nascita delle prime lauree specialistiche disciplinari. Come terzo elemento, questo sviluppo, ha consentito la nascita dei primi programmi accademici di PhD nelle scienze infermieristiche coordinati da 4 professori in diverse università: Tor Vergata, Genova, Firenze e L'Aquila.

Per l'esperienza italiana, la nascita di queste lauree post-base è stata considerata cruciale per portare gli infermieri verso il raggiungimento di una pratica professionale avanzata che avesse una forte base accademica. Coincidente con questi sforzi è stata l'implementazione di piani strategici nelle università che avrebbero facilitato lo sviluppo della ricerca. In generale, per supportare la ricerca, in questi difficili tempi di crisi economica anche in Europa, l'approfondimento del passato consente di creare un network con il presente per favorire strategie di sviluppo quali: l'istituzione di istituti di ricerca per il nursing e nuovi professori di infermieristica nell'accademia.

Come affermato in precedenza, il nursing in Italia ha vissuto grande progressi. Tuttavia, molti infermieri ancora si percepiscono come professionisti con poca autonomia inficiando la stima di sé stessi, a causa di molteplici fattori che insistono nelle organizzazioni professionali sanitarie, per esempio, i rapporti intra e interprofessionali, caratterizzati quest'ultimi da una dominanza medica a tutti i livelli, ma anche le criticità gestionali delle risorse economiche e umane, sulle quali il personale infermieristico ha scarsa voce in capitolo. Analizzare il passato dello sviluppo professionale del nursing per individuarne i punti di forza e di debolezza, ma anche per rafforzare la propria specificità e l'importanza storica di tale figura, è fondamentale per preservarne e migliorarne il suo futuro nonché la credibilità.

In tal senso, il Centro di Eccellenza per Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) vuole rafforzare le conquiste finora ottenute dal nursing in Italia e lanciarne di nuove. Una di queste sfide è creare uno specifico polo il cui scopo mira alla comprensione del passato del nursing in Paesi importanti per tale disciplina come: Stati Uniti, Canada, Regno Unito etc.. per trasferire tali conoscenze in Italia.

La storia della scienza infermieristica rappresenta un campo fondamentale per investire nello sviluppo della stessa. Per tale ragione, è fondamentale la creazione di un polo specifico del CECRI denominato '*Il*

polo storico'. Seguendo questo ragionamento e per implementare la rete di collaborazioni internazionali con prestigiose istituzioni in campo infemieristico come l' University of Pennsylvania, che attraverso il suo "*Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing*"[4] può fornire un supporto importante alla storia del nursing, è basilare lo sviluppo di un campo specifico del nursing come la storia della professione stessa sia nel nostro che in altri Paesi. Come molti conoscono, il Barbara Bates Center per lo Studio della Storia Infermieristica è l'archivio storico e il centro di ricerca più importante nel mondo in tale campo. La priorità del Barbara Bates Center è di aumentare la comprensione dell'importanza della storia infermieristica e delle professioni sanitarie per lo sviluppo di politiche efficaci e di strategie di assistenza ai pazienti. I ricercatori, e gli studenti che visitano il Centro hanno da sempre prodotto pubblicazioni scientifiche di elevato livello e monografie o opera collettanee che collegano la storia infermieristica ai cambiamenti sanitari più importanti.
Attualmente, lo stato dell'arte dell'infermieristica italiana è propizio per la nascita di questo nuovo polo per illuminare alcuni argomenti rilevanti del nostro tempo, quali: il ruolo in progress degli infermieri con competenze specialistiche, il ruolo delle associazioni infermieristiche e degli ordini professionali, ma anche tempi di più ampio respiro che insistono nell'area socio-sanitaria come, ad esempio, le disparità di accesso ai servizi sanitari e le cure primarie. Il lavoro che si produrrà riguardo la storia del nursing si prevede fornirà evidenze scientifiche per una migliore comprensione dei problemi di salute globale e per l'implementazione di strategie volte a risolvere problemi sanitari presenti e futuri.
Attraverso una serie di iniziative, questo nuovo polo ha l'obiettivo di diventare un punto di riferimento per gli studiosi di storia infermieristica in Italia e a livello internazionale, dedicato alla promozione e alla comprensione dettagliata della storia sanitaria vista attraverso gli sguardi di differenti *stakeholder*.
Il Centro di Eccellenza per Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) sarà impegnato sia localmente sia a livello internazionale per lo sviluppo di questi nuovi progetti di ricerca al fine di comprendere la realtà complessa ed intrecciata del mondo post-moderno.[5] L'obiettivo principale di questo nuovo polo sarà, quindi, comprendere lo sviluppo della scienza infermieristica attraverso le lenti della storia infermieristica. Tutto ciò sarà fondamentale per sviluppare politiche, ricerca, educazione ed *evidence based nursing* a livello italiano e globale.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

- Promuovere l'eccellenza nella storia infermieristica per posizionare il nursing come disciplina fondamentale nelle discipline sanitarie.
- Ottenere fondi per sviluppare il nuovo pilastro negli anni.
- Sviluppare progetti collaborativi tra stakeholder nazionali ed internazionali sulla storia infermieristica.
- Far interessare alla storia infermieristica infermieri da tutte le parti del mondo attraverso conferenze, workshop, seminari e attività di ricerca.

Obiettivi specifici

- Facilitare la produzione e la diffusione del nursing e della storia infermieristica.
- Promuovere l'insegnamento della storia infermieristica nelle università italiane ed Europee.
- Supportare la formazione sulla storia infermieristica attraverso l'offerta di corsi a livello nazionale ed internazionale.

METODOLOGIA

Disegno dei lavori per i primi tre anni

Per portare a termine i primi progetti del nuovo polo del Centro di Eccellenza per Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) 'Storia infermieristica' in collaborazione con il Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing si promuoveranno tre studi storici che si focalizzeranno su:

- La ricerca e la storia degli infermieri specialisti nei Paesi avanzati dal punto di vista del nursing.
- Elementi comuni e differenze nelle funzioni degli enti regolatori. Una ricerca storica comparativa.
- Modelli organizzativi per la continuità dell'assistenza nelle cure primarie. Passato, presente e futuro.

Questi progetti avranno un notevole impatto in Italia e negli altri Paesi Europei.

Analisi dei dati

I ricercatori utilizzeranno diversi metodi di ricerca storica. Per le fonti primarie: archivi di dati; per le fonti secondarie: il lavoro di altri storici sulla storia infermieristica, memorie scritte, autobiografie o diari, interviste, narrazioni, storie di vita, storia delle idee del tempo indagato, analisi del discorso etc...

RISULTATI ATTESI

La conoscenza prodotta da questi progetti di ricerca avrà un significato importante per la conoscenza e l'educazione in Italia e in altri Paesi Europei e gli Stati Uniti. La conoscenza creata avrà impatti positivi in tre differenti campi: l'avanzamento del ruolo degli infermieri specialistici per avere migliori outcome assistenziali, il modellamento di nuove funzioni per proteggere I cittadini da parte degli Enti regolatori nella società globalizzata e post-moderna[6] e la forte promozione dell'assistenza primaria come nuovo modello di prendere in carico la persona nella continuità dell'assistenza. Tale comprensione potrebbe portare ad avere un quadro generale di differenti filoni legati allo sviluppo del nursing in una prospettiva socio-storica comparata. Gli outcome prodotti potranno promuovere politiche che sviluppino una migliore efficacia ed efficienza dei sistemi sanitari coinvolti.

VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DEI RISULTATI

Esplorare diverse dimensioni che costituiscono la base della scienza infermieristica è di beneficio per la società nel suo insieme, i pazienti e gli operatori sanitari. I risultati saranno diffusi in conferenze nazionali ed internazionali e produrranno decine di articoli scientifici. Inoltre, il team group pubblicherà un articolo di politica professionale a livello Europeo sui benefici in termini di qualità che possono creare i modelli organizzativi che permettono la continuità dell'assistenza. Anche la promozione dell'infermiere specialista, specialmente in particolari aree (cure primarie, emergenza e altre) produrrà notevoli vantaggi di salute per il cittadino. Questo progetto comune tra istituzioni permetterà di organizzare seminari dedicati e una conferenza attraverso il Centro di Eccellenza per Cultura e la Ricerca Infermieristica[32] e il Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing nel 2016.

PIANIFICAZIONE

	ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Analisi di background	Ricercatori principali	01/04/2015-01/04/2016
1	Revisione dei database elettronici	Ricercatori principali	01/04/2015 -01/04/2016
4	Raccolta dati	Ricercatori principali	01/04/2016-/30/12/2016
5	Analisi dei dati	Ricercatori principali	01/04/2016-/30/12/2016
4	Redazione del rapporto finale di ricerca	Ricercatori principali	31/12/2016-31/12/2017
5	Pubblicazioni	Ricercatori principali	30/05/2017 - 31/12/2017
6	Fine del progetto	Ricercatori principali	31/12/2017

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Jan 15	Feb 15	Mar 15	Apr 15	Mag 15	Giu 15	Lug 15	Set 15	Ott 15	Nov 15	Dic 15
Revisione dei database elettronici											
Raccolta dati											
Analisi dei dati											

MESE	Jan 17	Feb 17	Mar 17	Apr 17	Mag 17	Giu 17	Lug 17	Set 17	Ott 17	Nov 17	Dic 17

Redazione del rapporto finale di ricerca											
Pubblicazioni											
Fine del progetto											

MESE	Jan 16	Feb 16	Mar 16	Apr 16	Mag 16	Giu 16	Lug 16	Set 16	Ott 16	Nov 16	Dic 16
Revisione dei database elettronici											
Raccolta dati											
Analisi dei dati											

BIBLIOGRAFIA

1. Rocco G., Affonso D., Mayberry L., Stievano A., Alvaro R., Sabatino L. (2014). *The evolution of nursing as a health profession in Italy: Metaphors and paradoxes*. Global Qualitative Nursing Research. doi: 10.1177/2333393614549372.
2. Lahtinen P., Leino-Kilpi H., Salminen L. Nursing education in the European higher education area - Variations in implementation. *Nurse Education Today* 2013. doi:10.1016/j.nedt.2013.09.011.
3. Lee L.Y.K., Lee J.K.L., Wong K.F., Tsang A.Y.K., Li M.K. The establishment of an integrated skills training centre for undergraduate nursing education. *International Nursing Review* 2010; *57:* 359–364.
4. Barbara Bates Center for the study of the history of nursing. Available at: http://www.nursing.upenn.edu/history/Pages/default.aspx. Access on 05/02/2015
5. Bauman Z. *Liquid modernity*. 2000; Cambridge: Polity Press, 2000.
6. Harvey D. *The condition of postmodernity: An Enquiry into the origins of cultural change*. Oxford: Blackwell Publishers, 1990.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

IL SELF-CARE NELLE PERSONE AFFETTE DA BPCO

COORDINATORE PROGETTO
M. Matarese - MG. De Marinis
R. Alvaro - M. Clari

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.1

TITOLO PROGETTO

"Mi prendo cura di me". Le esperienze di self-care delle persone affette da BPCO

"I care about myself". Self-care experiences from the perspective of the people with COPD

ABSTRACT

Background: La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia cronica progressiva che colpisce nel mondo milioni di persone. Il self-care è un elemento chiave nelle malattie croniche, ed in particolare nella BPCO, in quanto permette di raggiungere un buon livello di gestione della malattia prevenendo le riacutizzazioni e mantenendo il benessere fisico, e psico-sociale. A fronte di una ricca letteratura in cui i professionisti sanitari definiscono i comportamenti ottimali di cura di sé che i pazienti dovrebbero osservare, pochi studi hanno descritto quali sono le attività di self-care che le persone con BPCO mettono realmente in atto e come essi vivono la loro malattia. In Italia ad oggi non esistono studi che hanno affrontato questo argomento.
Obiettivo: Esplorare le esperienze di self-care dalla prospettiva delle persone affette da BPCO in Italia, nelle varie fasi della malattia.
Metodi e strumenti: Verrà effettuato uno studio qualitativo descrittivo. In una prima fase verranno raccolti i dati attraverso focus group per indagare le esperienze di self-care in gruppi di persone con BPCO, stratificati per severità di malattia e tipo di trattamento. In una seconda fase verranno effettuate delle interviste individuali per approfondire gli elementi ritenuti significativi o sensibili individuati nella prima fase. I dati verranno analizzati secondo il metodo dell'analisi del contenuto.
Risultati attesi: La possibilità di comprendere più a fondo le esperienze e i comportamenti utilizzati dai pazienti con BPCO in Italia può consentire di definire in maniera mirata gli interventi educativi utili per promuovere la gestione della malattia in modo da diminuire le riacutizzazioni, le riammissioni ospedaliere e migliorare la qualità di vita dei pazienti.
Parole chiave: self-care, broncopneumopatia cronica ostruttiva, ricerca qualitativa, esperienze.

ABSTRACT

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a progressive chronic illness affecting millions people in the world. Self-care is a key element in chronic diseases, particularly in COPD, as it allows achieving a good level of management of the disease by preventing exacerbations and maintaining the physical and psychosocial well-being. It is present a rich literature in which health professionals define the optimal self-care behaviours that patients should observe, but only few studies have described the self-care activities that people with COPD actually perform and how they cope with the disease. In Italy today there are no studies addressing this topic.
Aim: To explore self-care experiences from the perspective of individuals with COPD in Italy during different phases of the disease.
Methods: A descriptive qualitative study will be carried out. In a first phase, focus groups will be conducted to investigate the self-care experiences of people with COPD, stratified by disease severity and kind of treatment. In a second phase, face-to-face interviews will be conducted to explore significant or sensitive

elements identified in the first phase. A content analysis will be carried out to analyse the data.
Expected results: A deeper understanding of the self-care experiences and behaviours of Italian COPD population may allow defining targeted educational interventions to promote the management of the disease in order to decrease exacerbations, hospital readmissions and improve patient quality of life.
Keywords: self-care, chronic obstructive pulmonary disease, qualitative research, experiences.

BACKGROUND

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia cronica progressiva che colpisce circa 64 milioni di persone al mondo e si prevede che entro il 2030 diventerà la terza causa di morte. (1) Solamente in Italia si stima che le persone affette da BPCO siano il 5,9% della popolazione generale, con una prevalenza che aumenta con l'aumentare dell'età, fino a colpire quasi il 20% della popolazione con un'età maggiore di 65 anni, con una maggior prevalenza nei maschi rispetto alle femmine. (2) Si stima inoltre che in circa il 50% dei casi la BPCO non sia diagnosticata. (3) La maggior parte delle persone affette da BPCO va incontro a una disabilità progressiva con una diminuzione della qualità di vita; l'OMS prevede che entro il 2020 la disabilità causata dalla BPCO sarà al quinto posto in tra le malattie croniche in termini di DALY's (Disability-adjusted life years). (1)

La letteratura evidenzia come il self-care sia un elemento chiave nella gestione delle malattie croniche e abbia lo scopo di mantenere lo stato di salute, riconoscerne le modificazioni e gestire i sintomi di malattia quando essi si presentano. (4)

La capacità di self-care è stata molto studiata in relazione ad alcune malattie croniche, come ad es. il diabete, lo scompenso cardiaco cronico (5, 6), mentre solo negli ultimi anni l'attenzione è stata rivolta alla gestione delle malattie broncopolmonari, ed in particolare della BPCO. La capacità di self-care delle persone con BPCO si correla strettamente alla comparsa di limitazioni funzionali e sociali, alle riacutizzazioni, alle riospedalizzazioni e a morte precoce del paziente (7).

Finora sono stati effettuati pochi studi per valutare le esperienze di self-care nelle persone con BPCO e le percezioni che hanno della loro malattia (8–12), mentre la letteratura è particolarmente ricca di studi che hanno analizzato i comportamenti suggeriti dai professionisti per la gestione degli aspetti clinici e dei sintomi della malattia; tuttavia questi comportamenti indicati dai professionisti sono spesso visti dai pazienti come una perdita di tempo o come una limitazione alla loro possibilità di vivere una vita piacevole. (13)

Conoscere quali sono i comportamenti di autocura che le persone con BPCO mettono in atto quotidianamente per gestire la malattia e mantenersi in salute, sia su indicazione dei professionisti sanitari sia basati sulla loro esperienza personale, è quindi di particolare importanza per contribuire a migliorare la cura di sé complessiva delle persone con BPCO, identificare i loro punti di forza e di debolezza, e indirizzare l'educazione negli ambiti in cui potrebbero trarre maggiore beneficio.

Nella realtà italiana non esistono studi che hanno descritto come i pazienti italiani affrontino la malattia giorno per giorno, quali attività svolgano per far fronte alle limitazioni imposte dalla BPCO e come promuovano il loro benessere.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale

Il presente progetto di ricerca ha l'obiettivo di indagare quali siano le esperienze di self-care delle persone con BPCO e i loro vissuti individuali.

Obiettivi specifici

In particolare il progetto si propone di:

- Descrivere le esperienze di self-care delle persone affette da BPCO nella realtà italiana;
- Esplorare la percezione della malattia e l'impatto sulla vita quotidiana nelle diverse fasi della malattia;
- Comparare le esperienze dei pazienti italiani con quelli descritti in letteratura e valutare eventuali differenze culturali.

Indicatori

- Adesione allo studio di persone con BPCO nelle varie fasi della malattia.
- Individuazione dei comportamenti di cura di sé messi in atto dalle persone affette da BPCO in Italia.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Verrà utilizzato un disegno di studio qualitativo descrittivo.

Strumenti

Per raccogliere i dati verranno utilizzate due diverse metodologie: i focus group (FG) e le interviste individuali.

In una prima fase i dati verranno raccolti attraverso i focus group. È stata scelta questa metodologia in quanto risulta ideale per esplorare e far emergere gli aspetti di un fenomeno quando la letteratura è scarsa. Inoltre aiuta attraverso il confronto che si crea all'interno del gruppo a generare dati relativi ad elementi personali di vita quotidiana, al razionale di scelte personali e alle azioni correlate ai comportamenti di salute. (14)

In una seconda fase verranno effettuate delle interviste individuali in profondità per esplorare temi che difficilmente emergono nelle interviste di gruppo, come ad esempio quello della sessualità e dell'intimità, e ulteriori temi sensibili identificati durante i Focus group.

Partecipanti e setting

Verranno utilizzate diverse strategie per il reclutamento delle persone affette da BPCO; verranno contatti i pazienti in cura presso ambulatori di pneumologia e verrà richiesto all'Associazione Italiana Pazienti BPCO di offrire un supporto nella fase di reclutamento degli informatori.

La numerosità del campione sarà di 8-10 partecipanti per ciascun Focus group, da effettuarsi in diverse regioni italiane. Attraverso un campionamento teorico verranno arruolate persone con differenti livelli di severità di BPCO (da lieve a molto severa), che siano in grado di comunicare in italiano. I criteri di esclusione del campione saranno: la presenza di deficit cognitivi, l'utilizzo di ventilazione meccanica di supporto, una riacutizzazione al momento della raccolta dati o nel giorno precedente e una diagnosi primaria di asma.

Per creare una maggiore omogeneità e per promuovere una maggiore discussione i partecipanti di ogni focus group saranno divisi in gruppi: un gruppo di persone in ossigeno-terapia che abbia già avuto un intervento educativo sulla gestione della malattia (es, un periodo di riabilitazione polmonare) ed un gruppo in ossigeno-terapia che non abbia avuto nessun intervento educativo, pazienti senza ossigeno-terapia che abbiano avuto oppure non avuto interventi educativi. Inoltre saranno formati gruppi con pazienti nella fase di malattia lieve e moderata. Verranno proposte delle domande aperte per favorire il dialogo tra i partecipanti.

I Focus group (FG) saranno condotti da un esperto in conduzione di focus group alla presenza di un osservatore presso appositi locali, mentre le interviste saranno effettuate a casa dell'informatore o presso sale riservate messe a disposizione dalle sedi coinvolte nel progetto.

Sia i FG che le interviste verranno registrate e trascritte verbatim. La raccolta dei dati avverrà in contemporanea con l'analisi dei dati, in accordo con la metodologia qualitativa. La raccolta dati e il reclutamento degli informatori terminerà al momento della saturazione dei temi emersi durante le ultime due interviste e focus group. (15)

Analisi dei dati

Per l'analisi dei dati si utilizzerà il metodo dell'analisi del contenuto, procedendo attraverso le seguenti fasi.

1. Codificazione: l'analisi di primo livello consiste nella codificazione delle trascrizioni per identificare i dati ricavati dai FG e dalle interviste. Come codici sono usate le parole stesse degli intervistati o parole che ne sintetizzano il significato, cercando di rimanere aderenti al significato originario dei termini usati dagli informatori.
2. Categorizzazione: L'analisi di secondo livello serve a delineare le categorie. Lo scopo è identificare il contesto di ciò che i codici (parole) significano, compresi i bisogni, le preoccupazioni, i problemi, le barriere, gli attributi, le dimensioni ed altre caratteristiche.
3. Analisi tematica: L'ultimo livello di analisi consiste nella generazione dei temi finali.

Per l'analisi dei dati verrà utilizzato il software Atlas.ti.

Attendibilità dello studio

Per una maggiore attendibilità della ricerca verranno considerati i quattro criteri proposti da Guba e Lincoln (16): credibilità, trasferibilità, affidabilità e confermabilità. La trascrizione delle interviste verrà esaminata da due ricercatori in maniera indipendente per assicurare una maggiore consistenza interna. Le persone affette da BPCO che hanno contribuito maggiormente saranno intervistate una seconda volta. I due ricercatori principali analizzeranno le trascrizioni e discuteranno i temi emersi fino ad un consenso. Al termine di questo processo due partecipanti per ogni FG e interviste esamineranno e valideranno l'interpretazione dei risultati fatta dai ricercatori.

RISULTATI ATTESI

Considerazioni etiche

Verrà richiesto il parere di un comitato etico. La partecipazione allo studio sarà volontaria e verrà richiesto un consenso per la partecipazione alle interviste e alle registrazioni. I dati verranno analizzati e trattati rispettando la privacy delle persone intervistate e in nessun caso sarà possibile risalire alla persona intervistata. Nel report di ricerca non verrà fatto riferimento a dati che possano permettere l'identificazione del partecipante.

Questo progetto punta a conoscere quali sono le esperienze di self-care delle persone affette da BPCO in Italia. La possibilità di comprendere più a fondo le esperienze e i comportamenti utilizzati dai pazienti in Italia può consentire di definire in maniera mirata gli interventi educativi utili per promuovere la gestione della malattia in modo da diminuire le riacutizzazioni, le riammissioni ospedaliere e migliorare la qualità di vita dei pazienti. Questo progetto servirà, inoltre, a comprendere quali comportamenti di self-care siano presenti nella popolazione italiana con BPCO e confrontarli con quelli messi in atto dai pazienti di altri paesi, individuando le eventuali differenze culturali e sanitarie.

È prevista la diffusione dei risultati sia durante momenti di incontro con le associazioni di pazienti con BPCO sia durante convegni scientifici nazionali ed internazionali. Inoltre è prevista almeno una pubblicazione dei risultati di ricerca su una rivista internazionale.

Rilevanza

La BPCO rappresenta un problema di salute importante per la popolazione italiana e a causa dell'aumento del fumo e dell'inquinamento ambientale è destinato ad aumentare ulteriormente nei prossimi anni. Dal momento che non tutte le persone con BPCO riescono a giocare un ruolo attivo nella gestione della loro malattia è importante conoscere e capire cosa le persone realmente fanno per gestire la loro malattia e il loro benessere. Comprendere più a fondo quali siano le percezioni e le esperienze individuali delle persone con BPCO potrà permettere agli infermieri di comprendere meglio cosa significhi vivere con la BPCO. Per le persone assistite sentire che chi si prende cura di loro è in grado di capire la loro condizione e le difficoltà individuali migliorerà il rapporto di fiducia e terapeutico tra assistito e infermiere e orienterà gli interventi educativi nelle aree prioritarie.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
Analisi del background e revisione della letteratura di riferimento	Coordinatori e team del progetto	01/04/2015 – 30/04/2015
Costituzione gruppo di ricerca	Coordinatori e team del progetto	01/04/2015 – 31/05/2015
Richiesta parere comitato etico	Coordinatori e team del progetto	Maggio 2015
Raccolta dati	Gruppo di ricerca	01/06/2015 – 31/01/2016
Analisi e elaborazione dati	Coordinatori e team del progetto, gruppo di ricerca	01/06/2015 – 31/03/2016
Pubblicazione risultati della ricerca	Coordinatori e team del progetto	01/04/2016 – 30/09/2016
Chiusura progetto di ricerca	Coordinatori e team del progetto	30/09/2016

DIAGRAMMA GANTT

2015	Apr	Mag	Giu	Lug	Set	Ott	Nov	Dic
Analisi del background e								
Revisione della letteratura di riferimento								

2015	Apr	Mag	Giu	Lug	Set	Ott	Nov	Dic
Costituzione gruppo di ricerca								
Richiesta parere comitato etico								
Raccolta dati								
Analisi e elaborazione dati								
Presentazione progetto convegno internazionale								
Pubblicazione risultati della ricerca								
Stesura report finale								
Fine del progetto								

2016	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set
Analisi del background e									
Revisione della letteratura di riferimento									
Costituzione gruppo di ricerca									
Richiesta parere comitato etico									
Raccolta dati									
Analisi e elaborazione dati									
Presentazione progetto convegno internazionale									
Pubblicazione risultati della ricerca									
Stesura report finale									
Fine del progetto									

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. World Health Statistics. World Health Organization. Geneva; 2008.
2. Istituto Nazionale di Statistica. Persone con presenza di alcune malattie croniche [Internet]. 2013 [cited 201 Available from: www.istat.it
3. Walters JA., Hansen EC., Walters EH., Wood-Baker R. Under-diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease: a study in primary care. Respir Med. 2008 May;102(5):738–43.
4. Riegel B., Jaarsma T., Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sep;35(3):194–204.

5. Moser DK., Dickson V., Jaarsma T., Lee C., Stromberg A., Riegel B. Role of self-care in the patient with heart failure. Curr Cardiol Rep. 2012 Jun;14(3):265–75.
6. Jaarsma T., Arestedt KF., Mårtensson J., Dracup K., Strömberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. Eur J Heart Fail. 2009 Jan;11(1):99–105.
7. Zwerink M., Brusse-Keizer M., van der Valk PDLPM., Zielhuis GA., Monninkhof EM., van der Palen J., et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2014;3:CD002990.
8. Apps LD., Harrison SL., Williams JEA., Hudson N., Steiner M., Morgan MD., et al. How do informal self-care strategies evolve among patients with chronic obstructive pulmonary disease managed in primary care? A qualitative study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2014;9:257–63.
9. Barnett M. Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. J Clin Nurs. 2005 Aug;14(7):805–12.
10. Chen K-H., Chen M-L., Lee S., Cho H-Y., Weng L-C. Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. J Adv Nurs. 2008 Dec;64(6):595–604.
11. Cicutto L., Brooks D., Henderson K. Self-care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. Patient Educ Couns. 2004 Nov;55(2):168–76.
12. Fraser DD., Kee CC., Minick P. Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. J Adv Nurs. 2006 Sep;55(5):550–8.
13. Lomundal BK., Steinsbekk A. Five-year follow-up of a one-year self-management program for patients with COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2012;7:87–93.
14. Morgan D., Krueger R. The focus group kit: focus group kit 1. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1997.
15. Strauss A., Corbin J. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998.
16. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. Educ Inf. 2004 Jan 1;22(2):63–75.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

LA DIGNITÀ PROFESSIONALE INFERMIERISTICA NEGLI OSPEDALI MAGNET E IN QUELLI NON MAGNET

COORDINATORE PROGETTO
A. Stievano
D. Olsen

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.2

TITOLO PROGETTO

La dignità professionale infermieristica negli ospedali Magnet e in quelli non Magnet. L'attuazione del modello Magnet in Italia

Nursing Professional Dignity (NPD) in Magnet and non-Magnet hospitals. The portability of Magnet c

ABSTRACT

Background
Per dignità nelle professioni sanitarie ci si riferisce a due concetti valoriali fondamentali. Da un lato un valore che deve essere esperito verso gli altri, i pazienti, elemento fondamentale nell'assistenza sanitaria e, dall'altro, un valore che deve riferito agli operatori sanitari come *professionals*. Questo progetto analizza i fattori correlati alla dignità professionale ed il rispetto professionale degli infermieri nei setting Magnet negli Stati Uniti rispetto a quelli non-Magnet. Tale progetto mira a comparare tali risultati alla percezione della dignità infermieristica esperita in precedenti studi a livello italiano ed europeo per sviluppare interventi per avere un miglior clima organizzativo e per cominciare il programma di accreditamento all'eccellenza Magnet (American Nurses Credentialing Center Magnet™) (ANCC) per le strutture sanitarie italiane interessate.
Disegno
Ricerca qualitativa con raccolta dei dati tramite focus group e interviste semi-strutturate in profondità a livello multicentrico.
Metodo
Analisi tematica delle occorrenze significative tramite un processo di content analysis induttivo-deduttivo.
Risultati
Tale ricerca, mira a garantire l'implementazione di *setting* assistenziali etici che migliorino la qualità dell'assistenza per il paziente e producano meno turn-over infermieristico, *distress morale e burn-out* e minor possibilità di abbandonare la professione stessa. Tutto ciò può essere realizzato promuovendo ambienti 'dignitosi' dove il lavoro interprofessionale e il rispetto dell'altro assurgono a elementi fondanti il lavoro.

Parole chiave Dignità, rispetto, lavoro intra e interprofessionale, clima organizzativo.

ABSTRACT

Background Dignity in health care is twofold. The first facet of dignity (patients' dignity) is an intrinsic pivotal value demonstrated by professionals in healthcare. The second facet of it is an embedded, intrinsic value of healthcare *professionals*. This research seeks to explore the factors related to the levels of nursing professional dignity experienced by nurses in Magnet and non-Magnet hospitals in the US and compare these results to research on nursing professional dignity in Italy and elsewhere in Europe. Differences in nursing professional dignity expressed by nurses in Magnet and non-Magnet hospitals (American Nurses Credentialing Center Magnet™) (ANCC) in comparison with nursing professional dignity as found in Italy

will be used to develop interventions designed to raise the level of nursing professional dignity in Italy with the goal of allowing Italian healthcare facilities to begin a process leading to eligibility for Magnet status.
Aims Qualitative research with data collection by means of focus groups and semi-structured interviews.
Methods After appropriate approvals are obtained, nurses from facilities in mid-Michigan (USA) will be recruited to participate in interviews and focus groups. The data will be evaluated with an inductive content analysis approach.
Expected results The knowledge produced by this research project will have scientific, societal and educational significance for Italy and other European countries. The role of supportive health care organizations in providing quality is increasingly recognized in the USA through the success of the Magnet program. This ethical comprehension can contribute to having superior health care facilities where effective trans-disciplinary relationships can foster the quality of care and patient safety.
Key-words Dignity, respect, intra- and interprofessional work, organizational climate.

BACKGROUND

La dignità umana è una caratteristica innata, inviolabile e inalienabile di tutte le persone che racchiude l'essenza dell'umanità stessa.[1-3] La dignità umana è considerata la base dei Diritti Umani nell'articolo 1 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani del 1948.[1] Perciò, il rispetto per la dignità umana è un valore professionale core nell'infermieristica che indica in pratica 'cosa merita valore e cosa merita impegno professionale' (p.717).[4] La dignità in relazione[5-6] è la manifestazione sociale e contestuale della dignità intrinseca ed è perciò contingente e situata; modellata dalla cultura, dalla società e dalle interazioni interpersonali. mentre la dignità intrinseca è assoluta, la dignità in relazione si manifesta come un continuum dal basso verso l'alto. La dignità professionale è una forma di dignità in relazione collegata alle attività lavorative ed è inoltre influenzata dalle interazione intra e interprofessionali, dalla cultura organizzativa e dall'ambiente di lavoro. La dignità professionale è complessa, multivalente, determinate dagli elementi sociali estrinseci ed è strettamente interconnessa con le caratteristiche personali intrinseche.[7]
La dignità professionale nell'infermieristica non è ben definita nella letteratura e si è cominciato a studiarla solamente negli ultimi 10 anni.[7-9] Il nostro lavoro la considera come il grado di dignità in relazione percepita dall'infermiere all'interno dell'ambiente lavorativo basata sulla pratica del nursing nel corso del tempo.[7] Esercitare con dignità professionale nell'infermieristica significa percepire che gli assistiti meritano l'effettuazione di assistenza di qualità. I fattori che determinano la dignità professionale nell'infermieristica includono il rispetto intra e interprofessionale accordato agli infermieri, la possibilità da parte dell'ambiente lavorativo di permettere l'erogazione di un'assistenza infermieristica di elevata qualità, il valore sociale espresso dal nursing e il grado di moral distress dell'ambiente di lavoro.[7,10] Questi fattori determinano la dignità professionale infermieristica e sono perciò connessi agli outcome sanitari. La ricerca ha dimostrato che una assistenza di eccellenza è connessa a migliori outcome per i pazienti[11-12] e che l'assistenza infermieristica è migliore in un ambiente di lavoro dove regna il rispetto e la solidarietà.[13-14] Quando il valore dell'assistenza infermieristica non è riconosciuto l'assistenza e la sicurezza dei pazienti sono a rischio, e soprattutto quando ci sono elevati carichi di lavoro.[15-17] 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 può portare ad assenteismo e definitivo abbandono della professione.[18-22] Queste esperienze, che possono essere anche etichettate come "burnout", sono associate con una bassa qualità dell'assistenza[12,23] e la ricerca ha dimostrato che la dignità professionale è molto bassa in diversi setting sanitari.[7]
Alcune organizzazioni sanitarie statunitensi hanno ottenuto lo status *Magnet* dell'American Nurses Credentialing Center (ANCC)™ attraverso la dimostrazione dell'applicazione delle 'Forze del magnetismo'.[24] I migliori ambienti lavorativi come dimostrato dal '*Magnet Recognition Program®*'[25] sono basati sulla creazione di un ambiente positivo di pratica professionale sia per lo staff che per i pazienti.[26-28] 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 Magnet.
Molte delle 'Forze del magnetismo' sostengono quei fattori che sono alla base della dignità professionale infermieristica, ad esempio, la forza numero #9 'Autonomia', o la numero #12 'Immagine dell'infermieristica'.[24] Essenziale per la dignità professionale infermieristica è la forza del magnetismo numero #13, 'Le relazioni interdisciplinari' che valorizzano la collegialità dentro e tra le professioni.[24] 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. Le organizzazioni sanitarie che mettono in pratica le forze del magnetismo attraverso la certificazione di organizzazioni Magnet raggiungono migliori risultati infermieristici.[29]

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali:

Questa ricerca cerca di analizzare i fattori della dignità professionale infermieristica percepiti dagli infermieri nelle organizzazioni sanitarie Magnet e non-Magnet negli Stati Uniti e comparare tali risultati alle ricerche condotte sul tema in Italia e in Europa. Le differenze nella percezione della dignità professionale infermieristica espresse dagli infermieri nelle organizzazioni sanitarie Magnet e non-Magnet saranno utilizzate per sviluppare interventi disegnati per elevare il livello della dignità professionale infermieristica in Italia con lo scopo di permettere alle organizzazioni sanitarie italiane ed europee di cominciare il processo di acquisizione del Magnet status.

Obiettivi specifici:

- Identificare i fattori che migliorano o riducono la dignità professionale infermieristica nelle organizzazioni sanitarie Magnet e non-Magnet.
- Comparare i fattori che influenzano la dignità professionale infermieristica nelle organizzazioni sanitarie Magnet e non-Magnet con i dati ottenuti a livello italiano e britannico.

METODOLOGIA

Disegno

Saranno identificate nella regione del Mid-Michigan organizzazioni sanitarie Magnet e non-Magnet. Dopo che saranno ottenute le autorizzazioni appropriate, infermieri che lavorano in tali strutture saranno reclutati per effettuare focus group e interviste. I focus groups saranno utilizzati per la loro documentata efficacia nel produrre risultati validi nel campo delle scienze sanitarie.[30-31] Onde permettere una più efficace comparazione tra i risultati di questa ricerca e le precedenti sul tema, le domande e i concetti utilizzati nei precedenti *questioning route* saranno tradotti per l'occasione. I dati saranno analizzati con una procedura di *content analysis* induttiva. Autorizzazioni di carattere etico saranno ottenute dalle organizzazioni sanitarie coinvolte.

Sintesi: La lista delle dimensioni emerse dagli studi precedenti[7,10] saranno sintetizzate in base ai risultati delle organizzazioni sanitarie Magnet e non-Magnet. I significati latenti di ogni dimensione della dignità professionale infermieristica saranno valutati per rafforzare la chiarezza, intelligibilità e appropriatezza degli stessi rispetto alla popolazione di riferimento. La lista dei significati che emergeranno per la dignità professionale infermieristica costituirà la base per sviluppare interventi indirizzati a migliorare le interazioni inter e intraporfessionali nei setting ospedalieri.

Campione

I partecipanti saranno reclutati su base volontaria. I dati saranno raccolti utilizzando le interazioni tra i partecipanti tramite la tecnica del focus group e delle interviste individuali. Ogni focus group avrà tra cinque e otto partecipanti. Inoltre, le interviste in profondità saranno portate a termine con infermieri di provata esperienza professionale nelle organizzazioni Magnet e in quelle non-Magnet. I partecipanti saranno informati sull'argomento oggetto di ricerca attraverso un opuscolo distribuito dal ricercatore principale il giorno degli incontri. Una traccia semi-strutturata di intervista sarà utilizzata per iniziare le domande e stimolare le discussioni di gruppo o individuali. I dati saranno raccolti fino alla loro saturazione.

Analisi dei dati

I dati saranno analizzati attraverso una content analysis[32] induttiva attraverso le informazioni raccolte per estrarre unità do significato, cioè, 'la costellazione di parole o frasi che si riferiscono allo stesso significato.[33] (p.106)

Trascrizioni letterali effettuate il giorno stesso dell'intervista saranno lette e rilette numerose volte dal team di ricerca per ottenere un'impressione generale del contenuto. Tutti i ricercatori leggeranno i contenuti delle trascrizioni e ciò permetterà la rilevazione di unità di analisi, per raggrupparle in sotto-categorie, categorie and temi. Le categorie rifletteranno le percezioni sulla dignità professionale infermieristica e costituiranno il contenuto manifesto. I temi latenti[34] che emergeranno attraverso l'astrazione saranno contestualizzati rispetto ai dati e riassunti sulla base di ragionamenti riflessivi.[35]

RISULTATI ATTESI

Considerazioni sulla rigorosità della ricerca

Per descrivere i fattori della dignità professionale infermieristica percepiti dagli infermieri nelle organizzazioni sanitarie Magnet e non-Magnet negli Stati Uniti e comparare tali risultati alle ricerche condotte sul tema in Italia e in Europa si utilizzeranno procedure di *rigourness* mutuate da Lincoln e Guba[36] come: credibilità, trasferibilità, affidabilità e confermabilità. La confermabilità sarà assicurata dai vari ricercatori che parteciperanno al progetto attraverso l'accuratezza della lettura ripetuta di dati trascritti verbatim e la loro trasferibilità in altri contesti sarà assicurata dalla comparazione rispetto ai dati raccolti in altri Paesi sul tema. La credibilità del processo di analisi sarà portata a termine attraverso pensieri riflessivi e processi decisionali tra tutto il team di ricerca sia de visu che con collegamenti digitali (Skype) per i ricercatori residenti all'estero. Infine, un membro del team di ricerca che non ha mai partecipato alla raccolta e analisi dei dati rileggerà tutte le analisi per verificarne la loro credibilità e validarne la scientificità.

La conoscenza prodotta da questo progetto di ricerca avrà un profondo significati educativo e organizzativo per l'Italia, altri Paesi Europei e gli Stati Uniti.. Il ruolo delle organizzazioni sanitarie Magnet nel fornire un'assistenza di qualità sta diventando sempre più importante attraverso il grande successo del programma Magnet (American Nurses Credentialing Center Magnet™) (ANCC). Questa comprensione etica può contribuire ad avere organizzazioni sanitarie dove relazioni transdisciplinari tra i componenti il team assistenziale possono promuovere la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti. Un trasferimento del modello Magnet a livello italiano ed europeo sembra fattibile con i dovuti cambiamenti culturali e legati al contesto. Con questa ricerca sarà possibile costruire 'l'ospedale del futuro' dove la dignità intra e interprofessionale diverrà la base dell'eccellenza delle cure.

Valutazione e disseminazione di risultati

Esplorare i fattori che costituiscono la dignità professionale infermieristica può essere di beneficio per la società, i pazienti, e i professionisti sanitari attraverso il miglioramento del clima etico all'interno delle organizzazioni sanitarie. I risultati di questa ricerca saranno diffusi a conferenze di carattere nazionale ed internazionale e produrranno articoli di ricerca. Inoltre, the il gruppo di ricerca produrrà un articolo professionale a livello europeo sui cambiamenti prodotti dall'avere ambienti organizzativi etici che promuovano la dignità per gli infermieri. Inoltre, saranno diffuse link e aggiornamenti attraverso siti di networking dedicati attraverso Twitter e Facebook.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Reperimento risorse bibliografiche	Coordinatore e project team	01/02/2015 -01/08/2015
1	Analisi e definizione del modello concettuale di riferimento	Coordinatore e project team	01/02/2015 -01/08/2015
2	Esecuzione dei focus group	Coordinatore e project team	01/06/2015 -31/08/2016
3	Analisi qualitativa della ricerca	Coordinatore e project team	01/06/2015 -31/08/2016
4	Validazione dei risultati	Coordinatore e project team	31/08/2016-31/10/2016
5	Redazione rapporto finale di ricerca	Coordinatore e project team	31/10/2016 31/01/2017

DIAGRAMMA GANTT

2015	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 16
Reperimento risorse bibliografiche												
Analisi e definizione del modello concettuale di riferimento												
Esecuzione dei focus group												
Analisi qualitativa della ricerca												

2016	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 17
Esecuzione dei focus group												
Analisi qualitativa della ricerca												
Validazione dei risultati												
Redazione rapporto finale di ricerca												

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. Aiken L, Clarke S, Sloane D, et al. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA;* 288: 1987–1993.

12. Clarke S., & Aiken L. (2006). More nursing, fewer deaths. *Qual Saf Health Care*; 15: 2-3. doi: 10.1136/qshc.2005.017343
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).
25. American Nurses Credentialing Center. Forces of magnetism. Retrieved from: http://www.nursecredentialing.org/ForcesofMagnetism.aspx (accessed July, 2014).
26. Smith HL, Hood JN, Waldman JD, & Smith VL. (2005). Creating a favorable practice environment for nurses. *J Nurs Adm*; 35: 525-532.
27. Ulrich BT, Buerhaus PI, Donelan K, Norman L, & Dittus R. (2007). Magnet status and registered nurse views of the work environment and nursing as a career. *J Nurs Adm*; 37: 212-220.
28. Luzinski C. (2012). An innovative environment where empowered nurses fluorish. *J Nurs Adm*; 42: 3-4.
29. Kelly L, McHugh M, & Aiken L. (2011). Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. Nursing Administration, 41(10), 428–433. doi:10.1097/NNA.0b013e31822eddbc.
30. Dilorio C, Hockenberry-Eaton M, Maibach E, & Ruero T. (1994). Focus group: an interview method for nursing research. *J Neurosci Nurs*; 26: 175–80.
31. Clark J, Maben J & Jones K. (1996). The use of focus group interviews in nursing research: issues and challenges. *NT Res*; 1: 143–53.
32. Elo S., & Kyngas H. (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs;* 62: 107–115.
33. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 105–112.
34. Lipscomb M. Abductive reasoning and qualitative research. *Nurs Philos* 2012; 13(4): 244–256.
35. Morse J. Constructing qualitatively derived theory: concept construction and concept typologies. *Qual Health Res* 2004; 14: 1387–1395.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

SALUTE ORGANIZZATIVA E INFERMIERI

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci
A. Cocchieri
A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.3

TITOLO PROGETTO

Salute organizzativa e infermieri: uno studio a livello multicentrico italiano

Organizational health: an Italian multicentred study

ABSTRACT

La prospettiva che si intende indagare, con questa seconda fase dello studio sulla salute organizzativa, partendo e confrontando situazioni concrete, attribuisce particolare rilevanza al problema del "clima organizzativo", alla necessità di favorire un chiaro ed esplicito "investimento emotivo personale", all'importanza dei valori da trasmettere e dei codici morali da rispettare, alla necessità di assumere consapevolmente una dose di "rischio imprenditoriale", all'interno del comune collante rappresentato dagli obiettivi (la conseguenza di tali comportamenti porta la generazione di KBO, ovvero *knowledge based organization*).
E' in questa ottica che si inserisce questa indagine sulla salute organizzativa degli infermieri che si intende approfondire a livello multicentrico. Il modello è stato messo a punto dalla Cattedra di Infermieristica dell'Università di Tor Vergata di Roma attraverso il questionario *Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa*[1,2] strumento validato a livello nazionale ed internazionale per misurare i vari aspetti della salute organizzativa.
L'indagine mira a far emergere la percezione, o meglio l'immagine, che gli infermieri hanno della loro situazione lavorativa, in quanto raccoglie dati sulle dimensioni della salute organizzativa, passando attraverso l'analisi degli indicatori negativi e positivi presenti all'interno del questionario utilizzato.

Parole chiave: Salute organizzativa, clima organizzativo, soddisfazione lavorativa, stress.

ABSTRACT

This second phase of the study focuses on organizational health, through the comparison between various concrete situations, we shall outline the importance of 'organizational health', the need to foster a clear and explicit 'personal emotional investment', the importance of the values to transmit and of the moral codes to respect, the need to consciously take a dose of 'entrepreneurial risk', under the common denominator called 'objectives' (the consequence of these behaviours is a *knowledge based organization* or KBO).
In particular, this second phase focuses on the organizational health of the nurses in Italy at multicentre level. This part of the study was designed by the Nursing School of the University of Rome Tor Vergata, using the Nursing Questionnaire on Organizational Health[1,2], a tool that has been validted at a national and international level to measure the various aspects of organizational health.
The purpose of this survey is to highlight the perception, or better, the image nurses have of their working situation, because it gathers data about the various dimensions of organizational health, passing through the analysis of the negative and positive indicators included in the questionnaire.

Key-words: Organizational health, organizational climate, job satisfaction, stress.

BACKGROUND

La salute organizzativa degli infermieri è definita da Avallone e Paplomatas[3] come: "*L'insieme dei processi e delle pratiche manageriali e di coordinamento volte alla presa in carico delle persone assistite attraverso*

il coinvolgimento delle risorse infermieristiche. Un luogo di cura in salute, è un luogo di lavoro in cui viene promossa e assicurata l'integrazione e la collaborazione professionale, lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze, il consolidamento delle abilità e la promozione della crescita culturale al fine di costruire un senso di appartenenza alla professione e all'organizzazione stessa, che, quindi, assicura un ambiente di lavoro in cui gli infermieri si sentono promotori della salute e motivati a perseguire la loro mission professionale".

La salute organizzativa[1] risiede nella qualità della relazione esistente tra le persone e il contesto di lavoro. Quando si rivelano condizioni di scarso benessere organizzativo si determinano, sul piano concreto, fenomeni quali diminuzioni della produttività, assenteismo, bassi livelli di motivazione, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza d'impegno, aumento di rischio lavorativo e diminuzione dei livelli di sicurezza.[4] Questi e altri indicatori di malessere non sono altro che il riflesso dello stato di disagio e malessere psicologico di chi lavora in queste organizzazioni.

La riduzione della qualità della vita lavorativa in generale e del senso individuale di benessere rende, pertanto, onerosa la convivenza e lo sviluppo dell'organizzazione stessa.

Il concetto di salute organizzativa suggerisce che le organizzazioni potrebbero progredire e trovare beneficio nel tutelare la relazione con le persone che vi lavorano. La prospettiva sula salute organizzativa richiede una visione di cambiamento culturale.[5] Significa considerare centrale, nelle scelte strategiche e nei valori di riferimento, la qualità della convivenza organizzativa e le relazioni interprofessionali.[6] Sono state riscontrate associazioni significative tra gli aspetti negativi del clima organizzativo ospedaliero e la salute degli infermieri.[7] Il clima organizzativo è contestualmente correlato al setting specifico nell'ambito del quale, ha un effetto importante sui lavoratori, per esempio sulla loro soddisfazione professionale o sulla loro percezione di essere trattati in maniera equa e con rispetto.[8]

Per Zangaro e Soeken[9] la soddisfazione sul lavoro, in particolare nella professione infermieristica, è una sfida fondamentale per le organizzazioni sanitarie, onde ottenere un miglior *outcome* assistenziale,[10] una migliore qualità delle cure per i pazienti e un più basso *turnover* infermieristico.[11]

Alcune variabili del clima organizzativo sono rappresentate dallo stress occupazionale e dal burnout che saranno indagati a fondo in connessione al lavoro infermieristico.[12,13]

Un buon clima genera "benessere organizzativo"[14] se è in grado di promuovere, mantenere e migliorare la qualità della vita delle persone ed il benessere fisico, psicologico e sociale della comunità di lavoratori che opera in un dato contesto. Un tipico indicatore di sintesi è facilmente individuabile nella gratificazione individuale e professionale. La costruzione e il mantenimento della salute organizzativa sono il risultato concreto e visibile di un'organizzazione 'in buon stato di salute'.

La salute organizzativa, perciò, è un approccio che associa, allo studio dei classici rischi fisici legati al tema della sicurezza lavorativa, quello dei cosiddetti rischi psicosociali, che riguardano variabili legate alla convivenza sociale e organizzativa. È ormai chiaro che una organizzazione in salute può essere anche più efficace e produttiva.

In tale linea di ragionamento questo studio a carattere nazionale rappresenta un concreto tentativo di migliorare la salute organizzativa degli infermieri intervenendo sui fattori che costituiscono la salute organizzativa stessa come: il comfort, il clima organizzativo, lo stress, la sicurezza e la prevenzione degli infortuni, la tollerabilità dei compiti, l'apertura all'innovazione, alcuni indicatori positivi e negativi di salute organizzativa e il benessere psico-fisico.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

- Diffondere il concetto di salute organizzativa nell'ambito delle strutture sanitarie attraverso uno studio multicentrico a livello nazionale.
- Creare una rete di amministrazioni sanitarie interessate allo sviluppo e all'approfondimento delle tematiche riguardanti la salute organizzativa.
- Misurare i rischi psicosociali riguardanti le variabili legate al clima organizzativo e agli stili di convivenza sociale in ambito sanitario.
- Portare a conoscenza delle Direzioni strategiche della organizzazioni sanitarie coinvolte i risultati ottenuti in relazione agli indicatori positivi e negativi di salute organizzativa.

Obiettivi specifici

- Sensibilizzare i Dirigenti dell'Area Assistenziale e Tecnica delle Strutture Sanitarie coinvolte sull'importanza del clima organizzativo come substrato di miglioramento della soddisfazione degli infermieri e delle persone assistite.
- Misurare la percezione dell'infermiere nell'area dell'ascolto e delle relazioni intra e interprofessionali.

Indicatori
- N° dei Dirigenti Infermieristici coinvolti/ N° totale dei Dirigenti Infermieristici * 100 (> 5%).
- N° delle Strutture Sanitarie coinvolte / N° delle Strutture Sanitarie nazionali * 100 (> 3%).

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Questo studio adotterà un disegno descrittivo trasversale correlazionale e adotterà processi di ricerca intervento per modificare i fattori della salute organizzativa che risulteranno carenti nelle strutture sanitarie coinvolte.

La ricerca intervento viene utilizzata quando, oltre a conoscere determinati processi e fenomeni, si intende anche intervenire sugli stessi. La ricerca sulla salute organizzativa è uno strumento che consente di raccogliere numerose ed importanti informazioni sulle dimensioni positive e negative della salute organizzativa per gli infermieri delle strutture sanitarie coinvolte nell'indagine e intervenire sulle stesse.

Questa indagine diverrà anche uno strumento di ascolto organizzativo che permetterà di far emergere la "percezione"che gli infermieri hanno della propria amministrazione. Tale indagine mirerà, quindi, a individuare nella presenza di alcuni indicatori come fatica, stress e altri indicatori negativi del benessere organizzativo (nel complesso) i punti critici su cui intervenire. Saranno questi i fattori in cui valutare la programmazione di interventi mirati a monitorare fenomeni come il *job abandonment*[15] e il *turnover* degli infermieri.[16]

Strumenti

Gli strumenti utilizzati saranno il Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO)[1,2].

Campionamento

Campionamento probabilistico proporzionale stratificato random all'interno delle strutture sanitarie coinvolte.

Analisi dei dati

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»[17] (p. 19). Saranno, inoltre, analizzate misure di tendenza centrale e dispersione e saranno effettuate nel secondo passaggio analisi bivariate, ovvero si considereranno le distribuzioni di due variabili congiuntamente (distribuzione doppia o congiunta).[18] Lo scopo di questa analisi sarà quello di sondare l'associazione tra due variabili: detto altrimenti, si indaga sulla loro relazione attraverso la costruzione delle cosiddette tavole di contingenza. I dati saranno analizzati con il software SPSS versione 19.0.

RISULTATI ATTESI

Rilevanza

Tale iniziativa strategica, mirerà a produrre un alto ritorno di immagine per la professione infermieristica, oltre ad essere indispensabile per la salute organizzativa degli infermieri e per una migliore qualità dell'assistenza ai cittadini.

In tal senso, l'utilizzo di uno strumento validato (QISO)[1,2] per raccogliere dati attendibili sulla percezione lavorativa degli infermieri a livello nazionale permette la possibilità di confronti incrociati e comparativi anche con indagini precedenti.[19]

Tale ricerca, la prima in ambito nazionale sulla salute organizzativa, permetterà, inoltre, di sviluppare approcci attenti alla diverse variabili che costituiscono la salute organizzativa stessa come: il comfort, il clima organizzativo, lo stress, la sicurezza e la prevenzione degli infortuni, la tollerabilità dei compiti, l'apertura all'innovazione alcuni indicatori positivi e negativi di salute organizzativa e il benessere psico-fisico. I risultati saranno comunicati in articoli e testi dedicati al tema della salute organizzativa per gli infermieri.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Approvazione della ricerca	Ricercatori	Marzo 2015

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
2	Costituzione del Gruppo di Lavoro	Ricercatori	Marzo - Aprile 2015
3	Raccolta dei dati	Ricercatori	Aprile 2015 - Dicembre 2015
4	Analisi dei dati	Ricercatori	Aprile 2015 - Dicembre 2015
5	Stesura del rapporto finale	Ricercatori	da Gennaio a Settembre 2016
6	Consensus Conference con le Aziende sanitarie che hanno aderito al progetto di ricerca	Ricercatori	Ottobre 2016 - Maggio 2017
7	Pubblicazione dei risultati	Ricercatori	Gennaio 2017
8	Realizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca	TdP e Comitato Organizzativo designato dal Collegio Ipasvi di Roma	Maggio 2017

DIAGRAMMA GANTT

ANNO 2015

MESE	Jan 13	Feb 13	Mar 13	Apr 13	May 13	Jun 13	Jul 13	Sep 13	Oct 13	Nov 13	Dec 13
Approvazione della ricerca											
Costituzione del Gruppo di Lavoro											
Raccolta dei dati											
Analisi dei dati											

ANNO 2016

MESE	Jan 16	Feb 16	Mar 16	Apr 16	May 16	Jun 16	Jul 16	Sep 16	Oct 16	Nov 16	Dec 16	Gen 17	Mag 17
Report finale													
Consensus Conference con le Aziende sanitarie che hanno aderito al progetto di ricerca													
Pubblicazione dei risultati													

MESE	Jan 16	Feb 16	Mar 16	Apr 16	May 16	Jun 16	Jul 16	Sep 16	Oct 16	Nov 16	Dec 16	Gen 17	Mag 17
Realizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca													

BIBLIOGRAFIA

1. Sili A, Vellone E., De Marinis M. G., Fida R., Venturini G., Alvaro R. Validità e affidabilità del questionario infermieristico sulla salute organizzativa. Prof Inferm 2010; 63: 27-37.
2. ili A, Vellone E., Fida R., Alvaro R., Avallone F. La salute organizzativa degli infermieri. Guida pratica all'utilizzo del Questionario Infermieristico sulla Salute organizzativa (QISO). Napoli: Edises, 2010.
3. Avallone f, Paplomatas a. Salute organizzativa. Milano: Raffaello Cortina; 2005.
4. Laschinger HKS., Finergan, Shamian J. Promoting nurses' health: effect on empowerment on job strain and work satisfaction. Nursing Economics 2001; 19(2): 42-52.
5. Cortese CG. Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study. J Nurs Manag 2007; 15: 303-312.
6. Duddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. J Adv Nurs 2007; 59: 29–37.
7. Gershon RR, Pietra PW, Zeltser M, Faucett J, Macdavitt K, Chou SS. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. Ind Health 2007; 45(5):622-636.
8. Laschinger HK. Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. J Nurs Adm 2004, 34(7-8): 354-64.
9. Zangaro GA, Soeken KL. A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. Res Nurs Health 2007; 30:445-458.
10. Macdavitt K, Chou SS, Pietra PW. Organizational climate and health care outcomes. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007; 33(11 Suppl): 45-56.
11. Stordeur S, D'hoore W, the NEXT-Study Group. Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. J Adv Nurs 2007; 57(1): 45–58.
12. Epp K. Burnout in critical care nurses: A literature review. Dynamics 2012; 23(4):25-31.
13. Zhang XC, Huang DS, Guan P. Job burnout among critical care nurses from 14 adult intensive care units in northeastern China: a cross-sectional survey. BMJ Open. 2014; 19: 4(6): e004813.
14. De Angelis MG. Benessere personale e benessere organizzativo: un binomio possibile? La cultura del lavoro come leva strategica per il successo d'impresa. Milano: FrancoAngeli, 2011.
15. Zito M, Cortese CG, Colombo L. Nurses' exhaustion: the role of flow at work between job demands and job resources. J Nurs Manag. 2015 Jan 21. doi: 10.1111/jonm.12284.
16. Macken L, Hyrkas K. Retention, fatigue, burnout and job satisfaction: new aspects and challenges. Journal of nursing management. J Nurs Manag 2014; 22(5): 541-542. doi: 10.1111/jonm.12254
17. Marradi A. (1993). L'analisi monovariata. Milano, FrancoAngeli.
18. Marradi A. (1997). Linee guida per l'analisi bivariata dei dati nelle scienze sociali. Milano, FrancoAngeli.
19. Turci C., Alvaro R., Fabretti A., Fida R., Giorgi F., Maccari A., Proietti, Sili A., Stievano A., Tolentino Diaz M.Y., Trinca D., Vellone E., Rocco G. La salute organizzativa degli infermieri in alcune strutture sanitarie di Roma e della Provincia, L'Infermiere 2013; 50, 6: e89-e98.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

SELF-CARE MIXED METHOD

COORDINATORE PROGETTO
E. Vellone
R. Alvaro
M. Paturzo

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.4

TITOLO PROGETTO

Self-care e contributo al self-care nello scompenso cardiaco: studio con metodo misto su pazienti e sui caregiver

Self-care and caregiver contribution to self-care in heart failure: mixed method study on patients and caregivers

ABSTRACT

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è una malattia ad elevata incidenza e prevalenza nei paesi occidentali accompagnata da elevata mortalità, diminuita qualità di vita e frequenti ospedalizzazioni. Il self-care nello SC è in grado di migliorare gli *outcome* della malattia ma sono ancora pochi gli studi disponibili su questo fenomeno in Italia. Altrettanto scarsa è la letteratura (anche a livello internazionale) sul contributo del caregiver al self-care del paziente. Lo scopo di questo progetto di ricerca triennale è di esplorare il self-care del paziente ed il contributo del caregiver al self-care del paziente nello SC. Verrà utilizzato un metodo di ricerca misto con l'utilizzo di strumenti psicometrici e un'intervista strutturata aperta. Questa metodologia di ricerca permetterà di esplorare l'influenza del contesto socio-ambientale sulla vita reale del paziente e del caregiver e sarà maggiormente sensibile agli orientamenti culturali della popolazione italiana riguardo al self-care. Lo studio sarà guidato dalla teoria situazionale-specifica del self-care nello SC di Riegel e Dickson (2008) e arruolerà pazienti affetti da SC ed i loro caregiver. L'analisi dei dati verrà effettuata con i software Atlas-ti e SPSS. Questo progetto permetterà di avere una overview sul self-care e contributo al self-care nello SC che sarà utile per programmare futuri interventi educativi, personalizzati e culturalmente sensibili rivolti a migliorare il self-care.

ABSTRACT

Heart Failure (HF) is a disease with high incidence and prevalence in the Western countries that is associated with high mortality, decreased quality of life and frequent hospitalizations. Self-care can improve HF patients' outcomes but so far few studies have been conducted on this phenomenon in Italy. HF care involves also patients' caregivers but, even internationally, literature is scare on this topic. The purpose of this three-year research project is to explore self-care of the patient and caregiver's contribution to the self-care in HF. A mixed-method research will be used in order to better explore the influence of social, environmental and cultural context on self-care and caregiver contribution to self-care. The study will be guided by the situational-specific theory of HF self-care by Riegel and Dickson (2008) and will enroll HF patients and caregivers. Data analysis will be performed with the Atlas-ti software and SPSS. This project will give an overview on self-care and caregiver contributions to self-care in HF that will be useful for planning future personalized and culturally sensitive educational interventions aimed at improving the self-care.

BACKGROUND

La prevalenza e l'incidenza dello scompenso cardiaco (SC) sta aumentando drasticamente, soprattutto negli individui anziani (1, 2). Dopo i 75 anni di età si stima che lo SC colpisce fino al 20% della popolazione (3). In Italia un milione di soggetti sono affetti da SC e questo dato è destinato ad aumentare se si considerano anche i soggetti asintomatici (Ministero della salute, 2007). Lo SC è la causa del 5% delle ospedalizzazioni, è presente nel 10% dei pazienti ricoverati e rappresenta il 2% della spesa del Sistema Sanitario Nazionale. La mortalità dello SC è pari al 50% a 4 anni dalla diagnosi, mentre il 40% dei pazienti ricoverati per SC muore o

viene riospedalizzato entro 1 anno (Ministero della salute, 2007). Lo SC ha anche un enorme impatto sulla qualità di vita dei pazienti, più di altre malattie croniche.
Il self-care, ovvero l'insieme dei comportamenti messi in atto dal paziente per mantenere la stabilità fisiologica dello SC (4) è in grado di ridurre le complicanze correlate allo SC (5) e migliorare la qualità di vita del paziente.
Nel trattamento dello SC un ruolo importante è ricoperto dai caregiver che forniscono un importante contributo al self-care del paziente (6). Tuttavia non sono ancora disponibile degli studi che abbiano analizzato in che modo il caregiver contribuisce al self-care del paziente con SC.
Il self-care nello SC è ancora poco studiato in Italia, pertanto studi che utilizzino metodologie quantitative e qualitative (metodo misto) possono aiutare ad avere una migliore conoscenza del fenomeno.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Lo scopo di questo progetto di ricerca è di esplorare il self-care del paziente ed il contributo del caregiver al self-care del paziente nello SC. Verrà utilizzato il metodo della triangolazione in cui verranno raccolti dati differenti ma complementari riguardanti lo stesso fenomeno. In questo studio il Self-Care of Heart Failure Index ed il Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index verranno utilizzati per misurare rispettivamente il self-care del paziente ed il contributo al self-care del caregiver. In modo concorrente verranno raccolti anche dati qualitativi tramite domande aperte al fine di esplorare il fenomeno del self-care del paziente e contributo al self-care del caregiver. Questa metodologia di disegno misto permetterà di esplorare l'influenza del contesto socio-ambientale sulla vita reale del paziente e del caregiver e sarà maggiormente sensibile agli orientamenti culturali della popolazione studiata.

In modo più dettagliato il presente progetto permetterà di:
1. Individuare le caratteristiche definenti del self-care e del contributo del caregiver al self-care nello SC.
2. Descrivere i vissuti associati ad un efficace e non efficace self-care e contributo al self-care.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Verrà utilizzato il disegno della triangolazione concorrente in cui i dati quantitativi e qualitativi sono raccolti ed integrati contemporaneamente.

Modello concettuale
Il modello concettuale di riferimento per la conduzione dello studio sarà la Teoria situazionale-specifica del self-care nello scompenso cardiaco (4). Tale modello teorico descrive il self-care come un processo dinamico il cui risultato/obiettivo è il mantenimento di un corretto ed efficace stile di vita, processo che deve essere compreso dal paziente e dal caregiver, nelle sue fasi e nelle sue azioni fondamentali al fine di garantire una corretta gestione delle condizioni cliniche.
Infatti, gli strumenti che verranno utilizzati nello studio saranno strutturati in modo da indagare le tre dimensioni del self-care: il *self-care maintenance*, inteso come il mantenimento della stabilità fisiologica attraverso il monitoraggio dei sintomi e l'aderenza ai trattamenti; il *self-care management*, inteso come il riconoscimento e la valutazione dei sintomi, l'implementazione e la valutazione dei trattamenti; ed infine il *self-care confidence,* quale mediatore/moderatore di tutto il processo del self-care (Figura 1)

Figura 1. Teoria situazionale-specifica sul self-care nello SC.

Strumenti
Per raccogliere i dati sul paziente verranno utilizzati i seguenti strumenti:

1. Intervista semi strutturata per indagare le pratiche di self-care (nei tre domini del self-care maintenance, management and confidence) e di contributo al self-care.
2. Il Six–Item Screener, per avere informazioni sulle capacità cognitive del paziente.
3. Questionario socio demografico, al fine di avere informazioni su sesso, età, istruzione, occupazione, reddito, contesto familiare, abitudini di vita, servizi sociali e sanitari utilizzati.
4. Charlson Comorbility Index (CCI) (7). Misura la comorbilità: punteggi più alti documentano la presenza nel pazienti di più patologie.
5. Il Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI) (8, 9) utilizzato per misurare i comportamenti orientati al self-care nello SC. Lo strumento misura tre dimensioni del self-care: *self-care maintenance*, *self-care management* e *self-care confidence*.
6. L'Heart Failure Somatic Perception Scale (HFSAS) (10). Utilizzata per misurare la consapevolezza dei pazienti con SC nel riconoscere i propri sintomi. Alti punteggi a questa scala sono associati ad una migliore percezione dei sintomi.
7. La Hospital Anxiety and Depression Scale, per conoscere lo stato emotivo del paziente con scompenso cardiaco.
8. Empworth Sleepiness Scale, per misurare la sonnolenza diurna.
9. Scala multidimensionale della percezione del supporto sociale.

Per raccogliere i dati sul caregiver verranno utilizzati i seguenti strumenti:
1. Intervista Semi strutturata per indagare il contributo del caregiver al self-care nei pazienti con scompenso cardiaco;
2. Questionario socio demografico, al fine di avere informazioni su sesso, età, istruzione, occupazione, reddito, contesto familiare, abitudini di vita, servizi sociali e sanitari utilizzati.
3. Scala multidimensionale della percezione del supporto sociale.
4. Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index.
5. Hospital Anxiety and Depression Scale, per conoscere lo stato emotivo del paziente con scompenso cardiaco.

Analisi dei dati
I dati verranno analizzati da un punto di vista quantitativo per calcolare gli indici di tendenza centrale e di dispersione sia in riferimento alle variabili sociodemografiche che alle scale utilizzate. Se la numerosità campionaria sarà adeguata verrà utilizzata anche la regressione multipla al fine di individuare i predittori del self-care. L'analisi qualitativa verrà effettuata tramite un'analisi del contenuto della interviste con successiva codificazione. I software SPSS e Altas.ti saranno utilizzati rispettivamente per l'analisi quantitativa e qualitativa.

Campionamento e criteri di inclusione/esclusione
Per la conduzione dello studio si intende arruolare un campione di 50 pazienti con SC e 50 caregivers. I pazienti che saranno invitati a prendere parte allo studio dovranno avere un'età uguale o superiore a 18 anni ed una diagnosi di Scompenso Cardiaco clinica ed edocardiografica. Verranno esclusi dallo studio i pazienti che negli ultimi 3 mesi hanno avuto una Sindrome Coronarica Acuta, quelli in classe NYHA 1, con deterioramento cognitivo (con punteggio inferiore a 4 al Six-item screener), residenti in RSA e che rifiuteranno di prendere parte allo studio.
I caregiver che verranno arruolati dovranno avere come unico requisito quello di essere i caregiver principali del paziente. I pazienti o i caregiver verranno esclusi dallo studio nell'eventualità uno dei due non vi aderirà.

Fasi della ricerca
Fase n. 1
Revisione della letteratura sul self-care e predisposizione degli strumenti per la raccolta dati.
Fase n. 2
Formazione degli assistenti di ricerca che effettueranno le interviste.
Fase n. 3
Raccolta dei dati.
Fase n. 4
Analisi dei dati ed integrazione dei dati qualitativi con i dati quantitativi.
Fase n. 5
Stesura del report finale di ricerca.

RISULTATI ATTESI

Questo studio permetterà di avere una *overview* sul self-care del paziente e sul contributo del caregiver al self-care nello SC. Grazie all'utilizzo combinato del metodo qualitativo e quantitativo i risultati di questo studio faranno emergere le influenze socio-ambientali e culturali riferite alle pratiche di self-care. Conseguentemente, si potranno disegnare interventi atti a migliorare il self-care che saranno più personalizzati e culturalmente sensibili.

Rilevanza

Lo SC rappresenta un importante problema di sanità pubblica. Considerato l'invecchiamento della popolazione italiana, sempre più persone saranno affette da SC nel prossimo futuro. Questo richiede interventi atti a migliorare la qualità di vita dei pazienti e a ridurre il *burden* economico della malattia: conoscere e migliorare il self-care nello SC rappresenta un'arma vincente per poter fronteggiare entrambe le sfide.

PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Soggetti coinvolti	Durata
1	Revisione della letteratura sul self-care e predisposizione degli strumenti per la raccolta dati	Ricercatore e 2 dottorandi	Marzo - Maggio 2015
2	Formazione degli assistenti di ricerca che effettueranno le interviste	Ricercatore e 2 dottorandi	Giugno 2015
3	Raccolta dei dati	Assistenti di ricerca	Luglio 2015 Luglio 2016
4	Analisi dei dati ed integrazione dei dati qualitativi con i dati quantitativi	Ricercatore e 2 dottorandi	Agosto 2016 Marzo 2017
5	Stesura articoli di ricerca	Ricercatore e 2 dottorandi	Aprile 2017 Dicembre 2017

DIAGRAMMA GANTT

ANNO 2015

	MESI											
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Revisione della letteratura sul self-care e predisposizione degli strumenti per la raccolta dati			■	■	■							
Formazione degli assistenti di ricerca che effettueranno le interviste						■						
Raccolta dei dati							■	■	■	■	■	■

ANNO 2016

	MESI											
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Raccolta dei dati	■	■	■	■	■	■	■					
Analisi dei dati ed integrazione dei dati qualitativi con i dati quantitativi								■	■	■	■	■

ANNO 2017

	MESI											
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Analisi dei dati ed integrazione dei dati qualitativi con i dati quantitativi												
Stesura del report finale di ricerca												

1. Kozak LJ, Hall MJ, Owings MF. Trends in avoidable hospitalizations, 1980-1998. Health Aff (Millwood). 2001 Mar-Apr;20(2):225-32. PubMed PMID: 11260947. Epub 2001/03/23. eng.
2. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2010 Feb 23;121(7):e46-e215. PubMed PMID: 20019324. Epub 2009/12/19. eng.
3. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur Heart J. 2008 Oct;29(19):2388-442. PubMed PMID: 18799522. Epub 2008/09/19. eng.
4. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. J Cardiovasc Nurs. 2008 May-Jun;23(3):190-6. PubMed PMID: 18437059.
5. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2009 Sep 22;120(12):1141-63. PubMed PMID: 19720935. Epub 2009/09/02. eng.
6. Vellone E, Riegel B, Cocchieri A, Barbaranelli C, D'Agostino F, Glaser D, et al. Validity and Reliability of the Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure Index. J Cardiovasc Nurs. 2013 Jun 29;28(3):245-55. PubMed PMID: 22760172. Epub 2012/07/05. Eng.
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83. PubMed PMID: 3558716. Epub 1987/01/01. eng.
8. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. J Cardiovasc Nurs. 2009 Nov-Dec;24(6):485-97. PubMed PMID: 19786884. Pubmed Central PMCID: 2877913. Epub 2009/09/30. eng.
9. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. J Card Fail. 2004 Aug;10(4):350-60. PubMed PMID: 15309704. Epub 2004/08/17. eng.
10. Jurgens CY, Fain JA, Riegel B. Psychometric testing of the heart failure som

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

COORDINATORE PROGETTO
D. Tartaglini
M. Montalbano
T. Marano
D. Trinca

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.5

TITOLO PROGETTO

Analisi della percezione degli infermieri rispetto all'utilità e all'utilizzo della documentazione infermieristica

Analysis of the perception of nurses compared with the usefulness and with the utilization of nursing documentation

ABSTRACT

Background La documentazione è una componente integrale della professione infermieristica, del processo di nursing e rappresenta un prerequisito di fondamentale importanza per garantire un'assistenza infermieristica olistica e di qualità. Molto frequentemente, il professionista si trova a dover compilare numerosi moduli di documentazione e raccolta dati, spesso di elevata complessità, senza che questo si traduca poi in un'assistenza agita espressamente e con reale documentazione in riferimento ai dati registrati.
Questa situazione si traduce in un aumento sensibile del carico di lavoro e una conseguente percezione di pesantezza da parte degli operatori, causata dall' imponente numero di dati raccolti nei moduli che coesiste con un ridotto numero di tracciabilità delle decisioni prese.
La finalità del progetto è in primo luogo di conoscere la percezione dei professionisti rispetto la documentazione di cui fanno uso, analizzando quali, secondo il loro parere, siano i dati fondamentali da raccogliere e documentare anche in base alle diverse aree di assistenza, in secondo luogo lo studio si propone di sensibilizzare i professionisti rispetto l'importanza della documentazione infermieristica applicata ai propri ambiti di autonomia professionale e responsabilità.
Disegno Lo studio, di tipo qualitativo, multicentrico cross-sectional, sarà condotto somministrando ai partecipanti un'intervista semi-strutturata.
Inizialmente sarà condotto uno studio pilota atto a valutare la validità dell'intervista, che coinvolgerà infermieri afferenti ad un Policlinico Universitario di Roma.
La popolazione coinvolta nello studio, campionata secondo tecnica cluster, è costituita da infermieri appartenenti alle aree assistenziali di medicina e RSA delle strutture pubbliche, IRCSS, Policlinici e Strutture private e accreditate di Roma e Provincia.
Metodo Analisi tematica attraverso la tecnica dell'analisi fattoriale.
Risultati Lo studio ha come scopo quello di analizzare e fotografare la percezione degli infermieri rispetto la documentazione infermieristica e relazionare la stessa con la tipologia di documentazione in uso nelle realtà prese in considerazione.
La ricerca mira a conoscere la modalità di rilevazione dei dati e il loro utilizzo a scopo assistenziale, valutare la percezione che gli infermieri hanno rispetto ai dati che ritengono importanti al fine di documentare i problemi e i bisogni della persona, gli interventi infermieristici e i risultati conseguiti.
Il secondo risultato atteso è di arrivare a conoscere la motivazione percepita dagli infermieri riguardo i dati che ritengono necessario rilevare al fine di garantire un'assistenza completa, competente e di qualità.
Parole chiave: Consegne infermieristiche, qualità, sicurezza, strumenti di handover.

ABSTRACT

Background Documentation is an integral component of nursing care, nursing process and is an important prerequisite to ensure holistic care and quality of nursing**.**
Very often, the practitioner has to fill out numerous highly complex forms of documentation and data collection, however, not always the actions implemented to meet specific care needs are recorded and/or documented.

This involves an increase in the workload and a consequent perception of heaviness of work by operators, caused by the amount of data collected in the modules that coexists with a reduced number of traceability of the decisions taken.
The main purpose of the study is to evaluate the perception of the professionals concerning the documentation which currently use; to analyze which, are the essential data that should be collected and documented according to different areas of assistance, the second aim of the study is to raise awareness among professionals about the importance of nursing documentation related to professional autonomy and responsibility.
Aims A qualitative multicenter cross-sectional study will be conducted by feeding participants semi-structured interview.
A pilot study will be first conducted into a University Hospital of Rome, to assess the validity of the interview.
The sample of participants involved in the study, sampled according to cluster technique will be composed by nurses belonging to medical areas in RSA public facilities, IRCSS, polyclinics and private structures accredited in Rome and province.
Metodo Data will be evaluated by factor analysis
Expected results The study aims to analyze nurse's perception about nursing documentation and about the documentation they currently use.
The research aims to inquire nurse's perception about data collection and their use and to investigate about which are the data nurse think are important and should be collected to ensure a complete, competent and appropriate nursing care.
Key-words Handover; handover tools, quality, safety.

BACKGROUND

La documentazione è una componente integrale della professione infermieristica, del processo di nursing e rappresenta un prerequisito di fondamentale importanza per garantire un'assistenza infermieristica olistica e di qualità, tuttavia la documentazione cartacea risulta frequentemente illeggibile, poco completa, ripetitiva e ridondante, al suo interno spesso i dati sono difficili da reperire, estrapolare e aggiornare, il che comporta un notevole dispendio di tempo da parte del professionista anche per la compilazione (Schnelle, Simmons 2004).
Con la legge 42/'99, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", le responsabilità professionali infermieristiche hanno assunto maggior rilievo, con conseguente modifica della figura e soprattutto del ruolo dell'infermiere, sempre più riconosciuto come professionista competente e responsabile.
L'infermiere, professionista intellettuale e autonomo, assume una posizione di garante della salute del paziente, il che implica un ambito di responsabilità civile, penale e amministrativa.
Il progetto è una seconda fase dello studio "Analisi della documentazione infermieristica e relazione con l'outcome assistenziale" codice 4.12.2. che partiva dalla considerazione e da una riflessione relative alla pratica clinica svolta dagli infermieri nelle Unità Operative destinate all'assistenza a malati cronici, dove sembra frequente l'orientamento e l'impegno a compilare numerose e diverse schede di raccolta dati, spesso di elevata complessità, senza che questo poi si traduca in una assistenza agita espressamente e con reale riferimento ai dati registrati. Questa situazione si traduce in un aumento sensibile del carico di lavoro e una conseguente percezione di pesantezza da parte degli operatori, causata dall'imponente numero di dati raccolti nei moduli che coesiste con un ridotto numero di tracciabilità delle decisioni prese. Tutto questo si traduce in un gran numero di dati documentati coesistente con un ridotto numero di tracciabilità delle decisioni prese. Questa situazione comporta un aumento di carico di lavoro, percepito a volte con un'elevata pesantezza da parte degli operatori, e conseguente impatto negativo giuridico ed etico nonché economico dal punto di vista della gestione manageriale che deve confrontarsi con importanti dati registrati ai quali però non corrispondono conseguenti pianificazioni o atti decisori, lasciando all'osservatore/rilevatore esterno, il dubbio che qualcosa sia rimasto in sospeso e non si siano assicurate le cure necessarie, congrue e di qualità adatte alla persona assistita.
La registrazione dei dati è importante per lo sviluppo della qualità delle cure e per assicurare l'erogazione di un'assistenza competente e sicura, tuttavia la mancanza di dati infermieristici essenziali nella documentazione sanitaria è confermata dai risultati di numerosi studi (Ruland 2000,Simpson 2003).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali:
La finalità del progetto è in primo luogo di conoscere la percezione dei professionisti rispetto la documentazione di cui fanno uso, analizzando quali, secondo il loro parere, siano i dati fondamentali

da raccogliere e documentare anche in base alle diverse aree di assistenza, in secondo luogo lo studio si propone di sensibilizzare i professionisti rispetto l'importanza della documentazione infermieristica applicata ai propri ambiti di autonomia professionale e responsabilità.
La scelta di orientare lo studio nelle UO di medicina e RSA nasce dalla considerazione che le patologie croniche sono quelle che maggiormente impegnano l'attività assistenziale nel contesto dell'invecchiamento sociale e che il personale inserito nella assistenza a malati cronici spesso vede la registrazione di dati come un sovraccarico lavorativo privo di ricaduta operativa in quanto la continuità dell'approccio ed il periodo prolungato inducono un abbassamento dell'attenzione rispetto a dati nuovi facendo spesso emergere relazioni routinarie.

Obiettivi specifici:

- Conoscere la percezione degli infermieri rispetto la documentazione attualmente in uso;
- Valutare quali sono i dati che i professionisti ritengono debbano essere documentati;
- Analizzare la motivazione degli infermieri riguardo i dati che ritengono sia necessario rilevare;
- Conoscere la metodologia di rilevazione dei dati e il loro utilizzo a scopo assistenziale.

METODOLOGIA

Disegno

Lo studio di tipo qualitativo multicentrico cross-sectional, volto a conoscere la percezione degli infermieri rispetto la documentazione infermieristica utilizzata e quali ritengano essere i dati da documentare nelle aree di assistenza, sarà svolto all'interno di policlinici, strutture pubbliche, RSA, IRCSS e strutture private accreditate di Roma e Provincia.
Sarà coinvolto il personale afferente alle aree assistenziali di medicina, la scelta di orientare lo studio nelle UO di medicina e RSA nasce dalla considerazione che le patologie croniche sono quelle che maggiormente impegnano l'attività assistenziale nel contesto dell'invecchiamento sociale e che il personale inserito nella assistenza a malati cronici spesso vede la registrazione di dati come un sovraccarico lavorativo privo di ricaduta operativa in quanto la continuità dell'approccio ed il periodo prolungato inducono un abbassamento dell'attenzione rispetto a dati nuovi facendo spesso emergere relazioni routinarie.
Dopo aver ricevuto tutte le autorizzazioni necessarie, gli infermieri saranno reclutati e sarà chiesto loro di compilare in forma anonima un'intervista semi-strutturata. I dati saranno analizzati secondo il metodo della analisi fattoriale. Dai dati che saranno estrapolati dall'analisi si ricaveranno ambiti di intervento e occasioni di formazione.

Campione

La popolazione inserita nello studio, è costituita da infermieri appartenenti alle aree assistenziali di medicina e RSA delle strutture pubbliche, IRCSS, Policlinici e Strutture private e accreditate di Roma e Provincia. I partecipanti verranno reclutati su base volontaria utilizzando la tecnica di campionamento cluster.
I dati saranno raccolti attraverso la somministrazione e la compilazione in forma anonima dello strumento di ricerca identificato nell'intervista semi-strutturata volta a conoscere la percezione degli infermieri rispetto la documentazione infermieristica utilizzata, valutare quali sono i dati che vengono registrati, la metodologia di raccolta, e da questi, identificare i dati che l'infermiere ritiene sia necessario documentare nell' area assistenziale di appartenenza.

Analisi dei dati

L'analisi dati verrà effettuata attraverso l'utilizzo dell'analisi fattoriale (o analisi delle componenti principali). La tecnica statistica dell'analisi fattoriale rappresenta uno strumento necessario per l'identificazione delle dimensionalità latenti degli atteggiamenti e dei costrutti psicosociali. Tale tecnica è efficacemente adoperata in scale di misura di tipo Likert. In generale la soluzione fattoriale identificata può confermare, o non confermare la strutturazione delle aree generative elaborate nella fase di progettazione dello strumento. Nella declinazione della tecnica dell'analisi fattoriale (o dell'analisi delle componenti principali) all'interno delle scale Likert, emergono una serie di quesiti riguardanti la determinazione del numero dei fattori da estrarre e la loro interpretazione: il principio dell'economia dei fattori suggerisce di estrarre il minor numero di fattori possibile, ovviamente adoperando sempre le metodologie proprie di questa tecnica statistica. Queste dimensioni devono successivamente essere interpretate in base agli item che li compongono. L'esito di questa interpretazione sarà la costruzione di una definizione caratterizzante quella specifica area dell'atteggiamento.
Nella fase successiva all'individuazione dell'opportuna struttura fattoriale, si provvederà eventualmente

a misurare l'attendibilità di ogni dimensione estrapolata. Un coefficiente che sintetizza l'attendibilità di un test è l'alpha di Cronbach. Tale coefficiente descrive la coerenza interna di raggruppamenti di item; in generale, nello studio di un questionario di atteggiamenti, quale quello adottato, elevati valori di alpha indicano che i soggetti esaminati esprimono un atteggiamento coerente riguardo a ciascun item appartenente a ciascuna dimensione.

Rigorosità della ricerca

Per descrivere i fattori inerenti la percezione degli infermieri rispetto l'utilità e l'utilizzo della documentazione infermieristica si utilizzeranno procedure di rigourness mutuate da Lincoln e Guba come: credibilità, trasferibilità, affidabilità e confermabilità. La confermabilità sarà assicurata dai vari ricercatori che parteciperanno al progetto attraverso l'accuratezza della lettura ripetuta di dati raccolti e trascritti e la loro trasferibilità in altri contesti sarà assicurata dalla comparazione rispetto ai dati raccolti in altri Paesi sul tema. La credibilità del processo di analisi sarà portata a termine attraverso pensieri riflessivi e processi decisionali tra tutto il team di ricerca.
Infine, un membro del team di ricerca che non ha mai partecipato alla raccolta e analisi dei dati rileggerà tutte le analisi per verificarne la loro credibilità e validarne la scientificità.

RISULTATI ATTESI

Lo studio ha come scopo quello di analizzare e fotografare la percezione degli infermieri rispetto la documentazione infermieristica e relazionare la stessa con la tipologia di documentazione in uso nelle realtà prese in considerazione.
Il primo risultato atteso, è di conoscere la modalità di rilevazione dei dati e il loro utilizzo a scopo assistenziale e valutare la percezione che gli infermieri hanno rispetto ai dati che ritengono importanti al fine di documentare i problemi e i bisogni della persona, gli interventi infermieristici e i risultati conseguiti.
Il secondo risultato atteso è di arrivare a conoscere la motivazione percepita dagli infermieri riguardo i dati che ritengono necessario rilevare al fine di garantire un'assistenza completa, competente e di qualità.

VALUTAZIONE E DISSEMINAZIONE DI RISULTATI

Valutare la percezione degli infermieri rispetto la documentazione ed estrapolare attraverso l'analisi dei dati quale sia la percezione dei dati necessari e fondamentali da inserire in una documentazione efficace e completa, permetterà di progettare ed elaborare documentazioni infermieristiche sempre più complete e funzionali. I risultati dello studio condotto saranno divulgati attraverso conferenze di carattere nazionale e internazionale e produrranno articoli di ricerca e saranno spunto per progetti di ricerca futuri. Il gruppo di lavoro che condurrà attivamente lo studio, produrrà un articolo scientifico al riguardo. Inoltre sarà possibile, una volta elaborati i risultati della ricerca, organizzare eventi formativi dedicati all'argomento documentazione infermieristica al fine di sensibilizzare i professionisti rispetto l'importanza della documentazione infermieristica applicata ai propri ambiti di autonomia professionale e responsabilità.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Centro di Eccellenza	Marzo-aprile 2015
2	Reperimento risorse bibliografiche	Coordinatori di progetto	Maggio-Giugno 2015
3	Stesura del progetto di ricerca	Coordinatori di progetto	Luglio 2015
4	Costituzione del gruppo di rilevatori, reclutamento e selezione	Coordinatori di progetto	Agosto-settembre 2015
5	Reperimento risorse bibliografiche	Coordinatori di progetto	Settembre-Ottobre 2015
6	Elaborazione degli strumenti di raccolta dati	Coordinatori progetto e gruppo rilevatori	Novembre-Dicembre 2015
7	Richiesta di autorizzazione alle strutture per studio pilota	Coordinatori di progetto	Gennaio –Febbraio 2016

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
8	Inizio studio pilota	Gruppo di rilevatori	Febbraio –Marzo 2016
9	Analisi della ricerca tramite studio pilota	Gruppo di rilevatori	Aprile 2016
10	Validazione dei risultati	Gruppo di rilevatori Coordinatori di progetto	Aprile 2016
11	Redazione rapporto finale dello studio pilota	Coordinatori di progetto	Aprile 2016
12	Richiesta di autorizzazione alle strutture	Coordinatori di progetto	Maggio 2016
13	Raccolta dati	Gruppo di rilevatori	Giugno-agosto 2016
14	Analisi dei dati	Gruppo di rilevatori Coordinatori di progetto	Settembre – ottobre 2016
15	Stesura report di ricerca con i risultati applicati	Coordinatori di progetto Consulente per elaborazione statistica dei dati. Traduttore esperto lingua inglese	Novembre – Dicembre 2016

DIAGRAMMA GANTT

2015	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Approvazione del progetto e nomina del team di progetto											
Reperimento risorse bibliografiche											
Stesura del progetto di ricerca											
Costituzione del gruppo di rilevatori; reclutamento e selezione											
Reperimento risorse bibliografiche											
Elaborazione degli strumenti di raccolta dati											

2016	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Richiesta di autorizzazione alle strutture per studio pilota												
Inizio studio pilota												
Analisi della ricerca tramite studio pilota												
Validazione dei risultati												
Redazione rapporto finale dello studio pilota												
Richiesta di autorizzazione alle strutture												
Raccolta dati												
Analisi dei dati												
Stesura report di ricerca con i risultati applicati												

BIBLIOGRAFIA

1. Ammenwerth E, Mansmann U, Iller C, Eichstädter R. "Factors affecting and affected by user acceptance of computer-based nursing documentation. Results of a two-year study", JAMIA,2003.
2. Carayon P, Cartmill R. "ICU nurses' acceptance of electronic health records", Journal of American Medical Informatics Association, 2011; 18:812-819.
3. Dehghan M, Dehghan D. "Quality improvement in clinical documentation: does clinical governance work?", Journal of Multidisciplinary Healthcare, 2013:6 441-450.
4. Farhan M, Brown R. "The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department", Emergency Medical Journal, 2012;29:941–946.
5. Frigstad S, Nøst T. "Implementation of Free Text Format Nursing Diagnoses at a University Hospital's Medical Department. Exploring Nurses' and Nursing Students' Experiences on Use and Usefulness. A Qualitative Study", Hindawi Publishing Corporation Nursing Research and Practice, 2015.
6. Groene R, Orrego C. ""It's like two worlds apart": an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital",BMJ Quality and Safety, 2012;21:i67–i75.
7. Hoffmann KA, Duffield C. "A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: Verbal protocol analysis", International Journal of Nursing Studies, 2009; 46:1335-1344.
8. Hripcsak G, Vawdrey D. "Use of electronic clinical documentation: time spent and team interactions", Journal of American Medical Informatics Association, 2011;18:112-117.
9. Horwitz L, Dombroski J. "Validation of a handoff assessment tool: the Handoff CEX", Journal of Clinical Nursing, 2013; 22(0): 1477–1486.
10. Instefjord M, Aasekjær K. "Assessment of quality in psychiatric nursing documentation – a clinical audit", BMC Nursing, 2014; 13:32.
11. Jefferies D, Griffiths R. "A meta-study of the essential of quality nursing documentation" International Journal of Nursing Practice, 2010; 16:112-124.
12. Johnson J, Barach P. "Global challenges in communication strategies to ensure high reliability during patient handovers" Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety 2011.
13. Kahouei M, Mohammadi H. "Nurses' Perceptions of Usefulness of Nursing Information System: a Module of Electronic Medical Record for Patient Care in Two University Hospitals of Iran" Mater Sociomed, 2014; 26(1):30-34.

14. Lincoln, YS. & Guba, EG. (1985). Naturalistic Inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publications
15. Lawrence R, Tomolo A. "Conceptualizing handover strategies at change of shift in the emergency department: a grounded theory study", BMC Health Services Research,2008; 8:256.
16. Meth S., Bass J., "Considering Factors of and Knowledge About Patients in Handover Assessment", IEEE Transactions on Human-Machine Systems , 2013; 43(5): 494–498.
17. Meum T, Wangensteen G. "How Does Nursing Staff Perceive the Use of Electronic Handover Reports? A Questionnaire-Based Study" Hindawi Publishing Corporation International Journal of Telemedicine and Applications, 2011.
18. Meißner A, Schnepp W. "Staff experiences within the implementation of computer-based nursing records in residential aged care facilities: a systematic review and synthesis of qualitative research" BMC Medical Informatics and Decision Making, 2014; 14:54.
19. Moen A, "A nursing perspective to design and implementation of electronic patient record systems", J Biomed inf. 2003.
20. Munysia EN, Hailey D. "The changes in caregivers' perceptions about the quality of information and benefits of nursing documentation associated with the introduction of an electronic documentation system in a nursing home" International Journal of Medical Informatics, 2011; 80:116-126.
21. Müller M, Van Achterberg T."Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review", Journal of Advanced Nursing, 2006; 56(5):514-531.
22. Pascoe H, Gill S. "Clinical handover: An audit from Australia", Australian Medical Journal, 2014; 7(9):363–371.
23. Ranegger R, Hackl W. "Implementation of the Austrian Nursing Minimum Data Set (NMDS-AT): A Feasibility Study", BMC Medical Informatics and Decision Making, 2015; 15:75.
24. Saranto K, Kinnunen U. "Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review", Journal of Advanced Nursing, 2009; 65(3):464-476.
25. Schnelle JF, Simmons SF. "Accuracy of nursing home medical record information about care process delivery: Implications for staff management and improvement", Journal of the American Geriatrics Society, 2004; 52(8):1378-1383.
26. Sheikhtaheri A, kimiafar K. "Evaluation of system quality of hospital information system: A case study on nurses' experiences", e-Health – For Continuity of Care, 2014.
27. Stevenson E, Nilsson G." Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study", Journal of Advanced Nursing, 2011; 68(3), 667-676.
28. Simmons B, "Clinical reasoning: concept analysis", Journal of Advanced Nursing, 2010; 66(5), 1151-1158.
29. Tornvall E, Wilhelmsson S. "Nursing documentation for communicating and evaluating care", Journal of Clinical Nursing, 2008; 17(16):2116-2124.
30. Urquhart C, Hardiker NR." Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes",The Cochrane Collaboration, 2009.
31. Wohlauer P, Arora M. "The Patient Handoff: A Comprehensive Curricular Blueprint for Resident Education to Improve Continuity of Care", Academic Medicine, 2012; 87(4): 411–418.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

ERRORI DI TERAPIA A DOMICILIO NEI BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA

COORDINATORE PROGETTO
E. Tiozzo

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.6

TITOLO PROGETTO

Errori di terapia a domicilio nei bambini con patologia cronica: studio osservazionale e sviluppo di strategie preventive.

Medication errors in children with chronic illnesses: an observational study. Developing preventative strategies

ABSTRACT

Background Il bambino affetto da patologia cronica necessita a domicilio della somministrazione di farmaci in modo continuativo e costante da parte dei genitori. La sicurezza nella gestione della terapia farmacologica (intesa come conservazione, preparazione e somministrazione dei farmaci) a domicilio di questi pazienti pediatrici costituisce una problematica prioritaria in termini di promozione della salute, di sicurezza per il bambino e di riduzione degli esiti di morbilità e mortalità. Tuttavia si tratta di un fenomeno ancora poco descritto in letteratura. L'errore terapeutico è stato definito come "una deviazione non intenzionale da un adeguato regime farmacologico che si verifica nell'assunzione di un medicinale sbagliato o alla dose farmacologica errata, nella somministrazione in una via non corretta o alla persona sbagliata"(Litovitz TL, 2002). Sebbene negli ultimi anni un'attenzione sempre maggiore sia stata rivolta alla problematica dell'errore terapeutico nel setting ospedaliero, questa tematica risulta ancora poco indagata nei contesti domiciliari, dove peraltro la maggior parte dei farmaci viene assunta (Griffin E, 2003). Dall'esperienza quotidiana, nonché da quanto riferito dai genitori, la dimissione, con la successiva gestione della terapia a domicilio, nei primi periodi di esordio, identificazione e cura della patologia cronica, risulta essere una fase particolarmente a rischio da questo punto di vista.

Obiettivo Esplorare il fenomeno degli errori terapeutici a domicilio, in termini di natura dell'errore, frequenza, esiti di morbilità/mortalità e possibili fattori correlati o variabili associate e valutare l'efficacia di strategie di prevenzione specifiche.

Risultati dello studio I risultati attesi riguardano: la descrizione del fenomeno degli eventi avversi da farmaci a domicilio, nei bambini affetti da patologia cronica (incidenza, caratteristiche e variabili ad essi correlate); l'implementazione di una strategia di prevenzione atta a migliorare la sicurezza nella gestione della terapia farmacologica dei bambini a domicilio

Ricadute cliniche attese Lo studio fornirà gli elementi per evidenziare i fattori che potrebbero essere associati agli errori nella gestione della terapia farmacologica a domicilio al fine di una maggiore sicurezza del bambino, che preveda il coinvolgimento e l'empowerment dei genitori o caregiver.

Parole chiave: Errore farmacologico, pazienti pediatrici non ospedalizzati, patologia cronica.

ABSTRACT

Background Children with chronic conditions often take complex, life-saving medication regimens, usually administered at home by their parents. A safe medication management (in terms of correct preparation, administration and delivery) represents a priority in order to preserve health and wellbeing, promote children's safety and reduce morbility and mortality. The limited literature that exists indicates that errors may be common and parents are often unaware of them. A therapeutic error can be defined as

"an unintentional deviation from a proper therapeutic regimen that results in the wrong dose, incorrect route of administration, administration to the wrong person or administration of the wrong substance" (Litovitz TL, 2002). While substantial attention has been paid to inpatient medication errors, there is little information about errors at home, where the vast majority of medications are taken (Griffin E, 2003). Daily experience and parent's opinions suggest that the management of new medications at patient discharge, in the first period at home after the diagnosis of a chronic illness, presents many risk factors.
Aim This study aims to determine the epidemiology of therapeutic errors among children in the community setting, in terms of nature, causes, outcomes and correlated variables. The results of this study may help the development of interventions to improve patient safety and enhance prevention of outpatient medication errors among pediatric patients with chronic illness.
Results Expected results in this research proposal are correlated to each step of the study: for the first phase, the knowledge of the problem of medication errors, adverse drug events (ADEs), and potential ADEs in pediatric outpatient with chronic illness, considering its general aspects. The result expected from the second part is the assessment of the rates of medication errors, describing types, characteristics and correlated variables. The result expected from the last phase of the study is to develop and to evaluate the potential impact of prevention strategies on outpatient medication errors among pediatric patients with chronic illness, in order to improve patient safety and to enhance parents empowerment.
Key words: Medication error, outpatient children, chronic illness.

BACKGROUND

L'errore terapeutico è stato definito come "una deviazione non intenzionale da un adeguato regime farmacologico che si verifica nell'assunzione di un medicinale sbagliato o alla dose farmacologica errata, nella somministrazione in una via non corretta o alla persona sbagliata" (Litovitz 2002). Sebbene negli ultimi anni un'attenzione sempre maggiore sia stata rivolta alla problematica dell'errore terapeutico nel setting ospedaliero, questa tematica risulta ancora poco indagata nei contesti domiciliari, dove peraltro la maggior parte dei farmaci viene assunta (Griffin 2003). I dati disponibili riguardano per lo più pazienti adulti e non in fascia pediatrica (Walsh 2007). Tale penuria di dati contrasta con le evidenze che suggeriscono un maggior tasso di errori terapeutici riguardanti i bambini piuttosto che gli adulti e un maggior rischio di outcomes infausti per i più piccoli (Kaushal 2007). Tali condizioni di rischio sono correlate ad una serie di situazioni quali la necessità di variare spesso la posologia del farmaco in relazione al peso o alla superficie corporea del bambino in fase di crescita, oppure quali le difficoltà pratiche come la non disponibilità di farmaci in sospensione liquida che portano il genitore a dover tagliare, sciogliere, diluire le compresse (Beckett 2012). In aggiunta bisogna tener presenti alcune evenienze quali il rifiuto del bambino ad assumere le medicine ed il presentarsi di emesi (Taylor 2009). Nel 2014 è stato pubblicato il primo studio epidemiologico retrospettivo condotto su base nazionale negli Stati Uniti, volto ad evidenziare le caratteristiche degli errori terapeutici a domicilio segnalati al Centro Nazionale US anti-veleni nel decennio 2002-2012 (Smith 2014). Lo studio ha evidenziato come nell'arco di tempo di indagine, ogni anno, una media di 63 358 bambini di età inferiore ai 6 anni ha vissuto l'esperienza dell'errore farmacologico a domicilio: circa 1 bambino ogni 8 minuti.

Dall'esperienza quotidiana, nonché da quanto riferito dai genitori, la dimissione, con la successiva gestione della terapia a domicilio, specie nei primi periodi di esordio, identificazione e cura della patologia cronica, risulta essere una fase particolarmente a rischio da questo punto di vista. Le difficoltà di sviluppo di sistemi adeguati di prevenzione dell'errore terapeutico a domicilio sono principalmente correlati alla mancanza di dati reali del problema, alla sottostima degli errori e alla frammentazione delle cure (Walsh 2007). Infine, parallelamente ai pochi dati conosciuti sull'epidemiologia del fenomeno degli errori terapeutici a domicilio, emerge che non sono state indagate effettive strategie per la riduzione degli errori terapeutici a domicilio per i pazienti pediatrici affetti da patologie croniche (Kaushal 2010).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Obiettivo generale dello studio è esplorare il fenomeno degli errori terapeutici a domicilio, nei pazienti pediatrici con patologia cronica e valutare l'efficacia di strategie di prevenzione specifiche.

Obiettivi specifici

Lo studio prevede 3 fasi di ricerca, condotte con diverse metodologie, i cui obiettivi specifici sono:

1. Descrivere il fenomeno degli errori terapeutici riportati dai genitori nella loro esperienza, in termini di natura dell'errore, frequenza, esiti di morbilità/mortalità e possibili fattori correlati o variabili associate. I risultati dello studio offriranno indicazioni per interventi di prevenzione degli errori di terapia a

domicilio e di miglioramento della sicurezza della terapia domiciliare dei bambini con patologia cronica;
2. Condurre un monitoraggio degli eventi avversi da somministrazione di farmaci a domicilio nei pazienti pediatrici affetti da patologia cronica;
3. Valutare l'efficacia di specifiche strategie di intervento volte alla prevenzione degli eventi avversi da somministrazione di farmaci a domicilio nei pazienti pediatrici affetti da patologia cronica.

Indicatori
I annualità
- revisione della letteratura (si/no)
- costituzione gruppo di ricerca (si/no)
- n° incontri del gruppo di ricerca
- n° questionari raccolti (fase preliminare)
- sviluppo sistema di monitoraggio tradizionale vs high-tech (APP) (si/no)
- conduzione dello studio nel rispetto del timing descritto del diagramma di Gantt (si/no)

II annualità
- sviluppo di una strategia preventiva (si/no)
- valutazione efficacia della strategia preventiva (si/no)
- conduzione dello studio nel rispetto del timing descritto del diagramma di Gantt (si/no)
- stesura report scientifico finale (si/no)
- presentazione pubblica dei risultati dello studio (si/no)
- sottomissione articolo a una rivista indicizzata entro 3 mesi successivi al termine del progetto (si/no)

METODOLOGIA

Il progetto si articola in tre fasi:
I fase di indagine preliminare di conoscenza del fenomeno degli errori terapeutici a domicilio nei suoi aspetti generali. Il disegno di studio di questa fase è retrospettivo.
Strumenti: la raccolta dati verrà condotta attraverso la somministrazione di un questionario a domande chiuse ed aperte, ai genitori e ove pertinente (in relazione all'età ed al livello di sviluppo) ai pazienti che vengono a ricovero presso l'OPBG (in regime ordinario o diurno) per patologia cronica. Il questionario mira ad indagare l'eventualità che il paziente sia incorso in un evento avverso o in un near miss, da somministrazione di terapia farmacologica a domicilio. Inoltre il questionario è indirizzato ad esplorare elementi di dettaglio come il tipo di evento, la natura, il farmaco e la sua formulazione, con quali esiti, che cosa hanno fatto i caregivers e di quali informazioni avrebbero voluto disporre;

II fase volta a descrivere l'incidenza degli eventi avversi da somministrazione di farmaci a domicilio. Il disegno di studio di questa fase è di tipo descrittivo prospettico.
***Strumenti*:** La raccolta dati verrà condotta con adeguati strumenti di follow-up per i pazienti e le famiglie, anche facendo eventuale uso di nuove alternative tecnologiche (per es. applicazioni internet).

III fase di progettazione, implementazione e valutazione di specifiche strategie preventive mirate alla sicurezza nella gestione della terapia a domicilio del paziente. Il disegno di studio di questa terza fase è di valutazione pre-post intervento.
Strumenti: la raccolta dati verrà effettuata secondo la stessa metodologia di indagine della fase pre-intervento.

Campione
La popolazione oggetto di questo studio sarà rappresentata da pazienti in fascia pediatrica affetti da differenti patologie croniche afferenti al Dipartimento di Medicina Pediatrica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù:
-pazienti cronici seguiti presso la Broncopneumologia (Piano 0).
-pazienti cronici seguiti presso la Fibrosi Cistica (Piano 1).
-pazienti cronici seguiti presso la Reumatologia (Piano 2).

RISULTATI ATTESI

I risultati attesi sono correlati alle fasi del progetto:
Il risultato atteso dalla prima fase, preliminare, è la descrizione, nei suoi aspetti generali, del fenomeno degli eventi avversi da farmaci a domicilio, nei pazienti pediatrici affetti da patologia cronica.
Il risultato atteso dalla seconda fase è la descrizione dell'incidenza degli eventi avversi da somministrazione di farmaci a domicilio. Da questo studio descrittivo prospettico, ci si aspetta di conoscere il fenomeno dell'errore terapeutico a domicilio che può interessare in modo particolare i pazienti appena dimessi con una diagnosi di malattia cronica o nel primo anno dall'esordio della condizione patologica.
I risultati della terza fase, saranno:

- La progettazione e l'implementazione di specifiche strategie preventive mirate alla sicurezza nella gestione della terapia a domicilio del paziente. Tali interventi si focalizzeranno sullo sviluppo di un progetto formativo per preparare i genitori alla somministrazione dei farmaci verificando le competenze acquisite e favorendo l'empowerment genitoriale.
- La valutazione dell'impatto e dell'efficacia delle strategie preventive, anche di carattere formativo/informativo/educativo per i genitori di bambini affetti da una patologia cronica, sugli errori terapeutici a domicilio.

Rilevanza

Lo studio fornirà gli elementi per evidenziare i fattori che potrebbero essere associati agli errori nella gestione della terapia farmacologica a domicilio. Da questi elementi si attende la definizione di strategie mirate al fine di prevenire e ridurre il rischio di errore terapeutico in questo contesto. Pertanto la principale ricaduta sarà di garantire una somministrazione sicura ed efficace della terapia a domicilio ai bambini con patologia cronica dimessi dall'ospedale. Inoltre si attende un incremento del coinvolgimento dei genitori o caregivers e ove pertinente dei pazienti, nonché il potenziamento del loro empowerment.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
I ANNUALITÀ		
Costituzione del gruppo di ricerca	Coordinatori	01/03/15-01/04/15
Revisione bibliografica	Coordinatori e project team	02/04/15-01/05/15
Identificazione dello strumento di raccolta dati ed eventuale adattamento al contesto pediatrico	Coordinatori e project team	02/05/15-31/05/15
Elaborazione protocollo di studio e presentazione richiesta di parere del CE	Coordinatori e project team	01/05/15-30/06/15
Creazione maschera inserimento dati	Project team	01/05/15-30/06/15
Raccolta dati retrospettivi	Project team	01/06/15-30/09/15
Imputazione dati	Project team	01/06/15-30/09/15
Analisi descrittiva e statistica dei dati	Project team	01/09/15-31/10/15
Stesura report studio retrospettivo	Project team	01/11/15-31/12/15
Identificazione ed elaborazione strategia di prevenzione	Coordinatori e project team	01/08/15-30/11/15
Identificazione modalità di monitoraggio prospettico degli eventi avversi	Coordinatori e project team	01/08/15-30/11/15
Elaborazione protocollo di monitoraggio degli eventi avversi e richiesta di parere al Comitato Etico	Coordinatori e project team	01/11/15-31/12/15
Inizio arruolamento monitoraggio prospettico degli eventi avversi	Project team	01/11/15-31/12/15
Elaborazione data base per monitoraggio eventi avversi	Project team	01/10/15-30/11/15
Inserimento dei dati degli eventi avversi	Project team	01/12/15-31/12/15
II ANNUALITA		
Continuo del monitoraggio prospettico degli eventi avversi	Project team	01/01/16-30/03/16

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Segue imputazione dei dati	Project team	01/01/16-30/04/16
Revisione degli eventi avversi e analisi dei dati raccolti	Project team	01/01/16-30/04/16
Implementazione strategia di prevenzione	Project team	01/04/16-30/10/16
Ripetizione monitoraggio degli eventi avversi	Project team	01/05/16-30/10/16
Imputazione dei dati	Project team	01/05/16-30/11/16
Analisi dei dati raccolti	Project team	01/10/16-30/11/16
Stesura del rapporto di ricerca	Coordinatori e project team	01/12/16-31/12/16
Stesura e pubblicazione di lavori scientifici	Coordinatori e project team	01/12/16-31/12/16

DIAGRAMMA GANTT

2015

Attività previste	Gen 15	Feb 15	Mar 15	Apr 15	Mag 15	Giu 15	Lug 15	Ago 15	Set 15	Ott 15	Nov 15	Dic 15
Costituzione del gruppo di ricerca			■									
Revisione bibliografica				■								
Identificazione dello strumento di raccolta dati					■							
Sottomissione del progetto ad approvazione del C.E.					■	■						
Creazione maschera inserimento dati					■	■						
Raccolta dati retrospettivi						■	■	■	■			
Imputazione dati						■	■	■	■			
Analisi descrittiva e statistica dei dati									■	■		
Stesura report studio retrospettivo											■	■
Identificazione ed elaborazione strategia di prevenzione								■	■	■	■	
Identificazione modalità di monitoraggio prospettico degli eventi avversi								■	■	■	■	
Elaborazione protocollo di monitoraggio degli eventi avversi e richiesta di parere al C.E.											■	■
Inizio monitoraggio prospettico degli eventi avversi											■	■
Elaborazione data base per monitoraggio eventi avversi										■	■	
Imputazione dati monitoraggio eventi avversi												■

2016

Attività previste	Gen 16	Feb 16	Mar 16	Apr 16	Mag 16	Giu 16	Lug 16	Ago 16	Set 16	Ott 16	Nov 16	Dic 16
Seguito monitoraggio prospettico degli eventi avversi	■	■	■									
Segue imputazione dati eventi avversi	■	■	■	■								
Revisione degli eventi avversi e analisi dei dati raccolti	■	■	■	■								
Implementazione strategia di prevenzione				■	■	■	■	■	■	■		
Ripetizione monitoraggio degli eventi avversi					■	■	■	■	■	■		
Imputazione dei dati					■	■	■	■	■	■	■	
Analisi dei dati										■	■	
Stesura rapporto di ricerca												■
Stesura e pubblicazione lavori scientifici												■

BIOBLIOGRAFIA

1. Litovitz TL, Klein-Schwartz W, Rodgers GC et al. 2001 annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance system. Am. J. Emerg. Med. 2002; 20: 395.
2. Griffin E. Safety considerations and safe handling of oral chemiotherapy agents. Clin J Oncol Nurs 7:25-29, 2003
3. Walsh KE, Dodd KS, Seetharaman K, Roblin DW, Herrinton LJ, Von Worley A, Usmani GN, Baer D, Gurwitz JH. Medication errors among adults and children with cancer in the outpatient setting. J Clin Oncol. 2009 Feb 20;27(6):891-6.
4. Smith MD, Spiller HA, Casavant MJ, Chounthirath T, Brophy TJ, Xiang H. Out-of-hospital medication errors among young children in the United States, 2002-2012. Pediatrics. 2014 Nov;134(5):867-76.
5. Kaushal R, Goldmann DA, Keohane CA, Christino M, Honour M, Hale AS, Zigmont K, Lehmann LS, Perrin J, Bates DW. Adverse drug events in pediatric outpatients. Ambul Pediatr. 2007 Sep-Oct;7(5):383-9.
6. Beckett VL, Tyson LD, Carroll D, Gooding NM, Kelsall AW. Accurately administering oral medication to children isn't child's play. Arch Dis Child. 2012 Sep;97(9):838-41
7. McD Taylor D, Robinson J, MacLeod D, MacBean CE, Braitberg G. Therapeutic errors among children in the community setting: nature, causes and outcomes. J Paediatr Child Health. 2009 May;45(5):304-9
8. Kaushal R, Goldmann DA, Keohane CA, Abramson EL, Woolf S, Yoon C, Zigmont K, Bates DW. Medication errors in paediatric outpatients. Qual Saf Health Care. 2010 Dec;19(6):e30
9. Gruppo di lavoro IFAD. The knowledge of patients on the drug therapies at discharge. Assist Inferm Ric. 2009 Oct-Dec;28(4):176-82
10. Kerzman H, Baron-Epel O, Toren O . What do discharged patients know about their medication? Patient Educ Couns. 2005 Mar;56(3):276-82.
11. Nurit P, Bella BC, Gila E, Revital Z. Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. J Clin Nurs. 2009 Sep;18(17):2530-6.
12. Latter S, Yerrell P, Rycroft-Malone J, Shaw D. Nursing, medication education and the new policy agenda: the evidence base. Int J Nurs Stud. 2000 Dec;37(6):469-79.

13. Kaushal R, Barker KN, Bates DW. How can information technology improve patient safety and reduce medication errors in children's health care? Arch Pediatr Adolesc Med. 2001 Sep;155(9):1002-7.
14. Sullivan JE, Buchino JJ. Medication errors in pediatrics--the octopus evading defeat. J Surg Oncol. 2004 Dec 1;88(3):182-8.
15. Grimes T, Delaney T, Duggan C, Kelly JG, Graham IM. Survey of medication and continuity of care documentation at hospital discharge: implications for patient safety. Ir J Med Sci. 2008 Jun;177(2):93-7.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

IMPATTO DEL PROFESSIONAL ASSESSMENT INSTRUMENT

COORDINATORE PROGETTO
M. Zega
F. D'Agostino
R. Alvaro

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.7

TITOLO PROGETTO

Utilizzo del nursing minimum data set del PAI per descrivere l'assistenza infermieristica e valutare il suo impatto

Using the nursing minimum data set of the PAI to describe nursing care and evaluate its impact

ABSTRACT

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 finanziamento ricevuto dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Dopo il suo sviluppo, il PAI è stato implementato in un ospedale universitario ed è attualmente parte integrante dell'electronic health record della struttura ospedaliera. Nonostante ciò, durante l'implementazione di un sistema informativo infermieristico nella pratica clinica vi è sempre un alto rischio di fallimento, pertanto la valutazione del suo impatto è molto importante. Attualmente, dati socio-demografici, assistenziali e di servizio sono raccolti sistematicamente con il PAI. Fino ad oggi in Italia nessuno studio è stato condotto per descrivere l'assistenza infermieristica prestata in ambito ospedaliero tramite la raccolta di un nursing minimum data set e inoltre nessuno studio ha indagato se questi dati sono utili a predire outcome di assistenza o di risorse utilizzate. L'uso del PAI in ambito regionale e nazionale può favorire l'omogeneità dell'assistenza infermieristica e la continuità assistenziale.

Obiettivi: Gli obiettivi di questo progetto sono: 1) valutare l'impatto del PAI all'interno della struttura ospedaliera in cui è stato implementato; 2) descrivere le varie popolazioni di pazienti e l'assistenza infermieristica in termini di diagnosi infermieristiche, interventi e risultati tramite i nursing minimum data set raccolti con il PAI; 3) indagare se i nursing minimum data set contenuti nel PAI sono predittori di outcome di assistenza o di risorse utilizzate; 4) aggiornare e successivamente implementare il PAI in altre strutture sanitarie regionali.

Metodi: Un disegno longitudinale quantitativo-qualitativo sarà utilizzato per raggiungere l'obiettivo 1). Un disegno longitudinale sarà utilizzato per raggiungere gli obiettivi 2) e 3). Per l'obiettivo 1) un campione di 10 unità operative sarà arruolato. Tutti gli infermieri clinici delle unità operative saranno arruolati. Un campione di circa 600 documentazioni infermieristiche dei vari reparti sarà analizzata. Per raggiungere gli obiettivi 2) e 3) sarà arruolato un campione di 5 unità operative. Per raggiungere l'obiettivo dello studio saranno utilizzati diversi questionari/strumenti per indagare le variabili longitudinalmente 1) Per la parte qualitativa saranno effettuati dei focus group 1). Le schede di report del PAI e le cartelle cliniche saranno utilizzate per raccogliere le variabili relative agli obiettivi 2) e 3).

***Risultati attesi*:** Da questo progetto ci si aspetta di verificare l'impatto del PAI all'interno dell'ospedale in cui è stato implementato; di conoscere il grado di successo o di insuccesso del PAI nella pratica; di descrivere l'assistenza prestata e lo stato di salute della popolazione tramite un set minimo essenziale di dati con definizioni e codici standard. Inoltre, si potrà verificare se i nursing minimum data set sono predittori di outcome assistenziali o di risorse.

Inoltre ci si aspetta di aggiornare e implementare il PAI in altre strutture sanitarie permettendo così in futuro di aggregare dati uniformi e confrontabili attraverso diversi set assistenziali e tipologie di assistiti.

Parole chiave: Sistema informativo infermieristico, nursing minimum data set, electronic health record, studio longitudinale

ABSTRACT

Background: 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 implemented in a teaching hospital and is part of the hospital electronic health record. The implementation of nursing information system in healthcare settings can be associated with the risk of failure, therefore evaluations of nursing information system's impact in clinical practice is important. Currently, socio-demographic, patient care and service data are collected with the PAI. To date, in Italy, no study has been conducted to describe nursing care delivered in hospital by means of collecting a nursing minimum data set (NMDS). Moreover, no study has investigated whether these data are useful to predict patient outcomes and resource used. At a regional and national level, the use of the PAI can promote the continuity of patient care and homogeneity of nursing care.

Objective: The objectives of this project are: 1) to evaluate the impact of the PAI in hospital where it was implemented; 2) to describe the diversity of patient populations and variability of nursing care by means of the NMDS collected with the PAI; 3) to investigate whether the NMDS are predictors of patient outcomes and resource used; 4) to update and implement the PAI in other regional health care facilities.

***Methods*:** A qualitative-quantitative longitudinal study will be used to reach objective 1). A longitudinal design will be used to reach objectives 2) and 3). To reach objective 1) a sample of 10 wards will be enrolled. All nurses of the wards will be enrolled. A sample of 600 nursing documentation will be evaluate. To reach objectives 2) and 3) a sample of 5 wards will be enrolled. Several instruments will be used to investigate longitudinally the variables to reach objective 1). Furthermore, focus group will be conducted for the qualitative study. Report forms of the PAI and medical records will be used to collect variables to reach objectives 2) and 3).

***Expected results*:** This project will assess the impact of the PAI in hospital. Furthermore, it will describe the nursing care provided and the state of health of the hospital population investigated through a NMDS. In addition, it will evaluate whether the NMDS are predictors of patient outcomes and resource used.
Finally, the project will update and implement the PAI in other health care facilities allowing to aggregate and compare consistent data across different health care settings and patient populations.

Key words: Nursing information system, nursing minimum data set, electronic health record, longitudinal study

BACKGROUND

Il Professional Assessment Instrument (PAI) è un Sistema Informativo Infermieristico (SII), 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]. All'interno del PAI un sistema di supporto alla decisione clinica per individuare le diagnosi infermieristiche è stato realizzato e validato con un team di esperti [2]. 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 [3]. Attualmente il PAI è stato implementato in un ospedale universitario ed è parte integrante dell'electronic health record della struttura ospedaliera.
Durante l'implementazione di un SII nella pratica clinica vi è molto spesso il rischio di fallimento con cause che possono essere differenti [4,5]. Fino ad oggi pochi studi sono stati condotti per valutare l'impatto dei SII nella pratica clinica e inoltre quelli condotti, non hanno ben evidenziato le variabili all'interno delle dinamiche sottostanti il successo o il fallimento di un SII [6,7].
Attualmente, dati socio-demografici, assistenziali e di servizio sono raccolti sistematicamente con il PAI nella struttura ospedaliera in cui è stato implementato. Fino ad oggi, in Italia nessuno studio è stato condotto per descrivere l'assistenza infermieristica prestata in ambito ospedaliero tramite la raccolta di un NMDS, inoltre nessuno studio ha indagato se questi dati sono utili a predire outcome di assistenza o di risorse utilizzate.
Inoltre, l'uso di uno strumento come il PAI su tutto il territorio regionale e in futuro anche nazionale può favorire l'omogeneità dell'assistenza infermieristica e la continuità assistenziale.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Gli obiettivi di questo progetto sono quelli di:
1. Valutare l'impatto del PAI all'interno della struttura ospedaliera in cui è stato implementato;

2. Descrivere la diversità delle varie popolazioni di pazienti e la variabilità dell'assistenza infermieristica in termini di prevalenza di diagnosi infermieristiche, interventi e risultati tramite i NMDS raccolti sistematicamente con il PAI;
3. Indagare se i NMDS contenuti nel PAI sono predittori di outcome di assistenza o di risorse utilizzate;
4. Aggiornare/modificare il PAI sulla base dei risultati dell'obiettivo 1) e implementare il suo uso in altre strutture sanitarie regionali.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici dell'obiettivo 1) sono:

1. Descrivere longitudinalmente come le variabili si modificano nel tempo;
2. Identificare i predittori della soddisfazione degli infermieri nell'uso del PAI;
3. Esplorare le esperienze degli infermieri che hanno utilizzato il PAI.
4. Gli obiettivi specifici dell'obiettivo 2) sono:
5. Descrivere la prevalenza di diagnosi infermieristiche, interventi infermieristici e risultati di assistenza infermieristica;
6. Identificare differenze significative tra le varie popolazioni di pazienti sulla base dei NMDS raccolti.
7. Gli obiettivi specifici dell'obiettivo 3) sono:
8. Valutare se le diagnosi infermieristiche sono dei predittori dell'uso di risorse (lunghezza della degenza, interventi infermieristici);
9. Valutare se le diagnosi infermieristiche sono dei predittori dei risultati di assistenza (mortalità, stato alla dimissione, istituzionalizzazione alla dimissione)

METODOLOGIA

Disegno del progetto

Per raggiungere l'obiettivo 1) il disegno che guiderà lo studio sarà di tipo longitudinale quantitativo-qualitativo. Per raggiungere gli obiettivi 2) e 3) il disegno sarà longitudinale.

Campione e setting

Il PAI è attualmente implementato in un ospedale universitario. Per raggiungere l'obiettivo 1) verrà arruolato un campione di 10 unità operative. Tutti gli infermieri clinici delle unità operative verranno arruolati. Inoltre, un campione di circa 600 documentazioni infermieristiche dei vari reparti sarà analizzata.
Per raggiungere gli obiettivi 2) e 3) sarà arruolato un campione di 5 unità operative.

Strumenti

Per raggiungere l'obiettivo 1) i seguenti questionari/strumenti saranno utilizzati:
Dati Quantitativi
I seguenti questionari saranno somministrati agli infermieri:

- Questionario socio-demografico per raccogliere dati quali età, sesso, formazione etc.;
- Atteggiamenti degli infermieri verso l'informatizzazione per misurare l'atteggiamento degli infermieri verso il processo di informatizzazione;
- Atteggiamenti degli infermieri verso il processo di nursing per misurare l'atteggiamento degli infermieri verso il processo di nursing;
- Atteggiamenti degli infermieri verso la diagnosi infermieristica per misurare l'atteggiamento degli infermieri verso la diagnosi infermieristica;
- Qualità percepita del PAI per misurare la qualità del sistema PAI percepita dagli infermieri;
- Qualità percepita del servizio offerto per l'uso del PAI per misurare la qualità del servizio di assistenza fornito per l'uso del PAI percepita dagli infermieri;
- Qualità percepita delle informazioni contenute nel PAI per misurare la qualità dei contenuti presenti nel PAI percepita dagli infermieri;
- Soddisfazione nell'uso del PAI per misurare la soddisfazione generale degli infermieri nell'uso del PAI;
- Intenzione all'uso del PAI per misurare l'intenzione degli infermieri all'uso del PAI;
- Fattori ostacolanti/favorenti l'uso del PAI per misurare i fattori ostacolanti/favorenti percepiti dagli infermieri nell'uso del PAI;
- Benefici netti percepiti nell'uso del PAI per misurare i benefici netti percepiti dagli infermieri nell'uso del PAI.

Il seguente strumento sarà utilizzato per verificare l'accuratezza della documentazione:

- D-Catch instrument

Dati qualitativi
- Focus groups per indagare le esperienze degli infermieri nell'uso del PAI.

Strumenti
Per raggiungere gli obiettivi 2) e 3) i seguenti strumenti saranno utilizzati:
- Schede di report del PAI per raccogliere i NMDS;
- Cartella clinica per raccogliere variabili quali: mortalità, stato alla dimissione, istituzionalizzazione alla dimissione.

Procedure per la raccolta dati
Per l'obiettivo 1), saranno studiati gli infermieri che utilizzano il PAI e la documentazione infermieristica per il 1 anno. Misure ripetute saranno effettuate sulle diverse variabili individuate, misurate con gli strumenti sovra elencati. I diversi strumenti saranno somministrati a tempo 0 e dopo un periodo di 4, 8, e 12 mesi dall'implementazione del sistema. Dopo 4 e 12 mesi dall'implementazione del sistema saranno effettuati focus group per studiare da un punto di vista qualitativo il fenomeno.
Per gli obiettivi 2) e 3), misure ripetute saranno effettuate sui NMDS che gli infermieri giornalmente documentano nelle varie unità operative di appartenenza per un periodo di 1 anno.

Analisi dei dati
I dati verranno analizzati da un punto di vista quantitativo per calcolare gli indici di tendenza centrale e di dispersione in riferimento alle variabili raccolte. L'analisi della varianza sarà utilizzata per identificare differenze significative tra i gruppi di pazienti sulla base dei NMDS. La regressione multipla verrà utilizzata al fine di individuare i predittori della soddisfazione degli infermieri nell'uso del PAI. Regressioni multiple saranno utilizzate per individuare i predittori, rispettivamente, dell'uso di risorse e degli outcome di assistenza. L'analisi qualitativa verrà effettuata tramite un'analisi del contenuto dei focus group con successiva codificazione. I software SPSS e Altas.ti saranno utilizzati rispettivamente per l'analisi quantitativa e qualitativa.

RISULTATI ATTESI

In primo luogo questo progetto permetterà di verificare l'impatto del sistema informativo infermieristico all'interno dell'ospedale in cui è stato implementato. Ci si aspetta di conoscere il grado di successo o di insuccesso del PAI nella pratica clinica.
Da questo progetto ci si aspetta di descrivere l'assistenza prestata e lo stato di salute della popolazione tramite un set minimo essenziale di dati con definizioni e codici standard, verificare se i NMDS sono predittori di outcome assistenziali o di risorse utilizzate.
Infine, ci si aspetta di implementare il PAI in altre strutture sanitarie regionali.
Rilevanza
I sistemi informativi infermieristici sono parte integrante degli electronic health records. Gli electronic health records sono fondamentali per il sistema sanitario poiché rappresentano il deposito delle informazioni sanitarie della popolazione con possibilità di accesso e d'uso da parte dei diversi utilizzatori del sistema stesso. Pertanto le conoscenze riguardo il grado di successo o di insuccesso del PAI saranno importanti perché forniranno importanti indicazioni per mettere in atto interventi per migliorare i sistemi informativi infermieristici. La descrizione dell'assistenza infermieristica, tramite i NMDS raccolti sistematicamente con il PAI, permetterà di aggregare dati uniformi e confrontabili tra diversi set assistenziali e tipologie di assistiti. L'eventuale potere predittivo dei NMDS potrà essere utilizzato per scopi assistenziali e amministrativi. L'implementazione del PAI in altre strutture sanitarie potrà favorire l'uniformità e la continuità dell'assistenza in ambito regionale e in futuro anche nazionale.

PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
1.	Raccolta dati studio quantitativo-qualitativo impatto del PAI	Coordinatori, project team	01/01/2015 – 31/03/2015
2.	Inserimento dati quantitativi nel database per le analisi	Coordinatori, project team	01/04/2015 – 30/04/2015
3.	Trascrizione dati qualitativi	Coordinatori, project team	01/05/2015 – 31/05/2015

Descrizione attività		Risorse impegnate	Durata
4.	Analisi dei dati quantitativi e qualitativi	Coordinatori, project team	01/05/2015 – 31/08/2015
5.	Scrittura report di ricerca	Project manager, coordinatori, project team	01/09/2015 – 31/12/2015
6.	Preparazione database per analisi dati NMDS (studio descrittivo)	Coordinatori, project team	01/01/2016 – 31/03/2016
7.	Analisi dati descrittiva NMDS	Coordinatori, project team	01/04/2016 – 30/06/2016
8.	Scrittura report di ricerca	Project manager, coordinatori, project team	01/07/2016 – 31/12/2016
9.	Preparazione database per analisi dati NMDS (studio predittivo)	Coordinatori, project team	01/01/2017 – 28/02/2017
10.	Analisi dati	Coordinatori, project team	01/03/2017 – 30/06/2017
11.	Scrittura report di ricerca	Project manager, coordinatori, project team	01/07/2017 – 31/12/2017
12.	Aggiornamenti/modifiche PAI	Project manager, coordinatori, project team	01/09/2015 – 28/02/2016
13.	Analisi delle strutture sanitarie dove sarà implementato il PAI	Project manager, coordinatori, project team	01/03/2016 – 31/05/2016
14.	Informatizzazione delle strutture sanitarie con il PAI	Coordinatori, project team	01/06/2016 – 30/09/2016
15.	Formazione del personale delle strutture sanitarie	Coordinatori, project team	01/10/2016 – 31/12/2016
16.	Implementazione del PAI in altre strutture sanitarie	Project manager, coordinatori, project team	01/01/2017 – 31/12/2017

DIAGRAMMA GANTT

ANNO 2015

	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Raccolta dati studio quantitativo-qualitativo impatto del PAI	■	■	■									
Analisi dati quantitativo-qualitativo				■	■	■	■	■				
Scrittura report di ricerca									■	■	■	■
Aggiornamenti/modifiche PAI									■	■	■	■

ANNO 2016

	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Aggiornamenti/modifiche PAI	■	■										
Preparazione database e analisi dati NMDS (studio descrittivo)	■	■	■	■	■	■						

	MESI											
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Analisi delle strutture sanitarie dove sarà implementato il PAI												
Informatizzazione strutture sanitarie con PAI												
Scrittura report di ricerca (studio descrittivo)												
Formazione del personale delle strutture sanitarie												

ANNO 2017

	MESI											
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Preparazione database e analisi dati NMDS (studio predittivo)												
Scrittura report di ricerca (studio predittivo)												
Implementazione PAI in altre strutture sanitarie												

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. 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. PubMed PMID: 24134473.
3. 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.
4. Asan O, Smith P, Montague E. More screen time, less face time – implications for EHR design. J Eval Clin Pract. 2014 Dec;20(6):896-901. PubMed PMID: 24835678.
5. Sanders DS, Read-Brown S, Tu DC, Lambert WE, Choi D, Almario BM, et al. Impact of an electronic health record operating room management system in ophthalmology on documentation time, surgical volume, and staffing. JAMA Ophthalmol. 2014 May;132(5): 586-92. PubMed PMID: 24676217.
6. Booth RG. Examining the functionality of the DeLone and McLean information system success model as a framework for synthesis in nursing information and communication technology research. Comput Inform Nurs. 2012 Jun;30(6):330-45. PubMed PMID: 22411411.
7. 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. PubMed PMID: 23703307.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

STILI DI VITA E BENESSERE DI INFERMIERI E STUDENTI INFERMIERI

COORDINATORE PROGETTO
W. De Caro - E. Corvo
A.R. Marucci - L. Mitello
J. Sansoni

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.8

TITOLO PROGETTO

Stili di vita, salute e benessere degli infermieri e degli studenti infermieri italiani

Lifestyle, health and well-being of Italian nurses and student nurses

ABSTRACT

***Background*:** Gli infermieri rappresentano la figura chiave del servizio sanitario per ottenere i migliori risultati nella promozione della salute. Nonostante ciò, la letteratura indica che l'esercizio delle competenze rispetto a stili di vita non è sempre adeguato.
***Obiettivi*:** Lo studio mira a valutare comportamenti e conoscenze di stili di vita degli infermieri e studenti infermieri, con l'obiettivo di attuare strategie volte a trasferire la conoscenza agli utenti.
***Metodi*:** Il progetto, di natura quasi-sperimentale, metodo misto, longitudinale prospettico, è diviso in più fasi interconnesse:

- Fase A- survey online agli infermieri e agli studenti infermieri italiani, elaborazione di apposite infografiche e definizione interventi;
- Fase B- coinvolgimento degli infermieri attraverso l'indagine online (adesione volontaria), la formazione attraverso in formato blended elearning in tema di promozione di stili di vita, nonche il prosieguo della survey sugli stessi soggetti;
- Fase C- una campagna di valorizzazione specifica, con workshop, linee di indirizzo ed eventi, nonche il prosieguo della survey.

***Risultati attesi*:** Il progetto proposto fornisce un quadro esaustivo e robusto degli stili di vita e benessere degli infermieri per:

- identificare il livello di conoscenza degli infermieri rispetto a stili di vita e promozione della salute;
- produrre eventi e materiale formativo con il convolgimento di stakeholders;
- contribuire a migliorare l'impatto per la professione e per la popolazione

Parole chiave: Promozione della salute, infermieri, modello di ruolo, stili di vita, formazione infermieri.

ABSTRACT

***Background*:** Nurses have an absolutely key role to achieve best results in health promotion. Despite their role, expertise and professional knowledge on healthy lifestyle choices, research indicates that nurses do not apply to themselves this knowledge.
***Objectives*:** The study aims to examine and evaluate nurses and nursing students' health behaviours and lifestyles as well as their knowledge on health promotion, with the aim of setting up strategies to enhance and transfer their knowledge to health services' users.
***Methods*:** The project, quasi-experimental, mixed method approach, lengths 3 years:

- Phase A an online survey will be carried out to detect nurses and nursing students' health status, knowledge on health promotion intervention and policies, developing of appropriate info-graphics to identify specific areas of intervention;
- Phase B in the light of PHASE A, nurses will be recruited also (but not exclusively) through the online survey and involved in seminars and e-learning using also blended training;
- Phase C This fase will provide a broad campaign to enhance the nursing role in the field of health

promotion, providing conference, seminar and workshop for population.

***Expected results*:** Three main result are expected:

- to identify the nurses' knowledge on NCDs, health promotion, health policies;
- to produce learning material useful for a wide number of nurses, involving various stakeholders;
- to help to define nurse's role in health education and promotion for themselves and for the population

Keywords: Health promotion, nurses, lifestyle, role model, nursing education.

BACKGROUND

Il punto di partenza del proposto progetto è che per insegnare salute bisogna conoscere la salute e impegnarsi per essere in salute. L'infermiere, vero e proprio avamposto del servizio sanitario nazionale, è una figura assolutamente centrale e chiave per il raggiungimento dei migliori risultati di promozione della salute. Appare importante porre attenzione su tre aspetti: a) il ruolo degli infermieri come promotori della salute (propria e degli altri), b) il ruolo delle malattie non trasmissibili nell'epidemiologia europea e mondiale, c) gli stili di vita, quali aspetti che influenzano e determinano fortemente la salute degli individui.

a) il ruolo degli infermieri come promotori della salute (propria e degli altri)

Il Codice deontologico degli infermieri[1] approvato dal Comitato centrale della Federazione IPASVI con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi IPASVI riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009 al Capo 4, articolo 19 recita: «L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione». A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori». L'*International Council of Nurses* (ICN) nel documento «ICN *on mobilising nurses for health promotion*»[2] conferma il ruolo chiave degli infermieri nella promozione della salute e del benessere. L'*American Nurses Association (ANA)* definisce un infermiere sano – «*Healthy Nurse*»[3] come «Chi attivamente è focalizzato nel trovare e mantenere un bilanciamento ed una sinergia tra il benessere fisico, intellettuale, emozionale, spirituale, personale e professionale. Un infermiere sano vive la vita nella piena capacità con un continuum tra benessere e malessere. Gli infermieri diventano modello valorizzando il ruolo di educatore (alla salute) per le loro famiglie per le loro comunità nei luoghi di lavoro e per i loro pazienti». La definizione sopra riproposta non lascia dubbi: l'infermiere è e deve essere foriero di salute per sé e per gli altri.

b) il ruolo delle malattie non trasmissibili nell'epidemiologia europea e mondiale

Le malattie non trasmissibili (MNT) - malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche e diabete sono responsabili della maggior parte delle morti nel mondo[4,5]. Il 63% dei decessi mondiali (36 milioni di persone) è ascrivibile alle malattie non trasmissibili. Le malattie non trasmissibili sono fortemente influenzate dalle abitudini di vita quali l'abitudine al fumo, le abitudini alimentari, l'inattività fisica e l'alcol e quindi sono evitabili attraverso la promozione di uno stile di vita sano. L'OMS identifica nove strumenti per combattere le MNT entro il 2015, tra questi nove, sette sono focalizzati sulla promozione e l'educazione alla salute, a) riduzione del consumo dannoso di alcol; b) attività fisica c) riduzione dell'assunzione di sale/iodio d) riduzione uso del tabacco e)riduzione della pressione alta f) diminuzione del numero di persone con il diabete e obese g) prevenzione di infarti e ictus.[4]

Anche il recente Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018[6] pone un fortissimo accento sulla necessità di operare al fine di ridurre il carico prevenibile ed evitabile delle MNT e potenziare al massimo le attività di promozione della salute adottando un approccio multidimensionale con strategie volte ad ampliare l'emporwement e le competenze dei diversi operatori e in particolare degli infermieri.

c) gli stili di vita quali aspetti che influenzano e determinano fortemente la salute degli individui

Ognuno dei target, qui brevemente ricordati, interessa i comportamenti quotidiani degli individui, comportamenti che hanno un impatto sulla salute e sul sistema sanitario in termini di costi e di prestazioni assistenziali. I cambiamenti sociali, culturali e tecnologici nei paesi occidentali in particolare, in Europa ed in Italia negli ultimi 60 anni, hanno prodotto una serie di cambiamenti nel *modus vivendi* dell'uomo, creando un uomo più sedentario e pigro, che consuma pasti poco sani e che ha sviluppato una dipendenza dal fumo e dall'alcool.[7]

Uno studio recente[8] sostiene che al momento sussiste un vero e proprio *gap* nella produzione scientifica; infatti esistono poche pubblicazioni su questo argomento e sul ruolo attivo degli infermieri per il raggiungimento del maggiore livello di benessere possibile. La ricerca ha posto la sua attenzione su elementi importanti che certamente influenzano la salute dell'infermiere (*burnout*, disagio emotivo, benessere organizzativo), mentre poco è stato detto sul ruolo dell'infermiere come promotore di salute per

sé stesso e per gli altri[7].
Avere uno stile di vita sano e dimostrarlo nei fatti non è pura accademia ma è invece un aspetto fondamentale da tenere in conto perché spesso è l'infermiere il primo professionista della salute con il quale il paziente entra in contatto ed è quello con il quale ha, di fatto, più contatti, l'aspetto fisico poco sano, come in particolare operatori obesi, o le abitudini di vita poco sane possono influenzare negativamente il paziente stesso e la sua aderenza al trattamento[9] [10].
Nonostante il loro ruolo, la loro competenza e conoscenza professionale in riferimento ai determinanti della salute e alle scelte di vita sane, la ricerca indica che gli infermieri non applicano a loro stessi questa conoscenza [11, 12, 13,14]. In letteratura vi è accordo sul fatto che gli infermieri fumano di più sia rispetto alla popolazione sia rispetto ad altri professionisti della salute[15], come anche che fanno meno attività fisica[14,16].
È di tutta evidenza la necessità di potenziare l'attenzione verso gli stili di vita ed i comportamenti di salute appropriati. Una maggiore attenzione degli infermieri e degli altri operatori sanitari porterebbe all'innescarsi di un circuito di salute ancora più virtuoso.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale
Lo studio mira a valutare i comportamenti di salute e gli stili di vita degli infermieri e degli studenti infermieri italiani e le loro conoscenze in tema, con l'obiettivo di mettere in atto strategie volte a trasferire le loro conoscenza agli utenti dei servizi sanitari.

Obiettivi specifici
FASE A
1. Effettuare una revisione della letteratura, anche per la definizione degli strumenti di indagine.
2. Attraverso survey online (longitudinale) valutare le abitudini di vita degli infermieri e degli studenti infermieri e provvedere alla validazione degli strumenti.

a. Descrivere similitudini e differenze regionali, culturali, sociali e di genere a livello nazionale;
b. Identificare, attraverso gli strumenti di *self-reporting*, infermieri e studenti infermieri il livello di salute, qualità di vita e stili di vita.
c. Valutare le conoscenze degli infermieri e degli studenti infermieri rispetto alle abitudini di vita, l'impatto che queste hanno sulla salute, le malattie non trasmissibili e le politiche di promozione della salute italiane;

3. Identificare strategie di valorizzazione del ruolo infermieristico in tema di promozione della salute e del benessere.

Si terrà conto in questa fase degli aspetti etici e degli eventuali flussi informativi-autorizzativi a comitato etico.

FASE B
1. Prosecuzione indagine longitudinale attraverso *survey* online;
2. Interventi formativi/informativi/divulgativi sulle abitudini di vita e la loro influenza sulla salute individuale in presenza, blended e a distanza.
3. Valutare con gli stessi strumenti di cui al sub 2 (FASE A) le competenze acquisite dopo l'intervento formativo;

FASE C
1. Prosecuzione indagine longitudinale attraverso *survey* online;
2. Sviluppare apposito *tool-kit* e linee di indirizzo da utilizzare da parte degli infermieri e testare la modalità di trasferimento agli utenti dei servizi sanitari;
3. Divulgare e creare consapevolezza sul ruolo dell'infermiere nella promozione ed educazione alla salute della popolazione.

METODOLOGIA

FASE A
Lo studio quasi sperimentale, si avvarrà di approccio metodologico misto, con strumenti quantitativi e qualitativi.
Durante la fase A verranno effettuate una revisione bibliografica sull'argomento (obiettivo n. 1) e contemporaneamente una *survey on line* (obbiettivo n. 2 sub let a), b), c) .
La revisione della letteratura (obbiettivo n.1 e n. 3) mirerà alla valutazione dello stato dell'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 in Italia nella promozione della salute.

La popolazione oggetto di indagine è quella degli infermieri e degli studenti infermieri. Sarà prescelto il personale infermieristico o studenti. Sarà, quindi, attuata una *survey* on line di tipo prospettico sottocategorizzata in tre fasi, utilizzando specifiche scale di misurazione ritenute affidabili dalla comunità scientifica (illustrativi esempi degli aspetti indagati: parametri antropometrici, fumo, alimentazione, stili di vita, qualità della vita, etc.) rivolta ad infermieri e studenti infermieri. L'indagine prevede in questa fase di rilevazione la raccolta di informazioni ed eventi significativi (es. turnistica) relativi agli stili di vita ed al benessere di tipo retrospettivo.
L'erogazione della *survey*, attraverso la piattaforma Limesurvey, da installare su server specifico, dovrà avvenire nei mesi di Giugno e Luglio 2015 così da consentire la pubblicazione dei risultati preliminari nel periodo dell'EXPO MILANO 2015 e terminare entro il mese di dicembre 2015 sulla base della ricerca della letteratura.
In tale ambito, agli infermieri, sarà chiesto - solo previa accettazione - di essere inclusi nella fase successiva che prevede sia uno studio longitudinale che una fase formativa specifica (rilascio di telefono e mail).
L'indagine prevede l'utilizzo di software di analisi statistica quali SPSS e SAS e per la parte a riposta aperta i software Atlas.TI e di trattamento automatizzato lessicale e testuale e analisi del contenuto.
Gli indicatori per la fase A. sono la stesura del report finale della revisione della letteratura e invio del progetto – revisione per la pubblicazione articolo scientifico, l'attivazione della survey on line entro il mese previsto e coinvolgimento almeno 5000 rispondenti alla fine della prima fase. La pubblicazione risultati preliminari survey è prevista durante il periodo dell'EXPO 2015: Nutrire il pianeta: Energia per la vita.

FASE B
La seconda fase al sub. 1 prevede il proseguimento della ricerca longitudinale sugli infermieri che hanno aderito allo studio, attraverso una *survey* online come definita nella fase precendente e l'analisi dei dati con i software indicati.
Per il sub. 2. saranno quindi sviluppati e messi in atto interventi formativi rivolti agli infermieri e agli studenti infermieri a diversi livelli alla luce dei risultati della survey e della revisione della letteratura. L'erogazione del corso è prevista in modalità *blended*, attraverso piattaforma e-learning *open source Moodle*. Relativamente alla stessa tematica sarà sviluppato un evento per il personale dirigente e del settore formazione, anche con lo scopo di valutare la sensibilità rispetto all'argomento ed individuare le strategie migliori per la preparazione di materiali per lo sviluppo di campagne informative specifiche.
Per quanto attiene il sub C sarà attuata una valutazione immediata dell'intervento formativo ed il *follow up* da eseguire nella fase C.
Gli indicatori della Fase B sono la preparazione dei materiali didattici per l'attivazione della formazione blended online, l'efettuazione dell'evento formativo per dirigenti e formatori e la valutazione degli eventi formativi.

FASE C
La Fase C prevede per il sub. 1 la prosecuzione dell'indagine longitudinale di cui alla fase A. In questa fase verranno verificate le variabili anche in confronto con l'intervento formativo e saranno analizzati e confrontati con i valori degli anni precedenti. Saranno utilizzati i software di analisi statistica quali SPSS e SAS e per la parte a risposta aperta i software Atlas.TI e di trattamento automatizzato lessicale e testuale.
Per il sub. 2. e per il sub. 3 la preparazione di *tool -kit* e linee di indirizzo utili al personale infermieristico per le attività di promozione della salute, anche in ambito formativo universitario, e la messa in atto di una campagna, attraverso pubblicazioni ed infografiche, di valorizzazione del ruolo infermieristico nel settore della promozione della salute e degli stili di vita, sarà svolto con un approccio di tipo partecipatorio fin dalla fase di pianificazione e successiva implementazione e valutazione.
Gli indicatori sono la conclusione dell'indagine, l'analisi statistica correlazionale ed il confronto tra le diverse fasi della survey, la definizione e la pubblicazione di *tool -kit* e linee di indirizzo specifiche per gli infermieri nell'area della promozione degli stili di vita, la pubblicazione del report finale e l'invio dell'articolo scientifico per la pubblicazione su rivista infermieristica censita.

RISULTATI ATTESI

Il progetto proposto ha quattro principali risultati attesi:
- fornire un quadro il più possibile esaustivo e robusto dello stato di salute e sugli stili di vita degli infermieri;
- identificare il livello di conoscenza degli infermieri rispetto alle MNT, la promozione della salute, le politiche sanitarie;

- produrre materiale ed coinvolgere svariati stakeholders in eventi formativi;
- contribuire a definire il ruolo dell'infermiere nell'ambito dell'educazione e promozione della salute per sé stessi e per la popolazione alla salute.

I risultati dello studio quindi I) amplieranno la conoscenza scientifica; II) forniranno ausili formativi innovativi III) ottimizzeranno le raccomandazioni in materia di salute e benessere IV) rafforzeranno il ruolo dell'infermiere nella società ed all'interno del sistema salute italiano.

Si intende ampliare la conoscenza scientifica attraverso la definizione di strumenti appropriati di rilevazione *self–reported,* ottimizzati per il funzionamento online e su dispositivi mobili. Saranno, inoltre, studiate le interazioni e i fattori che caratterizzano lo stile di vita degli infermieri e che influiscono sul rischio di cattiva salute, oltre che le modalità con cui sono valutati dai professionisti gli interventi di promozione della salute. Tutte queste evidenze ed una più solida conoscenza della tematica, conseguita attraverso una puntuale revisione bibliografica, saranno utili per offrire strumenti atti a valorizzare il ruolo infermieristico, a migliorare il ruolo di "promotori della salute" come anche a fornire raccomandazioni – linee di indirizzo in materiale di salute e benessere. In aggiunta a quanto detto, la conoscenza acquisita grazie al progetto potrà essere un punto di partenza importante per sviluppare nuove ricerche sul tema, come anche per produrre interventi formativi e materiale divulgativo appropriato, da distribuire ad ampio raggio anche attraverso innovativi strumenti multimediali. L'approccio eminentemente scientifico e i risultati generati dalle analisi contribuiranno alla crescita della comunità scientifica infermieristica.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTI DI RICERCA	SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1	Definizione linee strategiche progetto	Coordinatori	Marzo- Aprile 2015
2	FASE A	Coordinatori	
	Revisione della letteratura, strumenti e definizione survey	Coordinatori e Project team (da individuare)	Aprile – Giugno 2015
	Messa in atto survey	Coordinatori e Project team (da individuare)	Marzo 2015- Settembre 2017
	Risultati preliminari survey	Coordinatori e Project team (da individuare)	Settembre 2015
3	FASE B		
	Valutazione aspetti etici	Coordinatori e Project team (da individuare)	Giugno-Dicembre 2015
	Eventi formativi e eventi blended-online	Coordinatori e Project team (da individuare)	Gennaio–Marzo 2017
	Analisi di dei dati dello studio	Coordinatori e Project team (da individuare)	Gennaio–Dicembre 2017
4	FASE C		Gennaio–Dicembre 2017
	Definizione tools kit e linee di indirizzo specifiche e divulgazione	Coordinatori e Project team (da individuare)	Gennaio-Settembre 2017
	Divulgazione Report Conclusivo	Coordinatori e Project team (da individuare)	Ottobre- Dicembre 2017
	Proposta pubblicazione finale	Responsabile Polo, Coordinatori e Project Team	Ottobre- Dicembre 2017

DIAGRAMMA GANTT

	Mar Apr 2015	Apr Giu 2015	Lug sett 2015	Ott dic 2015	Gen mar 2016	Apr giu 2016	Lug set 2016	Ott dic 2016	Gen mar 2017	Apr giu 2017	Lug set 2016	Ott dic 2017
Definizione linee strategiche progetto	■											
Fase 1- Revisione della letteratura, strumenti e definizione survey	■	■										
Fase 1 - Messa in atto survey		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Fase 1- risultati preliminari			■									
Fase 2 –Aspetti etici e progettazione			■	■								
Fase 2 -Eventi formativi e eventi blended-online					■	■	■	■	■			
Fase 2 -Analisi di dei dati dello studio										■	■	■
Fase 3 -Definizione tool-kit e linee di indirizzo specifiche									■	■	■	
Fase 3 - Report Conclusivo												■
Fase 3 –Invio pubblicazione scientifica												■
Fase 3 -Chiusura progetto												■

BIBLIOGRAFIA

1. Ipasvi, Federazione Nazionale Collegi. Codice deontologico dell'infermiere. 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www. ipasvi. it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deonto
2. ICN Nursing matters: ICN on mobilising nurses for health. International Council of Nurses. 2009.
3. American Nurses Association [Internet]. Healthly Nurse Definition; 2009. Disponibile presso: http:// www.adha.org/
4. World Health Organization. Chronic diseases and health promotion. STEPwise approach to surveillance (STEPS) Disponibile presso: http://www.who.int/chp/steps/en.
5. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases. Disponibile presso: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/ 1/9789241506236_eng. pdf?ua=1.
6. Ministero della Salute, Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. Disponibile presso: http://www. statoregioni.it/Documenti/DOC_045549_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%20ODG.pdf.
7. Malterud K, Ulriksen K. Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. Int J Qual Stud. 2011;6(4). doi: 10.3402/qhw.v6i4.8404. Epub 2011 Nov 22. PubMed PMID: 22121389.
8. Kemppainen V, Tossavainen K, Turunen H. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. Health Promot Int. 2013 Dec;28(4):490-501. doi: 10.1093/heapro/das034. Epub 2012 Aug 10.
9. Blake H, Malik S, Mo PK, Pisano C. 'Do as say, but not as I do': are next generation nurses role models for health? Perspectives in Public Health. 2011; 131(5):231-239. PubMed PMID: 21999028.

10. Skaal L, Pengpid L. Obesity and health problems among South African healthcare workers: do healthcare workers take care of themselves. South African Family Practice. 2011;53(6): 563-567.
11. Malik S, Blake H, Batt M. How healthly are our nurses? New and registered nurses compared British Journal of Nursing. 2011; 20(8): 489:95.
12. Hick M, McDermott LL, Rouhana N. Nurse body size and public confidence in ability to provide health education. Journal of Nursing Scholarship. 2003; 40(4): 349-354 .
13. Aranda K, McGreevy D. Embodied empathy-in-action: overweight nurses' experiences of their interactions with overweight patients, Nursing Inquiry. 2014; 21:1.
14. Keogh K. Healthy eating campaign aims to improve nurses' wellbeing. Nursing Standard. 2014; 29(3): 7-7.
15. Lepage M, Renaud L, Champagne F, Rivard M. Strategies to increase the brief interventions in smoking cessation among nurses in hospital settings: experimental study. Recherche En Soins Infirmiers. 2014 Mar;(116): 57-69.
16. Ochieng BM. Factors affecting choice of a healthy lifestyle: implications for nurses. British Journal of Community Nursing. 2006 Feb;11(2): 78-81.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

SELF-CARE NELLE MALATTIE CRONICHE

COORDINATORE PROGETTO
R. Alvaro - D. Ausili
M. Matarese
E. Vellone

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.9

TITOLO PROGETTO

Self-care e qualità di vita negli anziani con malattie croniche

Self-care and quality of life in older adults with chronic diseases

ABSTRACT

Background. L'invecchiamento e la crescente prevalenza di malattie croniche nella popolazione anziana rappresentano una sfida per la salute e per la sostenibilità futura dei sistemi sanitari. Lo sviluppo di capacità di self-care nelle persone anziane con malattie croniche e delle capacità dei caregiver di sostenere i pazienti nelle attività di self-care sono fattori fondamentali per la prevenzione delle complicanze e il miglioramento degli outcomes nel lungo periodo. Numerose ricerche hanno studiato il self-care nella broncopneumopatia conica ostruttiva (BPCO), diabete, scompenso cardiaco, e osteoporosi, tuttavia un numero limitato di studi ha descritto i comportamenti di self-care nelle persone anziane in presenza di comorbidità multiple.
Obiettivo. Lo scopo di questo studio longitudinale è quello di descrivere il self-care ed il contributo al self-care rispettivamente nei pazienti affetti da malattie croniche e nei loro caregiver e di valutare la relazione tra self-care e QDV nei pazienti e nei caregiver.
Metodi e strumenti. Una batteria di strumenti di misura del self-care e qualità di vita sarà somministrata ad un campione di 1000 pazienti con più di 65 anni e almeno una malattia cronica tra quelle in studio e ad un campione di rispettivi caregivers. Saranno effettuati dei follow-up a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'arruolamento.
Risultati attesi. I risultati dello studio contribuiranno a rispondere ad importanti quesiti sui comportamenti di self-care in presenza di malattie croniche multiple e rappresenteranno un indispensabile riferimento per lo sviluppo di interventi volti a sostenere le capacità di self-care dei pazienti e dei loro caregiver in linea con le raccomandazioni presenti nei piani socio-sanitari nazionali e regionali italiani.
Parole chiave: Self-care, qualità di vita, malattie croniche, caregiver.

ABSTRACT

Background. The ageing of the population and the growing prevalence of chronic diseases represent a challenge for health and for future health-care system sustainability. The development of self-care behaviours in people with chronic illness and the development of supporting abilities in their caregivers are crucial factors to prevent complications and to improve long-term outcomes. So far, many studies have considered self-care behaviours of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), diabetes, heart failure and osteoporosis but a limited number of studies have described self-care behaviours in older people with multiple morbidities.
Aim. The aim of this longitudinal study is to describe self-care and contribution to self-care in patients affected by chronic diseases and their caregivers respectively. Also this study aims to evaluate the associations between self-care and quality of life in patients and caregivers.
Methods. A battery of tools will be administered to a sample of 1000 patients over 65 years old with at least one of the chronic diseases considered in the study and to a sample of caregivers. Follow up evaluations will be performed at 3, 6, 9 and 12 months from the enrolment.
Expected results. The results of this study will contribute to answering important questions about self-care behaviours of older patients with multiple morbidities and will represent a fundamental framework to develop interventions to support patients' and caregivers' self-care abilities, following national and regional health policy recommendations.
Key words: Self-care, quality of life, chronic diseases, caregivers.

BACKGROUND

La popolazione anziana è in continuo aumento in Italia e nel mondo. Attualmente il 20% della popolazione italiana ha un'età superiore ai 65 anni e questa percentuale è destinata ad aumentare. Infatti si stima che entro il 2030 più del 25% della popolazione avrà un'età superiore ai 65 anni.

Le persone anziane sono notoriamente affette da malattie croniche. Nel 2013 l'ISTAT ha quantificato che il 75.6% della popolazione tra 65 e 74 anni aveva almeno una malattia cronica. Nel 2013, nella stessa fascia d'età, le persone con almeno 2 malattie croniche erano il 48.7% (http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_MALCRON). Alcune recenti stime indicano che il 55% della popolazione anziana nei Paesi occidentali soffre di 5 o più malattie croniche e che il tasso di comorbilità è in crescita in tutto il mondo (1). Queste malattie croniche hanno un impatto rilevante sulla qualità di vita del paziente e della sua famiglia (2, 3) e sui costi sostenuti dai servizi sanitari (4). Negli Stati Uniti, l'80% delle risorse economiche del servizio Medicare, pari a 430 miliardi di dollari, sono spese per individui con più di 4 malattie croniche (5).

Tra le malattie croniche più diffuse nella popolazione over 65 anni risultano la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), il diabete mellito, lo scompenso cardiaco e l'osteoporosi. Attualmente la BPCO è la quarta causa di morte negli Stati Uniti e la quinta nel mondo ed è previsto un ulteriore aumento della sua prevalenza e della mortalità ad essa attribuibile nei prossimi decenni. In Italia la BPCO è responsabile di circa il 50% delle morti per malattie dell'apparato respiratorio. L'ultima stima italiana riportata dall'Istituto Nazionale di Statistica rivela che il 4,5% della popolazione (oltre 2.600.000 cittadini italiani) è affetta da BPCO. Questo è certamente un dato allarmante, considerando che la BPCO è una patologia sottodiagnosticata.

Altra malattia cronica molto diffusa è il diabete mellito che ha una prevalenza media nella popolazione generale europea stimata intorno all'8,3% con un *range* che varia tra gli stati Europei tra il 3,5% e il 14% (6-8). Si stima che oltre 70 milioni di persone saranno diabetiche in Europa nel 2035 con una prevalenza che arriverà al 10% nella popolazione generale e al 25% nella popolazione anziana. In Italia il 5.5% della popolazione è affetto da diabete e i dati disponibili stimano in 11 miliardi di euro l'anno la spesa sostenuta dal sistema sanitario nazionale per la cura del diabete e delle sue complicanze (9).

Lo Scompenso Cardiaco (SC) ha una prevalenza tra lo 0.5 ed il 2% nella popolazione occidentale (10) ed è in continuo aumento non solo a causa dell'invecchiamento della popolazione ma anche a causa dei progressi nel trattamento dell'infarto del miocardio. Lo SC determina un impatto importante sulla qualità di vita dei pazienti comparabile al cancro (11). Inoltre, le ripetute ospedalizzazioni ed accessi ai servizi di emergenza sono responsabili del 2% della spesa ospedaliera (12).

Sono affetti da osteoporosi il 27.5 milioni di persone in Europa (13) con una percentuale di prevalenza che mentre nella fascia d'età sotto i 50 anni riguarda il 5% della popolazione, raggiunge il 50% nella popolazione con una età maggiore di 85 anni. I pazienti con osteoporosi, prevalentemente donne, sono esposte a fratture da fragilità che sono la causa principale di morbilità e ricovero ospedaliero (14, 15).

BPCO, diabete mellito, SC e osteoporosi, sono pertanto le malattia croniche maggiormente diffuse nella popolazione over 65, hanno un impatto importante sui pazienti e le loro famiglie e sono accompagnate da un ingente utilizzo di risorse economiche in continuo aumento a causa dell'invecchiamento generale della popolazione.

E' stato osservato in diversi studi che il self-care nelle malattie croniche è in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti, ridurre la mortalità e diminuire i costi assistenziali (16, 17). Il self-care nelle malattie croniche è stato definito come il processo di mantenimento della salute attraverso pratiche di promozione della salute e gestione della malattia (18). Il self-care, secondo la teoria a medio raggio di Riegel e colloboratori, è costituito da tre dimensioni: il *self-care maintenance*, il *self-care monitoring* ed il *self-care management* (18). Il *self-care maintenance* si riferisce a tutti quei comportamenti messi in atto dalla persona per migliorare il benessere, preservare la salute e mantenere la stabilità fisica ed emotiva nel corso della malattia; il *self-care monitoring* si riferisce al processo di monitoraggio, sorveglianza ed "ascolto del corpo" che ha lo scopo di riconoscere eventuali cambiamenti nella salute della persona con malattia cronica; il *self-care management* è il processo di valutazione dei segni e sintomi di cambiamento fisico ed emotivo che serve a determinare le eventuali azioni necessarie per ristabilire la salute.

Diversi studi sono stati effettuati su self-care nella BPCO, diabete mellito, SC ed osteoporosi, ma finora non sono mai state condotte ricerche che abbiamo considerato il self-care quando queste malattie sono co-presenti. Nonostante il 50% degli anziani abbia almeno 2 malattie croniche il self-care negli anziani con comorbilità non è stato mai studiato. Inoltre, nonostante siano stati effettuati diversi studi sul self-care nella BPCO, diabete mellito, SC ed osteoporosi, studi focalizzati sul contributo del caregiver al self-care dell'anziano con comorbilità non sono mai stati condotti.

Elemento di forza di questo progetto è che i Coordinatori proponenti hanno condotto sinora studi specifici sul self-care nelle quattro malattie considerate (R. Alvaro, osteoporosi; D. Ausili, diabete; M. Matarese, BPCO, E. Vellone, scompenso cardiaco). Pertanto, l'interazione sinergica tra le competenze scientifiche dei

quattro Coordinatori permetterà un approccio integrato nel progetto proposto che non ha eguali anche nel panorama scientifico internazionale.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Lo scopo di questo progetto di ricerca triennale è di studiare il self-care e la qualità di vita negli anziani affetti da malattie croniche quali la BPCO, il diabete, lo scompenso cardiaco e l'osteoporosi. Nello specifico il progetto sarà guidato dai seguenti quesiti di ricerca:

1. quali sono i livelli di self-care e Qualità di vita (QDV) negli anziani over 65 anni affetti da BPCO, diabete, scompenso cardiaco e osteoporosi?
2. Come cambia nel tempo (1 anno) il self-care e la QDV negli anziani over 65 anni affetti da BPCO, diabete, scompenso cardiaco e osteoporosi?
3. Come il self-care predice la QDV negli anziani over 65 anni affetti da BPCO, diabete, scompenso cardiaco e osteoporosi nel corso di un anno?
4. Esiste una interazione tra self-care, QDV e presenza di una o più malattie croniche negli anziani affetti da BPCO, diabete, scompenso cardiaco e osteoporosi?
5. Quali sono i livelli di contributo al self-care e QDV nei caregiver degli anziani affetti da BPCO, diabete, scompenso cardiaco e osteoporosi?
6. Come cambia nel tempo (1 anno) il contributo del caregiver al self-care del paziente e la QDV del caregiver di anziani over 65 anni affetti da BPCO, diabete, scompenso cardiaco e osteoporosi?
7. Come il contributo del caregiver al self-care del paziente predice la QDV negli anziani affetti da BPCO, diabete, scompenso cardiaco e osteoporosi?
8. Esiste una interazione tra self-care e contributo al self-care, QDV e presenza di una o più malattie croniche negli anziani affetti da BPCO, diabete, scompenso cardiaco e osteoporosi?

METODOLOGIA

Disegno

Verrà utilizzato un disegno longitudinale con raccolta dati a Tempo 0 e successivamente a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'arruolamento.

Campione

Si prevede di arruolare un campione di 1000 persone over 65 anni affette da almeno una delle seguenti patologie: BPCO, diabete, scompenso cardiaco e osteoporosi.

Criteri di inclusione

Verranno inclusi tutti i pazienti over 65 anni affetti da una o più delle malattie individuate (BPCO, diabete, scompenso cardiaco e osteoporosi) e i loro caregivers senza limiti di età. Per caregiver si intende la persona che fornisce in modo informale la maggior parte delle cure alla persona anziana con malattia cronica.

Strumenti

Per la valutazione delle variabili indagate saranno utilizzati strumenti generici e specifici che misurano il self-care e la QDV nei pazienti e nei caregiver. Inoltre, verrà misurata anche la self-efficacy, generale e specifica. Si prevede di utilizzare anche una "batteria" di strumenti che misureranno variabili quali il deterioramento cognitivo, l'ansia, la depressione, la mutualità, la preparazione del caregiver e la qualità del sonno notturno.

Analisi dei dati

I dati verranno analizzati con procedure statistiche di tipo descrittivo ed inferenziale. In particolare verranno utilizzate le curve di crescita, modelli di equazione strutturali, modelli di mediazione e moderazione. Poiché verranno raccolti dati sia su pazienti sia su caregiver, verranno utilizzate anche tecniche di analisi diadica al fine di considerare l'interdipendenza tra i soggetti studiati (pazienti e caregiver). In questo studio verranno utilizzati strumenti di misurazione sviluppati ad hoc per cui una fase iniziale dell'analisi dei dati sarà anche concentrata sul testare la validità ed affidabilità di questi strumenti.

RISULTATI ATTESI

I risultati di questo progetto di ricerca triennale contribuiranno alla conoscenza delle problematiche connesse alle capacità di self-care nelle persone anziane affette da comorbilità multiple. Una descrizione dei livelli di self-care *maintanance, monitoring e management* nelle persone anziane con comorbilità consentirà di identificare aree di intervento per la promozione della salute, la prevenzione secondaria e l'educazione dei pazienti anziani con malattie croniche. L'impiego di strumenti generici e malattia-specifici aggiungerà importanti conoscenze alla limitata letteratura attualmente disponibile circa i comportamenti di self-care dei pazienti con comorbidità, l'adesione a comportamenti e raccomandazioni multiple, talvolta conflittuali e l'associazione tra questi comportamenti e alcuni significativi esiti di salute. Lo studio del contributo fornito

dai caregiver consentirà inoltre di studiare interventi di educazione, *empowerment* e supporto rivolti alle persone anziane con malattie croniche e ai loro familiari, in linea con le indicazioni incluse nei piani sanitari nazionali e regionali italiani e con le istanze legate alla futura sostenibilità dei sistemi sanitari. Infine i dati raccolti, consentiranno di integrare le evidenze sulla validità e affidabilità degli strumenti di misura del self-care utilizzati in questo studio.

PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Soggetti coinvolti	Durata
1	Revisione della letteratura sul self-care e predisposizione degli strumenti per la raccolta dati	Ricercatore e 2 dottorandi	Marzo - Maggio 2015
2	Formazione degli assistenti di ricerca	Ricercatore e 2 dottorandi	Giugno 2015
3	Raccolta dei dati	Assistenti di ricerca	Luglio 2015 Luglio 2016
4	Analisi dei dati	Ricercatore e 2 dottorandi	Agosto 2016 Marzo 2017
5	Stesura articoli di ricerca	Ricercatore e 2 dottorandi	Aprile 2017 Dicembre 2017

DIAGRAMMA GANTT

ANNO 2015

	MESI											
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Revisione della letteratura sul self-care e predisposizione degli strumenti per la raccolta dati												
Formazione degli assistenti di ricerca												
Raccolta dei dati												

ANNO 2016

	MESI											
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Raccolta dei dati												
Analisi dei dati												

ANNO 2017

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

BIBLIOGRAFIA

1. Dennis SM, Harris M, Lloyd J, Powell Davies G, Faruqi N, Zwar N. Do people with existing chronic conditions benefit from telephone coaching? A rapid review. Aust Health Rev. 2013 Jun;37(3):381-8. PubMed PMID: 23701944.
2. Sun W, Aodeng S, Tanimoto Y, Watanabe M, Han J, Wang B, et al. Quality of life (QOL) of the community-dwelling elderly and associated factors: A population-based study in urban areas of China. Arch Gerontol Geriatr. 2015 Mar-Apr;60(2):311-6. PubMed PMID: 25547994.
3. Yang X, Hao Y, George SM, Wang L. Factors associated with health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the community: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2012;10:143. PubMed PMID: 23186128. Pubmed Central PMCID: 3541082.
4. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. Lancet. 2015 Feb 7;385(9967):549-62. PubMed PMID: 25468153.
5. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern Med. 2002;162(20):2269.
6. Foundation of European Nurses in Diabetes Diabetes in Europe. Policy Puzzle. The state we are 2015 [updated 24 febbraio 2015; cited 2015]. 7:[Available from: http://www.fend.org.
7. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2014. Available from: http://www.shopdiabetes.org/1544-Clinical-Practice-Recommendations-2014.aspx.
8. American Diabetes Association. Standards for Medical Care in Diabetes 2014 [cited 2015 27 gennaio 2015]. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14.full.pdf+html
9. Associazione Medici Diabetologi – Società Italiana di Diabetologia. Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito 2014. Available from: www.infodibetes.it; http://www.siditalia.it.
10. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Bohm M, Dickstein K, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Fail. 2012 Aug;14(8):803-69. PubMed PMID: 22828712.
11. 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. J Gen Intern Med. 2009 May;24(5):592-8. PubMed PMID: 19288160. Pubmed Central PMCID: 2669863.
12. Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, Chioncel O, Greene SJ, Vaduganathan M, et al. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. J Am Coll Cardiol. 2014 Apr 1;63(12):1123-33. PubMed PMID: 24491689.
13. 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). Arch Osteoporos. 2013;8(1-2):136. PubMed PMID: 24113837. Pubmed Central PMCID: 3880487.
14. Piscitelli P, Tarantino U, Chitano G, Argentiero A, Neglia C, Agnello N, et al. Updated incidence rates of fragility fractures in Italy: extension study 2002-2008. Clin Cases Miner Bone Metab. 2011;8(3):54-61.
15. Tarantino U, Capone A, Planta M, D'Arienzo M, Letizia Mauro G, Impagliazzo A, et al. The incidence of hip, forearm, humeral, ankle, and vertebral fragility fractures in Italy: results from a 3-year multicenter study. Arthritis Res Ther. 2010;12(6).
16. Ades PA, Keteyian SJ, Balady GJ, Houston-Miller N, Kitzman DW, Mancini DM, et al. Cardiac rehabilitation exercise and self-care for chronic heart failure. JACC Heart Fail. 2013 Dec;1(6):540-7. PubMed PMID: 24622007. Pubmed Central PMCID: 4271268.
17. Darkins A, Kendall S, Edmonson E, Young M, Stressel P. Reduced cost and mortality using home telehealth to promote self-management of complex chronic conditions: a retrospective matched cohort study of 4,999 veteran patients. Telemed J E Health. 2015 Jan;21(1):70-6. PubMed PMID: 24841071.
18. Riegel B, Jaarsma T, Stromberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sci. 2012 Jul;35(3):194-204. PubMed PMID: 22739426. Epub 2012/06/29.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

SEVERE OSTEOPOROSIS PATIENT MANAGEMENT

COORDINATORE PROGETTO
N. Cittadini
E. Basilici Zannetti
C. Cervoni

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.10

TITOLO PROGETTO

Effetto dell'intervento educativo mirato per migliorare il self-care maintenance e la qualità di vita nelle donne in postmenopausa

Effect of tailored educational intervention to improve self-care maintenance and quality of life in postmenopausal women

ABSTRACT

L'osteoporosi è una patologia molto diffusa e colpisce prevalentemente le donne in postmenopausa. 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 a rischio o affette 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 a rischio o affette da osteoporosi la riduzione dei fattori di rischio, l'adozione di un corretto stile di vita, l'autogestione della terapia farmacologica e il miglioramento della qualità di vita. Affinché la donna possa essere motivata al cambiamento degli atteggiamenti scorretti, è necessario che l'intervento educativo mirato sia continuo nel tempo, attraverso attività di counselling e follow-up. Gli scopi di questo progetto di ricerca sono: a) formare gli infermieri ad utilizzare la corretta metodologia per effettuare l'intervento educativo mirato nelle donne in postmenopausa a rischio o affette da osteoporosi; b) consentire alle pazienti di acquisire la capacità di assumere comportamenti corretti di self-care e di migliorare la qualità di vita. Questo progetto di ricerca è uno studio multicentrico quasi-sperimentale e interventistico di durata triennale. All'interno dello studio verranno arruolate donne in postmenopausa a rischio o affette da osteoporosi, degenti nelle unità operative o afferenti agli ambulatori. Per raccogliere i dati verranno utilizzati i seguenti strumenti: Sociodemographic questionnaire, Risk factors questionnaire, Self-Care of Osteoporosis Scale, Educational Barriers Questionnaire, Adherence to Guidelines Questionnaire, Quality of Life in Osteoporosis Scale. Questo progetto permetterà, attraverso un intervento educativo mirato, di far acquisire alle donne la capacità di self-care nella gestione della patologia e agli infermieri nuove competenze in materia di gestione dell'osteoporosi e delle fragilità.
Parole chiave: Osteoporosi, intervento educativo, fattori di rischio, self-care, qualità di vita.

ABSTRACT

Osteoporosis is a very common disease and affects mainly 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 at risk or suffering from osteoporosis the reduction of risk factors, the adoption of a healthy lifestyle, self-management of drug therapy and improve quality of life. The objectives of this research project are: a) to train nurses to use the correct methodology for carrying out tailored educational intervention in postmenopausal women at risk or suffering from osteoporosis; b) to improve patients' self-care and quality of life. The design of this three years research project is multicenter quasi-experimental. Postmenopausal women at risk or suffering from osteoporosis will be enrolled from hospital or ambulatory centers. To collect the data will be used the following instruments: sociodemographic questionnaire, risk factors questionnaire, self-care of osteoporosis scale, educational barriers questionnaire, adherence to guidelines questionnaire, quality

of life scale in osteoporosis. This project will verify whether an educational intervention is able to improve the self-care management of osteoporotic patients and will provide to nurses new skills to manage osteoporosis.
Keywords: Osteoporosis, educational intervention, risk factors, self-care, quality of life.

BACKGROUND

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'osteoporosi è una patologia sistemica dello scheletro caratterizzata da una diminuzione della massa ossea e da una alterazione della microarchitettura ossea, con conseguente aumento della fragilità scheletrica e rischio di frattura.[1]
L'osteoporosi è un problema di salute globale e la principale causa di morbilità e mortalità nei paesi industrializzati.[2, 3] 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.[4, 5]
In Italia la malattia colpisce circa 5 milioni di persone, di cui l'80% sono donne in postmenopausa.[6]
La manifestazione più insidiosa dell'osteoporosi è rappresentata dalle fratture da fragilità, 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.[7-11] Inoltre, una frattura da fragilità primaria aumenta il rischio di successive rifratture.[12] La maggior parte delle persone che ha avuto una frattura dovuta all'osteoporosi, è medicalmente trattata per la frattura, ma non riceve un intervento adeguato per migliorare i comportamenti di self-care, lo stile di vita e l'aderenza farmacologica.[13, 14]
Pertanto, è necessario impostare interventi educativi che sono considerati cruciali per migliorare l'aderenza in pazienti con osteoporosi.[15] Una figura come l'infermiere può attuare gli interventi educativi, che mirano a promuovere nelle donne in postmenopausa a rischio o affette da osteoporosi uno stile di vita sano come una corretta dieta, esercizio fisico regolare e un corretto utilizzo della terapia farmacologica.[15, 16]

OBIETTIVI DI PROGETTO

Lo scopo di questo progetto di ricerca è duplice: a) formare gli infermieri ad utilizzare la corretta metodologia per effettuare l'intervento educativo mirato come prevenzione primaria nelle donne in postmenopausa a rischio di sviluppare l'osteoporosi e come prevenzione secondaria nelle donne in postemnopausa già affette da tale patologia; b) consentire alle pazienti, attraverso l'intervento educativo mirato condotto dall'infermiere, di acquisire la capacità di assumere comportamenti corretti di self-care e di migliorare la qualità di vita.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Verrà utilizzato un disegno di studio multicentrico quasi-sperimentale e interventistico di durata triennale. Le pazienti che verranno arruolate all'interno dello studio riceveranno l'intervento educativo mirato da parte degli infermieri a T0 e successivamente verranno monitorate per 3 follow-up previsti dallo studio (T1 – 30 giorni; T2 – 90 giorni; T3 – 180 giorni). Gli infermieri partecipanti al progetto saranno circa 400 che prestano servizio in circa 100 centri coinvolti tra unità operative di degenza e ambulatori su tutto il territorio nazionale.
Gli infermieri riceveranno da parte del gruppo di ricerca, una formazione residenziale o a distanza sul tema dell'educazione terapeutica; inoltre verrà fornito loro del materiale didattico ai fini dello studio.

Modello concettuale
Il modello concettuale di riferimento è la 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) [17] 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. [18] Questi comportamenti sono fondamentali per promuovere 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
Sarà somministrato agli infermieri aderenti un questionario di ingresso per valutare le loro conoscenze e competenze in materia di osteoporosi e fragilità e metodologia del colloquio motivazionale.
Per raccogliere i dati verranno utilizzati i seguenti strumenti:

1. Sociodemographic Questionnaire, per avere informazioni come l'età, il sesso, la diagnosi medica, la descrizione dell'evento traumatico, il tipo di intervento chirurgico e il luogo della dimissione.
2. Risk factors Questionnaire, per misurare i principali fattori di rischio legati all'osteoporosi.
3. Self-Care of Osteoporosis Scale, per misurare il self-care maintenance nelle donne in postmenopausa con osteoporosi. La scala è costituita da 4 dimensioni: a) stile di vita sano; b) nutrizione e idratazione; c) mobilitazione; d) l'aderenza ai farmaci.
4. Educational Barriers Questionnaire, per valutare la presenza di barriere educative nei pazienti durante gli interventi mirati di educazione terapeutica.
5. Adherence to Guidelines questionnaire, per valutare l'aderenza alle principali linee guida per la diagnosi, la prevenzione e la terapia dell'osteoporosi.
6. Quality of Life in Osteoporosis Scale, per misurare la qualità di vita della paziente rispetto all'evento traumatico. La scala è costituita da 3 dimensioni: a) capacità di svolgere le attività della vita quotidiana; b) stato emotivo; c) valutazione finale sulla salute generale.

Analisi dei dati
I dati verranno sottoposti a procedure statistiche di tipo descrittivo ed inferenziale. Verranno utilizzati indici di tendenza centrale e di dispersione (media, mediana, etc.), test di correlazione e regressione. I dati verranno analizzati anche attraverso il software SPSS.

Campionamento e criteri di inclusione/esclusione
Per la conduzione dello studio si intende arruolare un campione di circa 1000 pazienti sul territorio italiano. Le pazienti che saranno arruolate all'interno dello studio dovranno essere donne in postmenopausa, degenti nelle unità operative o afferenti agli ambulatori, a rischio o affette da osteoporosi. Verranno escluse dallo studio le pazienti affette da insufficienza renale grave e/o patologia neoplastica pregressa o in atto.

Fasi della ricerca
Fase n. 1
Revisione della letteratura sul self-care maintenance, sulla qualità di vita e sugli interventi di educazione terapeutica volti al miglioramento dell'aderenza ai farmaci e ad uno stile di vita corretto nelle donne in postmenopausa; preparazione degli strumenti per la raccolta dati.
Fase n. 2
Scelta dei centri ambulatoriali e di degenza da coinvolgere e formazione degli infermieri partecipanti allo studio.
Fase n. 3
Raccolta dei dati.
Fase n. 4
Analisi quantitativa dei dati.
Fase n. 5
Stesura del report finale di ricerca.

RISULTATI ATTESI

Questo studio dimostrerà quanto l'educazione terapeutica possa ridurre il rischio di complicanze dell'osteoporosi nelle donne in postmenopausa a rischio o affette da osteoporosi. Inoltre, lo studio permetterà agli infermieri di acquisire la corretta metodologia per attuare l'intervento educativo mirato come prevenzione primaria nelle donne in postmenopausa a rischio di sviluppare l'osteoporosi e come prevenzione secondaria nelle donne in postemenopausa già affette da tale patologia e consentirà alle donne di acquisire la capacità di assumere comportamenti corretti di self-care e di migliorare la qualità di vita, prevenendo le complicanze come il rischio di frattura.
Per poter dimostrare l'efficacia dell'intervento educativo mirato condotto dagli infermieri durante questo progetto, è previsto un successivo studio longitudinale per rinforzare l'intervento educativo precedentemente effettuato.
Inoltre, la metodologia appresa dagli infermieri potrà essere poi utilizzata per tutte le tipologie di patologie soprattutto croniche che coinvolgono paziente fragili.

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. Gli interventi mirati di educazione terapeutica rappresentano la chiave per promuovere il self-care maintenance e migliorare la qualità di vita nelle donne in postmenopausa a rischio o affette da osteoporosi.

PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Soggetti coinvolti	Durata
1	Revisione della letteratura sul self-care mantenance, sulla qualità di vita e sugli interventi di educazione terapeutica volti al miglioramento dell'aderenza ai farmaci e ad uno stile di vita corretto nelle donne in postmenopausa; preparazione degli strumenti per la raccolta dati.	Coordinatori e project team	Marzo-Maggio 2015
2	Scelta dei centri ambulatoriali e di degenza da coinvolgere e formazione degli infermieri partecipanti allo studio.	Coordinatori	Giugno-Agosto 2015
3	Raccolta dei dati	Infermieri	Settembre 2015-Settembre 2016
4	Analisi quantitativa dei dati	Coordinatori e project team	Ottobre 2016-Agosto 2017
5	Stesura del report finale di ricerca	Project manager, coordinator e project team	Settembre 2017-Dicembre 2017

DIAGRAMMA GANTT

MESI – ANNO 2015												
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Revisione della letteratura sul self-care maintenance; preparazione degli strumenti per la raccolta dati.			■	■	■							
Formazione degli infermieri partecipanti allo studio						■	■	■				
Raccolta dei dati									■	■	■	■

MESI – ANNO 2016												
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Raccolta dei dati	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Analisi quantitativa dei dati										■	■	■

MESI – ANNO 2017												
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Analisi quantitativa dei dati												
Stesura del report finale di ricerca												

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. 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.
5. Reginster JY, Burlet N. Osteoporosis: a still increasing prevalence. Bone. 2006 Feb;38(2 Suppl 1):S4-9.
6. 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.
7. Sack F. Fighting the fracture cascade: evaluation and management of osteoporotic fractures. Postgraduate medicine. 2008 Nov;120(4):51-7.
8. 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.
9. 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.
10. Svedbom A, Hernlund E, Ivergard M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, et al. Osteoporosis in the European Union: a compendium of country-specific reports. Archives of osteoporosis. 2013;8(1-2):137.
11. Tarantino U, Iundusi 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. Dreinhofer KE, Anderson M, Feron JM, Herrera A, Hube R, Johnell O, et al. Multinational survey of osteoporotic fracture management. Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA. 2005 Mar;16 Suppl 2:S44-53.
13. Cotte FE, De Pouvourville G. Cost of non-persistence with oral bisphosphonates in post-menopausal osteoporosis treatment in France. BMC health services research. 2011;11:151.
14. Modi A, Sajjan S, Gandhi S. Challenges in implementing and maintaining osteoporosis therapy. International journal of women's health. 2014;6:759-69.
15. Gold DT. Understanding patient compliance and persistence with osteoporosis therapy. Drugs & aging. 2011 Apr 1;28(4):249-55.
16. Chan MF, Ko CY. Osteoporosis prevention education programme for women. Journal of advanced nursing. 2006 Apr;54(2):159-70.
17. 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.
18. Ryan P. Integrated Theory of Health Behavior Change: background and intervention development. Clinical nurse specialist CNS. 2009 May-Jun;23(3):161-70; quiz 71-2.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

LIBERA PROFESSIONE E COMPLESSITA' DELL'ASSISTENZA

COORDINATORE PROGETTO
F. Scerbo
C. Cervoni

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.11

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.

Assessing the Italian NHS's responsiveness to requests for health care services provided by nurses with extrainstitutional duties as well as by freelance nurses depending on the complexity of the treatment required.

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 presentata dal Censis realizzata per conto di Ipasvi ed Enpapi, un milione e 400mila italiani, nel 2012, hanno fatto ricorso a un infermiere privato per avere assistenza continuativa e 1,6 milioni per prestazioni una tantum. Totale: tre milioni di assistiti. 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 infermiere in base alla complessità di cure richieste.

Parole chiave: *diagnosi infermieristiche, assistenza territoriale, assistenza domiciliare, bisogno di salute*

ABSTRACT

Freelance nursing has been becoming a growing field ever more present in our social structure.
According to a report released by the Italian Centre for social investment studies in collaboration with IPASVI and ENPAPI, the Italian Social Security Administration Office for nurses, in 2012, one million 400.000 Italians turned to district nurses for constant care while 1.6 million did so just for occasional treatment, giving a total of 3 million patients.
District nursing services are not readily identifiable or codified, which ultimately leads to two negative consequences: 1) difficulty in establishing both qualitative and quantitative standards; 2) difficulty in setting payment standards for those who provide the services.
This research project aims to assess the Italian NHS's responsiveness to requests for health care services provided by nurses with extrainstitutional duties as well as by freelance nurses depending on the complexity of the treatment required.

Keywords: *nursing diagnosis, district nursing, home care nursing, health care needs*

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 presentata dal Censis[1] realizzata per conto di Ipasvi ed Enpapi, un milione e 400mila italiani, nel 2012, hanno fatto ricorso a un infermiere privato per avere assistenza continuativa e 1,6 milioni per prestazioni una tantum. Totale: tre milioni di assistiti. Il valore monetario di queste prestazioni, secondo l'analisi Censis, è stato di oltre 850 milioni di euro. Il boom è legato soprattutto alle richieste di assistenza per i malati oncologici. Sempre secondo il Censis, di questa somma, 287 milioni sono quelli spesi da 958mila pazienti con patologie tumorali con una diagnosi da meno di cinque anni.
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 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.
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 tale esigenze possono suggerire le strategie politiche sanitarie Nazionali per la presa in cura del paziente.

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

QUESTIONARIO

Costruzione e validazione questionario per la rilevazione delle attività sanitarie richieste ed erogate in regime extraistituzionale da parte della popolazione e del libero professionista infermiere.

STRUTTURA 1

Al termine della validazione dello strumento, in una prima fase del progetto di ricerca si andranno a evidenziare prestazioni assistenziali richieste dal cittadino, nonché le attività assistenziali che i liberi professionisti erogano.
Verrà analizzato il contesto Sanitario di riferimento (SSR) cercando di comprendere se le richieste di prestazioni sanitarie del cittadino sono dovute ad una scelta volontaria ed autonoma oppure tale richiesta

è dovuta una carenza strutturale del SSN che non fornisce risposte esaustive alla richiesta di prestazione sanitaria/territoriale della popolazione.

STRUTTURA 2

In una seconda fase si evidenzieranno le prestazioni richieste dai cittadini ed erogate dai liberi professionisti per comprendere la tipologia di complessità assistenziale per tipologia di paziente. La complessità assistenziale delle prestazioni erogate non risulta, ad oggi, definita in maniera netta da parte del professionista.

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[4], NAS[6].

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.
- Pazienti: Indagine su scala nazionale, campione di convenienza, i criteri di inclusione per la partecipazione allo studio prevedono che i partecipanti abbiano ricevuto prestazioni sanitarie da parte di liberi professionisti.

Strumenti

Somministrazione di un questionario da validare.

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:

1. **Rilevanza per la popolazione:** riuscire ad identificare e valutare la capacità del SSN di rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie e quindi i possibili 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.
2. **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 da LEA e l'identificazione delle prestazioni eseguite da parte dell'Infermiere nel rispondere a tale 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.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo	Coordinatori	01/04/2015 - 01/06/2015
Costruzione Questionario	Project manager, Coordinatori	01/07/2015 - 31/10/2015

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Test pilota e Validazione Questionario	Project manager e coordinatori e project team	01/11/2015 - 28/02/2016
Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	01/03/2016 - 30/09/2016
Analisi dei dati_1	Coordinatori e project team	01/09/2016 - 31/12/2016
Risultati_1	Coordinatori e project team	01/10/2016 - 31/12/2016
Pubblicazione finale_fase1	Project manager Coordinatori e project team	01/01/2017 - 30/04/2017
Analisi dei dati_2	Coordinatori e project team	01/05/2017 - 30/09/2017
Risultati_2	Coordinatori e project team	01/07/2016- 31/10/2017
Pubblicazione finale_fase2	Project manager Coordinatori e project team	01/10/2017 - 31/12/2017
Chiusura del progetto	Project manager Coordinatori e project team	31/12/2017

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Giu 15	Lug 15	Ago 15	Set 15	Ott 15	Nov 15	Dic 15	Gen 16	Feb 16
Analisi di sfondo									
Costruzione questionario									
Test pilota validazione questionario									

MESE	Gen 16	Feb 16	Mar 16	Apr 16	Mag 16	Giu 16	Lug 16	Set 16	Ott 16	Nov 16	Dic 16
Somministrazione questionari											
Analisi dei dati											
Risultati											

MESE	Gen 17	Feb 17	Mar 17	Apr 17	Mag 17	Giu 17	Lug 17	Set 17	Ott 17	Nov 17	Dic 17
Analisi dei dati											
Risultati											
Pubblicazione finale											

BIBLIOGRAFIA

1. 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.
2. 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.
3. 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.

4. 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.
5. 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*, *29*(3); 12-17.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

SVILUPPO E VALIDAZIONE DI UNA MISURA DELLA PERCEZIONE DELLA DIPENDENZA DALLE CURE

COORDINATORE PROGETTO
M. G. De Marinis
M. Piredda

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.12

TITOLO PROGETTO

Sviluppo e validazione di un questionario per la valutazione della percezione della dipendenza dall'assistenza in pazienti oncologici

Development and psychometric testing of a measure of cancer patients' perception of care dependency

ABSTRACT

***Obiettivi*:** Sviluppo e validazione di uno strumento per la valutazione della percezione della dipendenza dalle cure infermieristiche in pazienti oncologici.
***Background*:** La *nursing care dependency* è un concetto multidimensionale e centrale dell'Infermieristica. La condizione di dipendenza dalle cure infermieristiche, che consegue ad alterazioni dello stato di salute, a trattamenti e ai loro esiti, può essere fonte di molte sofferenze nei pazienti che ne sono interessati. In particolare nei pazienti oncologici essa è una condizione sempre più frequente per l'aumento della sopravvivenza dei pazienti, sempre più anziani, con più comorbidità e disabilità. Mentre la letteratura fornisce strumenti per la valutazione della dimensione oggettiva della dipendenza, non esistono strumenti per analizzarne gli aspetti soggettivi. Obiettivo di questo studio è costruire e validare uno strumento che fornisca informazioni sul vissuto del paziente oncologico riguardo ladipendenza dalle cure, per per migliorare le condizioni di sofferenza ad essa associate.
***Metodi e strumenti*:** Lo sviluppo e lo studio di validazione di un questionario per la valutazione della percezione della dipendenza dall'assistenza infermeritica in pazienti oncologici verrà condotto secondo le linee guida internazionali dell'European Statistical System. La popolazione sarà composta da pazienti oncologici ricoverati nei reparti o nei DH di oncologia. Lo studio multicentrico coinvolgerà il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico a Roma (promotore) e altri Policlinici universitari e IRCCS oncologici nel nord, centro e sud Italia.
***Risultati attesi*:** Disponibilità di uno strumento validato per misurare la dipendenza dalle cure infermieristiche esperita dai pazienti oncologici.

Parole chiave: Nursing care dependency, paziente oncologico, percezione del paziente, sviluppo questionario, pre-field/field test, validazione questionario, analisi fattoriale.

ABSTRACT

Objectives: To develop and test the psychometric properties of an instrument able to measure cancer patient's perception of care dependency.
***Background*:** Nursing care dependency is a multidimensional concept, and key focus of nursing. The condition of care dependency, consequence of health impairements, of their treatments and effects, can cause great patient suffering.
In particular, cancer patient's dependency is an increasingly frequent condition because of improvement of survival, ageing population and increase of comorbility and disability. Whilst the literature provides tools able to objectively evaluate care dependency, there are no measures of their subjective dimensions. This study aims at developing and validating an instrument able to provide information on the perception of dependency in cancer patient in order to improve the suffering attached to it.
***Materials and methods*:** The study is an instrument development and psychometric testing, following

the international European guidelines of the Statistical System. The population consists of cancer patients admitted to oncology wards or accessing DH. The study will be multicenter involving the University Hospital Campus Bio-Medico, Rome as leading center, and other teaching hospitals and IRCCS in North, Center and South Italy.
***Results*:** Development of a valid and reliable instrument for the evaluation of the perception of care dependence by cancer patients.
Keywords: Nursing care dependency, cancer patient, patient' perception, instrument development, pre-field/field test, psychometric testing, factor analysis.

BACKGROUND

La dipendenza è la conseguenza manifesta della fragilità dell'essere umano.[1] Tuttavia, se nella società preindustriale, vulnerabilità e dipendenza erano concepiti come tratti universali solidalmente condivisi, nella società post-industriale si è abituati a pensare ai concetti di vulnerabilità e dipendenza in maniera negativa come propri di particolari gruppi: anziani fragili, donne, bambini e assistiti.[2] Il concetto di dipendenza sembra aver ormai perso ogni valenza positiva rispetto il passato e nella società contemporanea, la dipendenza è una dimensione fortemente stigmatizzata. Oggi è più spesso una mancanza, una sconfitta, la perdita dell'autonomia e della libertà.[3] Una tal visione negativa della dipendenza, tipica della cultura occidentale, può intensificare la sofferenza e l'umiliazione delle persone che diventano dipendenti dalle cure.[4, 5]

Per George *et al.* (1991) la dipendenza è intesa in modo relazionale come "dipendenza da qualcuno per qualcosa".[6] Per Colombetti la dipendenza è una realtà relazionale, data dalla relazione tra un soggetto con un certo stato di salute e l'ambiente; modificando gli elementi in relazione, cambia il grado di disabilità.[7]

La dipendenza dalle cure è un concetto chiave per le scienze infermieristiche. L'assistenza infermieristica mira ad aiutare le persone a mantenere, riconquistare o accrescere la loro indipendenza e realizzare attività di autocura.[8, 9]

La *nursing care dependency* si ha quando un paziente è dipendente dalle cure infermieristiche per le diminuite capacità di *self care*[10] ed è un concetto multidimensionale e relazionale, fortemente influenzato dai contesti culturali. Il fenomeno è stato studiato sia in modo qualitativo, per esplorare la percezione della dipendenza dei pazienti, sia quantitativo per misurare il grado oggettivo di tale dipendenza. La consapevolezza degli infermieri, non solo del livello oggettivo di dipendenza, ma anche del suo impatto nella vita dei pazienti è un elemento cruciale per consentire agli infermieri stessi di aiutare la persona dipendente.[11] Una recente metasintesi degli studi qualitativi sulla dipendenza dei pazienti dalle cure infermieristiche ha prodotto un modello concettuale[12] che costituirà il framework del presente progetto.

Esistono diverse scale oggettive utili a valutare lo stato funzionale della persona assistita, ad esempio: l'Indice di Barthel (IB),[13] le scale Activities of Daily Living (ADL) e Instrumental Activities of Daily Living (IADL),[14] la scala Functional Independence Measure (FIM),[15] la Care Dependency Scale (CDS).[16] Tuttavia, sembra mancare uno strumento in grado di rilevare e valutare le percezioni dei pazienti sulla loro dipendenza dalle cure, nello scenario nazionale e internazionale. Un'estesa revisione bibliografica svolta sui principali *databases* non ha dato risultati significativi in tal senso.

Pertanto, l'obiettivo di questo studio è sviluppare e validare uno strumento atto a rilevare la percezione che i pazienti hanno della loro dipendenza dalle cure. Tra i possibili *setting* di cura, per la validazione è stato scelto quello oncologico. La motivazione risiede nel fatto che i pazienti oncologici possono affrontare livelli elevati di dipendenza. L'incidenza del cancro aumenta esponenzialmente, così come i progressi nel suo trattamento che, combinati con l'invecchiamento della popolazione, riducono la mortalità complessiva.[17] Ciò implicherà nel futuro un aumento del numero di pazienti di età avanzata, con comorbidità e disabilità cancro-correlata.[18]

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale

Disporre di un questionario utile alla conoscenza della percezione della dipendenza dall'assistenza nei pazienti oncologici che possa aiutare gli infermieri italiani a valutare e migliorare la sofferenza associata alla condizione di dipendenza stessa.

Obiettivi specifici

Sviluppo di un questionario che misuri la percezione dei pazienti oncologici sulla dipendenza dalle cure infermieristiche.

Test delle proprietà psicometriche del questionario su un campione di pazienti oncologici di diversi centri oncologici del nord, centro e sud Italia.

Indicatori

Item del questionario risultati dal focus group con esperti .
Risultati del pre-field test con pazienti oncologici.
Risultati del field test con pazienti oncologici.

2.1 Dati di validità del questionario (di costrutto, di facciata).
2.2 Dati di affidabiltà del questionario (coerenza interna, stabilità e affidabilità tra valutatori).

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Sviluppo e valutazione delle proprietà psicometriche di un questionario che rilevi la percezione dei pazienti oncologici della loro dipendenza dalle cure infermieristiche.

Metodi
La strategia di sviluppo del questionario adottata nel nostro progetto segue le linee guida dell'European Statistical System[19] e si compone di cinque step consecutivi: *conceptualisation, questionnaire design, questionnaire testing, rev*ision e *data collection.*
I primi 4 step saranno condotti nella fase 1 (sviluppo del questionario) e l'ultimo step nella fase 2 (data collection per la validazione).

Fase 1: Sviluppo del questionario
Conceptualisation. La complessità del concetto teorico che intendiamo indagare attraverso lo sviluppo di un questionario *ex novo,* richiede l'individuazione e la selezione di specifici indicatori, considerati una fedele rappresentazione del concetto da studiare. Come sottolineato dall'European Statistical System,[19] esistono diversi metodi per l'individuazione di questi indicatori. Per il presente studio verranno utilizzati i concetti teorici e gli indicatori scaturiti dagli unici studi qualitativi italiani sulla dipendenza dall'assistenza, condotti dal nostro gruppo di ricerca: una meta-sintesi qualitativa sulla dipendenza dei pazienti dalle cure infermieristiche,[12] uno studio qualitativo fenomenologico effettuato con pazienti oncologici,[20] un'analisi di quanto emerso in focus groups con infermieri dell'area di oncologia di un ospedale romano.[21] Saranno condotte circa 40 ulteriori interviste qualitative fenomenologiche con pazienti oncologici afferenti alle altre sedi coinvolte nello studio che serviranno ad ampliare e/o confermare i precedenti risultati necessari per la costruzione di una base concettuale sulla dipendenza dalle cure infermieristiche.
Questionnaire design. Una volta definita la base concettuale di partenza, si procede con la strutturazione del questionario. Gli *item* del questionario saranno formulati attraverso un focus group di esperti in materia che analizzerà i concetti teorici e gli indicatori ricavati nella fase precedente. Un esperto si occuperà della struttura e dell'impaginazione del questionario che dovrà rispondere alle caratteristiche *Paper and Pencil (PAPI) face-to-face interview* (questionario cartaceo compilato alla presenza di un intervistatore).
Questionnaire testing. Ottenuta la bozza del questionario, sarà necessario effettuare diversi test di valutazione al fine di evidenziare eventuali problemi nella lettura e/o compilazione dello stesso. La prima valutazione è qualitativa (*pre-field testing*) e verrà realizzata con quattro metodi: *informal test, expert review, observational interview* e *cognitive interview.* Il metodo *informal test* verrà effettuato dal gruppo di ricerca all'inizio dell'iter valutativo e prevede la consegna della bozza del questionario ad un gruppo di professionisti per raccogliere le loro opinioni sulle domande presentate.[22] L'*expert review* sarà condotta da due esperti in creazione e validazione di questionari e da un esperto nell'analisi statistica dei dati, e prevede l'utilizzo di una scheda valutativa strutturata utilizzata per analizzare in modo sistematico ogni domanda.[22, 23] L'*observational interview*[24] e la *cognitive interview* saranno effettuate successivamente da operatori esperti in psicologia clinica[25], attraverso la somministrazione della bozza del questionario ad un gruppo di 15 pazienti oncologici reclutati secondo caratteristiche cliniche e demografiche eterogenee. L'*observational interview* si avvarrà anche dell'uso di una videocamera per poter successivamente analizzare i comportamenti dei pazienti durante il processo di compilazione del questionario. Diversi metodi saranno utilizzati per la *cognitive interview*: *retrospective think aloud* (viene chiesto all'intervistato di elicitare tutti i pensieri che lo hanno portato alla risposta*), retrospective probing* (la risposta viene ulteriormente esaminata attraverso domande mirate da parte dell'intervistatore al fine di ottenere un maggior numero di informazioni)*, paraphrasing* (per capire se la domanda è stata correttamente interpretata, l'intervistato dovrà ripeterla utilizzando altre parole) e *response latency* (la misurazione del tempo utilizzato per fornire una risposta).
A partire dalle analisi dei dati forniti dal *pre-field test* il questionario, se necessario, verrà modificato e successivamente sottoposto ad un gruppo di circa 50 pazienti oncologici[26] per un ulteriore test quantitativo (*field test*) utilizzando il *behaviour coding scheme*[27] (codifica sistematica dell'atteggiamento dell'intervistatore e dell'intervistato al fine di ottenere informazioni sulla qualità del questionario come strumento di misura standardizzato) e il *respondent debriefing* (attraverso una serie di domande strutturate poste alla fine della sessione di somministrazione o attraverso il confronto con altri intervistatori, si vuole determinare se le domande sono state interpretate dagli intervistati così come si aspettavano i ricercatori). I risultati ottenuti dal *field-test* suggeriranno eventuali ulteriori modifiche al questionario.
La fase *pre-field e field test* sarà effettuata presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico; ai pazienti selezionati per questa fase dello studio sarà richiesto di firmare un consenso informato. Al termine della Fase 1 sarà disponibile la versione definitiva del questionario, cui seguirà lo studio di validazione.

Fase 2: Data collection per la validazione
La validazione del questionario sarà effettuata attraverso uno studio multicentrico su un campione di circa 400 pazienti oncologici in fase avanzata di malattia, selezionati secondo caratteristiche cliniche e demografiche eterogenee. Il reclutamento dei pazienti sarà effettuato presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico (centro promotore), l'Istituto dei Tumori IRCCS Regina Elena (Roma), l'Istituto in tecnologie avanzate e modelli di cura in Oncologia IRCCS dell'Arcispedale Santa Maria Nuova (Reggio Emilia), l'Azienda Universitaria Careggi (Firenze) e l'Istituto Nazionale dei Tumori IRCCS Fondazione Pascale (Napoli).
Il questionario sarà somministrato in tutti i centri seguendo le procedure standard del *Paper and Pencil(PAPI) face-to-face interview,* in maniera da ridurre possibili *bias* dovuti a differenti modalità di somministrazione. Ai pazienti sarà richiesto di firmare un consenso informato per partecipare allo studio.

Campione e setting
I pazienti partecipanti saranno reclutati dalle Unità di Oncologia (reparti e DH) delle sedi coinvolte. La valutazione per il reclutamento prevede la presenza dei seguenti criteri d'inclusione:
≥ 18 anni
Diagnosi di cancro
Con esperienza di dipendenza dalle cure misurata con la "Care Dependency Scale" versione italiana (punteggio ≤ 68)
Classificazione Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ≤ 3 o Karnofsky ≥40%
Conoscenza sufficiente della lingua italiana a giudizio del valutatore
Assenza di deficit cognitivi e percettivi tali da precludere la compilazione autonoma del questionario (o la partecipazione alle interviste).

Analisi statistiche
Saranno calcolate le statistiche descrittive delle variabili demografiche. La validità di 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 e altre misure di valutazione della coerenza della soluzione fattoriale. Inoltre, su un sottocampione di 100 pazienti selezionati in maniera randomizzata, sarà valutata:
L'attendibilità inter-rater: due intervistatori somministreranno il questionario allo stesso paziente ed allo stesso tempo, per valutare l'affidabilità tra diversi valutatori;
L'attendibilità test-retest: verrà effettuato un retest a distanza di circa 7/10 giorni, per valutare l'affidabilità dello strumento in tempi diversi (stabilità).
Una volta che sarà determinata la validità e attendibilità dello strumento, sarà calcolata la media dei punteggi per determinare la percezione che i soggetti hanno della dipendenza dalle cure.
Per l'analisi statstica verranno utilizzati i software SPSS (versione 21.00, SPSS, Chicago) e MPlus (Muthèn & Muthèn 2012).

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.
I pazienti che rientrano nei criteri d'inclusione saranno contattati da un ricercatore e riceveranno informazioni orali e scritte dettagliate circa gli obiettivi e metodi dello studio e il loro potenziale coinvolgimento in esso. Avranno l'opportunità di discutere con i ricercatori e tempo per riflettere sullo studio e sulla loro eventuale partecipazione. I pazienti che danno il loro assenso allo studio firmeranno un consenso informato scritto.

RISULTATI ATTESI

La rilevanza del presente studio è notevole per:
La specificità del problema trattato. La dipendenza dall'assistenza è infatti un concetto fondamentale del costrutto infermieristico. La disponibilità di strumenti che ne consentano la valutazione può contribuire al miglioramento degli esiti delle cure di cui gli infermieri sono responsabili.
Il rigore metodologico del suo disegno.
Il team di progetto che prevede la presenza di persone con alta competenza specifica.
La sua potenzialità di sviluppo futuro in ricerche che possano usare lo strumento e validarlo anche in altri setting e con altre popolazioni di pazienti.

I risultati saranno presentati a congressi per diffondere i risultati su scala nazionale e internazionale tra i professionisti sanitari impegnati in oncologia. Saranno inoltre presentati nel report 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 alla rivista internazionale *European Journal of Oncology Nursing* o altre riviste internazionali del settore.

Ogni pubblicazione riporterà insieme all'autore/autori la specifica indicazione del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) negli spazi previsti.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	TEAM DI RICERCA	DURATA
1	Revisione della letteratura scientifica	Coordinatori	Marzo 2015
2	Richiesta autorizzazione comitato etico	Coordinatori e Project team	Marzo - Aprile 2015
3	Interviste qualitative ai pazienti dipendenti	Coordinatori e Project team	Aprile - Maggio 2015
4	Analisi dati qualitativi	Coordinatori e Project team	Giugno - Agosto 2015
5	Questionnaire design	Coordinatori e Project team	Settembre 2015
6	Pre-field testing	Psicologo Clinico	Ottobre - Dicembre 2015
7	Field testing	Coordinatori, Project team CBM e psicometrista	Gennaio - Marzo 2016
8	Revisione dati e stesura questionario definitivo	Coordinatori, Project team	Aprile 2016
9	Raccolta dati per la validazione nelle diverse sedi	Coordinatori, Project team	Maggio – Settembre 2016
10	Analisi ed elaborazioni dati	Psicometrista, Coordinatori e Project team	Ottobre – Novembre 2016
11	Stesura report ricerca	Coordinatori, Project team	Dicembre 2016
12	Pubblicazione finale	Coordinatori, Project team	Gennaio 2017
13	Chiusura progetto	Coordinatori, Project team	Febbraio 2017

DIAGRAMMA DI GANTT

	Mag 15	Apr 15	Mag 15	Giu Ago 15	Set 15	Ott Dic 15	Gen Mar 16	Apr 16	Mag Set 16	Ott Nov 16	Dic 16	Gen 17	Feb 17
Revisione della letteratura scientifica	■												
Richiesta comitato etico	■	■											
Interviste qualitative		■	■										
Analisi dati qualitativi				■									
Questionnaire design					■								
Pre-field testing						■							
Field testing							■						
Stesura questionario definitivo								■					
Raccolta dati validazione									■				

	Mag 15	Apr 15	Mag 15	Giu Ago 15	Set 15	Ott Dic 15	Gen Mar 16	Apr 16	Mag Set 16	Ott Nov 16	Dic 16	Gen 17	Feb 17
Analisi ed elaborazioni dati													
Stesura report ricerca													
Pubblicazione finale													
Chiusura progetto													

BIBLIOGRAFIA

1. Ricoeur P. Fallible Man. Second edition. ed. New York: Fordham University Press; 1986.
2. Casalini B. Etica della cura, dipendenza, disabilità. [Ultimo accesso il 19/02/15]. Available from: http://www.iaphitalia.org/index.php?option=com_content&view=article&id=320&Itemid=170.
3. Garrau M, Le Goff A. Care, justice et dépendance. Introduction aux theories du care. Paris: Puf; 2010.
4. Lomborg K, Bjorn A, Dahl R, Kirkevold M. Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. J Adv Nurs. 2005;50(3):262-71.
5. Strandberg G, Norberg A, Jansson L. Meaning of dependency on care as narrated by 10 patients. Research and theory for nursing practice. 2003;17(1):65-84.
6. George S. Measures of dependency: their use in assessing the need for residential care for the elderly. Journal of public health medicine. 1991;13(3):178-81.
7. Colombetti E. La dipendenza condivisa. MEDIC. 2013;21(2):24-9.
8. Orem DE. Nursing: concepts of practice. St. Louis: Mosby; 1995.
9. Henderson V. The nature of nursing: a definition and its implications for practice and education. New York: Macmillan; 1966.
10. Dijkstra A, Buist G, Dassen T. Operationalization of the concept of 'nursing care dependency' for use in long-term care facilities. The Australian and New Zealand journal of mental health nursing. 1998;7(4):142-51.
11. Esbensen BA, Thome B, Thomsen T. Dependency in elderly people newly diagnosed with cancer--a mixed-method study. European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society. 2012;16(2):137-44.
12. Piredda M, De Marinis MG, Matarese M, D'Angelo D, Mastroianni C. Patients experiences of care dependency: a meta-synthesis of qualitative studies. 2014 [unpublished].
13. Mahoney FI, Barthel DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. Maryland State Medical Journal. 1965;14:61-5.
14. Katz TF. A.D.L. Activities of Daily Living. JAMA. 1963;185:914.
15. Granger CV, Hamilton BB, Keith RA, Zielesny M, Sherwin FS. Advances in functional assessment for medical rehabilitation. Topics in Geriatric Rehabilitation. 1986;1:59-74.
16. Dijkstra A, Tiesinga LJ, Plantinga L, Veltman G, Dassen TW. Diagnostic accuracy of the care dependency scale. J Adv Nurs. 2005;50(4):410-6.
17. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. European journal of cancer (Oxford, England : 1990). 2013;49(6):1374-403.
18. Sullivan R, Peppercorn J, Sikora K, Zalcberg J, Meropol NJ, Amir E, et al. Delivering affordable cancer care in high-income countries. The Lancet Oncology. 2011;12(10):933-80.
19. Brancato G, Macchia S, Murgia M, Signore M, Simeoni G, Blanke K, et al. Handbook of recommended practices for questionnaire development and testing in the European statistical system. European Statistical System. 2006.
20. Piredda M, Capuzzo MT, Matarese M, De Marinis MG. Care dependency in oncology patients. MEDIC. 2014;22(2):59-62.
21. Piredda M, Capuzzo MT, Matarese M, De Marinis MG. Care dependency in oncology patients: a qualitative study on nurses' views. 2014 [unpublished].
22. Biemer PP, Lyberg LE. Introduction to Survey Quality. Hoboken, New Jersey: John Wiley&Sons; 2003.
23. Lessler BH, Forsyth J. A Coding System for Appraising Questionnaires. In Answering questions. Methodology for determining cognitive and communicative processes in survey research. Schwarz N, Sudman S, editors. San Francisco (California): Jossey-Bass; 1996.

24. ABS. Pretesting in survey development. Australian Bureau Statistics ed. Canberra, Australia An Australian Bureau of Statistics perspective, Research Paper; 2001.
25. Willis G. Cognitive interviewing revisited: a useful technique, in theory? In Methods for testing and evaluating survey questionnaires. Presser S, Rothgeb JM, Couper MP, Lessler J, Martin JT, Martin J, et al., editors. New Jersey: Wiley; 2004.
26. Zukerberg AL, Von Thurn DR, Moore JC. Practical considerations in sample selection for behaviour coding pretests. Proceedings of the Section on Survey Research Methods. Alexandria, VA: American Statistical Association; 1995. p. 1116-21.
27. Oksenberg L, Cannell C, Kalton G. New strategies for pre-testing survey questions. In Journal of Official Statistics. 1991;7(3):349-65.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

DOLORE CRONICO E QUALITA' DI VITA

COORDINATORE PROGETTO
A. Paterniani
R. Latina

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.13

TITOLO PROGETTO

L'impatto del dolore cronico non oncologico sulla qualità di vita. Studio multicentrico sui centri di terapia del dolore della rete del comune di Roma

The impact of chronic non-cancer pain on quality of life. Multicenter survey on pain clinics network in Rome

ABSTRACT

Introduzione: Dati di letteratura internazionale mettono in evidenza l'impatto negativo del dolore cronico non oncologico sulla Qualità di Vita (QoL) dei soggetti che ne sono affetti. La QoL è un concetto multidimensionale determinata da fattori oggettivi e soggettivi. Tuttavia i dati migliorano se i pazienti vengono sottoposti a regime di trattamento multidisciplinare dopo quattro e sei settimane, e dopo sei mesi. In Italia i Centri di Terapia del Dolore (CTD) sono stati istituiti nel 2010 per garantire ai pazienti affetti da dolore acuto e cronico un efficace ed appropriato trattamento. In Italia non ci sono studi che hanno misurato gli effetti dei trattamenti erogati nei CTD sulla QoL dei pazienti che ad essi afferiscono
Obiettivo: Lo studio si pone come obiettivo quello di monitorare gli effetti dei trattamenti dei CTD sulle dimensioni soggettive e oggettive della QoL dei pazienti con dolore cronico non oncologico
Metodi: Studio multicentrico quali-quantitativo prospettico sulla popolazione che afferisce ai CTD nel territorio di Roma.
Risultati attesi: Significativo miglioramento della QoL nei pazienti con dolore cronico non oncologico trattati nei CTD
Parole Chiave: Dolore cronico, qualità di vita, impatto, Italia, valutazione.

ABSTRACT

Background: International surveys highlight the negative impact of chronic noncancer pain on Quality of Life (QoL) of this patients. QoL is a multidimensional concept determined by objective and subjective factors. However the data is improved after multidisciplinary treatment, about four, six weeks, and after six months. In Italy Pain Clinics (CTD) were born in 2010 to relief patients by acute and chronic pain, thanks an effective and appropriate treatment. In Italy there are no studies that assess the effects of the treatments provided in the CTD on QoL of patients that attend to them.
Objective: The study aims to monitor the effects of the treatments of the CTD on subjective and objective dimensions of the QoL in chronic noncancer pain patients.
Methods: Multicenter qualitative-quantitative prospective study on the patients which attend to CTD in the Rome area.
Expected results: Significant improvement on QoL in chronic noncancer pain patients treated in CTD
Keywords: Chronic pain, quality of life, impact, Italy, assessment.

BACKGROUND

Il dolore cronico non oncologico (DC) è considerato un problema di salute pubblica che ha un forte impatto sulla qualità di vita delle persone e sul sistema sanitario.[1] Il dolore cronico è una esperienza multidimensionale che coinvolge e interagisce con le componenti del modello bio-psico -sociale di ogni soggetto che ne è affetto.[2,3] Il dolore cronico può essere considerato come un fattore stressante, che riduce le capacità di coping, può divenire fonte di grave invalidità e disabilità psico-fisica per la conseguente limitazione nello svolgimento dell'attività lavorativa per l'interferenza significativa sulle attività di vita quotidiana e che può influenzare negativamente la qualità della vita (QoL).[4,5,6,7] La OMS, definisce la QoL come "il modo in cui l'individuo percepisce la sua posizione nella vita. Il concetto di QoL comprende la salute del corpo, le condizioni psicologiche, il grado di autonomia, le relazioni sociali, le idee personali e

il rapporto con l'ambiente.[8] Si stima inoltre che al 20% dei pazienti con DC sia stata diagnosticata una forma di depressione reattiva e che disturbi ansiosi siano presenti nel 40% dei casi.[9] Il DC si può associare a stress psicologico, ad un ridotto livello di salute, può incrementare l'utilizzo dei servizi sanitari e ridurre la partecipazione della forza lavoro.[10] Il DC, non più semplicemente sintomo di una malattia nota, ma malattia a sé stante, è caratterizzata da cambiamenti fisiopatologici, che determinano e mantengono il dolore nel tempo anche dopo la risoluzione della causa che lo ha determinato.[11] In Europa si stima una prevalenza di DC intorno al 19%, e in Italia del 27% con una perdita di giorni di lavoro pari a 15,2 giorni/anno.[12] Realizzare un percorso diagnostico e terapeutico in un paziente affetto da dolore cronico è un processo complesso e non sempre chiaro, con un ricaduta anche sull'analisi dei risultati degli studi epidemiologici, che porta ad una dispersione dei risultati in termini di prevalenza e incidenza, ma anche in termini di impatto sul sistema di cura.[13] Il tempo di esordio della sintomatologia dolorosa è uno dei criteri utili ad effettuare diagnosi,[14] oltre ad elementi semeiotici e diagnostici. In uno studio irlandese[15] l'esordio medio nel 42% della popolazione studiata sembra essere addirittura di 5 anni, fino a 15 anni nel 60% della popolazione europea studiata, e superiore a 21anni nel 20% della popolazione rimanente, con intensità di dolore severa nel 34% degli stessi.[12] Questi spazi temporali così lunghi fanno pensare ad una pesante ricaduta sullo svolgimento delle comuni attività di vita e sulla qualità di vita, sullo stato mentale delle persone che ne sono affette e sul grado di sofferenza.[16] Diventa pertanto prioritario focalizzarsi sulla limitazione del grado di sofferenza, e garantire un efficace controllo del dolore come diritto della persona[17,18] e come dovere di ogni operatore sanitario. Il trattamento del DC richiede un approccio globale e multidisciplinare e interdisciplinare, che si avvale di trattamenti farmacologici, complementari ed invasivi,[19] con interventi commisurati ai bisogni assistenziali dei singoli pazienti.[20] Ciascun soggetto affetto da dolore è un caso unico, dove le caratteristiche psicologiche, quelle emozionali e cognitive sono parti integranti della propria percezione dello stesso dolore.[21] Ad oggi, in Italia, sembra ci sia poca adesione a regimi multidisciplinari tra i CTD, sia in merito alla valutazione, sia in merito ai trattamenti multidimensionali del dolore cronico benigno.[22] Al fine di monitorare gli esiti assistenziali dei singoli trattamenti, la valutazione e il reassessment del dolore sono componenti core per sviluppare e implementare un adeguato management del dolore e guidare la scelta dei trattamenti e di indirizzare il piano di cure basate sulle risposte dei pazienti,[23] in particolare per determinare l'impatto del DC sulla qualità di vita.[24] Una valutazione valida e affidabile è essenziale per un trattamento del dolore efficace.[12] La valutazione è un processo complesso, che richiede competenze relazionali e tecniche, oltre che cliniche, in particolare quando si tratta di un fenomeno caratterizzato da una importante componente soggettiva legata al proprio vissuto con il DC. Alcuni studi forniscono prova in cui i pazienti hanno sperimentato il cosiddetto dolore totale,[25,26] e descrivono la sofferenza come perdita di sé, derivante dalle limitazioni che il dolore impone, dall'isolamento sociale, dallo essere screditati, e di essere un peso per gli altri.[27,28]In Italia sono non ci sono studi che descrivono l'impatto del dolore cronico non oncologico sulla qualità di vita fisica e mentale dei soggetti che utilizzano i CTD, né tantomeno sul loro vissuto.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale

Questo studio si propone di valutare la Qualità di Vita (QV) dei soggetti adulti con dolore cronico non oncologico prima,ì e durante il trattamento nei CTD, nella rete del comune di Roma.

Obiettivi specifici

Lo studio si pone come obiettivi specifici quello della valutazione degli effetti dei trattamenti erogati nei CTD sul/la/le:
Percezione che il paziente ha della sua QoL;
Condizioni fisiche e sul livello di dipendenza nello svolgere le attività di vita quotidiana (AVQ);
Benessere psicologico;
Intensità/severità del dolore percepito;
Relazioni sociali e con i il personale curante;
Condizioni lavorative con particolare attenzione all'assenteismo lavorativo;
Soddisfazione del paziente ai trattamenti ricevuti;
Anni di vita aggiustati secondo la qualità (QALY).

Indicatori

Gli indicatori relativi agli obiettivi specifici sono rappresentati in ordine:
Riduzione del 20% dello Score totale degli strumenti utilizzati prima e dopo trattamento utili a misurare la percezione della QoL.
Riduzione del 20% tra Score totale degli strumenti utilizzati prima e dopo trattamento utili a misurare la l'impatto nello svolgimento delle AVQ.
Riduzione dello score totale del 20% degli strumenti utili ad misurare il benessere psicologico.
Riduzione del 20% dell'intensità percepita (VAS) dopo il trattamento a 4 e 6 settimane.
Grado di soddisfazione delle relazioni sociali e con gli operatori.
Riduzione del 50% del numero di assenze a causa del dolore.

Grado di soddisfazione dei trattamenti ricevuti
Determinazione delle QALY

METODOLOGIA

Disegno dello studio:
Quantitativo: Studio multicentrico osservazionale prospettico, per la misurazione dell'impatto del DC sulla QV fisica e mentale.
Qualitativo: approccio fenomenologico per descrivere il significato della sofferenza e della qualità di vita in presenza di dolore cronico e come percepiscono le loro esperienze di interazione con i professionisti della salute, alla ricerca dei fattori che potrebbero ottimizzare queste interazioni.
Caso Dolore cronico: Convenzionalmente, per questo studio, verranno identificati come soggetti affetti da dolore cronico tutti coloro per i quali sia documentata una sintomatologia dolorosa presente da oltre 6 mesi, o in cui sia stata diagnosticato e documentato il DC. Da una indagine italiana (16) su 1016 pazienti adulti, in età lavorativa, che afferiscono ai CTD, sono n. 1174 coloro che hanno provenienza dal Comune di Roma. Ai fini della determinazione della numerosità campionaria, in questo studio verranno monitorati n. 300 pazienti adulti individuati presso i vari Centri in misura proporzionale al loro volume di attività, utilizzando un campionamento probabilistico stratificato per età (Vedere tabella 1).

Tabella 1: Volume del campione (n. 300)

		Frequenza	Campione
Città di Roma	Pol.Campus Bio-Medico	100	25
	HUB –Fondazione Policliclinico Tor Vergata	302	75
	HUB- AO Policlinico Umberto 1	79	20
	Policlinico Gemelli	85	22
	Osp. Cristo Re	54	14
	A.O. Sant'Andrea	26	8
	Columbus	31	9
	ASL RM/C	139	35
	Osp. S. Eugenio	50	13
	Policlinico Casilino	38	10
	A.O. San Camillo-Forlanini	194	50
	A.O. San Giovanni-Addolorata	76	19
	Totale	1174	300

Campo d'indagine
I centri di terapia del dolore hub e spoke di I e II Livello nella Regione Lazio con sede nel Comune di Roma. Potranno essere inseriti altri centri che hanno attivazione recente, secondo la rete definita dal Ministero della Salute (2015).

Popolazione
Popolazione che afferisce per la prima volta ai Centri di Terapia del Dolore con sede nel Comune di Roma. La valutazione e monitoraggio degli esiti sarà effettuata a tempo zero, dopo 4 settimane e 6 settimane, ed infine dopo 6 mesi, come raccomandato dall' International Association for the Study of Pain (14).
I soggetti partecipanti allo studio dovranno soddisfare i seguenti criteri di selezione:

Criteri inclusione della popolazione
Soggetti adulti, di entrambi i sessi, con età superiore ai 18 anni, abili a lavoro e in riposo obbligato (pensionati);
Soggetti con dolore cronico non oncologico, da almeno 6 mesi;
Soggetti che hanno aderito allo studio e firmato il consenso informato.

Criteri esclusione della popolazione
Soggetti con età inferiore a 18 anni;
Soggetti affetti da dolore cronico oncologico;

Soggetti affetti da dolore acuto e di durata inferiore a 6 mesi;
Soggetto con deficit cognitivi o inabili alla lettura e incoscienti, not self-report;
Soggetti che non parlano lingua italiana.

Implicazioni Etiche

Sarà necessario il parere dei Comitati Etici a cui afferiscono i CTD. Ogni paziente, consenziente dovrà autorizzare l'uso dei dati personali, secondo normativa vigente (Legge 196/2003), firmando l'apposito modulo di consenso infermato.

Procedura dello studio

Il modello di valutazione

Il modello si avvale di in una serie di valutazioni realizzate sul paziente, che mettono in evidenza:

Valutazione dell'intensità del dolore e come questo interferisce sulle funzioni quotidiane. In questa fase possono essere utilizzati: la McGill Pain Questionnaire, la Short Form -36 (SF-36) utili a comprendere come il dolore interferisca con le Attività di Vita Quotidiana (ADL) e la Brief Pain Inventory (BPI), l'Indice di Barthel (IB) , le scale Activities of Daily Living (ADL) e Instrumental Activities of Daily Living (IADL) , la scala Functional Independence Measure (FIM) , la Care Dependency Scale (CDS). Per quanto riguarda l'intensità possono essere utilizzati la Numeric Rating Scale (NRS), Visual Analogue Scale (VAS).

Misurazione dell'umore. Misurare l'umore nei soggetti affetti da dolore cronico ad ogni incontro con il clinico può essere considerato un elemento cruciale oltre agli altri parametri (pressione, peso, polso, ect). Il Patient Health Questionnaire (PHQ-9), la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Questi risultati indicano l'importanza di valutare e trattare i sintomi psicologici associati al dolore cronico.

Misurazione degli effetti del dolore sul modello sonno-riposo. Il dolore può alterare il modello sonno–riposo, con l'insonnia. Una varietà di strumenti sono disponibili, es. la STO-BANG per valutare anche il rischio di apnea da effetti collaterali per l'uso terapeutico di sedativi e di oppiacei.

Misurazione dei rischi. Si tratta di monitorare attentamente gli effetti dai potenziale dipendenza da farmaci, con la Opioid Risk Tool, SOAPP-R, COMM, e la DIRE Score (da selezionarne uno).

Determinazione dei giorni di assenza dal posto di lavoro per causa del dolore cronico (intervista)

Strumento ad hoc per la misurazione del grado di soddisfacimento dei trattamenti ricevuti.: American Pain Society Questionnaire.

Questionario: che raccoglie dati sugli aspetti socio demografici e lavorativi e sede dolore, qualità dolore.

Intervista libera per la indagine qualitativa di tipo fenomenologico

Analisi statistica studio quantitativo

Un campione di 300 pazienti permetterà di studiare l'andamento delle valutazioni ai tempi individuati utilizzando un modello di analisi della varianza per misure ripetute. Questa numerosità ad un livello di significatività del 5% e con una potenza dell'80% assicura di verificare l'effectsize ($\delta = | \mu_A - \mu_B | / \sigma$) che va da 0,10 a 0,20 a seconda del livello di correlazione tra le varie misurazioni. I dati verranno raccolti su un database SPSS (19). I risultati verranno descritti tramite medie, mediane, deviazioni standard e range se relativi a variabili quantitative e mediante frequenze assolute e relative per le variabili qualitative. I dati relativi alle variabili di maggiore interesse verranno riportati con il loro intervallo di confidenza al 95%. Le associazioni tra le variabili verranno valutate con il test del Chi quadro e con misure di correlazione, come appropriato, con un valore di significatività di P value < 0,05. Il test T-student per campioni appaiati determinerà gli effetti a confronto del DC tra prima e dopo il trattamento, con un valore di significatività di P value < 0,05.

Analisi studio qualitativo

Verrà condotta una analisi qualitativa descrittiva, secondo Giorgi (1997)[29] per comprendere le proprie esperienze e percezione della qualità di vita di coloro che convivono con il dolore cronico.

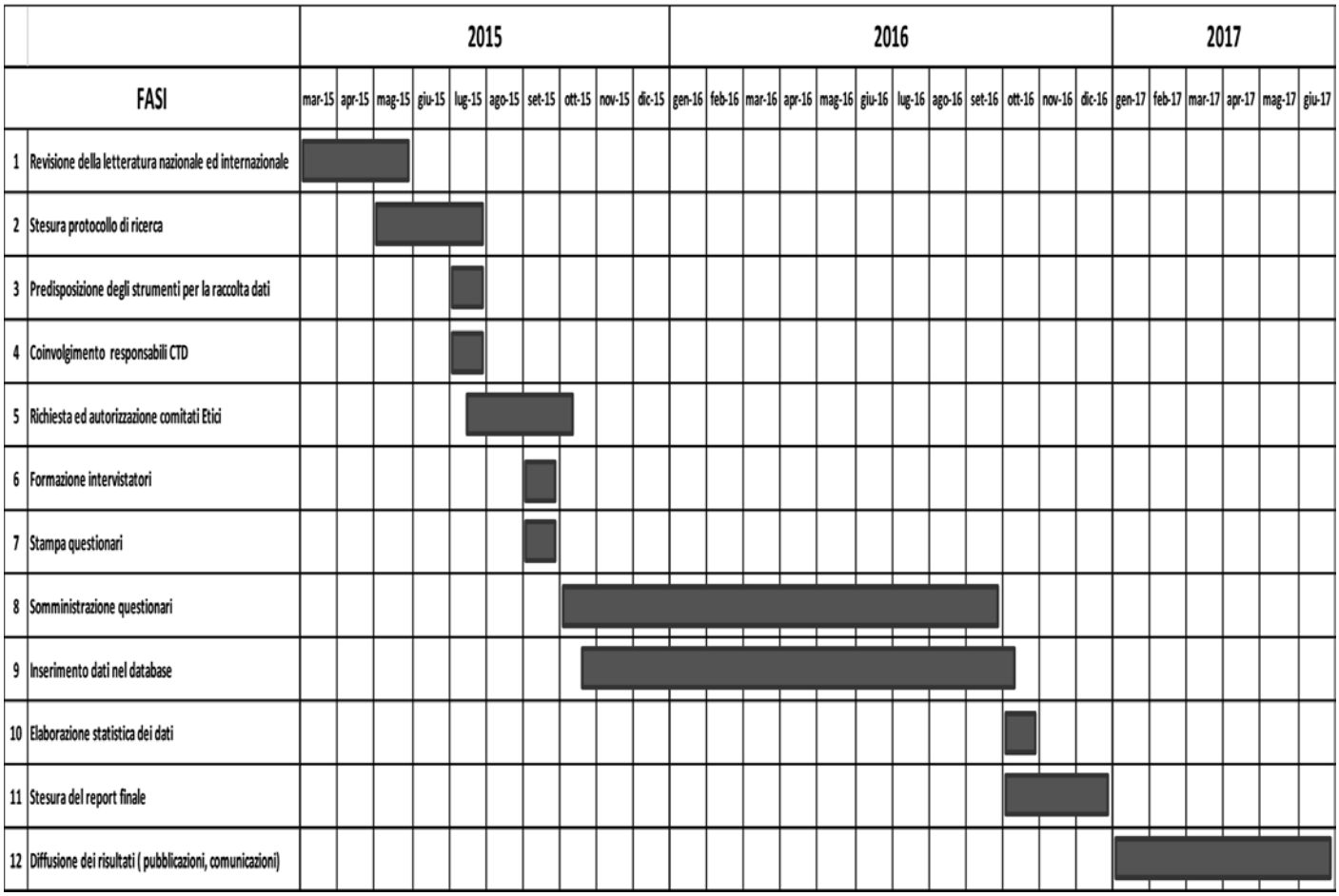
Rilevanza

Significativo miglioramento della QoL nei pazienti con dolore cronico non oncologico trattati nei CTD
Acquisire elementi e dati conoscitivi validi e affidabili per valutare l'impatto del dolore cronico non oncologico sulla qualità di vita fisica e psichica dei pazienti che afferiscono ai CTD della rete del comune di Roma, finalizzati ad una prima descrizione del fenomeno.
Riduzione dei giorni di assenza dal lavoro dopo 4 settimane di regime terapeutico.
Riduzione della severità del dolore percepito conseguente al trattamento.
Descrivere la percezione della qualità di vita e le esperienze di interazione con i professionisti sanitari.
Individuare le variabili predittive degli esiti al fine di orientare interventi migliorativi e preventivi sulla conoscenza e sull'assistenza al dolore cronico.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Revisione della letteratura nazionale ed internazionale	Coordinatori	3 Mesi
Stesura protocollo di ricerca	Project manager, Coordinatori	3 Mesi
Predisposizione degli strumenti per la raccolta dati	Project manager e coordinatori e project team	1 Mese
Coinvolgimento responsabili CTD	Coordinatori e project team	1 Mese
Richiesta ed autorizzazione comitati Etici	Coordinatori e project team	3 Mesi
Formazione intervistatori	Coordinatori	1 Mese
Stampa questionari	Coordinatori	1 Mese
Somministrazione questionari	Coordinatori	12 Mesi
Inserimento dati nel database Mese	Coordinatori e project team	1 Mese
Elaborazione statistica dei dati	Coordinatori e project team	1 Mese
Stesura del report finale 3 Mesi	Project manager Coordinatori e project team	3 Mesi
Diffusione dei risultati (pubblicazioni, comunicazioni)	Project manager Coordinatori e project team	6 Mesi

DIAGRAMMA DI GANTT



BIBLIOGRAFIA

1. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. Pain 2001; 89:127–34.
2. Sanders SH, Harden RN, Vicente PJ. Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. Pain Pract, 2005; 5(4): 303–315.
3. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions," Psych Bull, 2007; 133 (4): 581–624.
4. Lame´I E, Peters ML, Vlaeyen JW, Kleef M, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. Eur J Pain, 2005; 9(1), 15–24.
5. Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Cousins MJ. Chronic pain and frequent use of health care. Pain 2004; 111:51-8
6. Langley PC. The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. Curr Med Res & Opin 2011;27 (2) : 463–48
7. Sjøgren P, Ekholm O, Peuckmann V, Grønbæk M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update. Eur J Pain 2009; 13:287–92.
8. World Health Organization. Program on Mental Health. WHOQOL, Measuring Quality of Life. Disponibile su: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. Accesso il 27.02.15
9. Keogh E, McCracken LM, Eccleston C. Gender moderates the association between depression and disability in chronic pain patients. Eur J Pain 2006; 10: 413–422
10. Langley P, Muller-Schwefe G, Nicolaou A, Liedgens H, Pergolizzi J, Varrassi G. The impact of ain on labor force participation, absenteeism and presenteeism in the European Union. J Med Econ 2010; 13:662-72
11. Varrassi G, Collett B, Morlion B, Kalso E, Nicolaou A, Dickenson A, Pergolizzi J, Schäfer M, Müller-Schwefe G. Proceedings of the CHANGE PAIN Expert Summit in Rome, June 2010. Curr Med Res Opin. 2011, Oct;27(10):2061-2. Epub 2011 Sep 20
12. Breivik H, Collet B, Ventafridda V, *et al*. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006;10(4):287-333
13. Bekkering GE, Bala MM, Reid K, Kelen E, Harker J, Riemsma R, Huygen FJPM, Kleijnen. Epidemiology of chronic pain and its treatment in the Netherlands. Netherl J Med, 2011; 69(3):141-151
14. International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Second Edition, IASP Press; Seattle; 1994.
15. Raftery MN, Sarma K, Murphy AW, De la Harpe D, Normand C, McGuire BE. Chronic pain in the Republic of Ireland—Community prevalence, psychosocial profile and predictors of pain related disability: Results from the Prevalence, Impact and Cost of Chronic Pain (PRIME) study, Part 1. Pain 2011; 152:1096-1103
16. Latina R. Chronic pain management in non-oncologic patients: multicentric study on adult patients referring to the centers for pain management in the Lazio Region (Italy). Doctoral Thesis, 2013. Disponibile su: http://padis.uniroma1.it/handle/10805/2127, Accesso il 27.2.2015
17. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Legge 15 Marzo 2010, n. 38
18. International Pain Summit. Declaration of Montreal. Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right. IASP, 2011
19. Jont Commission International. Approaches to pain management, an essential guide for clinical leaders, Second edition, 2010
20. Raphael J, Hester J, Ahmedzai S, Barrie J, Farqhuar-Smith P, Williams J, Urch C, Bennett MI, Robb K, Simpson B, Pittler M, Wider B, Ewer-Smith C, DeCourcy J, Young A, Liossi C, McCullough R, Rajapakse D, Johnson M, Duarte R, Sparkes E. Cancer Pain: Part 2: Physical, Interventional and Complimentary Therapies; Management in the Community; Acute, Treatment-Related and Complex Cancer Pain: A Perspective from the British Pain Society Endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. Pain Med 2010, Apr 26.
21. Marchand S. What is pain? In The phenomenon of pain. Mission Statement of IASP Press, Seattle 2012, p.6.
22. Latina R, De Marinis MG, Baglìo G, Cattaruzza MS, Notaro P, Guzzetti V, Osborn J, Sansoni J, Giannarelli D, Piredda M, D'Angelo D, Mastroianni C, Casale G, Gatti A, Tarsitani G and PCG. Features and organization of Pain Centers in the Lazio Region, Italy, in 2011. Ann Ig, 2014; 26, ISSN: 1120-9135
23. Ackley B, Ladwig G, Swan BA, Tucker SJ. Evidence-based nursing care guidelines. St. Louis, MO: Mosby Elsevier, 2008
24. Dalton JA, Keefe FJ, Carlson J, Youngblood R. Tailoring cognitive behavioral treatment for cancer pain. Pain Manag Nurs, 2004; 5(1):3-18.
25. Clark, D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. Social Science & Medicine, 1999;49(6), 727–736.
26. Saunders, C. Spiritual pain. J Palliat Care, 1988;4(3), 29–32.
27. Mehta A, & Chan, LS. Understanding of the concept of "total pain": A prerequisite for pain control. J Hosp Pall Nurs, 2008;10(1), 26–32.

28. de Villiers M, Maree JE, van Belkum C.The Influence of Chronic Pain on the Daily Lives of Underprivileged South Africans. Pain Manag Nurs, Vol -, No - (--), 2014: pp 1-9
29. Giorgi A. The theory, practice and evaluation of phenomenological methods as a qualitative research procedure. J Phen Psych, 1997; 28(2):235-60.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

ASSISTENZA CENTRATA SULLA FAMIGLIA IN NEONATOLOGIA E SODDISFAZIONE DEI GENITORI, IL MONITORAGGIO NEL TEMPO

COORDINATORE PROGETTO
I. Dall'Oglio

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.14

TITOLO PROGETTO

Assistenza centrata sulla famiglia in neonatologia e soddisfazione dei genitori, nuovi metodi per la valutazione nel tempo

Family-centered care in neonatology and parents satisfaction, new methods for the evaluation over time

ABSTRACT

Background: E' stato validato in italiano il questionario Empathic-N per esplorare la soddisfazione e l'esperienza dei genitori (SG) dei neonati dimessi dalla Terapia Intensiva Neonatale (TIN), rispetto all'assistenza centrata sulla famiglia (FCC) .
Una recente ricerca europea indica come II priorità di ricerca in area critica neonatale, l'ambito della FCC. Sempre più attenzione hanno i sistemi on-line, per valutare sistematicamente la soddisfazione dei pazienti e delle famiglie rispetto ai servizi offerti.
Obiettivi: valutare la qualità della FCC in TIN tramite la somministrazione di una versione ridotta dell'Empathic-N per esplorare l'esperienza e la SG dei neonati ricoverati in TIN, utilizzando un sistema on-line , rispetto alla rilevazione con moduli cartacei.
Metodi e strumenti: studio di coorte osservazionale multicentrico, integrato con una sezione qualitativa. La popolazione sono i genitori dei neonati dimessi o trasferiti dalle TIN a cui verrà somministrato il questionario Empathic-N in forma cartacea o on-line. Il personale sanitario impegnato nella raccolta e analisi dei dati e i rappresentanti dei genitori, parteciperanno a focus group per esplorare la percezione delle due modalità di rilevazione.
***Risultati attesi*:** la valutazione in merito alla fattibilità e la compliance dei genitori dell'uso del sistema on-line per il monitoraggio costante della qualità della FCC in TIN, rilevata tramite l'Empathic-N in versione ridotta.
Parole chiave: Assistenza centrata sulla famiglia, genitori, soddisfazione dei pazienti, Assistenza intensiva neonatale, Indicatori di qualità, Internet, sistemi on-line, survey.

ABSTRACT

***Background*:** It has been validated the Italian version of the questionnaire Empathic-N to explore the experience and the satisfaction of parents (SG) of infants discharged from Neonatal Intensive Care Unit (NICU) regarding the family-centered care (FCC).
A recent European research indicates as 2nd research priorities in NICU, the topic of the FCC. Moreover, more attention have online systems, to systematically evaluate the satisfaction of patients and their families with the services offered.
***Objectives*:** To assess the quality of the FCC in NICU by administering a rediced version of Empathic-N to explore the experience and the SG of infants discharged from NICU , using an on-line system, compared to the survey with paper forms.
***Methods and tools*:** multicenter observational cohort study, integrated with a qualitative section. The population are the parents of newborns discharged or transferred from NICU that will be administered the questionnaire Empathic-N in print or online. The health personnel involved in the collection and analysis of data and the representatives of parents, participate in focus groups to explore the perception of the two collection data modes.
***Expected results*:** the assessment of the feasibility and compliance of parents in the utilization of the online system for continuous monitoring of the quality of the FCC in NICU , detected through the reduced Empathic-N

Key words: Family centered care, Parents, Patient satisfaction, Intensive Care-Neonatal, Quality Indicators, Internet, Survey.

BACKGROUND

La nascita pretermine (<37 settimane) interessa in Europa tra il 5% e il 12% dei neonati.[1] In particolare quelli nati con un peso <1500 gr. necessitano di assistenza intensiva. In Italia, nel 2013 sono nati 514.000 bambini, considerando la tendenza degli ultimi anni si ipotizza una percentuale di nati prematuri intorno al 7% del totale, di cui circa l'1% ha un peso inferiore a 1.500 grammi ed il 6,2% tra 1.500 e 2.500 grammi[2] Inoltre le terapie intensive neonatali (TIN) sono poco più di 100.[3]

L'assistenza centrata sul paziente rappresenta uno dei sei obiettivi del miglioramento della qualità di un'organizzazione sanitaria[4] e va perseguito anche in contesti peculiari, come l'area critica neonatale, dove è indirizzata al neonato e alla sua famiglia[5]. La soddisfazione dei pazienti ha avuto un crescente riconoscimento come criterio di valutazione della qualità del servizio offerto in ambito sanitario[6] nonché orienta eventuali interventi di miglioramento. Essa riflette le preferenze personali e le aspettative del consumatore, nonché la realtà dell'assistenza ricevuta[7].

Già nel 2005, Nicholas et Al, avevano descritto numerose esperienze di survey mirate alla valutazione sistematica della percezione della soddisfazione dei pazienti, o dei loro genitori, rispetto all'assistenza ricevuta in ospedale[8]. E' stata anche sottolineata l'importanza di questo processo continuo di *Ratings of Quality*, proprio ai fini del miglioramento continuo[9]. Inoltre, l'esplorazione della *customer satisfaction* permette anche di individuare ambiti cruciali che determinano le scelte dei pazienti, a cui alle volte non si attribuisce il giusto valore, ma che, altresì rappresentano elementi importanti per chi usufruisce di un servizio[10].

Più recentemente, è stato descritto peraltro l'uso di strumenti on-line, per valutare i diversi servizi sanitari offerti, come ad esempio l'accessibilità del pediatra[11].

Tornando alla FCC, anche in TIN, essa si esplica attraverso diversi livelli, quali la presenza, la partecipazione, il coinvolgimento e la partnership dei genitori nel piano di cura del neonato, sottesi dalle *empowerment* e la negoziazione[12].

Da una recente ricerca condotta con il metodo Delphi, a livello europeo, diversi esperti infermieri, nell'ambito dell'assistenza intensiva neonatale, hanno indicato le priorità di ricerca per i prossimi anni. Tra queste, una di quelle che ha ottenuto uno dei punteggi più elevati (ranking tra 1 e 6), è stata "i bisogni dei genitori e la famiglia" (media 5.04; SD 1.23). Sono inoltre stati desunti i diversi domini a cui afferivano suddette priorità di ricerca e quello relativo alla FCC, ha raggiunto il II posto, in termini di punteggio complessivo (4.84; SD1.29). E' da notare la differenza tra il punteggio medio di 4.89 nelle regioni del Nord Europa, versus il punteggio medio di 4.50 delle regioni del Sud Europa.[13] Gli stessi autori, infine, invitano all'inclusione dei genitori nella ricerca, come elemento essenziale per permettere un processo di *empowerment* e di coinvolgimento nell'assistenza.

Con tali premesse, la valutazione sistematica della soddisfazione e dell'esperienza dei genitori che hanno avuto un neonato in TIN, assume una valenza particolare, in quanto indicatore dell'efficacia dei diversi interventi di miglioramento dell'assistenza rivolta ai bambini e alle loro famiglie in contesti così critici e complessi.

In letteratura è descritto come, al di là degli impegni teorici, la reale applicazione dell'assistenza centrata sulla famiglia non sia sempre così lineare e costante.[14,15,16]

Ancora oggi si discute a livello italiano ma anche internazionale, sui requisiti di base per la messa in pratica dell'assistenza centrata sulla famiglia, quali la presenza dei genitori, il timing d'ingresso e il ruolo che essi possono svolgere quando sono accanto al neonato[17,18].

La valutazione della soddisfazione dei genitori in una realtà complessa come la TIN, richiede strumenti mirati e validi che permettano di misurare la loro esperienza, in considerazione anche del fatto che i genitori attribuiscono a numerosi ambiti dell'assistenza un'importanza maggiore che non quella espressa da infermieri e medici.[19]

Diverse sono le modalità con le quali finora è stata esplorato il grado di soddisfazione dei genitori dei neonati ricoverati in TIN, ed essi indicano generalmente elevate livelli di soddisfazione, anche se la rigorosità della metodologia utilizzata non è stata approfondita.[20]

In questo panorama, il fatto stesso di valutare sistematicamente la soddisfazione indiretta (perché tramite i genitori) dei soggetti centrali del processo assistenziale assume diverse valenze: permette di comprendere "*a che punto stiamo*", indica gli ambiti di miglioramento e può suggerire le direzioni del cambiamento, ci mette nelle condizioni di "*assumere il punto di vista dell'altro*" e di mettere a fuoco aspetti sui quali non si può aver fatto sufficiente attenzione.

In tal senso, l'esperienza dello studio multicentrico di validazione della versione italiana del questionario elaborato in Olanda, Empathic-N[1][21] ha fatto emergere tra i partecipanti allo studio, che, al di là dei risultati numerici forniti dalle risposte al questionario, il fatto stesso di cominciare a "*valutare*", innescava un

1 Lo studio è stato condotto con il finanziamento del centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio IPASVI di Roma

meccanismo virtuoso di miglioramento relativo agli item esplorati con il questionario stesso.
Con questo studio, si è ottenuto uno strumento sottoposto a validazione cognitiva tramite un rigoroso percorso di traduzione e adattamento culturale[22] e psicometrica, a disposizione di tutte le TIN italiane.[23-24] Costituito da 57 item, più quattro item di "soddisfazione generale", l'Emphatic-N, riesce a esplorare in modo completo i diversi domini della FCC: l'informazione, l'assistenza e la cura, l'organizzazione, la partecipazione dei genitori e l'attitudine professionale[21]. Anche la versione italiana, è stata sottoposta a diverse analisi statistiche psicometriche, tra cui l'analisi fattoriale confermativa (tutti i pesi fattoriali sono statisticamente significativi, con la sola eccezione dell'item Q55, che è stato rispecificato nell'ultima versione) e l'analisi dell'affidabilità (il valore dell'α do Cronbach è risultato per tutti i domini >0.70). Inoltre è stato sviluppato un analogo strumento per le Terapie Intensive Subintensive (Sub-TIN), denominato Empathic-SN.
In questo modo si è anche ottenuto uno strumento di ricerca e di benchmark, sia a livello italiano, che internazionale, in considerazione delle diverse versioni in corso di validazione all'estero.
Accanto ai suddetti vantaggi dello strumento descritto, rimane il problema legato alla numerosità degli item, che da alcuni genitori può essere considerato eccessivo, e il processo manuale di compilazione del questionario, restituzione ed imputazione dei dati, nonché la successiva analisi.
Un analogo strumento elaborato per le terapie intensive pediatriche (TIP),[25] è stato sottoposto a una riduzione degli item, proprio al fine di renderlo meno oneroso e garantire così il completamento delle risposte.[26]
Non risultano, inoltre, in letteratura delle modalità semplificate, ad esempio, elettroniche, per compilare questo questionario e effettuare la relativa imputazione e analisi dei dati.
Questa tipologia di strumenti, siano esse App, o sistemi on-line di risposta e imputazione dei dati, sono stati già sottoposti a verifica in alcuni contesti clinici, come l'autismo[27], o il diabete[28], o il decorso post-operatorio a domicilio,[29] o la valutazione e la gestione del dolore.[30-31]
In Internet sono disponibili diverse risorse rivolte esplicitamente all'esplorazione sistematica della soddisfazione dei pazienti, che offrono o prodotti già precostituiti.[32] La survey, ad esempio, proposta dal sito DrScore, raccoglie i dati sulla percezione del paziente su temi quali il coordinamento delle cure, l'accesso ai servizi e agli appuntamenti, la qualità delle cure mediche, e l'efficienza della pratica clinica.[33]
Tali sistemi on-line, danno anche la possibilità di adattare la piattaforma inserendo un proprio strumento.
L'ipotesi di ricerca è che uno strumento più agile di compilazione e restituzione del questionario, nonché di imputazione, analisi dei dati ed elaborazione dei risultati, possa: incentivare i genitori a rispondere e facilitare il processo di valutazione sistematica della soddisfazione e dell'esperienza dei genitori dei neonati ricoverati in TIN relativamente alla FCC, in modo da sostenere il miglioramento continuo della qualità del servizio offerto.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale

L'obiettivo generale della ricerca proposta è valutare la qualità della FCC in TIN tramite la somministrazione di una versione ridotta dell'Empathic-N per esplorare l'esperienza e la soddisfazione dei genitori (SG) dei neonati dimessi o trasferiti dalla TIN, utilizzando un apposito sistema elettronico, rispetto alla modalità di rilevazione con moduli cartacei.

Obiettivi specifici

1. Elaborare una versione ridotta del questionario EMPATHIC-N per la valutazione della soddisfazione dei genitori dei neonati ricoverati in TIN.
2. Sviluppare un sistema di somministrazione on-line del questionario Empathic-N ridotto.
3. Valutare la soddisfazione e l'esperienza dei genitori dei neonati ricoverati in TIN tramite il questionario on-line o con il sistema cartaceo.
4. Rilevare eventuali differenze nella compilazione del questionario con modalità on-line o cartacea (% rispondenti, % missing, durata compilazione, compilazione risposte aperte, etc.).
5. Descrivere la soddisfazione dei genitori dei neonati rispetto all'utilizzo dei due diversi sistemi di somministrazione del questionario.
6. Esplorare l'esperienza del personale sanitario coinvolto nel processo di somministrazione del questionario Empathic-N e imputazione dei dati relativamente all'utilizzo del sistema on-line o quello cartaceo.
7. Esplorare l'eventuale associazione tra la soddisfazione dei genitori e le variabili relative alla modalità di compilazione del questionario, rispetto ad alcune caratteristiche cliniche del neonato o socio-culturali dei genitori.

Indicatori

Indicatori di processo:

- Costituzione del gruppo di ricerca.
- Revisione della letteratura relativa alla tematica della rilevazione della soddisfazione dei pazienti con sistemi on-line.
- N. strutture coinvolte nello studio (studio multicentrico).

- N. incontri gruppo di ricerca (anche via web) e report di sintesi.
- Elaborazione protocollo di studio e domanda al Comitato Etico.
- Conduzione dello studio nel rispetto del timing descritto nel diagramma di Gannt, con al massimo tre mesi di scarto (tale timing è giustificato dalla variabilità della tempistica del processo autorizzativo interno da parte dei centri partecipanti).

Indicatori di risultato:

- Versione ridotta del questionario Empathic-N.
- Sviluppo del sistema on-line di somministrazione della versione ridotta del questionario.
- Presentazione pubblica degli strumenti sviluppati.
- Report scientifico relativo allo studio condotto e sottomissione a rivista indicizzata nei tre mesi successivi al termine del progetto.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Il disegno di studio è di coorte osservazionale, multicentrico. Lo studio sarà integrato con una sezione qualitativa.

Popolazione

Lo studio verrà condotto in almeno 10 TIN, in riferimento alla numerosità dei pazienti dimessi/anno. Ai fini di questo studio e della numerosità della popolazione disponibile, si prevede di includere i genitori di almeno 600 neonati in totale.

Le TIN partecipanti verranno individuate su base volontaria, considerando, inoltre, che siano rappresentative in prima istanza delle TIN laziali o regioni limitrofe e in caso delle diverse aree geografiche italiane (in relazione alla disponibilità a partecipare senza oneri di spesa, indicativamente tre per ogni zona: Nord, Sud e Isole). Andrà esplorata la possibilità di coinvolgimento di TIN afferenti ad altri paesi.

I soggetti coinvolti saranno selezionati con criterio del cluster sampling (i primi due mesi verrà proposto il questionario Empathic-N in forma cartacea e i due mesi successivi verrà proposto l'analogo questionario in formato on-line) e dovranno rispettare i seguenti criteri:

1. Genitori dei neonati che hanno avuto un ricovero nelle TIN partecipanti allo studio. Nei mesi in cui è previsto l'arruolamento del campione di genitori per l'utilizzo del sistema on-line, saranno arruolati i genitori con possibilità di accesso a un personal computer o in possesso di smartphone o similari. Verranno esclusi i genitori dei pazienti ricoverati in TIN che sono deceduti. Verranno inoltre esclusi i genitori che non abbiano una sufficiente conoscenza dell'italiano tale da permettere la comprensione e la compilazione del questionario.
2. Personale infermieristico, medico e altro personale sanitario coinvolto nel processo di somministrazione e/o imputazione dei dati, in servizio presso le TIN partecipanti, nonché i coordinatori infermieristici e i responsabili delle UU.OO. di TIN. Verrà escluso il personale di sostituzione.
3. Ove disponibili, verranno coinvolti i rappresentanti dei genitori presenti nella TIN, relativamente al processo di somministrazione dei questionari, imputazione e analisi dei dati.

Raccolta dati

Strumenti:

Versione ridotta del questionario Empathic-N in italiano, in formato cartaceo o on-line

Scheda di rilevazione dati anagrafici e clinici del neonato (per es. diagnosi, età gestazionale, peso alla nascita, durata degenza), comprendente anche alcuni dati socio demografici dei genitori

Questionario per esplorare i dettagli della modalità di compilazione del questionario (per es. durata della compilazione, momento in cui è stato compilato il questionario, supporto utilizzato se personal computer o smartphone o similari, etc.)

I diversi strumenti previsti dallo studio, o i sistemi on-line utilizzati, verranno discussi e visionati insieme a dei rappresentanti dei genitori

Procedure:

I neonati verranno arruolati al termine del ricovero del neonato in TIN, o comunque ad una distanza non superiore a 30 gg. e verrà somministrato il questionario ai genitori con le diverse modalità previste (cartaceo o on-line)

Contestualmente all'arruolamento dei neonati verrà compilata la scheda clinica del neonato, comprendente anche i dati socio demografici dei genitori

Il questionario relativo alla modalità di compilazione del questionario e la soddisfazione in relazione al metodo utilizzato, sarà somministrato contestulamente all'Empathic-N

Tutti i materiali verranno testati in una fase pilota dello studio presso il centro coordinatore

Al termine del periodo di somministrazione dei questionari previsto, i ricercatori afferenti al centro coordinatore condurranno per ogni TIN partecipante, un focus group in presenza o via computer

con il personale sanitario che si occupa della somministrazione dell'Empathic-N e dell'imputazione e analisi dei dati. Verranno coinvolti nel focus group i rappresentanti dei genitori, ove disponibili
Suddette procedure verranno condotte per la durata di almeno due mesi (o fino al raggiungimento di almeno 300 questionari compilati), in cui verrà utilizzata la modalità cartacea e poi per altrettanti altri due mesi (o fino al raggiungimento di almeno 300 questionari compilati) in cui verrà utilizzata la modalità on-line

Trattamento ed elaborazione dati

I dati raccolti tramite questionario cartaceo verranno imputati su apposito data base (Excel), specificatamente elaborato.
I dati raccolti tramite questionario on-line verranno imputati direttamente dal sistema.
L'analisi statistica sarà condotta utilizzando STATA 12.0 (Stata Corp College Station, Texas USA), o altri software adeguati 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.
Per l'analisi dei dati tra le due diverse fasi dello studio (modalità cartacea e poi on-line), verranno valutate mediante test per dati appaiati le differenza delle risposte fornite per i singoli items e per i relativi domini previsti dall'Empathic-N.
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 logistica multivariata verrà usata per esplorare le associazioni tra i dati socio demografici dei genitori e clinici dei neonati, con il grado di soddisfazione espresso tramite il questionario e con le diverse modalità di somministrazione.
Tecniche di analisi qualitative verranno usate per le risposte alle domande aperte del questionario dei genitori.
I focus group verranno registrati e trascritti, verrà poi condotta l'analisi dei contenuti tramite utilizzo del software NVivo e verrà condotta la triangolazione dei dati ai fini dell'individuazione dei temi e sottotemi.

Aspetti etici

Verrà richiesto il parere al Comitato Etico.
I questionari per i genitori saranno anonimi, ma ad essi sarà attribuito un numero, per permettere la corrispondenza con la scheda contenente i dati clinici del neonato e i dati socio demografici dei genitori (anch'essa anonima). La tabella di corrispondenza sarà gestita dal responsabile dello studio, in modo che rimanga anonimo il contenuto del questionario. Verrà richiesto ai genitori di sottoscrivere il consenso informato.
Il diritto del genitore ad esprimere la valutazione della propria soddisfazione tramite la compilazione dell'Empathic-N, verrà garantito a prescindere dall'accesso o meno a un personal computer, o smartphone (o similari) come richiesto dallo studio. Ad essi, infatti, verrà fornito comunque il questionario cartaceo.
Verrà chiesto al personale sanitario e ai rappresentanti dei genitori coinvolto nei focus group di sottoscrivere il consenso informato.

Interpretazione dei risultati

I risultati dello studio verranno discussi in riferimento a precedenti esperienze analoghe disponibili in letteratura in merito all'utilizzo di sistemi on-line per la rilevazione della soddisfazione dei pazienti.
I risultati saranno discussi in relazione a:
L'efficacia e la compliance alle due diverse modalità di somministrazione del questionario.
Il grado di soddisfazione espresso dai genitori. Dal punto di vista dei genitori, il questionario Empathic-N, permette di riflettere in modo completo sul concetto di FCC offerto dal servizio.
Inoltre, verranno trasmessi ai singoli centri partecipanti i propri risultati dei questionari Empathic-N, al fine di discuterli all'interno dell'U.O. e di evidenziare eventuali spunti di miglioramento, da implementare ove necessario.

Modelli di diffusione dei risultati

I risultati verranno diffusi sia tramite partecipazione a convegni (per es. SIN, PNAE o ESPNIC), che tramite pubblicazioni nazionali e internazionali.
Sarà poi necessario individuare delle modalità per offrire un ritorno dei risultati della ricerca ai partecipanti stessi. In tal senso, nel caso in cui la nuova modalità on-line risulti più efficace e accessibile per ottenere la compilazione del questionario Empathic-N, nonché per facilitarne l'imputazione e analisi dei dati, andrà esplorata una modalità che ne permetta la fruibilità nel tempo per tutte le TIN interessate. L'ipotesi potrebbe essere quella di un sistema on-line centralizzato, attraverso il quale ogni TIN possa avere garantito l'automatico accesso per i genitori afferenti alla stessa che compilano il questionario on-line, l'imputazione e relativa analisi dei dati, mantenendo la privacy della singola struttura, nonché dei pazienti. I risultati potranno essere visualizzati solo dal centro interessato, salvo previa esplicita autorizzazione, anche dal centro coordinatore del sistema.

RISULTATI ATTESI

Dal presente studio ci si attende di ottenere i seguenti risultati:

1. La versione ridotta del questionario Empathic-N in lingua italiana.
2. Una valutazione in merito alla fattibilità e la compliance dei genitori dell'uso di un sistema on-line per il monitoraggio costante della qualità della FCC in TIN, rilevata tramite l'Empathic-N.
3. La descrizione dell'esperienza a soddisfazione dei genitori dei neonati dimessi o trasferiti dalle TIN partecipanti, rispetto alla FCC ricevuta.

Indicatori della qualità scientifica:

- N. TIN coinvolte.
- N operatori che hanno partecipato allo studio.
- N. dei neonati dimessi o trasferiti dalle TIN per i due periodi dello studio. N. dei neonati arruolabili e N. dei neonati arruolati. N. genitori che hanno completato il questionario/N. genitori a cui è stato proposto il questionario. N. di genitori che non avevano accesso a personal computer o smartphone (o similari), nel periodo in cui veniva proposto il questionario on-line.

La numerosità adeguata del campione, secondo le indicazioni fornite dallo statistico, permetterà di generalizzare i risultati dello studio.

Altri indicatori:

- N. conferenze alle quali si presenta il lavoro.
- N. poster/comunicazioni accettati.
- N. report pubblicati su riviste indicizzate.
- N. conferenze organizzate per la presentazione del lavoro.

Rilevanza:

Lo studio assume nella realtà delle TIN una particolare rilevanza. Infatti, la valutazione sistematica della qualità della FCC erogata in TIN e rilevata tramite la soddisfazione e l'esperienza dei genitori, rappresenta un elemento centrale del processo di miglioramento continuo della qualità. Tale necessità, d'altro canto, richiede un processo di raccolta, imputazione e analisi dei dati, oneroso e non costantemente accessibile.
Il fatto che tale rilevazione, sia affidabile e valida, tramite uno strumento metodologicamente rigoroso come l'Empathic-N, disponibile in lingua italiana ed in formato ridotto, ma anche fruibile e di semplice accesso in relazione ai sistemi on-line esplorati con questo studio, potrebbe rappresentare un'innovazione realmente utile per le TIN.

PIANIFICAZIONE

I ANNUALITA'

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo e costituzione gruppo di lavoro	Coordinatori –Project manager	Giugno 2015
Revisione bibliografia	project team e collaboratori	Giugno - Luglio 2015
Versione ridotta del Questionario Emphatic-N	Coordinatori, consulenza, e project team e collaboratori	Giugno 2015
Predisposizione domanda Comitato Etico	Coordinatori e project team	Giugno - Luglio 2015
Percorso autorizzativo presso i centri partecipanti	Referenti centri partecipanti e Coordinatori	Agosto - Ottobre 2015
Elaborazione data base per modalità cartacea	Consulenti	Agosto 2015
Sviluppo sistema on-line	Collaboratori	Luglio - Settembre 2015
Raccolta dati (cluster sampling modalità cartacea) Conduzione focus group (relativo alla fase cartacea) e successiva analisi dei dati qualitativi	Collaboratori e project team Referenti centri partecipanti, personale coinvolto e project team	Ottobre - Dicembre 2015 Gennaio 2016
Imputazione dati	Collaboratori	Ottobre - Gennaio a 2016
Raccolta dati (cluster sampling modalità on-line)	Collaboratori e project team	Gennaio - Marzo 2016
Conduzione focus group (relativo alla fase on-line) e successiva analisi dei dati qualitativi	Referenti centri partecipanti, personale coinvolto e project team	Aprile 2016

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi statistica	Consulenti	Aprile 2016
Discussione dei risultati con il gruppo di lavoro Presentazione pubblica degli strumenti sviluppati	Project Manager e Coordinatori e project team	Maggio 2016 Giugno 2016
Stesura report di ricerca	Coordinatori e project team	Maggio 2016
Stesura pubblicazione sullo studio	Project Manager e Coordinatori e project team	Maggio-Giugno 2016

DIAGRAMMA DI GANTT

I ANNUALITA'

MESE	Giu 15	Lug 15	Ago 15	Set 15	Ott 15	Nov 15	Dic 15	Gen 16	Feb 16	Mar 16	Apr 16	Mag 16
Analisi di sfondo e costituzione gruppo di lavoro	■											
Revisione bibliografia	■	■										
Elaborazione versione ridotta del Questionario Emphatic-N	■											
Predisposizione domanda Comitato Etico	■	■										
Percorso autorizzativo presso i centri partecipanti			■	■	■							
Elaborazione data base per modalità cartacea			■									
Sviluppo sistema on-line		■	■	■								
Raccolta dati (cluster sampling modalità cartacea)		■	■	■								
Imputazione dati					■	■	■	■				
Conduzione focus group (relativo alla fase cartacea) e successiva analisi dei dati qualitativi								■				
Raccolta dati (cluster sampling modalità on-line)								■	■	■		

Conduzione focus group (relativo alla fase on-line) e successiva analisi dei dati qualitativi												
Analisi statistica												
Discussione dei risultati con il gruppo di lavoro												
Presentazione pubblica degli strumenti sviluppati												
Stesura report di ricerca e stesura pubblicazione sullo studio												

BIBLIOGRAFIA

1. EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT & EURONEOSTAT. European
4. Perinatal Health Report Data from 2004. Euro-Peristat; 2008 Disponibile all'indirizzo:
5. http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf; ultima consultazione 31/1/ 2016
2. UFFICIO STAMPA SIN Società Italiana di Neonatologia. XX Congresso Nazionale SIN, settembre 2014. Disponibilie al sito http://www.neonatologia.it/upload/1785_CS_XX%20CONGRESSO%20SIN_2014%20-%20NETWORK%20NEONATALE.pdf, consultato il 28-2-2016.
6. 3. Ronconi A, Corchia C, Bellù R, Gagliardi L, Mosca F, Zanini R, Donati S. Esiti dei neonati di basso peso nelle Terapie Intensive Neonatali partecipanti all'Italian Neonatal Network nel 2008. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/44).
7. 4. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. The National Academy Press,Washington, D.C., 2001.
5. Davidson J, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005 Crit Care Med. 2007, 35(2): 605-622
6. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payerprofit, and patient satisfaction. JAMA 2001;286:2578-2585
7. Ware J. E., Snyder M.K,WrightW.R., & Davies A.R. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning 1983, 6(3–4), 247–263.
8. Castle NG., Brown J., Kimberly A., Ron D. Hays. Review of the literature on survey instruments used to collect data on hospital patients' perceptions of care. Health Services Research 2005, 40, 6, 1996–2017.
9. Gourdji I, McVey L, Loiselle C. Patients' Satisfaction and Importance Ratings of Quality in an Outpatient Oncology Center. Journal of Nursing Care Quality. January/February/March 2003 - Volume 18 - Issue 1 - pp 43-55
10. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. BMC Health Services Research 2007, 7:31. Disponibile al sito: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/31 (consultato 28-2-2016)
11. Hanauer DA, Zheng K, Singer DC, Gebremariam A, Davis MM. Parental awareness and use of online physician rating sites. Pediatrics. 2014;134(4):e966-975.
12. Smith L, Coleman V, Bradshaw M. Familiy centerd care. Palgrave 2002.
13. Wielenga JM, Tume LN, Latour JM, van den Hoogen A. European neonatal intensive care nursing research priorities: an e-Delphi study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2015;100(1): 66-71.
14. Latour JM. Is family-centred care in critical care units that difficult? A view from Europe. Nurs Crit Care. 2005;10(2):51-53.
15. Bruce B, Ritchie J. (1997). Nurses' practices and perceptions of family-centered care. Journal of Pediatric Nursing; 12: 214–222.
16. Petersen MF, Cohen J, Parsons V. Family- centered care: do we practice what we preach? Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing; 33: 421–427.

17. Greisen G, Mirante N, Haumont D, Pierrat V, Pallás-Alonso CR, Warren I et al. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight European countries. Acta Paediatr. 2009;98(11):1744-1750.
18. Pallás-Alonso CR, Losacco V, Maraschini A, Greisen G, Pierrat V, Warren I et al. Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: a policy survey in eight countries. Pediatr Crit Care Med. 2012;13(5):568-577.
19. Latour JM, Hazelzet JA, Duivenvoorden HJ, van Goudoever JB. Perceptions of parents, nurses, and physicians on neonatal intensive care practices. J Pediatr. 2010;157(2):215-220.
20. Butt ML, McGrath JM, Samra HA, Gupta R. An integrative review of parent satisfaction with care provided in the Neonatal Intensive Care Unit. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 2013, 42(1): 105-120.
21. Latour JM, Duivenvoorden HJ, Hazelzet JA, van Goudoever JB. Development and validation of a neonatal intensive care parent satisfaction instrument. Pediatr Crit Care Med. 2012;13(5):554-559.
22. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P, ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation: Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value Health 2005, 8:94-104.
23. Dall'Oglio I, Portanova A, Fiori M, Gawronski O, Cocchieri A, Rocco G, Tiozzo E, Latour JM. Translation and cultural adaption of the Dutch Empathic-N questionnaire for italian NICU settings to measure parents satisfaction. Pediatr Crit Care Med 2014, 15, 4 (Suppl.2): 143.
24. Dall'Oglio I, Portanova A, Fiori M, Gawronski O, Fida R, Cocchieri A, Rocco G, Tiozzo E, Latour JM, Italian Empathic-N Study Group. Implementing the family-centered care model, parents' satisfaction and experiences in neonatology. Italian Journal of Pediatrics 2014, 40(Suppl 2):A47.
25. Latour JM, van Goudoever JB, Duivenvoorden HJ, Albers MJ, van Dam NA, Dullaart E, van Heerde M, de Neef M, Verlaat CW, van Vught EM, Hazelzet JA. Construction and psychometric testing of the EMPATHIC questionnaire measuring parent satisfaction in the pediatric intensive care unit. Intensive Care Med. 2011;37(2):310-318.
26. Latour JM, Duivenvoorden HJ, Tibboel D, Hazelzet JA; EMPATHIC Study Group. The shortened EMpowerment of PArents in THe Intensive Care 30 questionnaire adequately measured parent satisfaction in pediatric intensive care units. J Clin Epidemiol. 2013;66(9):1045-1050.
27. Harrington JW, Bai R, Perkins AM. Screening children for autism in an urban clinic using an electronic M-CHAT. Clin Pediatr (Phila). 2013;52(1):35-41.
28. Hun-Sung Kim, Wona Choi, Eun Kyoung Baek, Yun A Kim, So Jung Yang, In Young Choi, Kun-Ho Yoon, Jae-Hyoung Cho. Efficacy of the smartphone-based glucose management application stratified by user satisfaction. Diabetes. Metab J 2014;38:204-210.
29. Semple JL, Sharpe S, Murnaghan ML, Theodoropoulos J, Metcalfe KA. Using a mobile App for monitoring post-operative quality of recovery of patients at home: A feasibility study. JMIR mHealth uHealth 2015;3(1):e18).
30. Wallace L.S. A systematic review of smartphone applications for chronic pain available for download in the United States.2014 63-8, J Opioid Manag. 2014;10(1):63-68.
31. Reynoldson C. Assessing the quality and usability of smartphone Apps for pain self-management. 2014; Pain Med. 10.1111.
32. Surveymonkey. Disponibile al sito: https://it.surveymonkey.com/mp/patient-satisfaction-survey/ consultato il 28-2-2015
33. DrScore. Disponibile al sito: all.http://www.drscore.com/ consultato il 28-2-2015

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

APPRENDERE DAGLI ERRORI

COORDINATORE PROGETTO
A. Sili

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.15

TITOLO PROGETTO

Apprendere dagli errori: uno studio sull'*error management* nel contesto infermieristico

Learning from errors: a study on error management in nursing setting

ABSTRACT

***Background*:** Le organizzazioni con una cultura elevata della gestione degli errori adottano norme e pratiche comuni, come la comunicazione degli errori, la rapida rilevazione, analisi e correzione degli errori, e l'apprendimento dalle azioni sbagliate per il futuro. Questo approccio culturale è fondamentale per la riduzione delle conseguenze negative degli errori e per aumentare le conseguenze positive degli errori. Nelle organizzazioni complesse, la cultura della gestione degli errori è estremamente rilevante per via dell'elevata probabilità di commettere errori (la sola prevenzione non è sufficiente) e le conseguenze degli errori sono solitamente pesanti.
***Obiettivo*:** In questo studio, il nostro scopo è di esaminare la cultura della gestione degli errori nelle attività infermieristiche: a) verificando la sua validità anche nei contesti sanitari; b) analizzando il ruolo dei diversi fattori organizzativi correlati agli stili di leadership e alla gestione delle risorse umane; c) attraverso le pratiche riflessive sull'orientamento della cultura degli errori e di conseguenza sugli esiti organizzativi (per es. la performance del reparto, gli errori, l'apprendimento, la soddisfazione del paziente).
***Metodo*:** Se le nostre ipotesi saranno confermate, riusciremo a comprendere meglio il processo che, da una cultura della gestione dell'errore, porta all'adozione di pratiche riflessive che a loro volta miglioreranno l'apprendimento organizzativo degli errori, riducendo la loro occorrenza e migliorando la performance del reparto.
***Risultati*:** In futuro questo ci consentirà di disegnare una guida gestionale per implementare questo tipo di cultura e a gestire gli errori in modo più fruttuoso.
Parole chiave: Error management, health organization, risk management

ABSTRACT

***Background*:** Organizations high in error management culture adopt norms and common practices in organizations such as communicating about errors, detecting, analysing, correcting errors quickly, learning from the wrong actions for the future. This cultural approach is pivotal to the reduction of negative error consequences and to the enhancing of positive error consequences. In complex organizations the error management culture is extremely relevant because the probability of making mistakes is high (the only prevention is not enough) and the mistakes' consequences are usually heavy.
***Aim*:** In this study we aim to focus on the error management culture in nurses practices: a) verifying its validity also in health contexts, b) analysing the role played by different organizational factors related to leadership styles and human resources management, and c) by analysing reflexive practices on the error culture orientation and consequently, on organizational outcomes (e.g. ward performance, errors, learning, patients satisfaction).
***Method*:** If our hypotheses will be confirmed, we expect to better understand the process that, from an error management culture, leads to the adoption of reflexive practices that, in turn, will enhance the organizational learning about errors, reducing their occurrence and improving the ward performances.
***Results*:** This study will allow, in the future, to depict some management guide to implement this kind of culture and to cope with errors in a more fruitful way.
Keywords: Error management, health organization, risk management

BACKGROUND

Le organizzazioni si confrontano quotidianamente con gli errori, alcuni dei quali determinano conseguen-

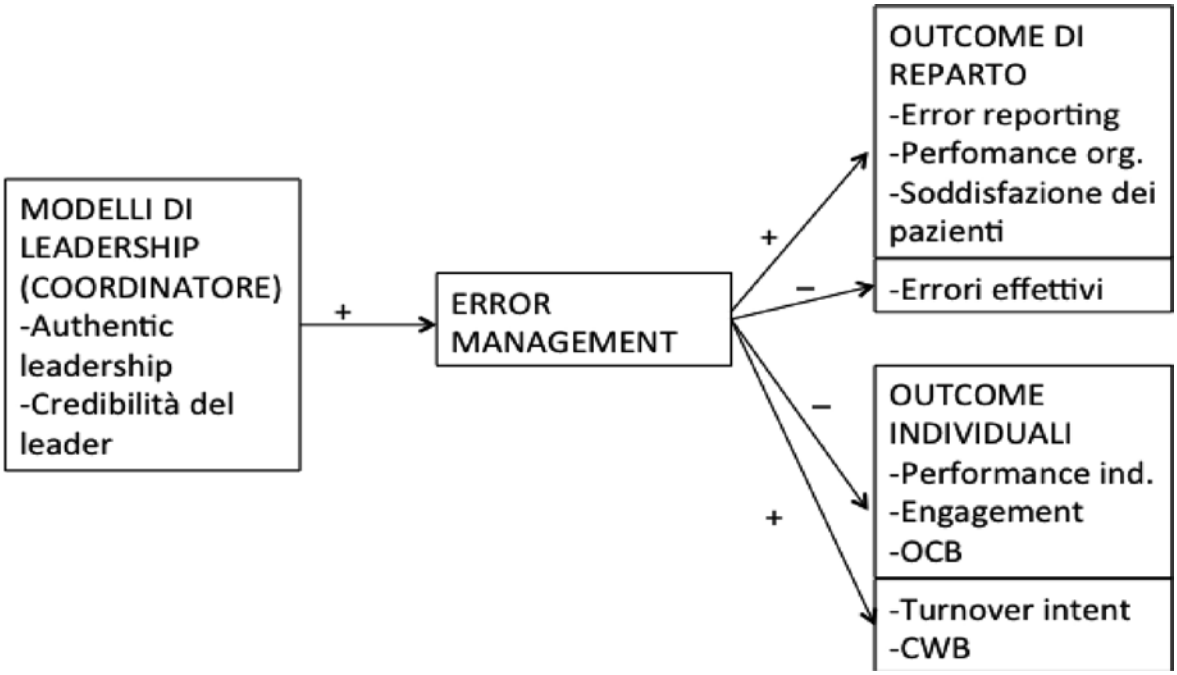
ze negative (es. inefficacia nella produzione, perdite di tempo, ecc.) o anche molto negative (es. incidenti sul lavoro, danni a pazienti) (West et al. 2006). Sebbene sia molto difficile avere un quadro sistematico e *evidence-based* degli errori in ambito sanitario la letteratura – a partire dallo studio miliare "*To Err is Human*" dell'USA Institute of Medicine (Kohn, Corrigan, & Donaldson 1999) – individua nel fattore umano la principale causa di mancata guarigione o morte dei pazienti. In particolare sono individuati fattori sia di tipo individuale da parte di medici e infermieri (Aiken al, 2002; Bovbjerg, Miller & Shapiro 2001; Dean, Schachter, Vincent & Barber 2002; Thomas & Brennan 2000; Vahey et al. 2004) sia di tipo organizzativo quali la cultura, il clima di gruppo, gli stili di gestione, le caratteristiche del lavoro (Brady & Fleming 2009; Johnson, 2002; Stock, McFadden & Gowen 2007; McKeon, Fogarty & Hegney 2006; West al. 2006).
La ricerca scientifica sul tema degli errori si è tradizionalmente concentrata sulla capacità delle organizzazioni di prevenirli, individuando le possibili cause dei comportamenti individuali errati (es. distrazione, stanchezza ecc.) e, successivamente, le possibili "falle" dei sistemi organizzativi (es. processi informativi o di controllo, concomitanza di più *malpractice*) (Reason 1990). Tuttavia, partendo dal presupposto che gli errori non possano essere del tutto evitati, un approccio più recente si è concentrato sulla *gestione* dei loro possibili esiti positivi (*error management*). Infatti, in quanto feedback negativi, essi possono aumentare la resilienza organizzativa, promuovere l'apprendimento e migliorare la performance organizzativa (Hofmann & Frese 2011; Sitkin 1996; van Dyck, Frese, Baer & Sonnentag 2005).
A livello organizzativo, alcune evidenze empiriche sostengono l'utilità dell'*error management*. Ad esempio Cannon e Edmondson (2001) dimostrano che l'orientamento culturale verso gli errori influenza positivamente la performance di un gruppo. Analogamente van Dyck et al. (2005) dimostrano che l'*error management* influenza positivamente la performance organizzativa. Edmondson (1999) rileva come un clima di sicurezza psicologica, in cui i membri di un gruppo si sentono tranquilli rispetto all'assunzione di rischi o al giudizio conseguente a eventuali errori commessi, sostenga l'apprendimento del gruppo. In ambito medico alcuni autori hanno analizzato i fattori che ostacolano ovvero promuovono l'apprendimento dagli errori (Edmondson,2004), dimostrando come esso riduca la probabilità che tali errori si verifichino nuovamente in futuro (Brady & Fleming 2009; Drach-Zahavy & Pud 2010) e aumenti l'adozione di comportamenti di *safety*, riducendo l'occorrenza di piccoli incidenti (Cigularov, Chen & Rosecrance 2010). Anche Bauer e Mulder (2007) in uno studio sugli infermieri dimostrano l'utilità di esperienze di apprendimento a partire da episodi di errore, soprattutto se basate sullo scambio sociale.
Sono tuttavia scarse le ricerche volte comprendere il processo complessivo che porta a un orientamento culturale di *error management* individuando dei possibili fattori di influenza. Alcuni autori si focalizzano sul ruolo di antecedenti di tipo culturale. Ad esempio Helmreich et al. (2001) e Gelfand et al. (2011) affermano che alcune dimensioni caratterizzanti le culture nazionali (es. distanza di potere tra supervisori e dipendenti) siano rilevanti nell'influenzare i processi decisionali di un gruppo. Tjosvold et al. (2004) verificano che una cultura orientata alla cooperazione e al problem solving promuove l'apprendimento dagli errori. Altri autori dimostrano l'influenza di uno stile di leadership e di un contesto supportivi come antecedenti di un orientamento all'apprendimento dagli errori (Cannon & Edmondson 2001), anche in ambito sanitario (Edmondson 1996), e di una maggiore comunicazione su questioni di sicurezza (Kath, Marks & Ranney 2010).
Data la scarsità dei contributi empirici sul tema della gestione degli errori (e ancor meno nei contesti sanitari), si rende necessario ampliare la ricerca in questa direzione, sia verificando se le organizzazioni/reparti con un maggiore orientamento all'error management abbiano effettivamente una migliore performance (raggiungimento degli obiettivi, apprendimento organizzativo, riduzione degli errori), sia analizzando il ruolo di fattori di contesto legati alla gestione delle risorse umane (stili di leadership, pratiche di riflessività) nel promuovere l'orientamento all'error management.

OBIETTIVI DI PROGETTO

La presente ricerca si propone di studiare il costrutto dell'*error culture* in ambito sanitario perseguendo due obiettivi generali:
Obiettivo 1– studiare la dimensionalità del costrutto, verificando la validità interna e predittiva della scala di *Error culture* elaborata da van Dyck et al. (2005) anche in relazione a *outcome* oggettivi (procedure di reporting, errori assistenziali). Nello specifico si intende:
1a- validare la scala di error culture in ambito infermieristico, contribuendo inoltre a verificare la sua stabilità cross-culturale;
1b- costruire una scala di errori effettivi in ambito infermieristico, a partire dalla rassegna della letteratura esistente (Katz-Navon Naveh & Stern 2009) e dal confronto in un pool di esperti, che tenga conto delle diverse possibili tipologie di errore di tipo assistenziale (slips, lapses, mistakes, violazioni), verificandone le caratteristiche psicometriche in termini di validità interna e di costrutto (relazione con altre variabili).
Obiettivo 2– comprendere il processo di *error management* che, a partire da aspetti gestionali più ampi, promuove un orientamento verso l'efficace gestione degli errori, favorendo in tal modo la performance dei reparti (es. outcome oggettivi; riduzione degli errori, error reporting, apprendimento organizzativo, soddisfazione dei pazienti), e influenzando atteggiamenti e comportamenti degli infermieri (es. engagement, turnover).
Nello specifico si intende:

2a- costruire di un questionario per la rilevazione dell'*error culture* e dei diversi fattori antecedenti (modelli di leadership) e outcome di livello individuale e di reparto, individuati a partire dalla rassegna della letteratura specialistica;
2b- testare il modello ipotizzato (vedi fig.1) per descrivere il processo di sviluppo di un orientamento culturale all'*error management*, attraverso la somministrazione del questionario a un ampio numero di infermieri (600) operanti in diversi reparti di diversi ospedali, al fine di confrontare contesti diversi per ambito di lavoro e modalità di gestione.
2c- a partire dai risultati emersi, definire un modello di gestione delle risorse umane che, attraverso interventi formativi (es. su modalità di leadership) e/o pratiche organizzative (es. di riflessività), sostenga un orientamento culturale all'*error management*, e conseguentemente migliori prestazioni dei reparti.

Figura 1: Modello ipotizzato.



METODOLOGIA

La ricerca si svolgerà in 3 fasi, per una durata complessiva di 12 mesi.

Fase 1: Rassegna della letteratura e costruzione delle scale

- Analisi della letteratura scientifica recente sul tema dell'*error management*, con specifica attenzione al contesto sanitario.
- Analisi della letteratura scientifica recente sulla misura della percezione degli errori nella pratica infermieristica.
- Traduzione in italiano della scala di Error Culture (van Dyck *et al.* 2005) a cura di traduttori indipendenti e metodo della *back translation*.
- Costruzione della scala di Errori Effettivi (*slips*, *lapses*, *mistakes*, violazioni) in ambito infermieristico, anche attraverso il confronto in un pool di esperti.

Durata: 1 mese.

Fase 2: Rilevazione: analisi del processo di error management

Campione: Lo studio è centrato sull'ambito sanitario, che rappresenta uno dei settori maggiormente "sfidanti" rispetto alla tematica dell'errore in quanto costituito da organizzazioni operanti in condizioni di elevata incertezza (alta complessità sia interna sia ambientale). Si prevede di coinvolgere circa 600 infermieri.
Procedura: Somministrazione di un questionario *self-report*.
Strumenti di misura: Le dimensioni di interesse per lo studio saranno esaminate con le seguenti scale:

- Error culture: error management e error aversion (van Dyck et al. 2005).

Antecedenti e correlati:

- Authentic leadership (Avolio & Gardner 2005).
- Credibilità (trustworthiness) del capo (Mayer & Davis 1999).
- Constraints e risorse dell'organizzazione (Laschinger 1996).

Esiti:

- Prestazione individuale, engagement (UWES, Schaufeli et al. 2002), OCB-Organizational Citizenship

Behavior (Smith et al. 1983), turn over intent, CWB-Counterproductive Work Behavior (Spector et al., 2006)
- Prestazioni del reparto (van Dyck et al. 2005).
- Soddisfazione dei pazienti (Laschinger 1996).
- Errori effettivi (scala costruita ad hoc).
- Error reporting (Probst & Graso 2013).

Analisi previste:
- Analisi delle proprietà psicometriche della scala di Errori Effettivi, attraverso analisi fattoriale esplorativa (EFA) e confermativa (CFA) e analisi dell'attendibilità delle dimensioni emerse;
- Analisi delle proprietà psicometriche della scala di *Error Culture*, attraverso analisi fattoriale esplorativa (EFA) e confermativa (CFA) e analisi dell'attendibilità delle dimensioni emerse;
- Analisi della validità di costrutto dell'*Error Culture* mediante regressioni volte ad analizzare i nessi d'influenza tra le dimensioni di *error culture* emerse e altri fattori antecedenti e conseguenti;
- Analisi di verifica delle caratteristiche psicometriche delle altre scale utilizzate;
- Per analizzare i nessi di influenza di ciascuna delle dimensioni latenti considerate (*error management* e *error aversion*) con le altre dimensioni considerate, sarà testato un modello di equazioni strutturali con il software Mplus (Muthén & Muthén, 1998-2010). Specificamente, si ipotizza che:
- H1 e H2) uno stile di leadership "autentico" e la credibilità del coordinatore, abbiano un'influenza significativa positiva sull'*error management*;
- H3 e H4) l'*error management* abbia un'influenza significativa positiva sugli outcome "positivi" individuali (performance, engagement, OCB) e organizzativi (performance, error reporting, soddisfazione pazienti);
- H5 e H6) l'*error management* abbia un'influenza significativa negativa sugli outcome "negativi" individuali (turnover, CWB) e organizzativi (errori).

Durata: 6 mesi.

Fase 3: Restituzione e approfondimento qualitativo

Condivisione dei risultati emersi all'interno di alcuni gruppi di discussione, rappresentativi delle diverse realtà operative analizzate.

In ipotesi, si prevede di realizzare 5-6 focus group al fine di:
- condividere i principali risultati emersi
- approfondire la conoscenza di alcuni dei fenomeni indagati (es. motivazioni all'*error reporting /under-reporting*)
- attivare un confronto sull'interpretazione dei risultati (lettura del processo di gestione dell'*error management*)
- delineare un possibile modello di gestione delle risorse umane orientato all'*error management*.

Partecipanti:

6 gruppi di circa 8 partecipanti ciascuno (2 focus con coordinatori, 3-4 focus group con infermieri di diverse tipologie di reparto e diverse caratteristiche socio-anagrafiche)

Metodologia: focus group

Analisi previste: Le narrazioni saranno registrate e sui testi raccolti sarà svolta l'analisi dei contenuti.

Durata: 3 mesi.

RISULTATI ATTESI

La ricerca in oggetto si propone di comprendere quali sono i fattori più rilevanti che entrano in gioco nel processo di gestione degli errori che legano aspetti di cultura generale e di definizione del ruolo, con processi di gestione della conoscenza e di clima di gruppo, al fine di promuovere le conseguenze positive degli errori e, conseguentemente, la performance e l'innovazione organizzativa.

PIANIFICAZIONE

DIAGRAMMA GANTT

12 mesi Attività di ricerca	Soggetti coinvolti	Durata
Fase 1- Rassegna della letteratura e costruzione delle scale		
1. Background del progetto di ricerca: Analisi della letteratura scientifica recente sul tema dell'*error management* e sulla misura della percezione degli errori nella pratica infermieristica.	team	Aprile 2015
2. Preparazione degli strumenti di indagine: traduzione della scala di Error Culture (van Dyck al, 2005) e costruzione della scala di Errori Effettivi (*slips*, *lapses*, *mistakes*, violazioni) in ambito infermieristico.	team	Maggio 2015

12 mesi Attività di ricerca	Soggetti coinvolti	Durata
Fase 2- Rilevazione: analisi del processo di error management		
3. Predisposizione della procedura e dello strumento di indagine (questionario)	team	Giugno 2015
4. Effettuazione della prima fase di ricerca: somministrazione del questionario.	team	Luglio-Settembre 2015
5. Elaborazione dei dati: inserimento, analisi statistiche, stesura del documento di sintesi per i partecipanti ai focus.	team	Ottobre-Novembre 2015
Fase 3- Restituzione e approfondimento qualitativo		
6. Predisposizione della procedura di indagine (progettazione e organizzazione dei focus group).	team	Dicembre 2015
7. Effettuazione della seconda fase di ricerca: realizzazione dei focus group e trascrizione.	team	Gennaio 2016
8. Elaborazione dei dati: analisi del contenuto e sintesi dei risultati di ricerca.	team	Febbraio 2016
9. Chiusura del progetto di ricerca.	team	Marzo 2016

BIBLIOGRAFIA

1. Aiken LH., Clarke SP., Sochalski J., & Silber J. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 288, 1987–1993.
2. Avolio B. & Gardner W. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership- *The Leadership Quartely*, 16, 315–338.
3. Bauer J. & Mulder R. (2007). Modelling learning from errors in daily work. *Learning in Health and Social Care*, 6(3), 121–133.
4. Bovbjerg RR., Miller RH., & Shapiro DW. (2001). Paths to Reducing Medical Injury: Professional Liability and Discipline vs. Patient Safety, and the Need for a Third Way. *J Law, Medicine & Ethics*, 29, 369-380.
5. Brady AM., & Fleming S. (2009). A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *J Nursing Management*, 2009, 17, 679–697.
6. Cannon M., & Edmondson E. (2001). Confronting failure: antecedents and consequences of shared beliefs about failure in organizational work groups. *J Organizational Behavior*, 22, 161–177.
7. Cannon M., & Edmondson E. (2005). Failing to learn and learning to fail (intelligently): how great organizations put failure to work to innovate and improve. *Long Range Planning*, 38, 299–319.
8. Carmeli A., Atwater L., & Levi A. (2011). How Leadership Enhances Employee's Knowledge Sharing at Work: The Intervening Roles of Relational and Organizational Identification. *J Technology Transfer*, 36(3), 257–274.
9. Dean B., Schachter M., Vincent C., & Barber N. (2002). Causes of prescribing errors in hospital inpatients: A prospective study. *The Lancet*, 359, 1373–1378.
10. Drach-Zahavy A., & Pud D. (2010). Learning mechanisms to limit medication administration errors. *J Adv Nurs*, 66(4), 794–805.
11. Edmondson A. (2004). Learning from failure in health care: Frequent opportunities, pervasive barriers. *Qual Saf Health Care*, 13(II), ii3-ii9.
12. Edmondson A. (1996). Learning form mistakes is easier said than done: Group and organizational influences on the detection and correction of human error. *J Applied Behavioral Science*, 32(1), 5–28.
13. Edmondson A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44, 350–383.
14. Gelfand M., Frese M., & Salmon E. (2011). Cultural influences on errors: prevention, detection and management. In: D. Hofmann & M. Frese (Eds) Errors in organizations, pp. 317–326. New York (NY): Psychology Press (Taylor & Francis Group).
15. Hammond, MH., & Farr, JL. (2011). The role of errors in the creative and innovative process. In. D. Hofmann & M. Frese (Eds.), Errors in Organizations, pp. 67–96. New York (NY): Psychology Press (Taylor & Francis Group).
16. Helmreich RL., Wilhelm JA., Klinect JR., & Merritt AC. (2001). Culture, error and Crew Resource Management. In E. Salas, C.A. Bowers, & E. Edens (Eds.), Applying resource management in organizations: A guide for professionals, pp. 305–331. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
17. Hofmann D., & Frese M. (2011). Errors, error taxonomies, error prevention, and error management: Laying the groundwork for discussing errors in organizations. In: D. Hofmann & M. Frese (Eds) Errors in organizations, pp. 1–43. New York (NY): Psychology Press (Taylor & Francis Group).

18. Johnson C. (2002). The causes of human error in medicine. Cognition, Technology & Work, 4, 65–70.
19. Kath LM., Marks KM., Ranney J. (2010). Safety climate dimensions, leader-member exchange, and organizational support as predictors of upward safety communication in a sample of rail industry workers. Safety Science, 48, 643–650.
20. Katz-Navon T., Naveh E., & Stern Z. (2009). Active learning: when is more better? The case of resident physicians' medical errors. J Applied Psychology, 94(5), 1200–1209.
21. Kohn LT., Corrigan JM., Donaldson MS. (Eds.) (1999). To err is human. Buiding a safer health system, Washington (DC): National Academy Press.
22. Laschinger HK. (1996) A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: A review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations. Nursing Administration Quarterly, 20, 25–41.
23. Mayer R., Davis J. (1999). The effect of the performance appraisal system on trust management: a field quasi-experiment. J Applied Psychology, 84(1), 123–136.
24. McKeon C., Fogarty G., & Hegney D. (2006). Organizational factors: impact on administration violations in rural nursing. Nursing and Healthcare Management and Policy, 115–123.
25. Muthén LK., & Muthén BO. (1998-2010) Mplus User's Guide. Sixth Edition. Los Angeles (CA): Muthén & Muthén.
26. Probst TM. & Graso M. (2013). Pressure to produce = Pressure to reduce accident reporting? Accident Analysis & Prevention, 59, 580–587.
27. Reason J. (1990). Human error. Cambridge, England: Cambridge University Press.
28. Schaufeli WB., Salanova M., Gonzalez-Roma V., & Bakker AB. (2002). The measurement of engagement and burnout: A confirmative analytic approach. J Happiness Studies, 3, 71–92.
29. Sitkin SB. (1996). Learning through failure: The strategy of small losses. In M. Cohen & U. Sproull (Eds.), Organizational learning, pp. 541–577. Thousand Oaks, CA: Sage.
30. Smith C., Organ D., & Near J. (1983). Organizational Citizenship Behavior: Its nature and antecedents. J Applied Psychology, 68, 653–663.
31. Spector PE., Fox S., Penney LM., Bruursema K., Goh A., & Kessler S. (2006). The dimensionality of counterproductivity: Are all counterproductive behaviors created equal? Journal of Vocational Behavior, 68(3), 446–460.
32. Stock G., McFadden K., & Gowen C. (2007). Organizational culture, critical success factors and the reduction of hospital errors. International Journal of Production Economics, 106, 368–392.
33. Thomas EJ., & Brennan TA. (2000). Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population-based review of medical records. BMJ, 320, 741–744.
34. Tjosvold D., Yu Z., & Hui C. (2004). Team learning from mistakes: The contribution of cooperative goals and problem-solving. J Management Studies, 41(7), 1223–1245.
35. Vahey DC., Aiken LH., Sloane DM., Clarke SP., &Vargas D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. Medical Care, 42, 57–66.
36. Van Dyck C., Frese M., Baer M., & Sonnentag S. (2005). Organizational error management culture and its impact on performance: A two-study replication. J Applied Psychology, 90(6), 1228–1240.
37. West MA., Guthrie JP., Dawson JF., Borril CS., & Carter M. (2006). Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. J Organizational Behavior, 27, 983–1002.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

RISK MANAGEMENT NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI ENDOVENOSI

COORDINATORE PROGETTO
M. Di Muzio
A. Stievano
D. Tartaglini

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.16

TITOLO PROGETTO

Indagine su conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive. Uno studio multicentrico italiano

A survey about knowledge, behaviours, training and attitudes of nurses during preparation and administration of intravenous medications in intensive care units (ICUs). A multicenter Italian study.

ABSTRACT

Gli errori da terapia farmacologica nelle terapie intensive/rianimazioni possano mettere a rischio i pazienti da eventi avversi o morte ogni giorno[1].
Per errore di terapia si intende ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente. Tale episodio può essere dovuto ad errore di prescrizione, di trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezionamento o denominazione, allestimento, dispensazione, distribuzione, somministrazione, educazione, monitoraggio ed uso (www.nccmerp.org). Questi errori hanno ripercussioni umane, economiche e sulla società[2].
I pazienti ricoverati nelle terapie intensive ricevono quasi il doppio dei farmaci rispetto ai pazienti ricoverati in unità operative generali e la maggior parte delle prescrizioni comportano calcoli elaborati per la somministrazione in bolo o in infusione continua. Gli errori provocati dalle somministrazioni multiple di farmaci possono essere particolarmente comuni in area critica. Gli infermieri sono responsabili della maggior parte di questi errori, pertanto la priorità dello studio è dimostrare se la carenza di conoscenze e formazione, comportamenti non conformi alle linee guida (come per esempio una insufficiente pulizia delle mani) e attitudini professionali possano mettere a rischio un paziente critico ricoverato in terapia intensiva/rianimazione. Pertanto lo scopo di questo studio è descrivere se c'è una relazione tra conoscenze, formazione, comportamenti e attitudini degli infermieri per la prevenzione degli errori durante la preparazione e somministrazione dei farmaci per via endovenosa.

ABSTRACT

Medication errors in ICUs put patients at risk for injury or death every day[1]. A 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[2]. 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, 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 have shown that lack of knowledge and training, incorrect behaviors (e.g. poor hand washing) and attitudes put ICU patients at risk. Therefore, the aim of this study is to describe which elements of nurses' knowledge, training, behavior, and attitude prevent errors in intensive care units during preparation and administration of intravenous medications**.**

BACKGROUND

La sicurezza dei pazienti rappresenta un problema in tutti i sistemi sanitari avanzati; tale preoccupazione è condivisa e sottolineata dall'OMS che dal 2001 sollecita interventi urgenti da parte delle organizzazioni

sanitarie stesse (Ministero Salute 2012). Gli eventi avversi sono di gran lunga più numerosi di quelli ipotizzati o di quelli che recano un reale danno al paziente. Tali eventi portano inevitabilmente ad una cattiva qualità delle cure, intesa sia in termini di efficacia (aspetto clinico), sia in termini di aumentati costi sostenuti dalla struttura sanitaria (aspetto gestionale - organizzativo), sia come perdita di fiducia dei pazienti nei confronti dell'Azienda (perdita di immagine).
Una revisione narrativa della letteratura stima che la percentuale degli errori di terapia farmacologica sia compresa tra il 12% e il 20% del totale degli errori[2]. Questi errori sono costosi dal punto vista umano, economico e sociale.[3]
Alcuni studi hanno evidenziato che gli errori di terapia farmacologica nelle unità di terapia intensiva/rianimazione possono presentarsi a causa della complessità clinica del paziente,[4] dal numero di farmaci somministrati, dalle frequenti variazioni delle prescrizioni, dalla necessità di definire il dosaggio in base al peso del paziente, dalle potenziali incompatibilità tra i farmaci endovenosi e dalla velocità di somministrazione.[5]
Rothschild JM, et al. sostengono che gli errori di terapia farmacologica rappresentano il 78% degli errori clinici nelle unità di terapia intensiva/rianimazione, e i pazienti sperimentano in media 1,75 errori ogni giorno durante la permanenza in terapia intensiva. Circa il 20% degli errori di terapia farmacologica mettono il paziente in pericolo di vita, mentre il 40% richiedono un trattamento.[6]
Gli errori di terapia farmacologica nelle unità di terapia intensiva/rianimazione possono mettere a rischio la salute dei pazienti ricoverati o provocarne il decesso[1].
Secondo la definizione proposta dal National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), per errore di terapia farmacologica si intende ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente.[7] Tale episodio può essere dovuto ad errore di prescrizione, di trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezionamento o denominazione, allestimento, dispensazione, distribuzione, somministrazione, educazione, monitoraggio ed uso.[7]
I danni iatrogeni correlati ad errori di terapia farmacologica sono considerati un "evento sentinella", ovvero un evento avverso di particolare gravità, rappresentando un indicatore della qualità delle cure erogate, che può causare gravi danni al paziente determinando anche una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Sistema Sanitario.[8,9]
Sebbene gli errori possano verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco e pertanto ai fini della prevenzione[10] si deve prendere in considerazione l'intero sistema di gestione delle terapie, la letteratura riporta che la fase di somministrazione rappresenta il momento più critico del processo.[11]
Gli eventi avversi possono verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione, monitoraggio (Ministero della Salute, Raccomandazione n. 7, marzo 2008, per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica).[8]
L'atto della somministrazione della terapia farmacologica rappresenta il 40% dell'attività clinico-assistenziale di un Infermiere.[12]
Gli errori provocati dalla somministrazioni multiple di farmaci possono essere particolarmente comuni in terapia intensiva.[13] I pazienti critici ricevono quasi il doppio dei farmaci rispetto ai pazienti ricoverati in unità operative generali, e la maggior parte dei farmaci comportano calcoli per la somministrazione in bolo o in infusione continua.[14,15]
Alcuni farmaci sono soggetti al pericolo di scambio e sono identificati con la sigla LASA, acronimo inglese delle parole Look-Alike e Sound-Alike. I farmaci LASA sono farmaci confondibili tra loro per somiglianza o per assonanza.[16]
Tra gli errori in terapia, quello dello scambio dei farmaci incide per circa il 40% dei casi.[17]
Gli errori di terapia farmacologia che interessano gli infermieri e che possono accadere sono:

1. Paziente sbagliato.
2. Farmaco sbagliato.
3. Dose sbagliata.
4. Frequenza di somministrazione sbagliata.
5. Via di somministrazione sbagliata.
6. Interazione nota.
7. Mancata documentazione di allergie.
8. Mancato controllo della documentazione di allergie.
9. Mancanza di informazioni cliniche.

In letteratura si evidenzia che sono 4 le variabili osservate considerate come fattori che possono influenzare gli errori di terapia farmacologica: conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi. La letteratura ci dice che una conoscenza e formazione inadeguata degli infermieri sull'utilizzo dei farmaci endovenosi può essere segnalata come causa di errore[18]. Alcuni autori sono d'accordo che comportamenti professionali sbagliati (come ad esempio un lavaggio delle mani non corretto) possono essere la causa di errori di terapia farmacologica[2], così come le attitudini professionali che Leape considera l'approccio migliore per

identificare gli errori[19].
Allo stato attuale delle conoscenze non sono ancora disponibili dati certi riferiti agli errori di terapia farmacologica negli adulti ricoverati in terapia intensiva/rianimazione.
Pochi sono gli studi che correlano conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri agli errori di somministrazione dei farmaci Ev.
Dalla revisione della letteratura da noi effettuata e dai documenti reperiti non esistono strumenti in grado di valutare se conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri che lavorano nelle terapie intensive/rianimazioni sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive determinano un errore di terapia farmacologica.

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 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.
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.
Identificare interventi per la prevenzione degli errori di terapia farmacologica nelle terapie intensive/rianimazioni.
Verificare la validità e affidabilità dello strumento basato sugli indici psicometrici del campione.

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 italiane di maggiore rilevanza nazionale aderenti al Progetto / N° dei partecipanti all'incontro informativo *100 (< 10%).
N° dei partecipanti all'evento formativo.
N° strutture che consolidano l'esperienza / strutture partecipanti *100 (< 10%).

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.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
La survey è un metodo di ricerca empirica in cui si usa il questionario, in questo caso autosomministrato, per la rilevazione dei dati e i metodi statistici.
La presente survey è un utile strumento proprio per l'acquisizione di informazioni.
Lo studio prevede la somministrazione di un questionario agli infermieri che lavorano presso le terapie intensive/rianimazioni italiane di maggiore rilevanza nazionale; tale questionario è diviso in 7 sezioni (A-G).
Nella sezione A sono contenute le informazioni anagrafiche del nostro campione; nella sezione B quelle riferite all'attività professionale, mentre nella sezione C si indaga sulle modalità di accesso all'aggiornamento bibliografico.
Dalla sezione D alla sezione G si raccolgono informazioni riguardo le conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive.

La ricerca si articola in 8 fasi:
Fase 1: revisione sistematica della letteratura;
Fase 2: preparazione del questionario;
Fase 3: invio di notifica al comitato etico;
Fase 4: 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 romani;
Fase 5: immissione dei dati raccolti in un data base appositamente costruito, analisi statistica dei dati e validazione del questionario;
Fase 6: pubblicazione del primo rapporto di ricerca;

Fase 7: somministrazione estesa anche agli infermieri che lavorano presso le più rappresentative unità operative del nord Italia e del sud Italia ed elaborazione dei dati;
Fase 8: pubblicazione del secondo rapporto di ricerca.

Il questionario è preceduto da una breve descrizione che spiega i dettagli e le finalità dello studio e garantisce ai partecipanti l'anonimato (consenso informato).
Il questionario è stato costruito *ad hoc*, sulla base della ricerca bibliografica e successiva revisione sistematica della letteratura, pertinente al quesito di ricerca, utilizzando domande volte ad individuare le caratteristiche demografiche (sezione A), professionali (sezione B), modalità di accesso all'aggiornamento bibliografico (sezione C), conoscenze sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensivedell'efficacia (sezione D), attitudini sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive (sezione E), comportamenti sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive (sezione F)e dei bisogni formativi sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive (sezione G).
Il disegno dello studio è di tipo cross-sectional.

Campione
Piano di campionamento e modalità di raccolta dei dati: questionario autosomministrato agli infermieri che lavorano presso le unità di terapia intensiva/rianimazione. Approvazione del Comitato Etico. Nella fase pilota si recluteranno almeno 100 infermieri. I questionari verranno consegnati ai coordinatori delle unità operative che li distribuiranno a tutti gli infermieri. Dopo l'avvenuta somministrazione si procederà al ritiro dei questionari compilati.
Somministrazione del questionario a livello nazionale.

Strumenti
Strutturati: questionari validati statisticamente.

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 ….).
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.

RISULTATI ATTESI

Lo studio attraverso le risposte degli infermieri, si propone di evidenziare eventuali criticità nell'organizzazione ed eventuali carenze nelle conoscenze, attitudini e bisogni formativi sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive/rianimazioni; tali informazioni si riveleranno fondamentali nella progettazione di possibili soluzioni al problema degli errori di somministrazione di farmaci EV nelle terapie intensive con danno dei pazienti non intenzionale.
L'analisi dei dati ci permetterà di evidenziare che esiste una correlazione tra conoscenze, attitudini e bisogni formativi sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive e gli errori di terapia farmacologica.
Conoscere gli errori e le correlazioni ci permetterà di finalizzare gli interventi per ridurli.
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.

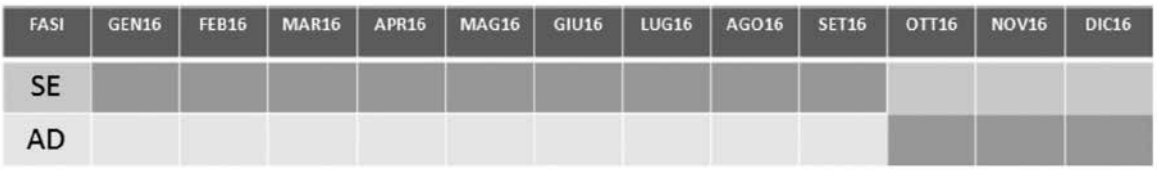
PIANIFICAZIONE

FASI	RISORSE NECESSARIE	RESPONSABILI	DURATA
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 romani.	XX gg stagista	Gruppo di progetto	Gennaio – Marzo 2015
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	Gruppo di progetto	Aprile – Giugno 2015
3. Pubblicazione 3.1. Interpretazione dei risultati ottenuti e stesura del primo rapporto (studio pilota).	Materiale di progetto XX gg stagista	Gruppo di progetto	Luglio – Ottobre 2015
4. Attuazione 4.1. somministrazione estesa anche agli infermieri che lavorano presso le più rappresentative unità operative del nord Italia e del sud Italia.	XX gg stagista	Gruppo di progetto	Novembre 2015 – Settembre 2016
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	Gruppo di progetto	Ottobre 2016 – Giugno 2017

DIAGRAMMA DI GANTT

LEGENDA

- **FP: Fase Pilota**
- **AD: Analisi dei dati**
- **PPR: Invio e pubblicazione del primo rapporto**
- **SE: Somministrazione estesa a livello nazionale**



LEGENDA

- **SE: Somministrazione estesa a livello nazionale**
- **AD: Analisi dei dati**
- **PU: Invio e pubblicazione secondo rapporto**

BIBLIOGRAFIA

1. Frith KH. Medication errors in the intensive care unit: literature review using the SEIPS model. AACN Adv Crit Care. 2013 Oct-Dec;24(4):389-404.
2. Dennison RD. A medication safety education program to reduce the risk of harm caused by medication errors. J Contin Educ Nurs. 2007;38(4):176-184.
3. Alvaro R, Bagnasco A, Del Negro L, Lancia L, Rubbi I, Sasso L et al. La sicurezza nella somministrazione della terapia farmacologica: una revisione narrativa della letteratura. L'Infermiere 2009;53(3):22-26.
4. Kiekkas P, Karga M, Lemonidou C, Aretha D, Karanikolas M. Medication errors in critically ill adults: a review of direct observation evidence. Am J Crit Care. 2011 Jan;20(1):36-44
5. Moyen E, Camiré E, Stelfox HT. Clinical review: medication errors in critical care. Crit Care. 2008;12(2):208.
6. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, Kaushal R, Lockley SW, Burdick E, Stone PH, Lilly CM, Katz JT, Czeisler CA, Bates DW. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. Crit Care Med. 2005 Aug;33(8):1694-700.
7. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention – NCCPMERP disponibile alla pagina www.nccmerp.org (data ultimo accesso: 31-05-2014).
8. Ministero della Salute. Dipartimento della qualità Direzione generale della programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - ufficio III, Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologia. Raccomandazione n. 7, Marzo 2008.
9. 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.
10. Cullen DJ, Sweitzer BJ, Bates DW, Burdick E, Edmondson A, Leape LL. Preventable adverse drug events in hospitalized patients: a comparative study of intensive care and general care units. Crit Care Med. 1997;25(8):1289-1297.
11. Krahenbuhl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krahenbuhl S. Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. DrugSaf. 2007;30(5):379-407.
12. Armitage G, Knapman H. Adverse events in drug administration: a literature review. J Nurs Manage. 2003;11(2):130-140.
13. van den Bemt PM, Fijn R, van der Voort PH, Gossen AA, Egberts TC, Brouwers JR. Frequency and determinants of drug administration errors in the intensive care unit. Crit Care Med. 2002 Apr;30(4):846-50.
14. Hussain E, Kao E. Medication safety and transfusion errors in the ICU and beyond. Crit Care Clin. 2005;21(1):91-110.
15. Jones SW. Reducing medication administration errors in nursing practice. Nurs Stand 2009 Aug19-25;23(50):40-6.
16. Ministero della Salute, raccomandazione n.12: "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike";12 Agosto 2010
17. AIFA, L'errore terapeutico, quando umano e quando diabolico. Bollettino di informazione sui farmaci, 2005
18. Abbasinazari M, Zareh-Toranposhti S, Hassani A, Sistanizad M, Azizian H, Panahi Y. The effect of information provision on reduction of errors in intravenous drug preparation and administration by nurses in ICU and surgical wards. Acta Med Iran. 2012 Nov;50(11):771-7.
19. Leape LL. Error in medicine. JAMA. 1994 Dec 21;272(23):1851-7.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

RESILIENZA DEL CAREGIVER IN CURE PALLIATIVE

COORDINATORE PROGETTO
S. Limardi
A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.17

TITOLO PROGETTO

Studio multicentrico sulla resilienza del caregiver in cure palliative. Progetto formativo per la diffusione dei primi risultati

Multicenter study on the resilience of the caregiver in palliative care. Training project for the dissemination of the first results

ABSTRACT

Background La resilienza dei caregiver che operano in End of Life non è stata, sino ad ora, studiata. In letteratura vi sono lavori che sostengono i benefici del caregiving e li mettono in relazione con aspetti del setting assistenziale di pertinenza infermieristica. Lo studio si propone di spiegare i complessi rapporti esistenti tra le caratteristiche del setting asistenziale le condizioni cliniche dell'assistito e gli aspetti individuali del caregiving. Questi ultimi sono studiati ipotizzando l'esistenza di un unico costrutto, la resilienza, che ne spieghi i rapporti.
Obiettivi Gli obiettivi del progetto sono attinenti alla elaborazione dei primi dati raccolti e alla diffusione degli stessi per mezzo di interventi formativi che facilitino l'acquisizione di competenze idonee all'utilizzo clinico delle conoscenze derivanti dallo studio.
Metodi e strumenti per effettuare il progetto formativo Le attività formative saranno progettate e realizzate in base ai principi dell'andragogia e della didattica attiva, valorizzando le esperienze dei partecipanti e favorendo la l'applicazione delle competenze apprese nei diversi contesti operativi.
Risultati L'interesse per la resilienza in ambito infermieristico è in rapida crescita, ed il trasferimento dei primi risultati dello studio nella pratica clinica permetterà di contenere i disagi del caregiver, contribuire ad integrarlo nell'equipe assistenziale, fornire nuovi strumenti di intervento all'infermiere con conseguente aumento delle competenze espresse e della soddisfazione professionale.
Parole chiave: Caregiver, competenze, cure palliative, resilienza.

ABSTRACT

Background The resilience of caregivers operating in End of Life has not been, until now, studied. In literature there are works that support the benefits of caregiving and put them in connection with the aspects pertaining to nursing care setting. The study aims to explain the complex relationships between the characteristics of the setting asistenziale the clinical condition of the assisted and individual aspects of caregiving. The latter are designed assuming the existence of a single construct, resilience, which explain the relationships.
Aims The objectives of the project are related to the development of the first data collection and dissemination of the same by means of training programs that facilitate the acquisition of skills suitable for clinical use the knowledge acquired from the study.
Methods and tools to carry out the training project The training activities will be designed and built according to the principles of andragogy and active learning, enhancing the participants' experiences and fostering the application of the skills learned in different operating environments.
Results Interest resilience in nursing is growing rapidly, and the transfer of the first results of the study in clinical practice will contain the hardships of the caregiver, help integrate it within the team of care, provide new tools for intervention with nurse resulting in increased skills and expressed job satisfaction.
Key words: Caregiver, competencies, palliative care, resilience.

BACKGROUND

Nell'End of Life (EoL) le difficoltà connesse alla malattia sono accresciute dalle forti implicazioni emotive che riguardano, oltre il paziente, i familiari, e chi presta assistenza.[1] Le persone meno danneggiate dalla

perdita della persona cara o che traggono un beneficio da questa esperienza sono dette "resilienti".[2] La resilienza è "la capacità umana di adattarsi di fronte alla tragedia, ai traumi, alle avversità, alle difficoltà, e nel corso di significativi condizioni di stress della vita".[1] L'infermiere che opera in cure palliative, prende in carico sia il paziente, che il caregiver, con l'obiettivo di ridurre il loro disagio, e di favorire e sostenere il superamento positivo dell'esperienza di lutto[3]. Quindi, l'infermiere per adempiere al mandato professionale deve promuovere e sostenere la resilienza del caregiver che affronta il fine vita del suo caro. Per attuare interventi efficaci occorre definire il costrutto della resilienza e identificare i fattori favorenti e quelli inibenti il fenomeno nei setting di cure palliative.

Molti aspetti del caregiving sono stati indagati: la sofferenza[4], le difficoltà e il bisogno di sostegno,[5] il lutto anticipatorio,[6] la gestione dell'assistenza e delle emozioni e i problemi identitari,[7-17] i disagi di ordine psicologico,[12,17-25] i problemi di accettazione e adattamento alle cure prestate e all'ambiente di cura che incidono sui rapporti tra caregiver, assistito ed equipe.[9, 12, 26 – 29] Peraltro vi sono riscontri dei benefici del caregiving: aumento della capacità di controllo, della soddisfazione percepita, del senso di crescita personale[22] e di quello dell'esperienza di assistenza,[21] aumento dell'autostima,[12, 13, 33-35] della soddisfazione verso se stessi e del senso di padronanza.[10,12,13,22,34] Alcuni autori, riferendosi al caregiving attuato da coniugi di pazienti affetti da patologie potenzialmente dannose per il rapporto di coppia, riferiscono, invece, un incremento dell'intimità coniugale.[22,36] La crescita post traumatica, cioè l'esperienza di cambiamento positivo che si verifica come risultato di crisi personali altamente impegnative[37] risulta associata positivamente con il caregiving tra i familiari di pazienti affetti da cancro prostatico.[38] Nei cambiamenti dello stile di vita nei caregiver di pazienti oncologici viene riportato l'aumento di atteggiamenti proattivi, dell'esercizio fisico, della cura nell'alimentazione.[39, 40] Alcuni caregiver ricorrono più frequentemente allo screening,[39] mentre il ricorso a questa pratica di prevenzione per altri caregiver diminuisce.[40] Comunque, complessivamente si può affermare che l'attraversamento della sofferenza connessa all'EoL è visto anche come un evento che può essere integrato positivamente nel proprio vissuto.[41]

Anche se si può sostenere che, come in altri ambiti, la resilienza in EoL è caratterizzata da elementi aspecifici[30], e specifici del contesto,[31,32] rimane uno degli aspetti del caregiving meno esplorati. I risultati di questo studio concorreranno sia alla conoscenza generale della resilienza del caregiver che a quella relativa all'ambito specifico della palliazione. La constatazione che gli individui con un numero maggiore di attributi resilienti hanno maggiore probabilità di adattamento alle gravi avversità, ha sostenuto l'opportunità dello studio di queste caratteristiche. Dal punto di vista infermieristico, è carente la conoscenza della relazione tra la resilienza del caregiver informale e la sua attività assistenziale in EoL.

Nel 2014 è stato intrapreso uno studio osservazionale analitico multicentrico sulla resilienza dei caregiver informali dei pazienti in end of life. Lo studio risponde all'esigenza di definire il costrutto della resilienza in questa popolazione fornendo le conoscenze di base per l'elaborazione di interventi infermieristici che ne favoriscano e promuovano lo sviluppo. In Pub Med sono reperibili 287 articoli su riviste infermieristiche che hanno nel titolo la parola "resilience". Di questi il 56% (161) sono stati pubblicati negli ultimi 5 anni e il 17,4% (50) nell'ultimo anno. Questo riscontro è la prova dell'incremento di interesse degli infermieri per la resilienza ed ha indotto alla diffusione dei primi risultati dello studio attraverso eventi formativi indirizzati a favorire la conoscenza generale del costrutto e la sua declinazione relativa al caregiving in cure palliative.

1 The human ability to adapt in the face of tragedy, trauma, adversity, hardship, and ongoing significant life stressors. PUBMED MeSH [citato il 21 Dic 2015] Disponibile a: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68055500

OBIETTIVI DI PROGETTO

Il progetto persegue una doppia finalità: in prima istanza, l'analisi dei dati raccolti ed il confronto degli stessi con quanto riportato in letteratura. Successivamente la diffusione dei risultati indirizzata a promuovere la conoscenza del costrutto della resilienza, le possibilità di intervento infermieristico per la l'acquisizione e l'incremento delle caratteristiche resilienti nei caregiver, con particolare attenzione all'ambito delle cure palliative.

Obiettivi generali dello studio multicentrico sulla resilienza del caregiver in EoL:

- identificare i principali componenti della resilienza nei caregiver informali principali dei pazienti in EOL.
- evidenziare le condizioni che favoriscono o inibiscono le manifestazioni di resilienza nei caregiver informali dei pazienti in EOL.

Obiettivi specifici dello studio multicentrico sulla resilienza del caregiver in EoL:

- identificare l'esistenza, la direzione e l'entità dei rapporti e dei nessi causali tra la resilienza del caregiver informale principale in EoL le sue caratteristiche socio – demografiche e le variabili del setting assistenziale.

Indicatori dello studio multicentrico sulla resilienza del caregiver in EoL:

Produzione di un report relativo ai dati raccolti necessario all'allestimento degli eventi formativi.

Obiettivo generale degli interventi formativi:[2]

- conoscenza del costrutto della resilienza, in generale e relativamente al caregiving in EoL;
- *Obiettivi specifici degli interventi formativi*:
- conoscenza dei fattori individuali e del setting assistenziale che favoriscono o inibiscono il processo di reintegrazione resiliente;

- comprensione delle correlazioni tra i fattori interagenti nel processo di reintegrazione resiliente e enunciazione di ipotesi di intervento sugli stessi.

Indicatori degli interventi formativi:

- realizzazione di un numero prefissato di interventi formativi;
- superamento, da parte di almeno il 90% dei partecipanti, delle verifiche di apprendimento;
- espressione, da parte di almeno il 90% dei partecipanti, di un livello di gradimento dei corsi medio – alto.

Gli obiettivi formativi sono formulati secondo le indicazioni della Guida pedagogica di (Guilbert J.J. Guida pedagogica. Armando Editore. Roma, 1981). Quindi, sono indicate le capacità che il discente dovrebbe aver acquisito al termine dell'intervento formativo.

METODOLOGIA

Razionale dello studio La logica dello studio risiede nell'uso di un unico concetto, la resilienza, per spiegare la capacità di alcuni individui di affrontare e superare, meglio di altri, l'esperienza di assistenza ad una persona cara in EoL.

Disegno dello studio. Il disegno dello studio è multicentrico, osservazionale, cross sectional, analitico e correlazionale. La scelta del disegno è conseguente alla multifattorialità[42] e multidimensionalità [43 - 45] del costrutto. Quindi, lo studio considera molte variabili afferenti ad ambiti diversi (caratteristiche individuali, setting assistenziale, contesto culturale) e ha come obiettivo principale la definizione del costrutto di resilienza, relativamente al caregiver in EoL, dei concetti che ne fanno parte e dei nessi che tra questi intercorrono. A questo scopo viene applicata la tecnica dei modelli di equazioni strutturali (SEM) con la quale si individueranno i predittori ed il criterio tra le variabili in studio. Sarà verificato il potenziale ruolo della resilienza sia come mediatore che come moderatore.

Campione Il campione dei caregivers di pazienti in EoL è di convenienza. I criteri di inclusione sono: essere caregiver informale principale (cioè non percepire compenso per l'assistenza prestata ed essere il riferimento organizzativo per familiari ed equipe assistenziale), età superiore ai 18 anni, rilascio del consenso, aver prestato assistenza da almeno due settimane, essere informato di diagnosi e prognosi dell'assistito. I criteri di esclusione sono: presenza di severi deficit fisici o psichici, mancanza di comprensione della lingua italiana, giudizio di fragilità espresso dai referenti locali della ricerca. Il modello teorico (fig. 1) verrà testato applicando SEM quindi è richiesto un campione di almeno 200 soggetti.[49]

Scelta e operazionalizzazione delle variabili. Lo studio ha un carattere esplorativo ed è, quindi, necessario raccogliere dati riguardanti i più importanti fattori che in letteratura sono in rapporto con la resilienza del caregiver. I fattori che influenzano la resilienza sono ripartiti in tre componenti: psico – comportamentale, assistenziale – setting e sociale in base alla letteratura che indica le caratteristiche individuali, l'ambiente familiare, che in questo studio è il setting assistenziale, e il contesto sociale come gli ambiti di maggiore influenza sulla resilienza.[46-48] Questi fattori sono stati confrontati con le principali cause di disagio per il caregiver in EoL e con gli elementi condizionanti il caregiving per evidenziare quelli maggiormente influenzati. I fattori selezionati sono trasformati in variabili operative in base alla disponibilità di scale di misura in italiano. I fattori che, secondo la letteratura, mostrano relazioni più strette con la resilienza e sui quali, nel contempo, è possibile per l'infermiere intervenire, sono le variabili costituenti il modello di equazioni strutturali (Fig.1).

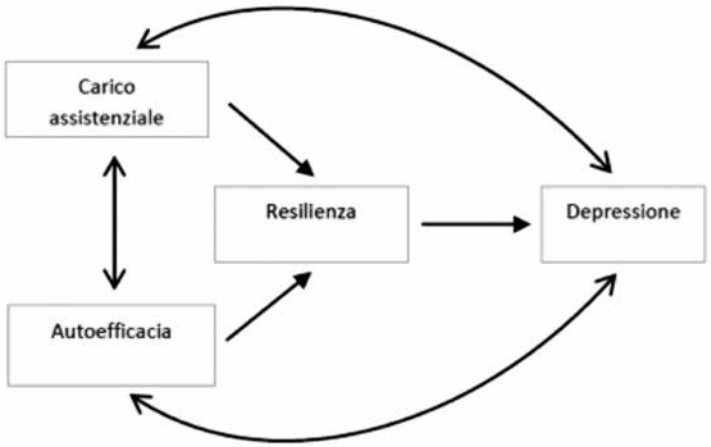


Figura 2: modello teorico sottoposto a falsificazione

Strumento per la raccolta dei dati: il questionario I dati sono raccolti con un questionario diviso in quattro

sezioni, di cui tre autosomministrate dal caregiver, con eventuale sostegno del referente locale della ricerca, ed una compilata dallo stesso referente. Il tempo medio di somministrazione rilevato nella sperimentazione è stato di 53 minuti non necessariamente consecutivi. Il questionario deve essere completato entro 24 ore per evitare che la rapida evoluzione dello stato clinico in EoL possa modificare le condizioni psichiche del caregiver durante la compilazione.
Sezione 1. In questa sezione sono comprese le scale per la valutazione della componente psico– comportamentale, quella sociale e quella assistenziale. Le scale sono ordinate in base alla combinazione dell'importanza dei dati ai fini dello studio e dell'impegno richiesto per la compilazione (ordine decrescente).
Le scale della sezione 1 del questionario sono: Resilience Scale (RS 25); Beck Depression Inventory (BDI II) Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) Rosenberg self-esteem scale (RSES)); Family Decision Making Self Efficacy Scale (FDMSES) Family Caregiving Inventory (FCI) versione caregiver; The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – BREF); WHO Spirituality, Religion and Personal Beliefs (SRPB); Preparedness for Caregiving Scale (PCS); Caregiver Burden Inventory (CBI);
Sezione 2. Comprende i dati socio–demografici del caregiver.
Sezione 3. Setting assistenziale. È costituita da sette domande a risposta multipla necessarie per comprendere il rapporto tra il setting assistenziale e le altre variabili in studio.
Sezione.4. Indirizzata al paziente in fase terminale. Sono richiesti, oltre l'età ed il sesso dell'assistito, alcuni dati salienti per determinarne le condizioni cliniche (ultimo punteggio Karnofsky performance status, ultimo punteggio VAS, ecc.).
Stato di avanzamento dello studio. Le analisi relative alle caratteristiche psicometriche del costrutto prevedono l'applicazione di tecniche, quali le equazioni strutturali, che richiedono un numero minimo di osservazioni superiore a quello attualmente disponibile, quindi saranno oggetto di elaborazioni future. I dati raccolti sino ad ora permettono di effettuare alcune analisi di tipo descrittivo e correlazionale, in particolare quelle relative ai dati demografici di inquadramento generale. In questa fase verranno analizzate le prevalenze dei dati socio – demografici dei caregiver e verificata l'esistenza e l'entità di associazioni e correlazioni tra questi e le loro caratteristiche psico – comportamentali. Verranno, inoltre, analizzate le caratteristiche individuali e quelle dei setting assistenziali al fine di evidenziare, anche in questo caso, associazioni e correlazioni.
Gli interventi formativi. La progettazione del corso prevede:

1. la revisione della letteratura riguardante il costrutto della resilienza in ambito sanitario - infermieristico;
2. la ricognizione dei metodi adottati per lo studio della resilienza;
3. la selezione dei concetti "core" inerenti il costrutto;
4. l'analisi dei risultati (parziali) della ricerca;
5. la scelta dei metodi di didattica attiva da adottare in funzione della tipologia dei discenti;
6. l'allestimento e l'organizzazione degli interventi formativi.

Metodi e strumenti della didattica. Verranno impartite una serie di nozioni fondamentali per inquadrare il fenomeno della resilienza, i concetti ed i nessi che definiscono il costrutto. Queste informazioni saranno contestualizzate nelle cure palliative evidenziandone le specificità. Verrà affrontato il problema della ricerca applicata allo studio della resilienza e, descrivendo la ricerca attualmente in corso, saranno illustrate le problematiche affrontate e le soluzioni adottate. In accordo con i principi fondanti dell'andragogia[51,52] la metodologia didattica scelta è finalizzata alla valorizzazione delle esperienze pregresse maturate dai partecipanti e all'integrazione delle nuove nozioni con il patrimonio di conoscenze già possedute. Una particolare attenzione verrà prestata alla spendibilità di quanto appreso nei contesti lavorativi di appartenenza. A tal fine sono state previste modalità espositive che permettono l'interazione tra docente / esperto e discenti come il confronto – dibattito nel quale possono essere esposte e confrontate esperienze lavorative e di apprendimento pertinenti agli argomenti trattati. Per mezzo del role playing i discenti potranno sperimentare le modalità comunicative più adatte all'applicazione clinica di quanto appreso. Infine la verifica di apprendimento ai fini dell'attribuzione dei crediti ECM si attuerà con l'istruzione la presentazione e la discussione di project work elaborati da piccoli gruppi.

RISULTATI ATTESI

Risultati attesi dello studio Verranno evidenziate le caratteristiche socio – demografiche prevalenti del caregiver informali in EoL e loro suo profilo psico – comportamentale, in particolare si analizzerà l'associazione e la correlazione tra depressione, autostima, autoefficacia, mutualità, spiritualità, qualità della vita e resilienza. Verranno, inoltre, analizzate le relazioni tra queste variabili e le caratteristiche del setting assistenziale e tra l'autoefficacia e la percezione di possedere competenze nel caregiving. L'applicazione della regressione lineare multipla permetterà di definire il ruolo predittivo delle variabili. I risultati saranno confrontati con i risultati di altri studi sulla resilienza in altri campi e su diversi argomenti
Risultati attesi degli interventi formativi Bandura (1977, 1989) sostiene che l'auto-efficacia è conseguente alla consapevolezza del possesso di competenze specifiche. Keefe et al.[55] e Mystakidou et al.[56] sostengono che in caregiver di Pazienti Eol l'auto-efficacia è legata alle loro condizioni psichiche. Pertanto, facilitando l'acquisizione e la valorizzazione delle competenze assistenziali dei caregiver si dovrebbe ottenere il dupli-

ce scopo di sostenere la partecipazione attiva, nella cura e alleviare il disagio psichico. Quindi le ricadute clinico–assistenziali dei risultati della formazione potranno trovare immediata applicazione nell'ambito specifico di studio ed essere sperimentati in altri setting assistenziali.
Rilevanza Da quanto precedentemente esposto relativamente ai risultati attesi, è evidente che le ricadute cliniche dello studio e degli interventi formativi sono importanti ed il metodo con cui possono essere perseguite innovativo. Pertanto, il progetto, nel suo complesso, è rilevante.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività di ricerca	Soggetti coinvolti	Durata
Razionale del progetto di ricerca	Project manager, Coordinatori e Project team	Febbraio – marzo 2014 (già effettuato)
Background per il progetto di ricerca	Project manager, Coordinatori e Project team	Aprile – giugno 2014 (già effettuato)
Scelta delle metodologie e delle tecniche di ricerca da utilizzare e produzione del protocollo di ricerca	Project manager, Coordinatori e Project team	Luglio – novembre 2014 (già effettuato)
Reclutamento centri e raccolta dati	Coordinator e Project team	Dicembre 2014 – gennaio 2016
Elaborazione (parziale) dei dati e produzione report per eventi formativi	Coordinatore	Febbraio – marzo 2016
Progettazione e allestimento eventi formativi	Coordinator e Project team	Marzo 2016
Esecuzione eventi formativi	Coordinator e Project team	Aprile – dicembre 2016

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014	Mag 2014	Giu 2014	Lug 2014	Ago 2014	Set 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014	Gen 2015	Feb 2015	Mar 2015	Apr 2015	Mag 2015	Giu 2015	Lug 2015	Ago 2015	Set 2015	Ott 2015	Nov 2015	Dic 2015	Gen 2016	Feb 2016	Mar 2016	Apr 2016	Mag 2016	Giu 2016	Lug 2016	Ago 2016	Set 2016	Ott 2016	Nov 2016	Dic 2017
Razi onale del progetto di ricerca	■	■																																
Background per il progetto di ricerca			■	■	■																													
Scelta delle metodologie e delle tecniche di ricerca da utilizzare e produzione del protocollo di ricerca						■	■	■	■	■																								
Reclutamento centri e raccolta dati											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■											
Elaborazione (parziale) dei dati e produzione report per eventi formativi																								■	■									

MESE	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014	Mag 2014	Giu 2014	Lug 2014	Ago 2014	Set 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014	Gen 2015	Feb 2015	Mar 2015	Apr 2015	Mag 2015	Giu 2015	Lug 2015	Ago 2015	Set 2015	Ott 2015	Nov 2015	Dic 2015	Gen 2016	Feb 2016	Mar 2016	Apr 2016	Mag 2016	Giu 2016	Lug 2016	Ago 2016	Set 2016	Ott 2016	Nov 2016	Dic 2017
Progettazione e allestimento eventi formativi																																		
Esecuzione eventi formativi																																		
Chiusura progetto																																		

BIBLIOGRAFIA

1. Monin JK, Schulz R. Interpersonal effects of suffering in older adult caregiving relationships. Psychol Aging. 2009 Sep;24(3):681-95.
2. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? Am Psychol. 2004 Jan;59(1):20-8.
3. European Association for Palliative Care (EAPC) (2004) A Guide for Development of Palliative Nurse Education in Europe. Retrieved from http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket= e9JnEa7YZD-M%3D on 04 December 2014.
4. Hebert RS, Arnold RM, Schulz R. Improving well-being in caregiver of terminally ill patients. Making the case for patient suffering as a focus for intervention research. J Pain Symptom Manage. 2007 Nov;34(5):539-46.
5. Aoun SM, Kristjanson LJ, Currow DC, Hudson PL. Caregiving for the terminally ill: at what cost? Palliat Med. 2005 October 1, 2005;19(7):551-5.
6. Rando TA. Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregiver: Research Press; 2000.
7. Adams E, Boulton M, Watson E. The information needs of partners and family members of cancer patients: a systematic literature review. Patient Educ Couns. 2009 Nov;77(2):179-86.
8. Garofalo JP, Choppala S, Hamann HA, Gjerde J. Uncertainty during the transition from cancer patient to survivor. Cancer Nurs. 2009 Jul-Aug;32(4):E8-E14.
9. Given B, Given CW, Sikorskii A, Jeon S, Sherwood P, Rahbar M. The impact of providing symptom management assistance on caregiver reaction: results of a randomized trial. J Pain Symptom Manage. 2006;32(5):433-43.
10. Given B, Sherwood PR. Family care for the older person with cancer. Semin Oncol Nurs. 2006 Feb;22(1):43-50.
11. Given B., Given C.W. & Sherwood P. The challenge of quality cancer care for family caregiver. Semin Oncol Nurs. 2012 ,28(4), 205-212.
12. Kim Y., Given BA. Quality of life of family caregiver of cancer survivors: across the trajectory of the illness. Cancer. 2008 Jun 1;112(11 Suppl):2556-68.
13. Nijboer C., Tempelaar R., Sanderman R., Triemstra M., Spruijt RJ., van den Bos GA. Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. Psychooncology. 1998 Jan-Feb;7(1):3-13.
14. Sherwood P., Given B., Given C., Schiffman R., Murman D., Lovely M. Caregiver of persons with a brain tumor: a conceptual model. Nurs Inq. 2004 Mar;11(1):43-53.
15. Sinfield P., Baker R., Camosso-Stefinovic J., Colman AM., Tarrant C., Mellon JK., et al. Men's and carers' experiences of care for prostate cancer: a narrative literature review. Health Expect. 2009 Sep;12(3):301-12.
16. Soothill K., Morris SM., Harman JC., Francis B., Thomas C., McIllmurray MB. Informal carers of cancer patients: what are their unmet psychosocial needs? Health Soc Care Community. 2001;9(6):464-75.
17. Vrijmoet-Wiersma CM., van Klink JM., Kolk AM., Koopman HM., Ball LM., Maarten Egeler R. Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer: a review. J Pediatr Psychol. 2008 Aug;33(7):694-706.
18. Cotrim H, Pereira G. Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care. Eur J Oncol Nurs. 2008;12(3):217-26.
19. Edwards B., Clarke V. The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. Psychooncology. 2004;13(8):562-76.
20. Golant M., Haskins NV. "Other cancer survivors": the impact on family and caregiver. Cancer. 2008 Nov-Dec;14(6):420-4.Cancer. 2007 Apr;1(1):43-9.
21. Grassi L. Bereavement in families with relatives dying of cancer. Curr Opin Support Palliat Care. 2007 Apr;1(1):43-9.

22. Haley W.E., LaMonde L.A., Han B., Burton A.M. & Schonwetter R. (2003) Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregiver in hospice: Application of a stress process model. J Palliat Med **6**(2), 215-224.
23. Kitrungroter L, Cohen MZ. Quality of life of family caregiver of patients with cancer: a literature review. Oncol Nurs Forum. 2006 May;33(3):625-32.
24. Miaskowski C, Kragness L, Dibble S, Wallhagen M. Differences in mood states, health status, and caregiver strain between family caregiver of oncology outpatients with and without cancer-related pain. J Pain Symptom Manage. 1997;13(3):138-47.
25. Petrie W, Logan J, DeGrasse C. Research review of the supportive care needs of spouses of women with breast cancer. Oncol Nurs Forum. 2001 Nov-Dec;28(10):1601-7.
26. Oliver DP, Wittenberg-Lyles E, Demiris G, Washington K, Porock D, Day M. Barriers to pain management: caregiver perceptions and pain talk by hospice interdisciplinary teams. J Pain Symptom Manage. 2008;36(4):374-82.
27. Schumacher KL, Dodd MJ, Paul SM. The stress process in family caregiver of persons receiving chemotherapy. Res Nurs Health. 1993 Dec;16(6):395-404.
28. Tuinman MA, Fleer J, Sleijfer DT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JE. Marital and sexual satisfaction in testicular cancer survivors and their spouses. Support Care Cancer. 2005 Jul;13(7):540-8.
29. Vallerand AH, Collins-Bohler D, Templin T, Hasenau SM. Knowledge of and barriers to pain management in caregiver of cancer patients receiving homecare. Cancer Nurs. 2007;30(1):31-7.
30. Lee H., Nam K., Kim A., Kim B., Lee MY. & Le SM. 2013. Resilience: A meta-analytic approach. J Couns Dev, 91**,** 269-279.
31. Fleming J. & Ledogar R.J. 2008. Resilience, an evolving concept: A review of literature relevant to aboriginal research. Pimatisiwin, 6**,** 7-23.
32. Liddle HA. Contextualizing resiliency. Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects. 1994:167-77.
33. Li Q, Loke AY. The positive aspects of caregiving for cancer patients: a critical review of the literature and directions for future research. Psycho-oncology. 2013;22(11):2399-2407.
34. Carter JH, Stewart BJ, Archbold PG, Inoue I, Jaglin J, Lannon M, et al. Living with a person who has Parkinson's disease: the spouse's perspective by stage of disease. Parkinson's Study Group. Mov Disord. 1998;13(1):20-8.
35. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, van den Bos GA. Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients. Cancer. 1999;86(4):577-88.
36. Gritz ER, Wellisch DK, Siau J, Wang HJ. Long-term effects of testicular cancer on marital relationships. Psychosomatics. 1990;31(3):301-12.
37. Tedeschi RG, Calhoun LG. " Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". Psychol Inq. 2004;15(1):1-18.
38. Thornton AA, Perez MA. Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. Psycho-Oncology. 2006;15(4):285-96.
39. Golant M, Haskins NV. "Other cancer survivors": the impact on family and caregiver. The Cancer J. 2008 Nov-Dec;14(6):420-4.
40. Kim Y, Given BA. Quality of life of family caregiver of cancer survivors: across the trajectory of the illness. Cancer. 2008 Jun 1;112(11 Suppl):2556-68.
41. Given B, Sherwood PR. Family care for the older person with cancer. Semin Oncol Nurs. 2006 Feb;22(1):43-50.
42. Luthar SS. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: Dante C, J CD, editors. Risk, disorder, and adaptation. Developmental Psychopathology. 2nd ed ed. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2006. p. 739-95.
43. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. Behaviour Research and Therapy. 2006;44(4):585-99.
44. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety. 2003;18(2):76-82.
45. Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. American Psychologist. 2001;56(3):227.
46. Masten AS. Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M C Wang & E W Gordon (Eds), Educational. 1994.
47. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. Am J Orthopsychiatry. 1987;57(3):316-31.
48. Werner EE. Overcoming the odds. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 1994;15(2):131-6.
49. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: The Guilford Press; 2011.
50. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. Journal of Nursing Measurement. 1993(1):165--78.
51. Knowles M. La formazione degli adulti come autobiografia. Milano: Raffaello Cortina Editore; 1996.
52. Knowles M., Holton EF., Swanson RA. Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona. Milano: Franco Angeli; 2008.

53. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall; 1977.
54. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. Psychological Review 1989(84):191 - 215.
55. Keefe FJ, Ahles TA, Porter LS, Sutton LM, McBride CM, Pope MS, et al. The self-efficacy of family caregivers for helping cancer patients manage pain at end-of-life. Pain. 2003;103(1):157-62.
56. Mystakidou K, Parpa E, Panagiotou I, Tsilika E, Galanos A, Gouliamos A. Caregivers' anxiety and self-efficacy in palliative care. European journal of cancer care. 2013;22(2):188-95

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

MIGLIORARE LA QUALITÀ DEL LAVORO NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

COORDINATORE PROGETTO
G. Rocco
D. Affonso
A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.18

TITOLO PROGETTO

Migliorare la qualità del lavoro nelle organizzazioni sanitarie: il rispetto della dignità professionale infermieristica nei rapporti intra ed interprofessionali

To improve the work quality in the healthcare organizations: the respect of nursing's professional dignity in intra- and inter-professional relationships

ABSTRACT

Background Per dignità nelle professioni sanitarie ci si riferisce a due concetti valoriali fondamentali. Da un lato un valore che deve essere esperito verso gli altri, i pazienti, elemento fondamentale nell'assistenza sanitaria e, dall'altro, un valore che deve riferito agli operatori sanitari come *professionals*. Questo progetto analizza i fattori correlati al rispetto nei rapporti intra ed interprofessionali, soprattutto in relazione alla professione infermieristica, per migliorare la qualità del lavoro all'interno delle organizzazioni sanitarie. Tale progetto mira a comparare i risultati che saranno prodotti con quelli relativi alla percezione della dignità professionale infermieristica esperita in precedenti studi a livello italiano ed europeo per sviluppare interventi di rispetto sociale ed ottenere un miglior clima organizzativo con una conseguente miglior assistenza.
Disegno Ricerca qualitativa con raccolta dei dati tramite focus group e interviste individuali semi-strutturate in profondità a livello multicentrico in Albania, Finlandia, Gran Bretagna, Irlanda, Italia, Stati Uniti con differenti stakeholder informati del tema (infermieri, medici, fisioterapisti, studenti delle discipline sanitarie con esperienza avanzata di tirocinio clinico).
Metodo Analisi tematica delle occorrenze significative tramite un processo di *content analysis induttivo-deduttivo*.
Risultati attesi Tale ricerca, mirerà a garantire l'implementazione di *setting* assistenziali etici che migliorino la qualità dell'assistenza per il paziente e producano meno turn-over, *distress morale e burn-out*. Tutto ciò può essere realizzato promuovendo ambienti dignitosi dove il lavoro intra ed interprofessionale e il rispetto dell'altro assurgono a elementi fondanti il lavoro stesso.
Parole chiave: Dignità, rispetto, organizzazioni sanitarie, relazioni intra ed interprofessionali, clima organizzativo.

ABSTRACT

Background Dignity in health care is twofold. The first facet of dignity (patients' dignity) is an intrinsic pivotal value demonstrated by professionals in healthcare. The second facet of it is an embedded, intrinsic value of healthcare professionals. This research seeks to explore the factors related to the levels of nursing's professional dignity experienced by different stakeholders and compare these results to researches on nursing's professional dignity in Italy and elsewhere in Europe and in the USA. The findings will be used to develop interventions designed to raise the level of intra- and inter-professional respect with the goal of allowing healthcare facilities to begin processes leading to better ethical climates.
Aims Qualitative research with data collection by means of focus groups and semi-structured one-to-one interviews. This would be a multicentre study conducted in different countries: Albania, Finland, Great Britain, Ireland, Italy and the USA with different stakeholders informed on the topic (nurses, physicians, physios, health professionals students with advanced experience in the clinical placements).
Methods After appropriate approvals are obtained, the data will be evaluated with an inductive-deductive content analysis approach.
Expected results The knowledge produced by this research project will have the goal to implement ethical environments with less turnover, moral distress and burn-out and to have a better quality of care. This ethical comprehension can contribute to having superior health care facilities where effective trans-

disciplinary relationships can foster the quality of care.
Key-words: Dignity, respect, healthcare facilities, intra- and interprofessional relationships, organizational climate.

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 rischio

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 raggiungono migliori risultati.[23-24]

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali:

Questa ricerca cerca di analizzare i fattori della dignità professionale infermieristica percepiti da differenti *stakeholder* (infermieri, medici, fisioterapisti, studenti delle discipline sanitarie con esperienza avanzata di tirocinio clinico) operanti in vari Paesi e comparare tali risultati alle ricerche condotte sul tema in Italia. Le differenze nella percezione della dignità professionale espresse dai vari *stakeholder* nei vari Paesi coinvolti saranno utilizzate per sviluppare interventi disegnati per elevare il rispetto intra ed interprofessionale con lo scopo di permettere alle organizzazioni sanitarie coinvolte di avere un ambiente e un clima organizzativo che favorisce la *retention* di personale e la soddisfazione dello stesso.

Obiettivi specifici:

- Identificare i fattori che migliorano o riducono la dignità professionale nelle organizzazioni sanitarie.
- Comparare i fattori che influenzano la dignità professionale infermieristica.

METODOLOGIA

Disegno

Il disegno dello studio sarà qualitativo, multicentrico. Infermieri che lavorano in strutture sanitarie ma

anche medici, fisioterapisti, studenti delle discipline sanitarie con esperienza avanzata di tirocinio clinico saranno reclutati per effettuare focus group e interviste *one-to-one*. I focus group saranno utilizzati per la loro documentata efficacia nel produrre risultati validi nel campo delle scienze sanitarie.[25-26] Ogni focus group avrà tra cinque e otto partecipanti. I partecipanti saranno informati sull'argomento oggetto di ricerca attraverso un opuscolo distribuito dal ricercatore principale il giorno degli incontri. I dati saranno raccolti fino alla loro saturazione. Onde permettere una più efficace comparazione tra i risultati di questa ricerca e le precedenti sul tema, le domande e i concetti utilizzati nei precedenti *questioning route* saranno tradotti per l'occasione. Autorizzazioni di carattere etico saranno ottenute dalle organizzazioni sanitarie coinvolte, dagli infermieri e dai differenti stakeholder intervistati.

Campione

I differenti attori intervistati (infermieri, medici, fisioterapisti, studenti delle discipline sanitarie con esperienza avanzata di tirocinio clinico) saranno reclutati su base volontaria, propositiva di convenienza.

Analisi dei dati

I dati saranno analizzati attraverso una content analysis[27] induttivo-deduttiva attraverso le informazioni raccolte per estrarre unità di significato, cioè, 'la costellazione di parole o frasi che si riferiscono allo stesso significato.[28] (p.106)

Trascrizioni letterali effettuate il giorno stesso dell'intervista saranno lette e rilette numerose volte dal team di ricerca per ottenere un'impressione generale del contenuto. Tutti i ricercatori leggeranno i contenuti delle trascrizioni e ciò permetterà la rilevazione di unità di analisi, per raggrupparle in sotto-categorie, categorie e temi. Le categorie rifletteranno le percezioni sulla dignità professionale e costituiranno il contenuto manifesto. I temi latenti[29] che emergeranno attraverso l'astrazione saranno contestualizzati rispetto ai dati e riassunti sulla base di ragionamenti riflessivi.[30]

Rigorosità della ricerca

Si utilizzeranno procedure di *rigourness* mutuate da Lincoln e Guba[31] come: credibilità, trasferibilità, affidabilità e confermabilità. La confermabilità sarà assicurata dai vari ricercatori che parteciperanno al progetto attraverso l'accuratezza della lettura ripetuta di dati trascritti verbatim e la loro trasferibilità in altri contesti sarà assicurata dalla comparazione rispetto ai dati raccolti in altri Paesi sul tema. La credibilità del processo di analisi sarà portata a termine attraverso pensieri riflessivi e processi decisionali tra tutto il team di ricerca sia de visu che con collegamenti digitali (Skype e altri programmi simili).

Infine, un membro del team di ricerca che non avrà mai partecipato alla raccolta e analisi dei dati rileggerà tutte le analisi per verificarne la loro credibilità e validarne la scientificità.

RISULTATI ATTESI

La conoscenza prodotta da questo progetto di ricerca avrà un profondo significato educativo e organizzativo per i vari Paesi coinvolti. Questa comprensione etica potrà contribuire ad avere organizzazioni sanitarie dove relazioni transdisciplinari tra i componenti il team assistenziale potranno promuovere la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti. Con questa ricerca sarà possibile costruire 'l'ospedale etico del futuro' dove la dignità intra e interprofessionale diverrà la base dell'eccellenza delle cure.

VALUTAZIONE E DISSEMINAZIONE DI RISULTATI

Esplorare i fattori che costituiscono la dignità professionale nelle relazioni intra ed interprofessionali può essere di beneficio per la società, i pazienti e i professionisti sanitari attraverso il miglioramento del clima etico all'interno delle organizzazioni sanitarie. I risultati di questa ricerca saranno diffusi in conferenze di carattere nazionale ed internazionale e produrranno articoli di ricerca. Inoltre, il gruppo di ricerca produrrà un articolo professionale a livello europeo sui cambiamenti prodotti dall'avere ambienti organizzativi etici che promuovano la dignità per gli infermieri e gli altri professionisti sanitari. Inoltre, saranno diffusi link e aggiornamenti attraverso siti di networking e social network come Twitter e Facebook.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Reperimento risorse bibliografiche	Coordinatore e project team	01/02/2016 -01/08/2016
1	Analisi e definizione del modello concettuale di riferimento	Coordinatore e project team	01/02/2016 -01/08/2016
2	Esecuzione dei focus group	Coordinatore e project team	01/05/2016 -31/12/2016
3	Analisi qualitativa della ricerca	Coordinatore e project team	01/05/2016 -31/12/2016
4	Validazione dei risultati	Coordinatore e project team	01/01/2017-31/05/2017
5	Redazione rapporto finale di ricerca	Coordinatore e project team	31/05/2017 31/12/2017

DIAGRAMMA GANTT

2016	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 17
Reperimento risorse bibliografiche	■	■	■	■	■	■	■					
Analisi e definizione del modello concettuale di riferimento	■	■	■	■	■	■	■					
Esecuzione dei focus group								■	■	■	■	■
Analisi qualitativa della ricerca								■	■	■	■	■

BIBLIOGRAFIA

2017	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 18
Esecuzione dei focus group	■	■	■	■	■	■	■					
Analisi qualitativa della ricerca	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Validazione dei risultati								■	■	■	■	
Redazione rapporto finale di ricerca											■	■

1. Peláez M. (2007). L'arte di vivere bene: beni, virtù, norme. (The art of good living: good, virtues, rules) Milano: Ares, (in Italian).
2. Vanlaere L, & Gastmans C. (2011). A personalist approach to care ethics. *Nurs Ethics*; 18: 161–173.
3. Jacobson N. (2007). Dignity and health: a review. *Soc Sci Med*; 64: 292–302.
4. 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.
5. Lawless J, & Moss C. (2007). Exploring the value of dignity in the work-life of nurses. *Contemp Nurse*; 24: 226-236.
6. Yalden BJ, & McCormack B. (2010). Constructions of dignity: a pre-requisite for flourishing in the workplace? *Int J Older People Nurs*; 5: 137-147.
7. Fowler M. (2010). *Guide to the code of ethics for nurses*. American Nurses Association. Silver Spring, USA.
8. 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.
9. Aiken L, Clarke S, Sloane D, et al. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA;* 288: 1987–1993.
10. Clarke S., & Aiken L. (2006). More nursing, fewer deaths. *Qual Saf Health Care*; 15: 2-3. doi: 10.1136/qshc.2005.017343
11. 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.
12. Heinen et al. Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *Int J Nurs Stud*; 50: 174-184.
13. Ann Kutney-Lee, Evan S. Wu, Douglas M. Sloane, Linda H. Aiken (2013). Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: An analysis of panel data. *Int J Nurs Stud*; 50: 195-201.
14. 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.
15. 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.
16. 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
17. Andrews DR, Burr J, & Bushy A. (2011). Nurses' self concept and perceived quality of care. *J Nurs Care*

Qual; 26: 69-77.
18. Linda H. Aiken, Douglas M. Sloane a, Luk Bruyneel b, Koen Van den Heede c, Walter Sermeus for the RN4CAST Consortium. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe *Int J Nurs Stud*; 50: 143-153.
19. American Nurses Credentialing Center. ANCC Magnet Recognition Program®. Retrieved from: http://www.nursecredentialing.org/magnet.aspx (accessed July, 2015).
20. American Nurses Credentialing Center. Forces of magnetism. Retrieved from: http://www.nursecredentialing.org/ForcesofMagnetism.aspx (accessed January, 2016).
21. Smith HL, Hood JN, Waldman JD, & Smith VL. (2005). Creating a favorable practice environment for nurses. *J Nurs Adm*; 35: 525-532.
22. Ulrich BT, Buerhaus PI, Donelan K, Norman L, & Dittus R. (2007). Magnet status and registered nurse views of the work environment and nursing as a career. *J Nurs Adm*; 37: 212-220.
23. Luzinski C. (2012). An innovative environment where empowered nurses fluorish. *J Nurs Adm*; 42: 3-4.
24. Kelly L, McHugh M, & Aiken L. (2011). Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. Nursing Administration, 41(10), 428–433. doi:10.1097/NNA.0b013e31822eddbc.
25. Dilorio C, Hockenberry-Eaton M, Maibach E, & Ruero T. (1994). Focus group: an interview method for nursing research. *J Neurosci Nurs*; 26: 175–80.
26. Clark J, Maben J & Jones K. (1996). The use of focus group interviews in nursing research: issues and challenges. *NT Res*; 1: 143–53.
27. Elo S., & Kyngas H. (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs;* 62: 107–115.
28. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 105–112.
29. Lipscomb M. Abductive reasoning and qualitative research. *Nurs Philos* 2012; 13(4): 244–256.
30. Morse J. Constructing qualitatively derived theory: concept construction and concept typologies. *Qual Health Res* 2004; 14: 1387–1395.
31. Lincoln YS and Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage, 1985.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

LA SARCOPENIA NELLE PERSONE ANZIANE

COORDINATORE PROGETTO
G. Rocco - A. Bagnasco
MG. Montalbano - A. Perrone
MG. Proietti - L. Sasso
F. Scerbo - A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.19

TITOLO PROGETTO

Valutazione dei fattori di rischio e delle conseguenze della sarcopenia sulle persone anziane, uno studio sul campo

Assessment of the risk factors and consequences of sarcopenia on older people, a field study

ABSTRACT

Background La sarcopenia è una sindrome comune nella popolazione anziana tale da essere considerata una sindrome geriatrica. La sindrome è caratterizzata da una progressiva perdita di massa muscolare scheletrica e forza muscolare, e determina danni funzionali, disabilità e aumento della mortalità.
Obiettivi Lo scopo di questo studio è fornire dati di prevalenza della sarcopenia in Lazio e definire l'attitudine dei professionisti sanitari verso la sarcopenia.
Obiettivo principale L'obiettivo principale di questo studio è misurare la prevalenza di sarcopenia nei pazienti anziani istituzionalizzati in regione Lazio utilizzando la definizione e l'algoritmo definiti dall'EWGSOP.
Obiettivo secondario Obiettivo secondario è descrivere l'attitudine del personale sanitario che assiste pazienti anziani istituzionalizzati.
Metodi Studio osservazionale, prospettico, trasversale. I dati saranno raccolti per un periodo consecutivo di VI mesi su 350 pazienti anziani con un'età >65 anni e istituzionalizzati presso strutture residenziali - Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Residenze Protette (RP) - in regione Lazio in particolare, nella provincia di Roma.
Risultati attesi Misurare la prevalenza della sarcopenia negli anziani istituzionalizzati del campione regionale coinvolto in correlazione con le componenti nutrizionali e di comorbidità relative.Definire un sistema di assessment sistematico della componente sarcopenica mediante test facilitati rispetto alle condizioni di mobilità relativa dei pazienti
Individuare e definire il debito formativo del personale sulla questione nutrizionale legata alla sarcopenia.
Parole chiave: Malnutrizione, sarcopenia, assessment.

ABSTRACT

Background Sarcopenia is such a common syndrome in older people that it is considered to be a geriatric syndrome. The syndrome is characterised by a progressive loss of skeletal and muscle mass, causing functional disorders, disability, and increased mortality.
Aim The aim of this study was to provide data on the prevalence of Sarcopenia in the Lazio Region and to define health professionals' attitude towards Sarcopenia.
Principal objective The principal objective of this study was to measure the prevalence of Sarcopenia in institutionalised older people in the Lazio Region using the EWGSOP definition and algorithm.
Secondary objective The secondary objective was to describe the attitude of the health professionals that cared for the institutionalised older people.
Methods An observational prospective cross-sectional study. Data will be collected for 6 months from 350 patients aged >65 years and institutionalised in Nursing Homes e Residential Homes - in the Lazio Region, in particular in the Province of Rome.
Expected Results Measure the prevalence of sarcopenia in institutionalised older people of the regional sample involved in relation to the respective nutritional and comorbidity components. Define a systematic assessment system of the sarcopenia component through facilitated tests regarding the conditions of limited mobility of the patients.

Identify and define the lack of education of health workers regarding nutritional issues linked to Sarcopenia.
Keywords: Malnutrition, sarcopenia, assessment.

BACKGROUND

La sarcopenia è una sindrome comune nella popolazione anziana tale da essere considerata una sindrome geriatrica. La sindrome è caratterizzata da una progressiva perdita di massa muscolare scheletrica e forza muscolare, e determina danni funzionali, disabilità e aumento della mortalità. Il termine sarcopenia è in gran parte sconosciuto tra gli operatori sanitari – medici e infermieri[1]. Sedentarietà, diminuzione della mobilità, andatura lenta, scarsa resistenza fisica sono caratteristiche presenti nella sarcopenia e comuni alla sindrome da fragilità. Invecchiamento e disabilità fisica sono correlati all'aumento della massa grassa, in particolare del grasso viscerale, e sono stati individuati tra i fattori di rischio dello sviluppo della sindrome metabolica e delle malattie cardiovascolari.
Nella popolazione anziana nella fascia di età compresa tra i 60 e i 70 anni la prevalenza varia tra il 5-13%[2]; mentre tra gli anziani con età > 80 anni la prevalenza oscilla tra l'11-50%[3]. In un recente studio italiano la prevalenza di sarcopenia variava tra il 2,6% e l'1,2% rispettivamente nelle donne e negli uomini tra i 70 e 74 anni al 31,6% e il 17,4% nelle donne e negli uomini con un'età superiore a 80 anni[4].
La sarcopenia primaria è determinata esclusivamente dall'invecchiamento, mentre la secondaria da cause diverse attribuibili all'attività fisica (es. stile di vita sedentario); alle morbilità (es. scompenso d'organo, cancro); e alla nutrizione (es. ridotta alimentazione proteica, malassorbimento). Nella popolazione anziana l'eziologia della sarcopenia è multifattoriale questo potrebbe complicare la distinzione tra sarcopenia primaria e secondaria.
La stadiazione della sarcopenia riflette la gravità della sindrome e potrebbe facilitarne la gestione clinica in termini di selezione di trattamenti appropriati e obiettivi di recupero realistici. The European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) ha suggerito una stadiazione concettuale distinta tra a) pre-sarcopenia; b) sarcopenia; c) sarcopenia grave. La tabella 1 descrive le caratteristiche della stadiazione proposta dalla EWGSOP (tabella 1).

Tabella 1. Stadiazione della sarcopenia proposta da EWGSOP[6]

Stadio	Massa Muscolare	Forza Muscolare		Performance fisica
Pre-sarcopenia	ê	ê		
Sarcopenia	ê	ê	Oppure	ê
Sarcopenia grave	ê	ê		ê

La sarcopenia è presente in diverse sindromi associate a rilevante perdita di massa muscolare come la cachessia e la fragilità nell'anziano. La cachessia è stata definita come una sindrome metabolica complessa associata a una patologia cronica di base (es. cancro, cardiomiopatia congestizia) e caratterizzata da calo ponderale di almeno il 5% negli ultimi 12 mesi o Body Mass Index (BMI) <20 kg/m^2 e la presenza di almeno tre tra i seguenti cinque criteri: forza muscolare ridotta, fatigue, anoressia, basso indice di massa libera da grasso, alterazione dei seguenti parametri biochimici: aumento degli indici infiammatori (Proteina C-reattiva, InterLeuchina 6); anemia (Hb <12 mg/dL); albumina sierica bassa (<3.2 g/dL)[5].
La fragilità definita come sindrome geriatrica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli *stressors* risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano un aumento della vulnerabilità per esiti avversi quali: cadute, ospedalizzazione, istituzionalizzazione e mortalità hanno suggerito un sistema di supporto alla diagnosi di fragilità basato sulla presenza di almeno tre tra le seguenti caratteristiche: calo ponderale involontario, spossatezza, debolezza, andatura lenta, e bassa attività fisica[6]. Alcuni autori hanno affermato come il concetto di fragilità riguardi oltre ai fattori fisici anche la dimensione psicologica e sociale incluso lo stato cognitivo, il supporto sociale, e altri fattori ambientali.

1 Abdel Rahman T T, Farid HM, Elkholy NM.& Mortagy A K Prevalence of sarcopenia among nursing home older residents in cairo, egypt. Advances in Aging Research 2014 03(02), 118-123. doi:10.4236/aar.2014.32019

2 Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, European Working Group on Sarcopenia in Older 2010.

3 Volpato S, Bianchi L, Cherubini A, Landi F, Maggio M et al. Prevalence and clinical correlates of sarcopenia in community-dwelling older people: Application of the EWGSOP definition and diagnostic algorithm. The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 2014 69(4), 438-46. doi:10.1093/gerona/glt149.

4 Pahor M, Manini T & Cesari. Sarcopenia: Clinical evaluation, biological markers and other evaluation tools. The Journal of Nutrition, Health & Aging, 2010 13(8), 724-8.

5 Roberts H1, Lowry A, Sayer A. Assessment and management of older people with sarcopenia. Nurs Older People. 2014 May; 26(5): 18-22. doi: 10.7748/nop.26.5.18.e556..

Tra gli interventi per la gestione della sarcopenia, alcuni studi hanno dimostrato l'effetto cumulativo dell'attività fisica eseguita nel corso degli anni e l'aumento della forza prensile della mano nei soggetti tra i 60-64 anni; e la presenza di un'associazione tra assunzione di cibi salutari e aumento della forza muscolare nel paziente anziano.Recentemente, diversi studi di prevalenza sulla sarcopenia sono stati condotti in Italia tuttavia in Lazio non sono stati condotti studi di prevalenza sulla sarcopenia in soggetti adulti istituzionalizzati diagnosticata secondo i criteri definiti dall'EWGSOP.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Lo scopo di questo studio è fornire dati di prevalenza della sarcopenia in Lazio e definire l'attitudine dei professionisti sanitari verso la sarcopenia.

Obiettivo principale

L'obiettivo principale di questo studio è misurare la prevalenza di sarcopenia nei pazienti anziani istituzionalizzati in regione Liguria utilizzando la definizione e l'algoritmo definiti dall'EWGSOP.

Obiettivo secondario

Obiettivo secondario è descrivere l'attitudine del personale sanitario che assiste pazienti anziani istituzionalizzati.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Studio osservazionale, prospettico, trasversale. I dati saranno raccolti per un periodo consecutivo di VI mesi su 350 pazienti anziani con un'età >65 anni e istituzionalizzati presso strutture residenziali - Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Residenze Protette (RP) - in regione Lazio in particolare, nella provincia di Roma.

Lo studio sarà condotto su un campione non probabilistico di convenienza composto da tutti i pazienti istituzionalizzati presso le RSA e RP partecipanti nel periodo giugno-dicembre 2015.

La sarcopenia sarà definita secondo i seguenti criteri EWGSOP:

Variabile esito principale

Stima della prevalenza percentuale di sarcopenia nella popolazione istituzionalizzata nelle RSA e RP in Lazio.

Variabile esito secondaria

Descrivere l'attitudine dei professionisti sanitari (Medico, infermiere, Operatore Socio-Sanitario - OSS) che lavorano presso RSA o RP verso la sarcopenia.

Selezione dei soggetti

Criteri d'inclusione

Al fine di raccogliere i dati su tutti i pazienti istituzionalizzati saranno invitate a partecipare allo studio complessivamente 10 RSA e RP nella provincia di Roma. I pazienti saranno progressivamente invitati a partecipare allo studio sulla base dei seguenti criteri d'inclusione:

- Età ≥ 65 anni.
- Condizioni mediche stabili.
- Consenso informato.

Criteri di esclusione

Saranno esclusi dalla selezione i pazienti che rispondono ai seguenti criteri di esclusione:
Gravi patologie mediche e psichiatriche incluse le patologie oncologiche, la demenza severa.
Pacemaker.

Procedure dello studio

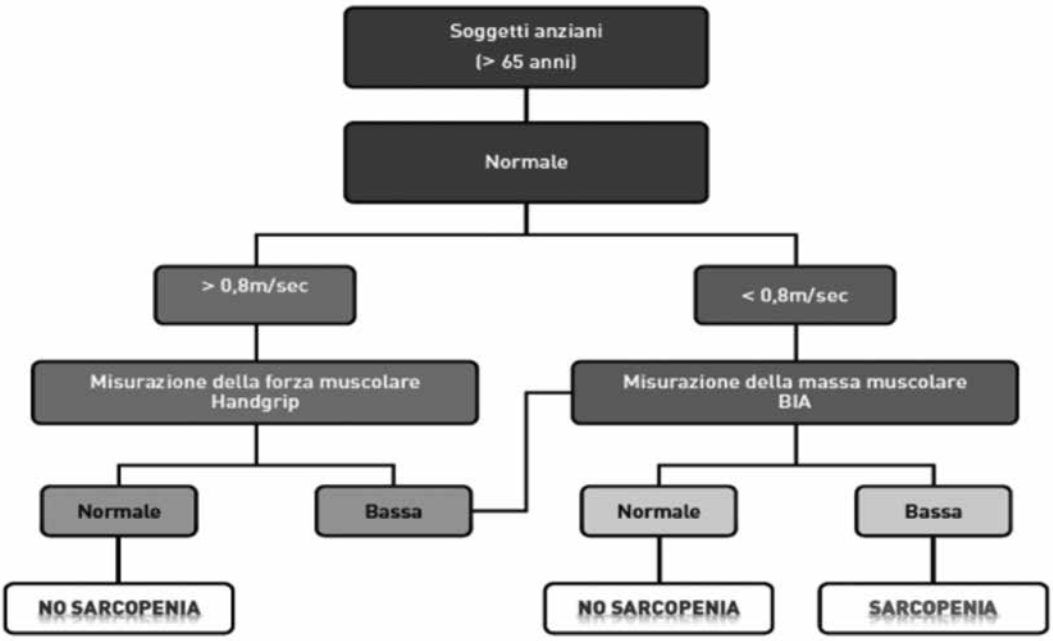
La presenza di sarcopenia sarà valutata sulla base dei criteri definiti dall'EGWSOP:

- Performance fisica: velocità del passo.
- Forza muscolare: forza prensile della mano.
- Massa muscolare: valutazione del body mass index.

Velocità del passo

- Sarà richiesto al paziente di percorrere un percorso di 4 metri secondo la sua normale velocità di andatura. Un velocità inferior a 0.8 metri/secondo è indicativa per la diagnosi di sarcopenia.
- Forza prensile della mano
- Sarà richiesto al paziente di esercitare con la mano la forza massima possibile ad un dinamometro elettronico (DynEx).
- Misurazione massa muscolare.
- La valutazione della massa muscolare avverrà attraverso la bio impedenziometria vettoriale.

Le valutazioni saranno condotte secondo l'algoritmo definito dall'EGWSOP e rappresentato nella figura1.



Le attitudini dei professionisti sanitari verso la sindrome della sarcopenia saranno valutate attraverso uno strumento sviluppato ad hoc per questo studio.

RISULTATI ATTESI

Misurare la prevalenza della sarcopenia negli anziani istituzionalizzati del campione regionale coinvolto in correlazione con le componenti nutrizionali e di comorbidità relative. Definire un sistema di assessment sistematico della componente sarcopenica mediante test facilitati rispetto alle condizioni di mobilità relativa dei pazienti
Individuare e definire il debito formativo del personale sulla questione nutrizionale legata alla sarcopenia.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTI DI RICERCA		SOGGETTI COIVOLTI	DURATA
1	Revisione della letteratura scientifica	Coordinatori	Aprile Maggio 2016
2	Elaborazione progetto	Coordinatori e Project team	Aprile Maggio 2016
3	Richiesta autorizzazione comitato etico	Coordinatori	Maggio Giugno 2016
4	Reclutamento, selezione campione e rilevazione	Coordinatori e Project team	Giugno-ottobre 2016
7	Stesura report ricerca	Coordinatori, Project team	Novembre 2016
7	Pubblicazione finale	Project manager, Coordinatori e Project team	Ottobre-Dicembre 2016
8	Chiusura progetto	Project manager, Coordinatori e Project team	Dicembre 2016

DIAGRAMMA GANTT

	Apr 16	Mag 16	Giu. 16	Lug 16	Ago 16	Set 16	Ott 16	Nov 16	Dic 16
Revisione della letteratura scientifica	■	■							
Elaborazione progetto	■	■							
Richiesta autorizzazione comitato etico		■							
Reclutamento, selezione campione e rilevazione			■	■	■	■	■		
Stesura report di ricerca								■	
Pubblicazione finale							■	■	■
Chiusura progetto									■

BIBLIOGRAFIA

1. Roberts H1, Lowry A, Sayer A. Assessment and management of older people with sarcopenia. Nurs Older People. 2014 May;26(5):18-22. doi: 10.7748/nop.26.5.18.e556.
2. Abdel Rahman T T, Farid HM, Elkholy NM.& Mortagy A K Prevalence of sarcopenia among nursing home older residents in cairo, egypt. Advances in Aging Research 2014; 03(02), 118-123. doi:10.4236/aar.2014.32019
3. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, European Working Group on Sarcopenia in Older 2010.
4. Volpato S, Bianchi L, Cherubini A, Landi F, Maggio M et al. Prevalence and clinical correlates of sarcopenia in community-dwelling older people: Application of the EWGSOP definition and diagnostic algorithm. The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences. 2014; 69(4), 438-46. doi:10.1093/gerona/glt149.
5. Cooper C, Fielding R, Visser M, van Loon LJ, Rolland Y, Orwoll E, Kanis JA Tools in the assessment of sarcopenia. Calcified Tissue International, 2013 93(3), 201-10. doi:10.1007/s00223-013-9757-z
6. People Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the european working group on sarcopenia in older people. Age and Ageing, 2010; 39(4), 412-23. doi:10.1093/ageing/afq034
7. Pahor M, Manini T & Cesari. Sarcopenia: Clinical evaluation, biological markers and other evaluation tools. The Journal of Nutrition, Health & Aging. 2010; 13(8), 724-8.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

L'ESPERIENZA COMUNICATIVA DELLA PERSONA TRACHEOSTOMIZZATA (EPCT)

COORDINATORE PROGETTO
A. Bagnasco - A. Cinque
L. Sasso - A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.20

TITOLO PROGETTO

L'impossibilità a comunicare. L'Esperienza comunicativa della persona tracheostomizzata (EPCT) in ventilazione meccanica in terapia intensiva. Studio fenomenologico.

Unable to communicate: Tracheostomy patient experience under mechanical ventilation in the Intensive Care Unit. A phenomenological study

ABSTRACT

Introduzione L'impossibilità a comunicare è stata descritta come una delle principali fonti di stress nei pazienti tracheostomizzati durante la ventilazione meccanica.
Verranno discusse le esperienze comunicative dei pazienti tracheostomizzati e le loro difficoltà nella comunicazione.
Scopo Conoscere le difficoltà nella comunicazione dei pazienti tracheostomizzati e le fonti di comfort e discomfort nella relazione comunicativa con l'infermiere
Metodi Il framework scelto è *fenomenologico/ermeneutico.*
Lo studio coinvolge da un minimo di 10 ad un massimo di 12 pazienti reclutati nella Terapia Intensiva dell'IRCSS San Martino di Genova.
I dati verranno raccolti attraverso:
1) interviste semistrutturate ai pazienti partecipanti allo studio nei giorni successivi al trasferimento dalla terapia intensiva.
2) osservazione partecipante
3) intervista situata agli infermieri
Risultati I partecipanti hanno riportato differenti tipi di discomfort tra I quali la contenzione fisica, non poter parlare, gli incubi, sentire che gli operatori non credono nella possibilità di sopravvivenza e voler vivere. Molte fonti di comfort sono state descritte, tra le quali gli interventi sanitari, sapere di essere ascoltati e compresi, poter muovere le braccia.
Discussione e conclusioni La nostra analisi mette in luce l'esperienza del paziente con l'esperienza corporale. I loro corpi erano immobilizzati e soggetti all'isolamento. Sono emerse alcune implicazioni etiche perché i partecipanti non capivano il motivo dei mezzi di contenzione fisico, descrivendola come l'esperienza più terribile della loro vita, come se fossero imprigionati. Tuttavia pochi studi descrivono queste difficoltà nei pazienti intubati che sono soggetti a distress emotivo.
Rilevanza per la pratica clinica Questa ricerca avrà implicazioni per la pratica clinica, la formazione infermieristica ed eticamente in termini di libertà di comunicare. Comprendere l'esperienza del paziente tracheostomizzato in terapia intensiva, cosa provano e cosa stanno attraversando, ci consentirà di comprendere meglio quali siano le fonti di disagio e agio, quali strategia e azioni potrebbero essere intraprese per migliorare la comunicazione.
Parole chiave: Fenomenologia, ricerca qualitativa, tracheostomia.

Introduction
The inability to communicate has been described as one of the main sources of psychological stress that tracheostomy patients experience during mechanical ventilation.
We shall discuss the experiences of tracheostomy intubated patients with communication difficulties.

ABSTRACT

Aim of the study To examine tracheostomy patients' difficulties in communicating their sources of comfort and discomfort to nurses.

Methods A qualitative study using a phenomenological approach. A sample of 10-12 patients will be enrolled from the Intensive Care Unit of the San Martino Hospital in Genoa (Italy).

Data will be collected through:

- semi-structured interviews for patients
- participant observation during routine health care services
- on site interviews with nurses

Results Participants reported different types of discomforts including physical restrains, not being able to speak, nightmares, wanting to live while hearing people say that you will probably die. Several sources of comfort were described, including some medical interventions, knowing that somebody listens and understands you, moving your arms, and being able to speak.

Discussion/conclusion Our analysis highlighted patient's embodiment; their lived experiences were intertwined with their bodily experiences. Their bodies were immobilized and subjected to isolation. Some ethical implications emerged because participants did not understand the reasons for having physical restraints and described this as the most terrible experience of their life, as if they were 'imprisoned'. Nevertheless, few studies describe these difficulties in intubated patients, who are easily subject to emotional distress.

Relevance for research and practice This research will have implications for clinical practice, nursing education, and ethically in terms of freedom to communicate. Understanding tracheostomy patients' experience in the ICU, what they feel and what they are going through, will provide major insight into what could be the sources of discomfort and comfort, and what strategies and actions could be put in place to improve communication.

Key-words: Phenomenology, qualitative research, tracheotomy.

BACKGROUND

Nelle terapie intensive, l'inserzione del tubo per via tracheostomica è dovuta ad una varietà di ragioni, tra cui principalmente, la facilitazione della respirazione mediante la ventilazione meccanica (Foster 2010).
Molti studi hanno evidenziato le principali fonti di stress e di difficoltà dei pazienti trachestomizzati in ventilazione meccanica, tra queste, ricorre l'impossibilità a comunicare (Samuelson 2007).
La comunicazione riveste un ruolo fondamentale nella relazione paziente-infermiere, è attraverso una comunicazione efficace e attenta che l'infermiere può comprendere le reali e contingenti necessità della persona e rispondere garantendo alti livelli di qualità assistenziale nelle terapie intensive (Slatore *et al.* 2012)
Sempre più frequentemente i pazienti tracheostomizzati in ventilazione meccanica sono sottoposti a lievi sedazioni. Comunicare con un paziente non sedato o con sedazione lieve, richiede all'infermiere la capacità di cogliere e interpretare correttamente, all'interno di una comunicazione difficoltosa, i messaggi comunicativi e i feed- back che la persona offre, rispetto all'efficacia della comunicazione stessa (Arrigoni 2013).
Molti studi hanno evidenziato l'importanza della comunicazione con il paziente intubato e ventilato meccanicamente. In questi articoli viene descritta l'esperienza della persona evidenziando come la difficoltà comunicativa porti a sviluppare un senso di vulnerabilità e impotenza (Engstrom *et al.* 2013).
Come evidenziato dalla letteratura, il posizionamento della cannula tracheostomica in terapia intensiva è una procedura in forte aumento (Sherlock *et al.* 2009). Tuttavia, pochi studi hanno affrontato l'esperienza comunicativa della persona trachestomizzata in terapia intensiva (Foster 2010).
Nella letteratura internazionale, viene sottolineata la necessità di condurre nuovi studi in questo ambito in quanto spesso, i limiti di quelli analizzati, possono essere ricondotti al numero ridotto di pazienti intervistati e al fatto che l'intervista nella maggior parte dei casi non sia stata condotta nel periodo immediatamente successivo alla rimozione del tubo tracheale.
Inoltre in italia il fenomeno ad oggi risulta essere ancora poco indagato. E' presente in letteratura un solo studio di tipo descrittivo allo scopo di identificare i maggiori fattori fonte di stress percepiti dai pazienti ricoverati in Terapia Intensiva e intubati per via oro-tracheale o naso-tracheale. (Strimmer *et al.* 2005).
La persona in terapia intensiva è estremamente vulnerabile e la comunicazione assume una importanza particolare proprio per le difficoltà relative all'impossibilità a poter comunicare. Alcuni studi hanno messo in evidenza che oltre al disagio emotivo, i pazienti in che hanno problemi di comunicazione, nelle terapie intensive, presentano maggiori probabilità di incorrere in eventi avversi prevenibili. Infatti una comunicazione difficoltosa può impedire alla persona la comunicazione dei propri bisogni, dei sintomi (Nilsen *et al.* 2014), delle emozioni e di partecipare alle decisioni riguardanti il suo percorso di cura. Le conoscenze, abilità e sensibilità dell'infermiere nel mettere in atto una comunicazione efficace centrata sulla persona risultano essere rilevanti (Karlson *et al.* 2014).
La specificità della relazione di cura infermiere- persona assistita, pone l'infermiere in una posizione privilegiata per comprendere, affrontare e mitigare gli effetti di una comunicazione alterata.
La tracheotomia è una procedura comune che consiste in una incisione nella trachea e il posizionamento di

una cannula. Viene utilizzata in caso di ostruzione delle vie aeree, o per assicurare la ventilazione a pazienti con problemi respiratori acuti o cronici. In letteratura si evidenzia che questa procedura è comune e in forte aumento (Sherlock *et al.* 2009). Ci sono evidenze scientifiche che dimostrano che il posizionamento della cannula tracheostomica può ridurre notevolmente la durata della ventilazione e il periodo di degenza in terapia intensiva (Foster 2010).
In Europa è sempre più frequente, l'uso di sedazioni lievi o non sedazione, per i pazienti in ventilazione meccanica, quando le condizioni cliniche lo consentono (Karlsson *et al.* 2014). Questa scelta è finalizzata alla riduzione di complicanze cliniche e da immobilità, come dimostrato in alcuni studi che confrontano i risultati clinico-assistenziali ottenuti con l'uso di sedazione profonda e l'uso di sedazione lieve. (Strøm *et al.* 2010).
Gli studi che descrivono l'esperienza delle persone intubate in ventilazione meccanica, mostrano che difficoltà del linguaggio e nella comunicazione portano ad un senso di vulnerabilità, impotenza (Engstrom *et al.* 2013) e sono causa di ansia, frustrazione e paura (Patak et al, 2006, Grossbach, 2007).
Cutler (2013) evidenzia all'interno di una revisione critica della letteratura, che prende in considerazione studi qualitativi sull'esperienza di malattie critiche (critical illness) dei pazienti, la presenza di otto temi emergenti. Essi includono: trasformazione della percezione: esperienze irreali e sogni; vicinanza alla morte; trasformazione e percezione del corpo nella malattia; trasformazione e percezione del tempo, l'ambiente di terapia intensiva: tecnologia e dipendenza; cura, comunicazione e relationship con i professionisti della salute; il supporto dei famigliari e amici e desiderio di contatto; trasferimento dalla terapia intensiva e recupero dalla malattia critica. Nelle ricerche qualitative disponibili in letteratura, il tema che emerge fortemente e in modo prevalente è quello della cura, comunicazione e relazione con i professionisti della salute.

OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo dello studio è di conoscere l'esperienza comunicativa dalla persona tracheostomizzata nella relazione con l'infermiere, all'interno della terapia intensiva. Attraverso la narrazione delle esperienze dei pazienti tracheostomizzati sarà possibile giungere alla conoscenza di quali situazioni e quali fattori hanno consentito alla persona di sentirsi a proprio agio nella comunicazione con l'infermiere e in quali ha vissuto situazioni di disagio e in relazione a quali fattori. Questi dati unitamente a quelli rilevati dall'intervista con l'infermiere che ha interagito con la persona e ai dati derivanti dall'osservazione partecipante condotta nella terapia intensiva, porteranno ad una conoscenza approfondita del fenomeno comunicativo che comprende gli aspetti soggettivi, legati all'esperienza del paziente e contestuali, legati all'ambiente in cui è avvenuta l'interazione comunicativa. I risultati della ricerca potranno avere ricadute nella pratica clinica e nella formazione degli infermieri, in quanto forniranno elementi di conoscenza e di riflessione utili a meglio comprendere quali potrebbero essere le fonti di agio/disagio nella comunicazione vissute dai pazienti tracheostomizzati e quali strategie e azioni potrebbero essere messe in campo per migliorare la comunicazione.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Studio qualitativo fenomenologico/ermeneutico (Benner 1994).
L'obiettivo dell'indagine fenomenologica è quello di ampliare nostra conoscenza attraverso la descrizione delle cose e dei fenomeni così come si presentano a noi e attraverso l'esperienza (Sokolowski, 2000).
L'approccio fenomenologico si focalizza sull'esperienza vissuta dalle persone cosi come descritta dai soggetti e sulla riflessione che gli stessi fanno su quanto da loro direttamente sperimentato. (Holloway et al., 2012).
Rigore metodologico
Il rigore metodologico dello studio sarà supportato dai criteri descritti da Guba and Lincoln's (1991) e riferiti a credibilità, verificabilità, confermabilità (fittingness), trasferibilità (Carnevale, 2002).
Aspetti etici e modulistica sul consenso informato
Il progetto verrà sottoposto all'analisi e parere del Comitato Etico dell'Ospedale San Martino di Genova.
Selezione del campione e setting
Lo studio sarà condotto con pazienti reclutati nella U.O. Anestesia e Terapia Intensiva Post Operatoria dell'Ospedale San Martino di Genova.
Qualora il numero dei partecipanti allo studio fosse insufficiente rispetto a quello progettato saranno reclutati pazienti e infermieri di terapia intensiva di un altro ospedale. Verranno descritte le caratteristiche organizzative e contestuali della struttura ospedaliera e della terapia intensiva in cui verrà proseguito lo studio.
I partecipanti della ricerca saranno identificati sulla base dei criteri di inclusione e coinvolti nello studio dopo aver confermato la loro disponibilità, all'infermiere di reparto o al coordinatore, ad incontrare il ricercatore per conoscere la finalità della ricerca, come verrà condotta e aver acconsentito a prendere parte allo studio. Saranno coinvolti nella ricerca un numero minimo di 10 soggetti fino ad un massimo di 15. Considerate le caratteristiche della popolazione oggetto dello studio, verrà effettuato un campionamento di tipo

eterogeneo e di convenienza fino a saturazione dei dati (Morse, 1995).
La scelta di un campionamento di tipo eterogeneo è motivata dalla necessità di includere nello studio soggetti aventi caratteristiche diverse quali il genere, l'età, background culturale. Considerata la tipologia di pazienti indagata e la non facilità di reclutamento dei soggetti, si sceglie di utilizzare un campionamento di convenienza.
La dimensione del campione scelta fornirà una grande quantità di dati fenomenologici grazie alla quale verrà assicurata una considerevole rappresentazione delle esperienze dei partecipanti (Polit et al, 2001, Morse, 1995). Mentre nella ricerca quantitativa l'obiettivo è di avere un campione rappresentativo dei diversi sotto-gruppi così da conferire validità alla generalizzabilità dello studio, nella ricerca qualitativa l'obiettivo non è legato all'inferenza. I metodi qualitativi mirano a cercare un campione che includa il più ampio range di esperienze.
Criteri di inclusione: soggetti di età ≥18 anni, al primo ricovero in Terapia Intensiva, tracheotomizzati, intubati per un periodo non inferiore a 5 giorni non sedati o con sedazione lieve. Il periodo scelto riferito al tempo minimo di permanenza all'interno della terapia intensiva risponde alla necessità di includere nel campione pazienti che abbiano sviluppato un'esperienza significativa anche in termini temporali.
Per lieve si intende un paziente che si presenta tranquillo, orientato e collaborante (livello 2 della Scala di Ramsey). Verrà utilizzata la scala di misura di sedazione in uso nell'Unità Operativa o, in mancanza, verrà chiesto al coordinatore o su sua indicazione, agli infermieri, di segnalare i pazienti che presentano le caratteristiche sopra descritte.
Criteri di esclusione: soggetti con diagnosi di demenza, pazienti con malattie psichiatriche, con malattie neurologiche, pazienti disorientati durante la ventilazione meccanica, pazienti problemi del linguaggio.

RISULTATI ATTESI

L'ambiente della terapia intensiva è particolare e molti sono gli elementi che giocano un ruolo importante nell'esperienza che i pazienti vivono in quel contesto (Carrol 2007).
Le osservazioni raccolte hanno come obiettivo quello di consentire una lettura più completa del fenomeno studiato, in quanto l'analisi dei dati emersi dalle interviste potrà essere arricchita e sostenuta anche da quanto emerso dalle osservazioni raccolte nel contesto in cui si è realizzata la comunicazione paziente tracheostomizzato-infermiere.
Verrà spiegato sia al paziente e agli infermieri l'obiettivo dell'osservazione, la durata e la necessità di prendere appunti in merito alle rilevazioni effettuate.
Prima di procedere alle osservazioni verrà chiesto al coordinatore e/o agli infermieri di indicare quali periodi della giornata ritengono più adeguati e significativi per la conduzione dell'osservazione.
Questo è un momento delicato e sarà cura del ricercatore mettere in campo la propria competenza per instaurare un rapporto aperto, di fiducia, di non giudizio, di collaborazione e di comprensione per le difficoltà che gli infermieri vivono nella pratica clinica in ambienti complessi quale quello della terapia intensiva.
Poco prima del trasferimento del paziente in un altro reparto, verrà chiesto al paziente di indicare un infermiere che ricorda in particolare. Se il paziente non se la sente o non ricorda nessuno in particolare, si coinvolgerà il coordinatore e/o il gruppo infermieristico nell'individuazione di un infermiere che è stato maggiormente impegnato nell'assistenza al paziente intervistato.
Verrà inoltre effettuata una breve intervista situata anche agli infermieri che sono entrati in relazione con i pazienti intervistati.
Verranno effettuate da un minimo di 10 ad un massimo di 15 interviste.
Sarà utilizzata un'intervista semistrutturata con domande aperte, pre-definite che, nel corso dello studio potrebbero richiedere un un ampliamento e sulla base dei temi emergenti, potrebbero necessitare di approfondimenti maggiori.
L'infermiere verrà intervistato in relazione alla comunicazione avvenuta con il paziente, a sua volta intervistato. Questa scelta è motivata dalla necessità di riferirsi a situazioni che hanno visto coinvolti gli stessi attori del fenomeno comunicativo oggetto dello studio e contestualizzarlo.
L'obiettivo dell'intervista è quello di individuare elementi utili a meglio conoscere l'esperienza comunicativa della persona tracheostomizzata, considerando anche i dati che emergeranno dalla prospettiva dell'infermiere così da poter studiare il fenomeno in tutte le sue sfacettature.
A questo scopo verrà chiesto all'infermiere di descrivere quali sono, dal proprio punto di vista, le principali cause di disagio nella comunicazione che la persona tracheostomizzata può aver percepito e quali le principali fonti facilitanti la comunicazione. Verrà inoltre chiesto all'infermiere quali sono le azioni che ha ritenuto importanti attuare per mettere la persona a proprio agio nella comunicazione e quali sono eventualmente le difficoltà incontrate.
Queste domande potranno mettere in luce l'emergere di tematiche riferite all'importanza di valutare e riconoscerne l'individualità e autonomia dell'assistito, anche in un ambito di grande vulnerabilità. Come sostiene Tay (2011) una relazione terapeutica ha quale elemento imprescindibile la comunicazione e richiede la conoscenza intima dell'utente, sapere quanto e come coinvolgerlo nel processo decisionale, la capacità di promuove la dignità, il comfort e il sostegno emotivo, la capacità di fornire informazioni,

l'orientamento e il supporto e la capacità di conciliare le prospettive dell'utente, della famiglia e degli operatori (Bridges *et al.* 2013).

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTI DI RICERCA	GRUPPO DI RICERCA	DURATA
1	Revisione della letteratura scientifica	Coordinatori	Aprile Maggio 2016
2	Elaborazione progetto	Coordinatori e Project team	Aprile Maggio 2016
3	Richiesta autorizzazione comitato etico	Coordinatori	Maggio Giugno 2016
4	Reclutamento, selezione campione e rilevazione	Coordinatori e Project team	Giugno-ottobre 2016
7	Stesura report ricerca	Coordinatori, Project team	Novembre 2016
7	Pubblicazione finale	Project manager, Coordinatori e Project team	Ottobre-Dicembre 2016
8	Chiusura progetto	Project manager, Coordinatori e Project team	Dicembre 2016

DIAGRAMMA GANTT

	Gen Apr 16	Mag 16	Giu 16	Lug 16	Ago 16	Set 16	Ott 16	Nov 16	Dic 16
Revisione della letteratura scientifica	■	■							
Elaborazione progetto	■	■							
Richiesta autorizzazione comitato etico		■							
Reclutamento, selezione campione e rilevazione			■	■	■	■	■		
Stesura report di ricerca								■	
Pubblicazione finale							■	■	■
Chiusura progetto									■

BIBLIOGRAFIA

1. Arrigoni C., Miazza D., Gallotti L., Vellone E., Alvaro R., Pelissero G. Risvegliarsi in terapia intensiva. La comunicazione, benessere per il paziente e competenza per l'infermiere. *Scenario* 2013: 30 (2):11-15.
2. Benner P., Interpretative Phenomenology. Embodiment, caring, and ethics in health and illness. Sage Publications,1994.
3. Benner P., Hooper-Kyriakidis P., & Stannard. D. Clinical wisdom and intervention in critical care. A thinking-in-action approach. Toronto: Saunders Company. 1999.
4. Bridges G., Nicholson C., Maben J., et al. (2013) Capacity for care: meta-ethnography acute care nurses'experiences of the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nu*rsing, 69(4), 760-772.
5. Carnevale, F., Authentic Qualitative research and the quest for methodological rigor. *Canadian Journal of Nursing Research*, 121-128.
6. Carrol S.M. Nonvocal ventilated patients' perception of being understood. *Western Journal of Nursing Research*, 2004, 26(1), 85-103.
7. Carroll S.M. Silent, slow lifeworld: the communication experience of nonvocal ventilated patients, *Qualitative Health Research* 2007,17(9):1165-1177.
8. Cutler L., Hayter M., Ryan T. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences

of critical illness. *Intensive and Critical Care Nursing;* 2013, 29, 147-157.
9. Engström A., Nyström N., Sundelin G., Rattray J. People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. Intensive and Critical Care Nursing (2013) 29, 88—95.
10. Foster A. More than nothing: the lived experience of tracheostomy while acutely ill. *Intensive and Critical Care Nursing*; 2010. 26, 33-43.
11. Gadamer H. Truth and Method. New York, Seabury Press. 1975.
12. Grilo A.M., Santos M.C., Rita J.S., Gomes A.I. Assessment of nursing students and nurses' orientation towards patient-centeredness. *Nurse Education Today*. 2013.
13. Grossbach I. Ventilator troubleshooting guide. In : Chulay M., Burns S., eds. AACN Essentials of progressive care nursing. New York: McGrawHill; 2007; 487-497.
14. Guba E.G. & Lincoln Y.S.(1981). Effective evaluation. San Francisco: Jossey-Bass.
15. Hafsteindòttir T., Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. *Intensive and Critical Care Nursing*, 1996, 12, 261-271.
16. Happ M., Garret K., DiVirgilio D., Tate J., George E., Houze M., Radke J., Sereika S., Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *Critical Care Techniques*, 2013.
17. Hofhuis J., Spronk E., Henk F., Augustinus J.P., Johannes H., Bakker J., Experience of critically ill patient in the ICU, *Intensive Critical Care Nursing* 2008, 24, 300-313.
18. Hollowey I., Wheeler S., Qualitative Research in nursing and healthcare, Wiley-Blackwell, 2012.
19. Karlsson V., Bergdom I., Fosberg A., The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive Critical Care Nursing*, 2012, 84, 6-15.
20. Karlsson V., Bergdom I.,ICU Professional' experiences of Caring for Conscious Patients Receiving MVT, *Western Journal of Nursing Research*, 2014, 1-16.
21. Laverty D., Fundating wounds: informing practice trhough knowledge/theory, *British Journal of Nursing*, 2003; 12, 29-40.
22. McCormack B., McCance T., Person centered nursing: Theory, models and methods. 2010. Blackwell Publishing, Oxford.
23. Meriläinena M., Kyngäsb H., Ala-Kokko T., Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study, *Intensive and Critical Care Nursing* 2013; 29, 78-87.
24. Morse J.M., The significance of saturation. *Qualitative Health Research*, 1995; 5: 147-149.
25. Nilsen M.L., Sereika S., Happ M.B., Nurse and patient characteristics associated with duration of nurse talk during patient encounters in ICU, *Heart Lung* 2013, 42, 5-12.
26. Nilsen M.L., Happ M.B., Donovan H., Barnato A., Hoffman L., Sereika S.M., Adaptation of communication interaction behaviour instrument for use in mechanically ventilated, nonvocal older adults, *Nursing Research* 2014, 63, 1, 3-13.
27. Patak L., Gawliski A., Fun N.I., et al., Communication boards in critical care: patient's views. *Applied Nursing Research* 2006;19 (4): 182-190
28. Polit D.F., Beck C.T., Hungler B.P. Essential of nursing research. Methods, appraisals, and utilization. 5th ed. Philadelphia: Lipincott; 2001.
29. Samuelson K., Lunderberg D., Fridlund, B.,. Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care* 2007, 12, 2.
30. Scherlock Z., Wilson J., Exeley C., Tracheosomy in the acute setting: patient experience, and information needs. *Journal of Critical Care* 2009; 24, 501-507.
31. Slatore C., Hansen L., Gsnzini L, Press N., Osborne M., et al. Comunication by nurses in the intensive care unit: qualitative analysis of domains of patient-centered care, *American Journal of Critical Care* 2012, 21, 6.
32. Sokolowski R., Introduction to phenomenology. Cambridge: Cambridge University, Press; 2000.
33. Strimmer S., Rigotti L., Corradini N., Spiani L., Valutazione dei fattori di stress percepiti dal paziente ricoverato in terapia intensiva, ANIARTI, 2005.
34. Strøm T., Martinussen T., Toft. P., A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanicalventilation: A randomized trial. *Lancet* 2010; 375: 475–480.
35. Tay L.H., Hegney D., Ang E. Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review. *International Journal of Evidence Based Health Care* 2011; 9(2), 151-164.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

FABBISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI NEL LAZIO

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti, Pulimeno F. Scerbo

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.21

TITOLO PROGETTO

Analisi del fabbisogno di assistenza infermieristica nei servizi sanitari e sociali nel Lazio

Assessment of nursing care needs in Lazio's social and health services

ABSTRACT

In un territorio vasto come quello della Regione Lazio, sono centinaia i servizi offerti dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) e dai Comuni per rispondere ai bisogni sanitari e sociali della popolazione.
L'obiettivo di questo progetto è quello di effettuare un'analisi dei servizi sanitari e socio-assistenziali erogati dal Servizio Sanitario Regionale e dai Comuni delle provincie del Lazio, al fine di valutare se ai suoi cittadini è garantito il diritto di ricevere livelli adeguati di assistenza infermieristica, confrontando gli organici infermieristici attualmente in forza col fabbisogno rilevato.
Tale progetto, per la prima volta, intende consegnare un'istantanea delle attività erogate dal SSR tra il Pubblico e il Privato identificandone punti di forza e di debolezza.

ABSTRACT

In an area as vast as Lazio, both the Regione Lazio and the local councils are found to provide a number of health and social programmes for the promotion and enhancement of the health and well-being of individuals.
This project aims to assess the efficiency of the social and health services offered by the Regione Lazio and its many councils by comparing the current state of the nursing workforce with the actual needs of the local population. For the first time, this will enable us to build up a clear picture of the strengths and weaknesses of the services provided.

BACKGROUND

Se i bisogni di salute sono, o quantomeno dovrebbero essere, il principale determinante della domanda di assistenza sanitaria e, quindi, anche dell'allocazione delle risorse ad essa destinate, d'altra parte la crescente complessità di quegli stessi bisogni obbliga a un ripensamento profondo e alla conseguente riprogettazione sia dei luoghi di cura, che dei modelli organizzativo/assistenziali in atto, favorendo una vera integrazione ospedale-territorio e ridefinendo i modelli di assistenza (Rasero et al., 2014).
L'ospedale, dunque, non sembra più essere l'unico collettore della domanda di salute. Oggi si parla di *setting assistenziali* alternativi alla concentrazione ospedaliera di prestazioni diagnostico-terapeutiche: ora è il territorio a costituirsi come ambito privilegiato di governo sociosanitario dei processi assistenziali.
Inoltre, la progressiva incidenza di patologie cronico - degenerative evidenzia ancor di più la necessità di costruire percorsi assistenziali e di cura subintensivi, a metà tra l'*intensività* assistenziale ospedaliera e l'*estensività* assistenziale della cronicità accudita a domicilio e nelle strutture territoriali (Ridolfi, 2011).
Per il modo in cui sta evolvendo il quadro demografico ed epidemiologico, si afferma un generale consenso internazionale sul fatto che per migliorare l'assistenza alle persone in condizioni di malattia cronica occorra un approccio più ampio, "è necessario sollevare l'orizzonte del sistema sanitario dalla malattia alla persona e alla popolazione" (Nasmith et al, 2010). Il modello capostipite di un tale approccio è il ***Chronic Care Model*** (Wagner, 1998), che si basa su sei fondamentali componenti interdipendenti fra loro:

1) per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici, le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi **collegamenti con le risorse della comunità**: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani, ecc;

2) per innovare i processi assistenziali e migliorare la qualità dell'assistenza, una nuova gestione delle malattie croniche deve entrare a far parte delle **priorità delle organizzazioni sanitarie**;
3) nella gestione della malattia cronica il paziente deve diventare il protagonista attivo dei processi assistenziali attraverso il **supporto all'auto-cura** da parte dei sanitari: la gestione della malattia cronica può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e delle loro famiglie – la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci – aiutandoli ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando loro gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi;
4) l'**organizzazione del team assistenziale** deve essere profondamente modificata, distinguendo l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata dei pazienti cronici: i medici trattano i pazienti acuti e intervengono nei casi cronici difficili e complicati, gli infermieri supportano l'autocura dei pazienti, svolgono alcune specifiche funzioni tecniche e assicurano la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti;
5) l'**adozione di linee-guida basate sull'evidenza** per tutti i componenti del team fornisce il supporto decisionale per un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
6) infine i **sistemi informativi** computerizzati svolgono tre importanti funzioni: 1) sistema di allerta a corredo delle linee-guida; 2) feedback per medici e infermieri rispetto ai loro livelli di *performance* nei confronti degli indicatori delle malattie croniche; 3) registri di patologia (liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica, in carico al servizio), per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza *population-based*.

Il ***Chronic Care Model*** (Wagner, 1998) è stato adottato dall'OMS e largamente introdotto nelle strategie d'intervento dei sistemi sanitari di diversi Paesi, dal Canada all'Olanda, dalla Germania al Regno Unito (*Maciocco, 2011*). E' evidente come la rilevazione del fabbisogno di risorse umane professionali nel campo sanitario debba tener conto di un tale approccio.

Nel 2011 la Regione Lazio ha effettuato una stima di prevalenza della popolazione eleggibile in assistenza domiciliare integrata (ADI), distinguendo tra popolazione di età <65 anni (6.676 unità) e popolazione ultra64enne (50.273 unità, pari al 4,4%), a sua volta disaggregata per ASL e per livello assistenziale (basso, medio e alto) (DCA n. 429 del 24.12.2012)[1]. L'estensione del Servizio auspicata con il suddetto decreto è ben lontana dal numero di assistiti attualmente in carico, nonostante probabilmente fosse addirittura sottostimata. Oltretutto senza considerare l'urgenza del bisogno assistenziale, quanto mai necessario in condizioni di scarsità delle risorse. La definizione di questa urgenza è espressa bene dal concetto di "fragilità", che talvolta assume caratteristiche prevalentemente sociali (scarse risorse economiche, solitudine), altre volte sanitarie (malattie invalidanti, decadimento cognitivo), altre volte ancora, entrambe. Proprio per questo c'è bisogno di poter fare una valutazione sistematica che lasci emergere le situazioni di maggior "fragilità" e, quindi, di maggior urgenza dell'intervento (Liotta et al, 2006).

Un tale **screening della fragilità** è stato effettuato dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio IPASVI di Roma, in collaborazione con il Laboratorio di Epidemiologia dell'Università "Tor Vergata" di Roma. I risultati dell'indagine, conclusa nel 2014 e in corso di pubblicazione, restituiscono una popolazione anziana ultra64enne fragile per il 21,6%, suddivisa in "molto fragili" (7,6%) e "fragili" (14%). Tali percentuali salgono nella popolazione ultra74enne rispettivamente al 12,6% ed al 19,2%. Le analisi univariata e multivariata mettono in evidenza quali determinanti della fragilità: la disabilità, la tipologia di convivenza, le classi di età, la presenza di neuropatie e il titolo studio. Un approfondimento di indagine condotto su tali dimensioni ha portato all'elaborazione ed alla proposta di un codice su cui basare un triage della fragilità in grado di far emergere la dimensione, l'urgenza e l'intensità degli interventi ad oggi richiesti. Su questa base si può affermare che il numero di anziani che necessita di interventi urgenti (entro una settimana) superiori alle 8 ore settimanali è pari a circa 70.000 in tutta la Regione (5,9%). Altrettanti anziani richiedono interventi più limitati o al bisogno, accompagnati da un monitoraggio telefonico. Gli interventi necessari sono prevalentemente di tipo sociale, mentre quelli sanitari sono in genere legati alla soluzione di problemi specifici, spesso molto limitati nel tempo. Per i rimanenti (circa un milione) le necessità di assistenza si limitano a un monitoraggio telefonico nei momenti critici, come le ondate di calore, con isolati interventi nei momenti di difficoltà, concentrati sulla fascia di popolazione più a rischio di fragilità (gli ultra74enni).

Consapevole delle nuove sfide poste da una parte dallo sviluppo scientifico e tecnologico, dall'altra dall'evoluzione dei bisogni dei cittadini, l'infermiere è pronto ad esercitare le proprie competenze assistenziali sia in ospedale, sia a domicilio, sia nei servizi di cure intermedie, svolgendo la propria attività ad un livello sempre maggiore di autonomia definita non solo dall'aumento delle competenze ma anche dall'arricchimento dei processi di assistenza con una nuova responsabilità decisionale e professionale (Ferri & Giotto, 2013). A tali nuove responsabilità corrisponde il diritto del cittadino a ricevere cure infermieristiche qualificate, che, in caso di patologia acuta gestita in ospedale, lo mettano nelle condizioni di rispondere adeguatamente ai trattamenti medici e di gestire autonomamente il recupero dopo la dimissione, e, in caso di malattia cronica, gestita il più possibile presso il domicilio, lo rendano "protagonista attivo dei processi assistenziali attraverso il supporto all'auto-cura" (CCM).

Come raccomandato dall'OCSE (2015), nel suo ruolo di confronto e di coordinamento delle politiche

economiche e di sviluppo, i Paesi membri devono assicurare un'assistenza sanitaria accessibile, di elevata qualità e sostenibile, promuovendo un uso razionale delle risorse specialmente attraverso appropriati incentivi a favore di utenti e fornitori di assistenza, e attraverso il coordinamento tra i sistemi di cura e le istituzioni pubbliche e private.
Quanti infermieri servono per garantire la qualità dei processi assistenziali gestiti dall'infermiere?
La media di infermieri nei Paesi OCSE è dell'8,8 per mille abitanti, a fronte di 6,3 infermieri ogni 1000 abitanti in Italia; mentre in relazione al numero di posti letto in ospedale per acuti ci attestiamo su una media di 3.4 per mille abitanti, contro i 4.8 della media OCSE.
Con un ribaltamento di prospettiva *bottom up*, intendiamo definire il fabbisogno delle risorse infermieristiche e del personale di supporto atto a garantire adeguati livelli assistenziali nei diversi setting di cura, per rispondere alla domanda di qualità e di sicurezza delle prestazioni, da una parte, e per il rispetto delle diverse professionalità coinvolte dall'altra.
A tal fine la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio ha elaborato il documento "*Criteri generali per determinazione delle dotazioni organiche nelle Aziende ed Enti del SSR*" (prot. n. 259999 del 13.5.2015), secondo il quale tale determinazione deve tener conto del riordino della rete ospedaliera e territoriale e, per le UUOO con posti letto, si basa sulla "programmazione di aree omogenee di dipendenza per livello di complessità assistenziale". Mentre per i Servizi e le aree territoriali rinvia a "lavori e studi elaborati da riconosciute società scientifiche a livello nazionale". Sulla base di tali indicazioni, tutte le ASL e le AO del Lazio avrebbero dovuto redigere un documento recante la dotazione organica, da trasmettere in Regione entro il 31 maggio 2015.
Le Regioni e i Comuni, attraverso il servizio pubblico o avvalendosi di strutture private autorizzate, accreditate o convenzionate, si impegnano a rispondere ai bisogni sanitari e socio-assistenziali dei cittadini.
Il primo obiettivo di questo progetto è quello di effettuare una ricognizione dei servizi sanitari e socio-assistenziali erogati nella Regione Lazio:
direttamente dal SSR;
da strutture sanitarie private[2] convenzionate o meno col SSR, comprese case di cura e laboratori;
da strutture che prestano servizi socio-assistenziali[3] .
In seguito, occorre quantificare numericamente gli infermieri impegnati nei suddetti servizi e confrontarli col fabbisogno stimato, in modo da definire l'eventuale deficit di personale che potrebbe condizionale il livello qualitativo e la sicurezza delle prestazioni da erogare (Orlandi, 2011; Orlandi, 2012).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Mappatura dei servizi sanitari e socio-assistenziali erogati nel Lazio.
Valutazione del fabbisogno di assistenza infermieristica nei servizi pubblici e privati nel Lazio.

Obiettivi specifici
1° step: Effettuare una ricognizione dei servizi Sanitari e Socio-Assistenziali erogati nelle provincie di Roma, Viterbo, Frosinone, Latina e Rieti.
2° step: Quantificare l'attuale dotazione organica infermieristica in ciascuno dei servizi censiti.
3° step: Valutare criticamente il rapporto tra infermieri impiegati per la copertura dei servizi erogati e standard numerici del personale per le attività individuate.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Esplorativo/descrittivo

Strumenti di rilevazione
Atto di Autonomia Aziendale delle ASL e AO più siti istituzionali per la ricognizione dei servizi sanitari pubblici.
Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria "Criteri generali per la determinazione delle dotazioni organiche nelle Aziende ed Enti del SSR" (prot. n. 259999 del 13.5.2015).

---

1 Ka stima è stata effettuata: per la popolazione di età inferiore ai 65 anni facendo riferimento ai dati del Rapporto "L'assistenza domiciliare in toscana" (Regione Toscana, 2006), per la popolazione ultra 64enne applicando i tassi di prevalenza derivati dallo studio BISS (Il bisogno socio-sanitario degli anziani in toscana, documenti ARS Toscana, 2009)
2 DCA 8/2011 Modifica dell'Allegato 1 al Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3 – Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie".
3 Legge regionale del 12 dicembre 2003 n. 41 "Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture che prestano servizi socio-assistenziali" e DGR 1305/2004: "Autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali. Requisiti strutturali ed organizzativi integrativi rispetto ai requisiti previsti dall'articolo 11 della l.r. n. 41/2003" e s.m.i.

DCA 265/2014 e s.m.i. per la determinazione degli organici di Pronto Soccorso, DEA di I e II livello.
DCA 8/2011: per la classificazione dei servizi socio-sanitari e calcolo del fabbisogno di personale infermieristico.
Legge regionale n. 41/2003 e s.m.i. e DGR n. 1305/2004 e s.m.i., per la classificazione e i requisiti dei servizi socio-assistenziali.

RISULTATI ATTESI

La mappatura dei servizi sanitari e socio-assistenziali erogati nelle Provincie del Lazio (Roma, Viterbo, Frosinone, Latina e Rieti) è importante per diversi aspetti, non solo dal punto di vista dell'analisi territoriale e dei bisogni insoddisfatti di salute da parte del SSR, ma anche per aspetti strategico-politici professionali. Tale documento consegnerà, per la prima volta, un'istantanea dei servizi resi dal SSR tra il Pubblico e il Privato identificandone punti di forza e debolezze.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Fino a febbraio
1	Stesura del Progetto	Project Team	Febbraio - aprile
2	1° Step: Ricognizione dei servizi Sanitari e Socio-Assistenziali erogati nel Lazio	Project Team	Aprile - giugno
3	2° Step: Quantificazione dell'attuale dotazione organica infermieristica in ciascuno dei servizi censiti	Project Team	Maggio- luglio
4	3° Step: Valutazione critica del rapporto tra infermieri impiegati per la copertura dei servizi erogati e standard numerici del personale per le attività individuate.	Project Team	Giugno - settembre
5	Report Finale	Project Team	Settembre - Novembre
6	Convegno di presentazione dei risultati		Dicembre

DIAGRAMMA GANTT

2016	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lugl	Sett	Ott	Nov	Dic
Fase 0	■	■									
Fase 1		■	■	■							
Fase 2				■	■	■					
Fase 3					■	■	■				
Fase 4						■	■	■			
Fase 5								■	■	■	
Fase 6											■

BIBLIOGRAFIA

1. ARS Toscana. (2009). *Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana: i risultati dello studio epidemiologico di popolazione BiSS*. Documenti ARS.
2. Ferri A., Giotto S. (2013). *Linee Guida Nazionali per l'integrazione sociosanitaria.* Progetto AIDA.
3. Liotta G., Scarcella P., Mancinelli S., Palombi L., Cancelli A., Marazzi M.C. (2006). The evaluation of care needs in elderly people: the use of Geriatric Functional Evaluation Questionnaire. *Annali di Igiene*; 18(3):225-235.
4. Maciocco G. (2011). Assistere le persone con condizioni croniche http://www.saluteinternazionale.info/2011/06/assistere-le-persone-con-condizioni-croniche/

5. Nasmith L., Ballem P., Baxter R, et al. (2010). *Transforming care for Canadians with chronic health conditions: Put people first, expect the best, manage for results.* Ottawa, ON, Canada: Canadian Academy of Health Sciences,
6. OCSE (2015). *Presentazione della revisione sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia*. Roma, 15 gennaio 2015. Auditorium, Ministero della Salute - Lungotevere Ripa, 1
7. Orlandi C. (2011). *Organici degli infermieri e mortalità ospedaliera*. l'Infermiere n. 3/2011
8. Orlandi C. (2012). *Gli effetti degli organici infermieristici sugli esiti clinici dei pazienti*. l'*Infermiere* n. 5/.
9. Rasero L., Di Giacomo P., Rigon L., Santin C. (2014). *Competenze e prospettive per l'infermiere*. Salute e territorio. Pacini Editore. 312-316.
10. Ridolfi L. (2011). *Il community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale. Espanet Conference "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa"*. Milano, 29 Settembre – 1 Ottobre 2011.
11. Wagner E.H. (1998), Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*; 1, 2–4.

SITOGRAFIA

www.salute.gov.it/
www.regione.lazio.it/
www.comune.roma.it
www.comune.rieti.it/
www.comune.frosinone.it
www.comune.latina.it/
www.comune.viterbo.it

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

SELF-CARE NEL PAZIENTE STOMIZZATO

COORDINATORE PROGETTO
G. Angeloni - M.G. Proietti
A.Pulimeno - A. Stievano
E. Vellone - G. Villa

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.16.22

TITOLO PROGETTO

Promuovere il self-care e migliorare la qualità di vita: percorsi innovativi di riabilitazione del paziente stomizzato attraverso il modello del Case Management. Uno studio multicentrico.

Self-care promotion and improvement of quality of life: introducing innovative rehabilitation schemes for ostomy patients based on the Case Management model. A multicenter study.

ABSTRACT

Background: Le persone con stomia subiscono un cambiamento nella loro vita quotidiana con ripercussioni fisiche, psicologiche, sociali e una conseguente diminuzione della qualità di vita. La nuova situazione richiede la capacità di acquisire comportamenti di self-care al fine di gestire in modo ottimale la nuova situazione.
Obiettivo: Descrivere, nei pazienti stomizzati e nei loro caregiver, l'effetto del case-management sui livelli di self care, qualità di vita, insorgenza di complicanze stomali e riospedalizzazioni.
Metodi: Saranno coinvolti con campionamento di convenienza le persone con stomia intestinale e/o urinaria afferenti agli ambulatori degli ospedali aderenti al progetto. Verranno coinvolte le persone maggiorenni in grado di parlare e comprendere la lingua italiana. Verranno esclusi dallo studio i pazienti con età minore di 18 anni e i pazienti con disturbi psichiatrici e/o deterioramento cognitivo gravi. I criteri di inclusione dei caregivers riguardano: l'essere identificato come caregiver informale dal paziente, avere il consenso del paziente e dare il proprio consenso allo studio. In relazione alla letteratura sono stati identificati gli strumenti di raccolta dati che verranno somministrati al baseline e a 6 e 12 mesi di distanza.
Risultati attesi: Gli aspetti rilevanti dello studio riguardano il problema trattato, l'originalità dell'idea e la potenzialità dello studio. Infatti, i risultati di questo studio, se confermeranno la validità e affidabilità dello strumento per la misurazione del self-care, permetteranno di utilizzare lo strumento per indagare il fenomeno di interesse nella popolazione dei pazienti stomizzati italiani.
Parole chiave: Stomia, self-care, qualità di vita, complicanze stomali, riospedalizzazioni.

ABSTRACT

Background: Ostomy patients undergo a change in the lifestyle, causing physical, psychological and social changes with a poor quality of life. This new situation request some competence about self-care behaviour to adjust and manage the new condition.
Aim: To describe the effects of case management on self-care, quality of life, ostomy complications and readmissions in ostomy patients.
Methods: a convenience sample of ostomy patients (intestinal and/or urinary ostomy) and their caregivers will be enrolled in the study. Ostomy patients inclusion criteria are: intestinal and/or urinary ostomy, age up to 18 years, able to speak and understand Italian language, the willingness to provide written consent to participate in the study. Ostomy patients will be excluded if they have: age under 18 years, severe psychiatric deficits or deficit in mental status. Caregivers inclusion criteria are: being identified as the main caregiver by the patient without being paid, the ostomy patient's agreement to participate in the study, the willingness to provide written consent to participate. Guided by the literature several instruments will be used to collect the data at baseline and after 6 and 12 months.
Expected results: The study relevance is notable for the topic and its originality. If the results of this study will

confirm the validity and reliability of the ostomy self-care scale for patients and caregivers, this instruments will allow to use to investigate this topic in the Italian ostomy patients and their caregivers.
Key words: Ostomy, self-care, quality of life, ostomy complications, readmission.

BACKGROUND

In Italia le persone con stomia intestinale e/o urinaria sono circa 70.000 (Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati – FAIS, 2015; Canova et al., 2013). Le persone che affrontano questo tipo di intervento subiscono un forte cambiamento nella loro vita quotidiana con ripercussioni fisiche (funzionalità intestinale, urinaria e sessuale, complicanze stomali), psicologiche (immagine corporea, depressione), sociali (isolamento, solitudine, ansia, diminuzione relazioni) e una conseguente diminuzione della qualità di vita (Gomez et al., 2014; Canova et al., 2013; Recalla et al., 2013). La nuova situazione creata dall'intervento comporta per il paziente l'adattamento ad uno stile di vita diverso che richiede l'acquisizione di abilità e competenze di self-care, al fine di gestire in modo ottimale la stomia e minimizzare il rischio di complicanze (Colwell et al., 2016; Hu et al., 2014; Recalla et al., 2013).
Si intende per self-care (autocura) il processo di mantenimento della salute attraverso pratiche di promozione della salute e gestione della malattia (Riegel et al., 2012). Tale definizione deriva dalla teoria a medio raggio sul self-care delle malattie croniche, che costituirà la struttura concettuale dello studio (Riegel et al. 2012). La teoria formulata da Riegel et al. (2012) si basa su tre elementi cardine del self-care: *self-care maintenance*, *monitoring e management*. Il *self-care maintenance* consiste in comportamenti che le persone con malattie croniche mettono in atto per mantenere la stabilità fisiologica ed emotiva; il *self-care monitoring* consiste nel processo di osservazione di se stessi al fine di notare cambiamenti in segni e sintomi; il *self-care management* è la risposta a segni e sintomi quando questi si verificano. Secondo la teoria a medio raggio sul self-care della malattie croniche esistono predittori ed esiti del self-care; i predittori sono: l'esperienza e le abilità, la motivazione, le credenze culturali ed i valori, la *self-efficacy*, le abitudini, lo stato funzionale e cognitivo, il supporto di altri, l'accesso all'assistenza.
Numerosi studi, in popolazioni di pazienti cronici, hanno evidenziato gli effetti positivi del self-care su esiti come qualità di vita, riduzione ospedalizzazione, riduzione mortalità (Lee et al., 2014; Vellone et al., 2014; Buck et al., 2012; Moser et al., 2012). Inoltre la letteratura sostiene il self-care come elemento fondamentale per una buona gestione della malattia nei pazienti stomizzati, anche se non indaga le caratteristiche di questo fenomeno nelle diverse popolazioni di pazienti con stomie intestinali e stomie urinarie (Mota et al., 2015; Hu et al., 2014; Recalla et al., 2013). Infine, la letteratura, analizza solo in un numero ristretto di studi, l'impatto della malattia sul caregiver, evidenziando come i famigliari del paziente con stomia mostrano sentimenti di stress, accompagnati in alcuni casi da disturbi del sonno, ansia, depressione e diminuzione dei livelli di qualità di vita (Palma et al., 2012; Cotrim & Pereira, 2008; Deeken et al., 2003).
Studiare il self-care significa, quindi, poter valutare l'impatto che l'assistenza erogata ha su aspetti importanti della vita di una persona, come ad esempio l'autostima, l'immagine percepita del proprio corpo, la sensazione di benessere,la presenza e l'entità di determinati sintomi, gli aspetti di vita sociale. Misurare questo fenomeno rispetto ad un intervento di supporto educativo attraverso il case management può contribuire a migliorare la qualità di vita e ridurre l'insorgenza di complicanze e i relativi accessi in ospedale.
Questo progetto di ricerca è quindi volto a promuovere il self-care, attraverso interventi di case management, nei pazienti stomizzati (colonstomia-ileostomia-urostomia) e nei loro caregiver al fine di migliorare la qualità di vita, diminuire l'insorgenza di complicanze stomali e di riospedalizzazioni.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Descrivere, nei pazienti stomizzati e nei loro caregiver, l'effetto del case management sui livelli di self care, qualità di vita, insorgenza di complicanze stomali e riospedalizzazioni.

Obiettivi specifici
In particolare lo studio si propone di:
- Testare validità e affidabilità della scala del self-care specifica per le persone con stomia versione paziente e versione caregiver.
- Indagare nei pazienti con stomia e nei loro caregiver il livello di self-care.
- Descrivere nei pazienti con stomia la relazione tra self-care e qualità di vita, insorgenza di complicanze e riospedalizzazioni.
- Descrivere la correlazione tra le variabili strutturali degli ambulatori ai quali accedono i pazienti con stomia e self-care e qualità di vita.
- Valutare nei pazienti con stomia qual è l'effetto del case management sui livelli di self-care, qualità di vita, complicanze stomali, riospedalizzazioni.

In questo studio si intende per riospedalizzazione il ricorso alle cure ospedaliere o ambulatoriali per problemi legati alla gestione della stomia o relative complicanze.

Indicatori
- Livelli di self-care.
- Livelli di qualità di vita.
- Numero e tipologia di complicanze.
- Numero di riospedalizzazioni e motivazione.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Lo studio si svolgerà in quattro fasi:
Studio di validazione dello strumento di misurazione del self-care nelle persone con stomia versione paziente e versione caregiver.
Studio longitudinale di rilevazione dei livelli di self-care nei pazienti con stomia e loro caregiver.
Studio correlazionale di analisi delle relazioni tra variabili strutturali esistenti negli ambulatori per pazienti con stomia e self-care e qualità di vita.
Studio correlazionale di valutazione dell'effetto del case management sul self care, qualità di vita, complicanze stomali e riospedalizzazioni.

Popolazione e campione
La popolazione in studio sarà composta da pazienti portatori di una stomia intestinale (colonstomia o ileostomia) e/o urinaria (urostomia) e dai loro caregiver, afferenti agli ambulatori inclusi nel progetto.
Il campione di convenienza sarà composto da pazienti che possiedono i seguenti criteri di inclusione: possedere una stomia intestinale e/o urinaria, avere un'età uguale o superiore a 18 anni, essere in grado di parlare e comprendere la lingua italiana, aderire allo studio. Verranno esclusi dallo studio i pazienti con età minore di 18 anni e i pazienti con disturbi psichiatrici e/o deterioramento cognitivo gravi. I caregiver dovranno possedere i seguenti criteri di inclusione: essere riconosciuto dal paziente come caregiver informale, avere il consenso allo studio da parte del paziente, aderire allo studio. Verranno esclusi dallo studio i caregiver formali e che non aderiranno allo studio.

Intervento
Alla luce dei risultati delle prime tre fasi dello studio, si realizzerà un intervento atto a migliorare i livelli di self-care nei pazienti con stomia. Il modello del case management proposto da tale intervento prevede la presa in carico di pazienti portatori di stomie (colostomizzati, ileostomizzati e urostomizzati) da parte di un infermiere esperto in ciascun centro coinvolto nel progetto, e rafforzato attraverso la possibilità di svolgere un colloquio telefonico con un infermiere dal lunedì al venerdì (9,00-17,00) nella sede Provinciale LILT di Roma. Tale colloquio telefonico ha l'obiettivo di fornire informazioni e mettere in contatto i pazienti con i referenti del progetto e/o gli ambulatori infermieristici coinvolti nel progetto. Inoltre, saranno somministrati, ai pazienti e caregiver, afferenti ai centri coinvolti nel progetto, alcuni questionari al fine di raccogliere dati per indagare gli outcome di self-care, qualità di vita e complicanze.

Setting
I pazienti verranno reclutati negli ambulatori per i pazienti stomizzati dei centri aderenti allo studio di Roma e Provincia.

Strumenti
In relazione a ciascun outcome sono stati identificati gli strumenti di raccolta dati (tabella n. 1):

Tabella n. 1 STRUMENTI PER LA RACCOLTA DATI

VARIABILE	STRUMENTO	T0	T1	T2
PAZIENTE				
Caratteristiche socio-demografiche	Questionario socio-demografico	X		
Conoscenze relative alla stomia	Verifica conoscenze stomia	X	X	X
Self-care	Scala self-care nelle malattie croniche	X	X	X
Self-care	Scala self-care confidence nelle malattie croniche	X	X	X
Self-care	Scala self-care per le persone con stomia	X	X	X

VARIABILE	STRUMENTO	T0	T1	T2
Qualità di vita	SF-12 stato di salute	X	X	X
Qualità di vita	Stoma Quality of Life (Canova et al., 2013)	X	X	X
Gestione della sintomatologia nella diade	Gestione duale del sintomo	X	X	X
Livello di depressione	PHQ - 9	X	X	X
Percezione dello stress	Stress percepito	X	X	X
Percezione del supporto sociale	Percezione del supporto sociale	X	X	X
Mutualità	Scala della mutualità (versione paziente)	X	X	X
CAREGIVER				
Caratteristiche socio-demografiche	Questionario socio-demografico	X		
Self-care – caregiver	Scala contributo del caregiver al self-care malattie croniche	X	X	X
Self-care	Scala contributo del caregiver al self-care nelle persone con stomia			
Qualità di vita	SF-12 stato di salute	X	X	X
Depressione	PHQ - 9	X	X	X
Mutualità	Scala della mutualità (versione caregiver)	X	X	X
Preparazione al caregiving	Scala per valutare la preparazione al caregiving	X	X	X
INFERMIERE AMBULATORIO				
Variabili strutturali	Questionario di indagine delle variabili strutturali	X		

dati verranno raccolti al baseline (T0) durante l'accesso in ambulatorio e a sei mesi (T1) e 12 mesi di distanza (T2) durante i controlli ambulatoriali o attraverso intervista telefonica.

Analisi dei dati

I dati verranno analizzati da un punto di vista quantitativo per calcolare gli indici di tendenza centrale e di dispersione sia in riferimento alle variabili socio demografiche che alle scale utilizzate. Se la numerosità campionaria sarà adeguata verrà utilizzata anche la regressione multipla al fine di individuare i predittori del self-care. Le analisi verranno effettuate con software statistici (SPSS, Stata).

Considerazioni etiche

Lo studio sarà sottoposto ai comitati etici e alle direzioni sanitarie dei centri ospedalieri aderenti allo studio. All'inizio della ricerca, durante l'arruolamento dei partecipanti verrà illustrato loro lo scopo dello studio e richiesto il consenso alla partecipazione allo studio. I dati verranno raccolti avendo cura di rispettare la confidenzialità dei dati dei pazienti e caregiver e verrà ribadita loro la possibilità di poter lasciare lo studio in qualsiasi momento.

RISULTATI ATTESI

Rilevanza

Il presente studio presenta alcuni aspetti rilevanti:
il problema trattato: i pazienti con stomia hanno caratteristiche sovrapponibili ai pazienti cronici, molto è

pubblicato sulla cura della stomia, delle complicanze e sulla qualità di vita; sono poche le pubblicazioni che si occupano di analizzare le relazioni tra self-care e qualità di vita e complicanze.
l'originalità dell'idea: è la prima volta che si cerca di misurare il self-care nei pazienti stomizzati italiani, non è presente in letteratura una scala specifica per la misurazione di questo fenomeno.
il rigore metodologico del suo disegno.
la potenzialità di sviluppo futuro in ricerche che portino ad ampia diffusione dei suoi risultati. Infatti, i risultati di questo studio, se confermeranno la validità e affidabilità dello strumento per la misurazione del self-care, permetteranno di utilizzare lo strumento per indagare il fenomeno di interesse nella popolazione dei pazienti stomizzati italiani. Inoltre, dagli esiti dello studio sugli effetti del case management si potranno identificare gli interventi educativi da promuovere in tutte le realtà per fornire una educazione sicura ed efficace per i pazienti stomizzati.
I risultati della ricerca saranno presentati in congressi nazionali e/o internazionali (AIOSS, AISTOM, EOA, ICS, EAUN, LILT). Gli articoli che descriveranno il protocollo di ricerca e lo studio verranno inviati per eventuali pubblicazioni in riviste nazionali ed internazionali che si occupano di tale tematica.
Ogni pubblicazione riporterà insieme agli autori la specifica indicazione della Lega Italiana Lotta ai Tumori – LILT e del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica – CECRI del Collegio Ipasvi di Roma negli spazi previsti.
Si prevedono si organizzare alcuni eventi divulgativi dei risultati ottenuti.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo	Coordinatori	01/01/2016 -01/04/2016
Rilevazione statistiche su fonti secondarie	Project manager, Coordinatori	01/01/2016 -01/07/2016
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager e coordinatori e project team	01/06/2016 -31/10/2016
Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	01/10/2016-01/03/2017
Elaborazioni statistiche	Coordinatori e project team	01/03/2017-30/04/2017
Stesura report di ricerca	Coordinatori e project team	01/03/2017-31/07/2017
Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	01/08/2017-30/09/2017
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	01/10/2017-31/12/2017

DIAGRAMMA GANTT

MESE	2016												2017											
	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
Analisi di sfondo	■	■	■	■																				
Rilevazione statistiche su fonti secondarie	■	■	■	■	■	■	■																	
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test						■	■	■	■	■														
Somministrazione questionari										■	■	■	■	■	■									
Elaborazioni statistiche															■	■								
Stesura report di ricerca															■	■	■	■	■					

MESE	2016												2017											
	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
Pubblicazione finale																								
Chiusura progetto																								

BIBLIOGRAFIA

1. Canova C., Giorato E., Roveron G., Turrini P., Zanotti R. Validation of a stoma-specific quality of life questionnaire in a sample of patients with colostomy or ileostomy. Colorectal Disease. 2013;15(11): e692-698.
2. Colwell JC., Kupsick PT, McNichol LL. Outcome criteria for discharging the patient with a new ostomy from home health care. A WOCN Society Consensus Conference. Journal of Wound Ostomy and Continence Nurses Society. 2016;43(3):269-273.
3. Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati – FAIS, 2015 reperibile su: http://www.fais.info/
4. Gomez A., Barbera S., Lombrana M., Izquierdo L., Banos C. Health-related quality of life in patients with urostomies. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. 2014;41(3):254-256.
5. Hu A., Pan Y., Zhang M., Zheng M., Huang M., Ye X., Wu X. Factors influencing adjustment to a colostomy in chinese patients. A cross-sectional study. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. 2014;41(5):455-459.
6. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux study. Ostomy Wound Management. 2003;49(2): 48-55.
7. Recalla S., English K., Nazarali R., Mayo S., Miller D., Gray M. Ostomy care and management. A systematic review. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 2013;40(5):489-500.
8. Riegel B., Jaarsma T., Stromberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. Advances in Nursing Science. 2012;35(3):194-204.
9. Simmons KL., Smith JA., Maekawa A. Development and psychometric evaluation of the Ostomy Adjustment Inventory-23. Journal of Wound Ostomy and Continence Nurses Society. 2009; 36(1):69-76.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

FORMAZIONE BLENDED PER L'INFERMIERISTICA

COORDINATORE PROGETTO
A. Quagliata
M.G. Proietti
C. Turci

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.16.1

TITOLO PROGETTO

Formazione blended per l'infermieristica: diffusione risultati intermedi e prospettive di sviluppo

Blended learning for nursing education: interim results and development2.

ABSTRACT

"Formazione blended per l'infermieristica: diffusione dei risultati intermedi e prospettive di sviluppo" è un progetto che dà seguito all'esperienza sviluppata nel 2015 e si articola nei punti che seguono:

a. Realizzazione di una terza edizione del percorso di apprendimento "Formazione blended per l'infermieristica" già accreditato, rivolto al personale delle strutture ospedaliere (in particolare infermieri) e finalizzato a costituire uno staff di I-tutor.
b. Partecipazione alla conferenza internazionale *Storytelling, Illness and Medicine* che si svolgerà a Budapest dal 14 al 16 marzo, per la diffusione dei risultati raggiunti nei progetti formativi sviluppati nel 2015.
c. Costituzione di un gruppo di lavoro per la progettazione di altre iniziative di formazione che utilizzino il modello dell'I-learning e la modalità di fruizione blended.

ABSTRACT

"Blended learning for nursing education: interim results and development" is a project based on a series of training programmes offered in 2015. Its aims are threefold:

a. to offer a third series of the same accredited programme to hospital staff (especially nurses) so that a team of online tutors can be built.
b. To participate in the international conference *Storytelling, Illness and Medicine* to take place in Budapest between 14th and 16th March 2017, so that results concerning the 2015 programmes can be released and discussed.
c. To put together a team of experts so that similar e-learning and blended learning training programmes can be developed.

BACKGROUND

a. La formazione blended risulta particolarmente efficace per le Organizzazioni del lavoro distribuite sul territorio che non possono offrire alle proprie risorse professionali, per evidenti motivi di carattere organizzativo e di "servizio", corsi di formazione in presenza eccessivamente lunghi, e che non vogliono limitare la loro offerta formativa a percorsi di solo e-learning. La "formula" blended si dimostra poi particolarmente gradita ai partecipanti, che possono disporre di tempi ampi e distesi per costruire una propria rete di significati coerente con le loro competenze professionali e le loro storie di vita e hanno l'opportunità di partecipare a molteplici occasioni di confronto e condivisione con i docenti, gli I-tutor e i colleghi, opportunità che favorisce la costruzione di una solida relazione educativa e lo sviluppo di forme di apprendimento significativo. Un contesto organizzativo che ponga la relazione al centro dei percorsi formativi e valorizzi la narrazione come prassi educativa, rispettando i tempi di apprendimento delle persone e favorendo momenti di confronto e di costruzione condivisa di elementi della conoscenza, si prende cura delle proprie risorse ed è sulla buona strada per riconoscersi come un sistema complesso, una "fabbrica di storie" in cui si incontrano e si integrano le tante biografie delle persone coinvolte, ognuna delineata da componenti cognitive e affettivo-relazionali. Per quanto

riguarda il rapporto tra educazione e storie, molteplici studi condotti nell'ambito delle neuroscienze, come ad esempio quello di Roger Schank *Tell Me a Story. Narrative and Intelligence* (Evanston, 1995), sottolineano l'importanza della narrazione nei processi di apprendimento. Howard Gardner, nel suo *Sapere per Comprendere* (Milano 1999), sostiene che gli approcci narrativi nella didattica favoriscono l'utilizzo integrato delle varie dimensioni dell'intelligenza. Jerome Bruner, nel suo lavoro *Cultura e sviluppo umano: una nuova prospettiva* (Milano 1995), scrive che "le storie e i loro stati intenzionali preservano l'*importare*, inteso come rilevanza, mentre le descrizioni oggettive non lo fanno; […] è fondamentale progettare attività che siano *importanti* per chi le pratica, che 'stiano a cuore' ai destinatari: in questo senso le storie, che richiamano emozioni e stati d'animo, esaltano la rilevanza delle riflessioni e degli artefatti cognitivi, mentre le descrizioni 'oggettive', proprie di un percorso di apprendimento tradizionale, non riescono a farlo. […] la narrazione è indispensabile perché, diversamente dalla logica, non è paralizzata dalla contraddizione". All'interno di ogni percorso formativo, la creazione di una storia digitale sollecita processi di riflessione intorno a problematiche di diversa natura che coinvolgono i singoli e la comunità, favorendo una comprensione contestualizzata degli elementi di conoscenza presentati all'interno della cornice narrativa.

b. b. I progetti di formazione sviluppati insieme da IPASVI e dal gruppo di ricerca RomaTre, con risultati "intermedi" soddisfacenti, meritano un solido ancoraggio, che potrebbe essere ben "garantito" dalla partecipazione di un gruppo consistente di persone al meeting di Budapest. Come evidenziano gli organizzatori dello *Storytelling, Illness and Medicine, 11th Global Meeting of the Health*, i delegati presenti alla conferenza sono chiamati ad alimentare il dibattito, a impegnarsi in discussioni di carattere multi disciplinare con i colleghi presenti, evitando conferenze impersonali non coerenti con la natura dei temi del meeting: l'ethos della narrazione e della malattia suggerisce di presentare i progetti a partire dal dialogo e dal confronto con i colleghi presenti. La partecipazione di un gruppo di ricerca "al completo" potrebbe supportare al meglio la condivisione, in un contesto internazionale, dell'esperienza IPASVI.
c. c. la costituzione di un gruppo di lavoro "misto" IPASVI-Roma Tre può favorire la riprogettazione di percorsi di apprendimento già presenti nella proposta formativa del Collegio, in coerenza con il modello didattico dell'I-learning e con la piena efficacia della modalità di fruizione blended. Il gruppo di lavoro consentirà di dar vita a una comunità di pratica degli I-tutor IPASVI, supervisionata dai componenti del gruppo che fanno capo al team di ricerca di Roma Tre coordinato dal Prof. Quagliata.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

- Progettare percorsi di formazione orientati alla didattica costruttivista
- Realizzare percorsi di apprendimento centrati sulla relazione e sulla costruzione condivisa della conoscenza
- Evidenziare il ruolo dell'intelligenza etica nella pratica formativa

Favorire la diffusione delle iniziative di formazione già realizzate nel 2015 in un contesto internazionale (meeting di Budapest)
Costituire un gruppo di lavoro per la progettazione di percorsi di formazione IPASVI che utilizzino il modello dell'I-learning e la modalità di fruizione blended
Avviare una comunità di pratica "I-tutor IPASVI"

Obiettivi specifici

- Favorire la costituzione di uno staff di I-tutor
- Utilizzare la piattaforma di apprendimento online Moodle e il software Prezi
- Condurre gruppi di lavoro in percorsi di formazione blended
- Valorizzare la centralità della narrazione nei processi di apprendimento

Indicatori

Nella formazione online, come peraltro nella formazione tradizionale in presenza, la valutazione si esprime generalmente attraverso un approccio prevalentemente quantitativo. E' infatti convinzione diffusa che per la formazione online si possano realizzare azioni di valutazione facendo ricorso a strumenti di verifica di tipo oggettivo e alla funzione di tracciamento che tutte le piattaforme di e-learning offrono: si tratta di una forma automatica di rilevamento e monitoraggio, utile per comprendere la frequenza delle presenze online della comunità e di ogni suo "abitante", ma inefficace a rendere conto della complessità propria di ogni processo di apprendimento, anche online. Al fine di sviluppare un nuovo modello di valutazione che abbia maggiore coerenza con il contesto dell'apprendimento in Rete, si rende necessaria una rielaborazione progressiva delle pratiche e degli strumenti della valutazione per la formazione online che permetta di andare oltre i vincoli che derivano da un uso esclusivo delle prove oggettive di verifica. La formazione in Rete e blended deve riconsiderare le forme della valutazione: dall'analisi dei risultati di apprendimento, il focus si orienta prevalentemente sulla natura del percorso che presiede al raggiungimento di quei risultati, valorizzando il processo di apprendimento almeno quanto il prodotto. Il sistema valutativo proposto (di seguito viene riportata una prima ipotesi di griglia per valutare il contributo individuale nell'ambito delle attività formative blended) consente di monitorare una pluralità di indicatori quali/quantitativi

che indagano sia le forme di comprensione del soggetto che apprende, sia le modalità relazionali e di leadership da lui agite nelle attività di comunicazione e di collaborazione avviate durante le fasi operative del lavoro di gruppo.

Descrittore	Livello			
Comunicazione in Rete	Sufficiente	Discreto	Buono	Molto buono
Significatività dei contributi forniti nel forum *tutti*				
Efficacia della partecipazione al processo negoziale				
Significatività dei contributi rispetto allo sviluppo delle attività formative online				
Approfondimento della ricerca sui lavori sviluppati				
Utilizzo delle risorse digitali	Sufficiente	Discreto	Buono	Molto buono
Originalità dei materiali selezionati in Rete				
Qualità dei materiali prodotti				
Realizzazione dei lavori	Sufficiente	Discreto	Buono	Molto buono
Capacità di sollecitare ed esprimere forme di creatività				
Efficacia nella progettazione e realizzazione dei lavori di gruppo				
Pratica della Leadership	Sufficiente	Discreto	Buono	Molto buono
Capacità di sollecitare e sostenere il gruppo dal punto di vista cognitivo				
Capacità di sollecitare e sostenere il gruppo dal punto di vista organizzativo				
Capacità di sollecitare e sostenere il gruppo dal punto di vista relazionale				

METODOLOGIA

La formazione realizzata durante lo svolgimento del progetto è di tipo blended: si utilizzerà quindi una modalità di allestimento didattico che prevede un'integrazione virtuosa tra attività formative agite in presenza e attività formative sviluppate in Rete. Il modello didattico-formativo alla base del percorso di formazione proposto è quello dell'I-learning, un innovativo modello operativo ispirato alla cornice metodologica del costruttivismo sociale e messo a punto dal "Laboratorio di I-learning e Digital Storytelling" coordinato dal prof. Alberto Quagliata presso il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università Roma Tre. Il modello didattico-formativo dell'I-learning è stato sperimentato con esiti positivi in diversi contesti, all'interno di corsi universitari e post lauream, nell'offerta formativa curricolare ed extracurricolare di istituti comprensivi e della scuola secondaria superiore e in percorsi di formazione realizzati in organizzazioni del lavoro pubbliche e private. L'espressione 'I-learning' rende operativa l'interpretazione dell'e-learning come 'sistema che apprende', fondato sull'integrazione tra dimensione relazionale e responsabilità individuale in un processo di apprendimento; oltre che alla rete Internet, la 'I' di I-learning rimanda infatti alla responsabilità del soggetto che apprende: nella proposta formativa del progetto, l'io ('I') esce dall'anonimato e dall'isolamento dell'apprendimento tradizionale e si fa protagonista consapevole, motivato e creativo dell'intelligenza collettiva della Rete. Il modello didattico dell'I-learning sollecita processi formativi ecologicamente ed eticamente responsabili, costruiti intorno alla centralità della relazione e alla valorizzazione della narrazione come prassi educativa. Il modello dell'I-learning prevede il ricorso ad alcuni costrutti pedagogici fondamentali: l'amalgama delle differenti competenze individuali, la condivisione delle esperienze, il costante ricorso allo scaffolding, l'interpretazione delle differenze come risorsa delle comunità di apprendimento e di pratica, la valorizzazione delle attività di metacognizione e autovalutazione, il ricorso convinto alle tecnologie intese come amplificatori delle relazioni e delle forme di collaborazione. L'I-learning descrive un sistema di persone che condividono un obiettivo di apprendimento comune; in questo scenario, l'I-tutor è una figura professionale fondamentale per sostenere un adeguato sviluppo dei processi di apprendimento e delle attività formative, in particolare facilitando le relazioni tra i componenti dei gruppi online e accompagnando il processo di elaborazione condivisa dei contenuti di apprendimento. La collaborazione di Rete è alimentata dunque dalle capacità di guida e supporto dell'I-tutor, figura professionale esperta che seguirà ogni gruppo di lavoro degli infermieri in formazione, contribuendo allo sviluppo delle attività proposte. Progettando le attività formative online in coerenza con il modello dell'I-learning, la formazione blended intende valorizzare i suoi due momenti costitutivi, quello tradizionale in presenza e quello online: entrambi sono funzionali al perseguimento di obiettivi che siano coerenti con la più generale impostazione costruttivista, e la loro interazione virtuosa costituisce un importante valore aggiunto. Le situazioni della didattica tradizionale, sia in aula che online, sono caratterizzate da una presenza spesso debole di quelle attività esperienziali e relazionali necessarie alla costruzione di un apprendimento significativo: chi frequenta un percorso di formazione tradizionale vive prevalentemente momenti di insegnamento più che di apprendimento. Diversamente, in presenza di ambienti esperienziali per la costruzione condivisa di elementi di conoscenza, come quelli resi possibili

dalla piattaforma per la formazione in Rete Moodle, in coerenza con l'epistemologia socio-costruttivista, la proposta formativa assume un andamento circolare, reticolare, come avviene nella formazione d'aula quando prevale l'apertura all'interazione virtuosa tra docente e corsisti e si va oltre il modello tradizionale della lezione frontale.

RISULTATI ATTESI

L'obiettivo sovra ordinato del progetto consiste nel formare una comunità di pratica composta da un nucleo di I-tutor esperti.
Definiamo I-tutor una nuova figura professionale, con il duplice obiettivo di:

- Porre l'attenzione sulla responsabilità che compete al tutor. In modo analogo al singolo corsista, l'I-tutor contribuisce all'evoluzione del lavoro di gruppo, con il compito specifico di calibrare le dinamiche intragruppali e con una particolare attenzione a quelle abilità sociali e interpersonali grazie alle quali i partecipanti sviluppano conoscenze, competenze e attitudini che sono, appunto, il risultato di un'interazione di gruppo;
- Enfatizzare le qualità "polisemiche" di questa figura professionale, intesa come un praticante delle relazioni educative e di cura della persona. L'I-tutor è un "nutritore dell'apprendimento" che sollecita attività riflessive utili a valorizzare le istanze creative e metacognitive del soggetto che apprende; indirizza le domande provenienti dai partecipanti verso i partecipanti stessi, per stimolare l'attività cognitiva e favorire il processo di generazione di conoscenza; pone domande aperte che avviano la comunità al pensiero creativo.

In sintesi, l'I-tutor:

- Motiva i partecipanti, in particolare quando la tensione collaborativa del gruppo di lavoro decade.
- Aiuta i corsisti nella gestione del tempo e delle fasi di lavoro.
- Fornisce chiarimenti di natura concettuale, qualora i temi del corso rientrino nel suo dominio di conoscenza.
- Contribuisce alla elaborazione dei lavori di gruppo.
- Risolve problemi di natura tecnica.
- Fornisce il suo contributo alla fase di valutazione:
- nella valutazione individuale di ogni partecipante, elaborata "a doppia firma" dal docente e dal tutor
- nella valutazione del gruppo.

La partecipazione al meeting di Budapest favorirà la diffusione dei risultati intermedi dei progetti formativi realizzati nel 2015 in un contesto internazionale, e la costituzione di un gruppo misto Ipasvi-Roma Tre potrà contribuire a migliorare la qualità dell'offerta formativa proposta dal Collegio.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Progettazione attività didattiche	Team di progetto	4 settimane
Presentazione, obiettivi e primi contenuti del percorso "Formazione blended per l'infermieristica"	Team di progetto	8 ore in presenza
I fase attività online	Team di progetto	2 settimane online
Presentazioni lavori prima fase online	Team di progetto	4 ore in presenza
II fase attività online	Team di progetto	3 settimane online
Presentazione lavori II fase online	Team di progetto	4 ore in presenza
Costituzione gruppo di lavoro misto IPASVI-RomaTre	Team di progetto	Febbraio 2016
Avvio di una comunità di pratica rivolta agli I-tutor IPASVI	Team di progetto	Marzo – Luglio 2016
Diffusione risultati intermedi Meeting di Budapest	Team di progetto	14-16 marzo 2016

DIAGRAMMA GANTT

	Gen 16	Feb 16	Mar 16	Apr 16	Mag 16	Giu 16	Lug 16
Progettazione attività didattiche	■						
Realizzazione del percorso di apprendimento "formazione blended per l'infermieristica"		■	■				
Costituzione gruppo di lavoro "misto" IPASVI-RomaTre		■					
Partecipazione meeting Budapest			■				
Avvio Comunità di pratica "I-tutor IPASVI"			■	■	■	■	■

BIBLIOGRAFIA

1. Barthes R. 1969, Introduzione all'Analisi strutturale dei racconti, in AA. VV., L'analisi del racconto, Bompiani, Milano.
2. Bateson, G. 1984, Mente e natura, Adelphi, Milano.
3. Bateson, G. 1988, Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano.
4. Bateson, G., Bateson, M.C. 1989, Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro, Adelphi, Milano.
5. Bruner J., Cultura e sviluppo umano: una nuova prospettiva, in Pontecorvo C., Ajello A.M.,
6. Zucchermaglio C. (a cura di) 1995, I contesti sociali dell'apprendimento, LED, Milano.
7. Bruner J. 1997a, La mente a più dimensioni, Editori Laterza, Bari.
8. Bruner J. 1997b, La cultura dell'educazione, Feltrinelli, Milano.
9. Campbell J. 1984, L'eroe dai mille volti, Feltrinelli, Milano.
10. Havelock E. A. 1986, La musa impara a scrivere. Riflessioni sull'oralità e l'alfabetismo, Laterza, Roma-Bari.
11. Fontana A. 2009, Manuale di storytelling. Raccontare con efficacia prodotti, marchi e identità d'impresa, Etas, Milano.
12. Gardner, H. 1999, Sapere per comprendere, Feltrinelli, Milano.
13. Gardner, H. 2007, Cinque chiavi per il futuro, Feltrinelli, Milano.
14. Lambert J. 2009, Digital Storytelling: Capturing lives, creating community, Digital Diner Press, Berkeley.
15. Ong W. 1986, Oralità e scrittura. Le tecnologie della parola, il Mulino, Bologna.
16. Petrucco C., De Rossi M. 2009, Narrare con il Digital Storytelling a scuola e nelle organizzazioni, Carocci, Roma.
17. Quagliata A. 2014, I-Learning. Storie e riflessioni sulla relazione educativa, Armando Editore, Roma.
18. Salmon C. 2008, Storytelling, la fabbrica delle storie, Fazi Editore, Roma.
19. Telfener U., Casadio L. (a cura di) 1999, Sistemica. Voci e percorsi nella complessità, Bollati Boringhieri, Torino 2003
20. Vogler C., Il viaggio dell'eroe, Dino Audino, Roma.
21. von Foerster, H. 1987, Sistemi che osservano, Astrolabio, Roma.
22. von Foerster, H., Pörsken, B. 2001, La verità è l'invenzione di un bugiardo, Meltemi, Roma.
23. Vygotskij, L.S. 1980, Il processo cognitivo, Boringhieri, Torino.
24. Wenger, E. 2006, Comunità di Pratica. Apprendimento, significato e identità, Raffaello Cortina, Milano.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

L'INFERMIERE E LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NEL MONDO DELL'INFORMAZIONE DIGITALE

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.16.2

TITOLO PROGETTO

Corso blended di ricerca bibliografica per l'infermieristica

A blended learning course on bibliographical research for nursing

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 nuovo: "*Corso blended di ricerca bibliografica per l'infermieristica*", con lo scopo di contribuire all'offerta formativa nazionale con una formula completamente nuova, che vada ad incidere profondamente sull'apprendimento del professionista.

Il corso vuole offrire a tutti i professionisti che lo frequenteranno informazioni specifiche ed operative per il recupero e l'analisi della letteratura scientifica necessaria ad implementare le innovazioni in tutti i settori dove gli infermieri operano: clinica, formazione, gestione, territorio.

Verranno affrontate le modalità di recupero e consultazione offerte dalla rete e dalle banche dati che il Collegio IPASVI mette a disposizione gratuita di tutti gli iscritti, attraverso la Biblioteca digitale. La diffusione delle informazioni sull'utilizzo delle risorse del WEB è una delle linee di sviluppo della disciplina infermieristica, infatti solamente diminuendo il divario tra mondo della ricerca e settori della formazione e della pratica clinica si otterrà più velocemente lo sviluppo disciplinare e professionale auspicato.

La formazione realizzata durante lo svolgimento del corso sarà di tipo blended, cosicché i discenti possano disporre di tempi ampi e distesi per partecipare alle diverse forme di apprendimento proposte e trarne significati coerenti per le proprie competenze professionali. L'allestimento didattico prevede un'interazione virtuosa tra attività formative agite in presenza e attività formative sviluppate in rete/WEB, tutto questo attraverso l'innovativo modello didattico-formativo dell'I-learning, messo a punto dal "Laboratorio di I-learning e Digital Storytelling" coordinato dal Prof. Alberto Quagliata presso il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università Roma Tre, un modello che pone la relazione al centro del percorso formativo e valorizza la narrazione come prassi educativa, rispettando i tempi di apprendimento delle persone e favorendo momenti di confronto e di costruzione condivisa di elementi della conoscenza. L'I-learning è un'interpretazione operativa dell'e-learning.

ABSTRACT

"A blended learning course on bibliographical research for nursing" is founded on the concept of "scholarship" which lies at the heart of the interests of the Centre of Excellence (CoE). Its aim is to offer health care professionals a completely new formula which we believe will "leave a deep mark" on their career.

This course provides students with detailed and practical information concerning the retrieval and analysis of scientific literature for the promotion of innovation within all areas of nursing: clinical; training; and management. In particular, attention will be paid to how online databases can be accessed via the IPASVI digital library, which is free for all its members.

Circulating information about the use of Web resources is essential: it is only by bridging the gap between the world of research and that of education and clinical practice that nursing will achieve its long-awaited professional enhancement.

As already underlined, this is a blended learning course: this formula offers students plenty of time to participate in all the different learning activities proposed. The course combines lessons taught in class with lessons taught over the Internet. That is all thanks to the innovative I-learning methodology followed in the "I-learning and digital storytelling workshop" by Prof. Alberto Quagliata of the Department of Educational Sciences of the Università Roma Tre. This model puts relationships at the centre of the learning experience and regards storytelling as an educational procedure, thus catering for everyone's learning needs and

building knowledge through a constructive exchange of views. "I-learning" is an operative interpretation of "e-learning".

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 socio-culturale 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, 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 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 è assistito a un graduale aumento del numero di pubblicazioni infermieristiche.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Apprendimenti teorici concernenti la ricerca bibliografica nell'infermieristica, nell'ambito dell'etica, della deontologia e dei vari setting clinici.

Obiettivi specifici

a- Capacità di reperire l'informazione scientifica attraverso le banche dati Cinahl, PubMed, Nursing Reference Center, ILISI e OvidSP.
b- Abilità tecnico-pratiche per l'accesso alle fonti bibliografiche e la revisione della letteratura.
c- Capacità di utilizzare la piattaforma di apprendimento online Moodle e il software Prezi.
d- Capacità di redigere un elaborato finale di sintesi che rappresenti la revisione di letteratura svolta in condivisione col gruppo di lavoro sul mandato assegnato.

Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di navigare in modo autonomo nel web e nelle banche dati infermieristiche offerte dal Collegio Ipasvi di Roma ed avere le cognizioni di base necessarie per impostare e svolgere un progetto di ricerca infermieristica attraverso una revisione bibliografica della letteratura.

Indicatori

- Numero di partecipanti al corso di formazione: 50 (minimo 30)
- Frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%)
- Frequentazione significativa della piattaforma di I-learning *
- Test di valutazione finale sui contenuti presentati
- Rispetto dei tempi previsti nel diagramma di Gantt
- Rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

*Nella formazione online, come peraltro nella formazione tradizionale in presenza, la valutazione si esprime generalmente attraverso un approccio prevalentemente quantitativo. E' infatti convinzione diffusa che per la formazione online si possano realizzare azioni di valutazione facendo ricorso a strumenti di verifica di tipo oggettivo e alla funzione di tracciamento che tutte le piattaforme di e-learning offrono: si tratta di una forma automatica di rilevamento e monitoraggio, utile per comprendere la frequenza delle presenze online della comunità e di ogni suo "abitante", ma inefficace a rendere conto della complessità propria di ogni processo di apprendimento, anche online. Al fine di sviluppare un nuovo modello di valutazione che abbia maggiore coerenza con il contesto dell'apprendimento in Rete, si rende necessaria una rielaborazione progressiva delle pratiche e degli strumenti della valutazione per la formazione online che permetta di andare oltre i vincoli che derivano da un uso esclusivo delle prove oggettive di verifica. La formazione in Rete e blended deve riconsiderare le forme della valutazione: dall'analisi dei risultati di apprendimento, il focus si orienta prevalentemente sulla natura del percorso che presiede al raggiungimento di quei risultati, valorizzando il processo di apprendimento almeno quanto il prodotto. Il sistema valutativo proposto (di seguito viene riportata una prima ipotesi di griglia per valutare il contributo individuale nell'ambito delle attività formative blended) consente di monitorare una pluralità di indicatori quali/quantitativi che indagano sia le forme di comprensione del soggetto che apprende, sia le modalità relazionali e di leadership da lui agite nelle attività di comunicazione e di collaborazione avviate durante le fasi operative del lavoro di gruppo.

Descrittore	Livello			
Comunicazione in Rete	Sufficiente	Discreto	Buono	Molto buono
Significatività dei contributi forniti nel forum *tutti*				
Efficacia della partecipazione al processo negoziale				
Significatività dei contributi rispetto allo sviluppo delle attività formative online				
Approfondimento della ricerca sui lavori sviluppati				
Utilizzo delle risorse digitali	Sufficiente	Discreto	Buono	Molto buono
Originalità dei materiali selezionati in Rete				
Qualità dei materiali prodotti				
Realizzazione dei lavori	Sufficiente	Discreto	Buono	Molto buono
Capacità di sollecitare ed esprimere forme di creatività				
Efficacia nella progettazione e realizzazione dei lavori di gruppo				
Pratica della Leadership	Sufficiente	Discreto	Buono	Molto buono
Capacità di sollecitare e sostenere il gruppo dal punto di vista cognitivo				
Capacità di sollecitare e sostenere il gruppo dal punto di vista organizzativo				
Capacità di sollecitare e sostenere il gruppo dal punto di vista relazionale				

METODOLOGIA

Il corso sarà tenuto presso la sede del Collegio IPASVI di Roma e/o presso sedi di Ospedali e scuole infermieristiche di Roma e Provincia, ed è strutturato in tre sessioni:

- **I sessione in presenza**, 8 ore formative, con alternanza di Relazioni su temi preordinati con dimostrazioni tecniche senza partecipazione dei discenti e successive esercitazioni interattive dei gruppi dei discenti sui temi proposti, supportati dagli I-tutor.
- **II sessione online**, tre settimane di accesso dei discenti sulla piattaforma di I-learning, animata dagli I-tutor, per condividere con il proprio gruppo di lavoro il progetto di revisione della letteratura assegnato, attraverso l'utilizzo delle banche dati e le risorse disponibili nella Rete sino a produrre una storia digitale della loro revisione bibliografica. In questa fase i partecipanti sono immersi in un contesto di apprendimento fondato sull'integrazione tra dimensione relazionale e responsabilità individuale del soggetto, che apprende e si fa protagonista consapevole, motivato e creativo. Stimando in 1 ora al giorno la partecipazione minima e sufficiente alla condivisione dei lavori online, si prevedono 20 ore minime di attività formativa per discente.
- **III sessione in presenza**, dedicata alla presentazione finale dei lavori di gruppo e alle valutazioni. Prevede 4 ore formative per i partecipanti.

Sono pertanto previste 32 ore totali di formazione.
Il corpo insegnante è costituito da docenti universitari e/o docenti di comprovata esperienza nel campo. Gli I-tutor sono infermieri adeguatamente formati al modello didattico dell'I-learning, attraverso corsi pregressi, che hanno già esperito attività didattica come I-tutor.

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, in ogni fase, è condotto 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.

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 seguenti indicatori:

- aumento degli accessi alla biblioteca digitale del Collegio IPASVI 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

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	febbraio –aprile2016
1	Elaborazione del programma Accreditamento ECM	Comitato Scientifico, docenti,	aprile – maggio 2016
2	Realizzazione dei corsi di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	Giugno-dicembre 2016

DIAGRAMMA GANTT

2016	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen 2017
Fase 0													
Fase 1													
Fase 3													

BIBLIOGRAFIA

1. Bellingeri A, Dalfino S, Falli F, Malinverno E, Origlia A, Piccoli M, Proietti MG, Rasero L, Suzzi R. (2003*), La ricerca infermieristica in Italia. Linee guida per la ricerca infermieristica*, Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, Collana Metodi e Strumenti; Roma.
2. Bonfigli A., Canestrini T., Carradore M., Cristofori E., Errico A., Fabbri A., et al. (2014), *Manuale per la ricerca bibliografica online. Fare tagging nel web society*. Franco Angeli; Roma.
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. Fain JA. (2004), *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*. Mc Graw-Hill; Milano.
5. Hamer S, Collison G. (2002), *Evidence based practice*, (Ed. it. a cura di Chiari P, Santullo A) Mc Graw-Hill; Milano.
6. Lo Biondo-Wood G, Haber J. (2004), *Metodologia della ricerca infermieristica*, Mc Graw-Hill; Milano.
7. Lo Palco PL., Tozzi AE. (2003), *Epidemiologia facile*, Il Pensiero Scientifico Editore; Torino.
8. Nebuloni G. (1995), *Introduzione alla ricerca per infermieri ed altri operatori sanitari*, Sorbona; Milano.
9. Quagliata A. (2014), *I-Learning. Storie e riflessioni sulla relazione educativa*, Armando Editore; Roma.
10. Sackett DL, Straus SE, Richardson SW, Rosemberg W, Haynes BR. (2002), *La medicina basata sulle evidenze scientifiche*, Centro Scientifico Editore; Torino.
11. Vellone E, Piredda M. (2014), *La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria*, Mc Graw-Hill; Milano.
12. Vellone E, Sciuto M. (2001), *La ricerca bibliografica. Applicazione nel nursing e nelle scienze sanitarie*, Mc Graw-Hill; Milano.
13. Vygotskij, L.S. (1980), *Il processo cognitivo*, Boringhieri; Torino.
14. Wenger, E. (2006), *Comunità di Pratica. Apprendimento, Significato e Identità*, Raffaello Cortina editore; Milano.

SITOGRAFIA

http://www.evidencebasednursing.it
http://gimbe.org
http://www.ncbi.nlm.nih.gov

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

CONSULENZA PER LA RICERCA INFERMIERISTICA

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.16.3

TITOLO PROGETTO

Servizio di consulenza per la ricerca infermieristica
A counselling service for research in nursin

ABSTRACT

La consulenza è una prestazione lavorativa professionale da parte di un consulente ovvero una persona che, avendo accertata qualifica in una materia, consiglia e assiste il proprio cliente o committente nello svolgimento di cure, atti, bisogni, pratiche o progetti fornendo o implementando informazioni, pareri o soluzioni.
Diverse sono le caratteristiche del servizio svolto: a) Le prestazioni del consulente di fiducia riguardano rapporti fondati sulla stima che una persona/l'istituzione riscuotono per competenze e percorso professionale e di esperienze, b) Il mentoring può essere definito "una relazione di coppia che assume la forma di colloqui periodici per lo più situati in un orizzonte temporale compreso tra uno e due anni, in cui uno dei due soggetti mette a disposizione la propria esperienza e conoscenza al fine di guidare e sostenere l'altro in un percorso di apprendimento e crescita in particolari momenti della sua esperienza professionale che corrispondono a significativi transizioni o richiedono lo sviluppo del suo patrimonio di conoscenze" (Piccardo, 1998, p.37).

ABSTRACT

Counselling is professional advice given by a qualified person to their client(s) about care management, needs, plans, projects etc. with the aim of arriving at a solution to their problem(s).
Counselling is all about relationships based on esteem that a counsellor has earned thanks to their competence and experience. Thus, mentoring can be described as a sort of "a loving relationship founded on conversations mostly taking place within the space of 1-2 years, where one of the subjects offers his or her experience and expertise to try to support and guide the other along the way of learning and growth at particular times of his or her professional experience, which correspond to significant transitions or require the advancement of their knowledge" (Picardo, 1998, p. 37).

BACKGROUND

La consulenza è una prestazione lavorativa professionale da parte di un consulente ovvero una persona che, avendo accertata qualifica in una materia, consiglia e assiste il proprio cliente o committente nello svolgimento di cure, atti, bisogni, pratiche o progetti fornendo o implementando informazioni, pareri o soluzioni.
Compito del consulente è quindi, una volta acquisiti gli elementi che il cliente possiede già, di aggiungervi quei fattori di sua esperienza, conoscenza e professionalità che possono promuoverne sviluppi nel senso desiderato; in tale contesto è sostanziale il rapporto di fiducia tra il committente e chi fornisce consulenza. Tale fiducia può fondarsi su un rapporto consolidato, sulla notorietà del consulente, sulla competenza e capacità dimostrate, sui titoli accademici e professionali che egli possiede.

Caratteristiche del servizio

Il consulente di fiducia

Le prestazioni del consulente di fiducia riguardano rapporti fondati sulla stima che una persona/l'istituzione riscuotono per competenze e percorso professionale e di esperienze.
Consulenza per la applicazione della metodologia della ricerca nella compilazione di tesi, progetti di lavoro, progetti di studio, ecc.
Consulenza educativa quale processo di aiuto ai professionisti in difficoltà nella relazione con il proprio

gruppo di lavoro e col gruppo dei pari e/o all'interno della organizzazione di riferimento.
Consulenza quale tutor di formazione, particolare lavoratore della conoscenza (knowledge worker, che accompagna gli studenti nel processo di apprendimento della metodologia della ricerca. Il tutor favorisce l'assimilazione e la personalizzazione degli aspetti della metodologia della ricerca da parte dei professionisti e favorisce l'eventuale recupero e il rinforzo delle competenze acquisite.
Il tutor è il punto di riferimento e guida nel percorso di apprendimento di un neoassunto oppure di una persona su cui l'organizzazione ha deciso di "puntare", in altre parole un potenziale in crescita (Reggiani, 2000). Scopo del tutoring è permettere alla persona di acquisire delle conoscenze tecnico-specialistiche e gestionali approfondite per ricoprire in modo più consapevole il proprio ruolo lavorativo.
La peculiarità del tutoring, come scrive Intonti (2000) "è di essere incentrato, non tanto sullo sviluppo delle capacità relazionali, di comunicazione ed esplicitamento delle capacità, bensì proprio sulle competenze lavorative, sulle specifiche capacità richieste dal ruolo che si svolge all'interno dell'azienda". L'apprendimento passa soprattutto tramite incontri di confronto che possono essere richiesti dal professionista in caso di difficoltà.

Attività di mentoring

Il mentoring può essere definito "una relazione di coppia che assume la forma di colloqui periodici per lo più situati in un orizzonte temporale compreso tra uno e due anni, in cui uno dei due soggetti mette a disposizione la propria esperienza e conoscenza al fine di guidare e sostenere l'altro in un percorso di apprendimento e crescita in particolari momenti della sua esperienza professionale che corrispondono a significativi transizioni o richiedono lo sviluppo del suo patrimonio di conoscenze" (Piccardo, 1998, p.37).
A differenza del tutoring, il mentoring ha lo scopo, non solo di permettere all'allievo di ampliare le sue conoscenze, ma anche di integrarsi nella cultura aziendale e di fornirgli supporto psicologico. Generalmente è rivolto ai neoassunti per aiutarli nella fase di ingresso nell'organizzazione. Le funzioni principali del mentoring sono tre (Cortese, 1997):

- Aiutare l'allievo nel suo percorso di apprendimento: identificazione dei suoi punti di forza e di debolezza e delle discrepanze rispetto alle capacità richiesta dal ruolo,ricerca delle opportunità per migliorare;
- Trasmettere all'allievo la cultura organizzativa (Piccardo. Benozzo, 1996), intesa, secondo la formulazione di Schein (1990 p.35) come "insieme di assunti di base inventati, scoperti o sviluppati da un gruppo determinato quando impara ad affrontare i propri problemi di adattamento con il mondo esterno e di integrazione al suo interno, che si è rivelato così funzionale da essere considerato valido e, quindi, da essere indicato a quanti entrano nell'organizzazione come il modo corretto di percepire, pensare e sentire in relazione a quei problemi";
- Facilitare il percorso di iniziazione dell'individuo e contribuire a renderlo integrato in modo ottimale, evitando l'insorgere di malintesi e incomprensioni con colleghi e collaboratori.

Come ricorda Reggiani (2000), la parola mentore è di origine antica e deriva dalla mitologia greca: Mentore è il fidato consigliere alle cui cure Ulisse affida il figlio Telemaco prima di partire per la guerra di Troia. Il mentore, quindi è qualcosa di più di un capo che addestra un subordinato, ma è più una guida che si prende in carico l'allievo nella sua globalità e offre un sostegno e una comprensione profondi. Per questo motivo i contatti tra mentor-allievo sono molto più frequenti e continui rispetto al tutoring. Come nel tutoring il ruolo di mentore può essere ricoperto da un superiore diretto oppure da un collega più anziano ed esperto, ma esterno: probabilmente questa seconda ipotesi è preferibile perché evita la difficoltosa situazione del capo che deve valutare di fronte ad altri le prestazione di colui che fino a quel momento si è impegnato ad aiutare in modo così profondo.
Per quanto riguarda lo svolgimento dell'attività di mentoring, Claudia Piccardo (2000) afferma che in un percorso "ideale"di mentoring ci sono 10 fasi, dalla fase iniziale di definizione degli obiettivi, delle risorse e dei vincoli di progetto, alla fase finale di bilancio dei risultati dell'attività svolta. In mezzo, la scelta dei candidati sia per il ruolo di mentore che per quello di mentee
Per quanto riguarda i vantaggi, quelli del mentoring sono diversi e riguardano sia l'allievo che il mentore che l'organizzazione (Quaglino e Cortese, 1997).
Per lo studente i vantaggi sono sia di ordine professionale (apprendimento di competenze, facilitazione della carriera, integrazione culturale nell'organizzazione), sia di ordine personale (aumento della motivazione, rapporto di sostegno emotivo e incremento della comprensione del significato del proprio lavoro). Forse il vantaggio maggiore del mentoring è che favorisce la crescita professionale dell' "allievo", che è messo in grado di trarre dalle occasioni professionali offerte il massimo apprendimento e al tempo stesso di imparare sull'esempio di una persona di successo (Cecchinato e Di Pietro, 1998).
Per il mentore i vantaggi non sono così intuitivi, ma sono comunque rilevanti: un rinnovamento di interessi e motivazioni lavorative, dovuto anche all'ampliamento delle relazione e del prestigio goduto all'interno dell'azienda la soddisfazione di poter trasferire ad altri le proprie competenze, la possibilità di riflettere su temi considerati "acquisiti".
Per le organizzazioni i vantaggi sono principalmente la riduzione dei costi della formazione tradizionale, il miglioramento delle performance dei collaboratori, l'aumento della soddisfazione e il miglioramento del clima lavorativo (Reggiani, 2000).

In definitiva l'obiettivo finale è potenziare il rapporto e il confronto tra gli iscritti e l'organizzazione IPASVI e CECRI.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Potenziare il rapporto e il confronto tra gli iscritti e l'organizzazione IPASVI e CECRI. Fornire all'iscritto consulenza in ambito clinico, assistenziale, manageriale-organizzativo attraverso consulenze specifiche alle sue esigenze.

Obiettivi specifici

Realizzare una attività di servizio agli iscritti con la finalità di:

1. Potenziare la conoscenza e partecipazione degli iscritti alle attività del collegio;
2. Mettere a disposizione degli iscritti le competenze professionali dei componenti del consiglio direttivo ed esperti del Centro di Eccellenza;
3. Favorire la applicazione di metodologia scientifica nelle elaborazioni personali di test, progetti di lavoro, progetti di ricerca, anche in rispondenza al mandato del 3°polo del Centro di Eccellenza;
4. Promuovere la partecipazione degli iscritti a progetti di ricerca già attivati dal Centro di Eccellenza.

METODOLOGIA

Organizzazione del servizio

- Disponibile per infermieri iscritti al collegio Ipasvi di Roma
- Attivabile su richiesta
- Persone coinvolte : Consiglieri che propongono la propria disponibilità , esperti del CECRI, consulenti esterni secondo le necessità
- 1 consulente per il primo contatto per la comprensione delle reali esigenze, consulenza vera e propria o orientamento ad altro consulente (secondo calendario specifico di disponibilità)

Tempi

- 1volta a settimana per tre ore – Giovedì dalle ore 16.00 alle ore 19.00

RISULTATI ATTESI

Un più diffuso interesse, rapporto e confronto tra gli iscritti e l'organizzazione IPASVI e CECRI fornendo all'iscritto consulenza in ambito clinico, assistenziale, manageriale-organizzativo attraverso consulenze specifiche alle sue esigenze. Tale aumentato interesse si può verificare con i seguenti indicatori:

- Almeno 20 consulenze nell'anno 2016.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Aprile 2016
1	Stesura programma e inizio attività	Project Team	Maggio 2016
2	Realizzazione del servizio di consulenza	Project Team	Giugno-novembre 2016
3	Pubblicazione dei report servizi offerti	Project Team	Dicembre 2016

DIAGRAMMA GANTT

2016	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Fase 0										
Fase 1										
Fase 2										

2016	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Fase 3										

BIBLIOGRAFIA

1. Biggio G. Counselling. Metodi e applicazioni. Gangemi Editore, 2012.
2. Intonti P. L'arte dell'individual coaching. FrancoAngeli,2000.
3. Maran a. Leadership e immagine dell'eccellenza. FrancoAngeli, 2001.
4. Quaglino G.P. Scritti di formazione (1991-2002). FrancoAngeli, 2006.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

LA RICERCA NELL'INFERMIERISTICA ATTRAVERSO L'UTILIZZO DELLE BANCHE DATI ONLINE

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.16.4

TITOLO PROGETTO

La ricerca delle evidenze scientifiche nell'infermieristica attraverso l'utilizzo delle banche dati online

Evidence-based nursing: doing research using online databases

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 itinerante: "*La ricerca delle evidenze scientifiche nell'infermieristica attraverso l'utilizzo delle banche dati online*", con lo scopo di contribuire all'offerta formativa nazionale con una formula completamente nuova, che vada ad incidere profondamente sull'apprendimento del professionista.

Il corso vuole offrire a tutti i professionisti che lo frequenteranno informazioni specifiche ed operative per il recupero e l'analisi della letteratura scientifica necessaria ad implementare le innovazioni in tutti i settori dove gli infermieri operano: clinica, formazione, gestione, territorio.

In particolar modo verranno affrontate le modalità di recupero e consultazione offerte dalla rete e dalle banche dati che il Collegio IPASVI mette a disposizione gratuita di tutti gli iscritti, attraverso la Biblioteca digitale. La diffusione delle informazioni sull'utilizzo delle risorse del WEB è una delle linee di sviluppo della disciplina infermieristica, infatti solamente diminuendo il divario tra mondo della ricerca e settori della formazione e della pratica clinica si otterrà più velocemente lo sviluppo disciplinare e professionale auspicato.

ABSTRACT

This itinerant training course entitled "Evidence-based nursing: doing research using online databases" is founded on the concept of "scholarship" which lies at the heart of the interests of the Centre of Excellence (CoE). Its aim is to offer health care professionals a completely new formula which we believe will "leave a deep mark" on their career.

This course provides students with detailed and practical information concerning the retrieval and analysis of scientific literature for the promotion of innovation within all areas of nursing: clinical; training; and management. In particular, attention will be paid to how online databases can be accessed via the IPASVI digital library, which is free for all its members.

Circulating information about the use of Web resources is essential: it is only by bridging the gap between the world of research and that of education and clinical practice that nursing will achieve its long-awaited professional enhancement.

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 socio-culturale 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, 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 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 è assistito a un graduale aumento del numero di pubblicazioni infermieristiche.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Apprendimenti teorici concernenti la ricerca bibliografica nell'infermieristica, nell'ambito dell'etica, della deontologia e dei vari setting clinici.

Obiettivi specifici

1. Capacità di reperire l'informazione scientifica attraverso le banche dati Cinahl, PubMed, Nursing Reference Center, ILISI e OvidSP.
2. 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 dal Collegio Ipasvi 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.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

- Il corso è strutturato su 5 ore formative e sarà tenuto presso sedi di Ospedali e Scuole infermieristiche di Roma e Provincia.
- Il corpo insegnante è costituito da 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.

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 seguenti indicatori:

- Aumento degli accessi alla biblioteca digitale del Collegio Ipasvi 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.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Febbraio-marzo 2016

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Realizzazione lezioni Accreditamento ECM	Comitato Scientifico, docenti,	Aprile – agosto 2016
2	Realizzazione dei corsi di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	Settembre-Gennaio 2017

DIAGRAMMA GANTT

2016	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 2017
Fase 0	■	■	■										
Fase 1		■	■	■	■								
Fase 2						■	■	■	■	■	■	■	■
Fase 3													■

BIBLIOGRAFIA

1. Bellingeri A., Dalfino S., Falli F., Malinverno E., Origlia A., Piccoli M., Proietti MG., Rasero L., Suzzi R. (2003*), La ricerca infermieristica in Italia. Linee guida per la ricerca infermieristica*, Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, Collana Metodi e Strumenti; Roma.
2. Bonfigli A., Canestrini T., Carradore M., Cristofori E., Errico A., Fabbri A., et al. (2014), *Manuale per la ricerca bibliografica online. Fare tagging nel web society*. Franco Angeli; Roma.
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. Fain J.A. (2004), *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*. Mc Graw-Hill; Milano.
5. Hamer S., Collison G. (2002), *Evidence based practice*, (Ed. it. a cura di Chiari P., Santullo A.) Mc Graw-Hill; Milano.
6. Lo Biondo-Wood G., Haber J. (2004), *Metodologia della ricerca infermieristica*, Mc Graw-Hill; Milano.
7. Lo Palco P.L., Tozzi A.E. (2003), *Epidemiologia facile*, Il Pensiero Scientifico Editore; Torino.
8. Nebuloni G. (1995), *Introduzione alla ricerca per infermieri ed altri operatori sanitari*, Sorbona; Milano.
9. Sackett D.L., Straus S.E., Richardson S.W., Rosemberg W., Haynes B.R. (2002), *La medicina basata sulle evidenze scientifiche*, Centro Scientifico Editore; Torino.
10. Vellone E., Piredda M. (2014), *La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria*, Mc Graw-Hill; Milano.
11. 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

Polo della Formazione

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

L'INDICIZZAZIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA NEL NURSING

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.16.5

TITOLO PROGETTO

L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche

Indexing and retrieval of scientific literature in nursing

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*.
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.

ABSTRACT

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 health care 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.
b. 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.

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 socio-culturale 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, 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 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.

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.

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

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 dal Collegio Ipasvi 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

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Gennaio – marzo 2016
1	Realizzazione lezioni Accreditamento ECM	Comitato Scientifico, docenti,	Febbraio-aprile 2016
2	Realizzazione dei corsi di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	Aprile 2016 – gennaio 2017
3	Disseminazione dei risultati della ricerca	Comitato Scientifico	Gennaio 2017

DIAGRAMMA GANTT

2016	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 2017
Fase 0													
Fase 1													
Fase 2													
Fase 3													

BIBLIOGRAFIA

1. Bellingeri A, Dalfino S, Falli F, Malinverno E, Origlia A, Piccoli M, Proietti MG, Rasero L, Suzzi R. (2003*), La ricerca infermieristica in Italia. Linee guida per la ricerca infermieristica*, Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, Collana Metodi e Strumenti; Roma.
2. 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.
3. Fain JA. (2004), *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*. Mc Graw-Hill; Milano.
4. Hamer S, Collison G. (2002), *Evidence based practice*, (Ed. it. a cura di Chiari P, Santullo A) Mc Graw-Hill; Milano.
5. Lo Biondo-Wood G, Haber J. (1997), *Metodologia della ricerca infermieristica*, Mc Graw-Hill; Milano.
6. Lo Palco PL., Tozzi AE. (2003), *Epidemiologia facile*, Il Pensiero Scientifico Editore; Torino.
7. Nebuloni G. (1995), *Introduzione alla ricerca per infermieri ed altri operatori sanitari*, Sorbona; Milano.
8. Sackett DL., Straus SE., Richardson SW., Rosemberg W., Haynes BR. (2002), *La medicina basata sulle evidenze scientifiche*, Centro Scientifico Editore; Torino.
9. Vellone E, Piredda M. (2009), *La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria*, Mc Graw-Hill; Milano.
10. 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

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

CORSO DI INGLESE SCIENTIFICO

COORDINATORE PROGETTO
G. Aleo - A. Rotatori
M. Napolano - A. Stievano

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.16.6

TITOLO PROGETTO

Corso di inglese scientifico per il nursing 3 livelli: base – pre-intermedio – intermedio

English for nurses (3 levels): elementary – pre-intermediate – intermediate

ABSTRACT

La pratica clinica potrebbe essere enormemente migliorata se l'infermiere avesse le piene competenze per comunicare in altre lingue in un mondo sempre più complesso, interconnesso e globalizzato dove la professione infermieristica nei contesti dinamici e instabili che caratterizzano la post-modernità si contraddistingue per mutamenti profondi e sostanziali che concernono sia il contributo epistemologico e fattuale specifico all'interno dei sistemi sanitari, sia la relazione con il cittadino [1, 2].
L'avvento della "*società complessa*", in altre parole plurale, dismorfica, asimmetrica, non lineare, dinamica, multidimensionale, il suo irrompere in forme, modelli e tendenze che la fanno somigliare spesso ad un'immensa rete di significati, pone la necessità della riflessione e del confronto per riformulare le scelte dell'operatore sanitario, per riposizionare l'infermiere e le sue competenze all'interno delle organizzazioni sanitarie. La società plurale, 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, dall'aumento vertiginoso delle comunicazioni con la crescita delle reti digitali, dall'interdipendenza economica sempre più accentuata e dal rimodellamento continuo delle identità personali e collettive, oltre a cambiare senza soluzione di continuità, produce nuove identità, sempre in divenire, anche in relazione alle maggiori possibilità di contatto con le diversità portate da individui provenienti da tutto il mondo. Questa situazione impone al professionista infermiere di sviluppare nuove competenze linguistiche per rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica della persona e per lavorare a fianco di colleghi provenienti da molti paesi diversi [3]. Il nostro mondo simultaneo frutto della rivoluzione informatica, e dell'interdipendenza dei paesi poveri da quelli opulenti occidentali ha proiettato le persone portatrici di culture "*altre*" al nostro fianco.
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 espresse in una lingua che si padroneggia in modo insufficiente.
Questi corsi di inglese scientifico (4) di base – pre-intermedio – intermedio – avanzato, dedicati agli infermieri nascono dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese per poter effettuare un'assistenza culturalmente e linguisticamente attenta ai bisogni complessi dell'altro.

Parole chiave: Inglese, grammatica, linguaggio.

ABSTRACT

Clinical practice could be greatly improved if nurses had the skills to communicate in other languages in an increasingly complex, interconnected, and globalised world, where nursing is set against a background of dynamic and ever-changing contexts that characterise the post-modern society. These factors have an impact both on the specific epistemiological and factual aspects of the health systems, and on the relationship with the citizens[1,2].
With the advent of the so-called '*complex society*' (i.e. a pluralistic, dysmorphic, asymmetrical, non-linear, dynamic, and multidimensional society), swarming with forms, models and tendencies that make it resemble to an enormous network of meanings, calls for reflection and exchange to reformulate the

choices of the health workers, thus repositioning nurses and their competences within the healthcare organizations. The pluralistic society - characterised by the end of the one-sided visions of existence, by the end of knowledge silos, by the interdisciplinary approach to problem solving, the radical change of the way of experiencing time and space for all the inhabitants of our planet, the boom of communication through the development of digital networks, by the increasing financial interdependence, and by the continued remodelling of single and collective identities – produces an ongoing change of identities, also due to the greater opportunities that allow to get into contact with people with different backgrounds from all over the world. This situation obliges nurse professionals to develop new linguistic skills in order to meet the healthcare needs of their patients and work alongside with peers coming from different countries. This simultaneous world resulting from the IT revolution and from the interdependence of the poorer countries with the richer countries of the Western World, has put us into contact with people with 'different' cultural backgrounds.
In addition, in the field of healthcare, today more than ever, knowing English is essential to access the immense patrimony of international scientific literature, as well as a wealth of precious information and international educational events, which nurses often do not attend because of their poor English skills.
These courses of scientific English for nurses are divided into four levels: basic, pre-intermediate, intermediate, and advanced. Their purpose is to teach English to nurses so that they may meet the complex needs of people with different cultural and linguistic backgrounds.
Key-words: Engligh, grammar, language

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".

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.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Ampia accessibilità: 9 edizioni nel 2016 (su 3 livelli: base, preintermedio, intermedio)
Accreditamento ECM
Minimo contributo economico da parte dei partecipanti (120 Euro) per la partecipazione ad ogni livello. Il testo (English for Nurses and Healthcare Providers, Casa Ed. Ambrosiana) comprensivo di CD-Rom viene offerto a prezzo scontato.
Sede del corso di formazione: Collegio IPASVI 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.

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 quattro 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.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	marzo 2016
1	Accreditamento ECM	Comitato Scientifico	marzo 2016
2	Realizzazione delle 9 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti	aprile-dicembre 2016
3	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni dei crediti ECM	Comitato Scientifico	dicembre 2016

DIAGRAMMA GANTT

	mar 2016	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic 2016
Fase 0	■									
Fase 1	■									
Fase 2		■	■	■	■	■	■	■	■	■
Fase 3										■

BIBLIOGRAFIA

1. Malaguti A. - Parini B.- Roberts (2006), *English for Nurses and Healthcare Providers*, Ambrosiana, Milano.
2. Aleo G., Sasso L. (2010), *Pubblicare nella letteratura scientifica internazionale*, McGraw-Hill, Milano.
3. Rotatori, A. (2014). *L'inglese medico-scientifico: pronuncia e comprensione all'ascolto*. EdiSES
4. Rotatori, A. (2015). *Health Care Professionals Speaking: Conversazioni in ambito sanitario per i professionisti della salute*. EdiSES

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

CORSO DI FONETICA E CONVERSAZIONE

COORDINATORE PROGETTO
A. Rotatori - M. Napolano
A. Stievano

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.16.7

TITOLO PROGETTO

Parlare e comprendere l'inglese contemporaneo (3 livelli)

Speaking and understanding contemporary English (3 levels)

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.

ABSTRACT

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.

Parole chiave: English, language, phonetics.

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".

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].

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.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Ampia accessibilità: 3 edizioni nel 2016
Accreditamento ECM
Minimo contributo economico da parte partecipanti (quota di iscrizione = €120,00).
Sede del corso di formazione: Collegio IPASVI 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.

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 seguenti 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..)

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA

PIANIFICAZIONE

0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	marzo 2016
1	Accreditamento ECM	Comitato Scientifico	marzo 2016
2	Realizzazione delle 9 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti	aprile-dicembre 2016
3	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni dei crediti ECM	Comitato Scientifico	dicembre 2016

DIAGRAMMA GANTT

	mar 2016	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic 2016
Fase 0	■									
Fase 1	■									
Fase 2		■	■	■	■	■	■	■	■	■
Fase 3										■

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
4. Rotatori, A. (2015). *Health Care Professionals Speaking: Conversazioni in ambito sanitario per i professionisti della salute*. EdiSES

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

FORMAZIONE E METODOLOGIA RICERCA

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti - S. Annunziata
G. De Andreis - I. Molinaro
A. Stievano - A. Pulimeno

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.16.8

TITOLO PROGETTO

Formazione nella metodologia della ricerca

Education in the methodology of research

ABSTRACT

La ricerca infermieristica è un'attività di indagine sistematica che ha lo scopo di descrivere, spiegare e prevedere i fenomeni della scienza infermieristica al fine di garantire cure infermieristiche efficaci ed efficienti. La letteratura nazionale ed internazionale sostiene che tutti gli infermieri debbono avere delle conoscenze e delle responsabilità riguardo alla ricerca. Dall'assunto che gli infermieri devono essere adeguatamente formati alla metodologia della ricerca, si sviluppa tale progetto tramite il quale verranno rilevati i dati relativi all'insegnamento di Metodologia della Ricerca (MdR) all'interno dei corsi di laurea di infermieristica sul territorio nazionale.

ABSTRACT

Nursing research is an activity of systematic analysis to predict and describe the main aspects of the nursing science. National and international literature asserts that all nurses have to possess knowledges and responsibilities about nursing research. From these premises nurses must be educated in the methodology of research since the first years of the nursing degree courses. For this reason this project will aim to collect data related to the education in the "methodology of nursing research" in the different bachelor nursing schools at national level.

BACKGROUND

Ogni disciplina scientifica ha la ricerca come presupposto del suo sviluppo e del suo riconoscimento. Essa rappresenta l'anello di congiunzione tra la teoria e la pratica ed è lo strumento che consente di definire e avvalorare nuove conoscenze. Nello specifico, la ricerca infermieristica ha l'obiettivo di sviluppare le conoscenze nell'assistenza alla persona sana, o ammalata. È volta alla comprensione dei meccanismi genetici, fisiologici o sociali, comportamentali ed ambientali che influiscono sulla capacità della persona o della famiglia a mantenere o migliorare una funzionalità ottimale e ridurre gli effetti negativi della malattia (International Council of Nurses 1987).

Per approfondire e aggiornare le proprie conoscenze teoriche e cliniche e per progettare ricerche scientifiche al fine di contribuire ad incrementare le conoscenze attuali, è necessario che gli infermieri dispongano di alcuni strumenti quali la formazione per acquisire la metodologia e le tecniche per la ricerca infermieristica; l'accesso al patrimonio bibliografico; l'accesso alla rete della ricerca scientifica a livello nazionale ed internazionale.

La cultura della ricerca si sviluppa essenzialmente nelle istituzioni universitarie, quindi è indispensabile che gli infermieri, a tutti i livelli di formazione, siano consapevoli della sua importanza e siano adeguatamente formati.

La ricerca infermieristica fu prevista come insegnamento facoltativo di un corso universitario fin dal 1974 (Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche dell'Università Statale di Milano). Nel 1991 il Decreto del MURST (istitutivo del Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche) per la prima volta, ha richiamato esplicitamente l'insegnamento della ricerca infermieristica nell'ambito della formazione di base, prevedendo al terzo anno un corso di metodologia della ricerca. Ulteriori richiami ci sono stati poi con il Profilo professionale dell'Infermiere del 1994, ed infine con l'istituzione delle Laureee Triennali nelle professioni sanitarie (DM 509/1999). Anche la Federazione Nazionale Collegi Ipasvi ha redatto delle linee

guida all'interno delle quali sono stati individuati quattro livelli di formazione alla ricerca (Federazione Nazionale Collegi Ipasvi 2003).
Le raccomandazioni della letteratura sostengono che l'insegnamento della ricerca infermieristica nel corso della Laurea in Infermieristica dovrebbe iniziare dal primo semestre del primo anno della laurea per arrivare poi al master ed alla laurea specialistica; che l'infermiere laureato deve possedere una mentalità scientifica e critica verso la pratica infermieristica, deve conoscere teoricamente e praticamente gli strumenti che gli consentono di accedere alla conoscenza scientifica, deve conoscere il processo di ricerca e, infine, deve saper criticare la ricerca per poterne applicare i risultati nella pratica clinica (Vellone et al. 2001).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Sulla scorta di uno studio condotto nel 2002 dalla Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, gli obiettivi di progetto formulati per questo studio saranno i seguenti:
- "Qual è l'articolazione della disciplina Metodologia della Ricerca Infermieristica negli Ordinamenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica?
- Ci sono stati, e se sì quali, dei cambiamenti e dei progressi nell'insegnamento della Metodologia della ricerca rispetto all'indagine condotta nel 2002?"

METODOLOGIA

In questo progetto si contatteranno i Coordinatori Didattici di 190 sedi di Corsi di laurea in infermieristica a livello nazionale per via digitale. Ai Coordinatori Didattici sarà inviata una lettera di presentazione dello studio con riportati gli obiettivi e il questionario al quale rispondere. Lo strumento utilizzato sarà un questionario composto da 11 item a risposta chiusa. Le domande indagheranno le seguenti aree:
- La durata in ore del corso di insegnamento di Metodologia della Ricerca;
- La qualifica del titolare del corso di insegnamento;
- La disponibilità di linee guida per l'elaborazione della tesi;
- La disponibilità di un'emeroteca infermieristica o di una biblioteca specializzata o di testi infermieristici.

Lo strumento sarà elaborato mediante la revisione del questionario utilizzato nell'indagine effettuata dalla Federazione Nazionale Collegi Ipasvi nel 2003. Alcuni item saranno, necessariamente, modificati, anche se in maniera limitata, per rendere comunque confrontabili i risultati.
Il disegno dello studio èquantitativo-descrittivo e le distribuzioni saranno costruite sia per valori assoluti sia per valori percentuali.

RISULTATI ATTESI

Nei Corsi di Laurea in Infermieristica la Metodologia della Ricerca dovrebbe avere un'ampia diffusione e con questo progetto di ricerca si andranno ad analizzare alcune caratteristiche di tale insegnamento tra le diverse sedi universitarie e i requisiti che hanno i docenti per effettuare tali corsi di formazione.
La ricerca deve essere un requisito indispensabile nei programmi didattici dei corsi di laurea, essa deve essere supportata da risorse adeguate e deve disporre di un concreto supporto gestionale. È, quindi, assolutamente essenziale che gli studenti ottengano una solida base nel campo della ricerca fin dall'inizio della loro formazione universitaria.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Marzo 2016
1	Svolgimento del progetto	Comitato Scientifico	Marzo 2016
2	Analisi dei dati e risultati	Comitato scientifico, docenti	Aprile-dicembre 2016
3	Report finale	Comitato Scientifico	Dicembre 2016

DIAGRAMMA GANTT

	mar 2016	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic 2016
Fase 0										
Fase 1										
Fase 2										
Fase 3										

BIBLIOGRAFIA

1. Consiglio Internazionale delle Infermiere (ICN) (1996). Migliorare la salute delle persone attraverso la ricerca infermieristica.
2. Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2003). La ricerca infermieristica in Italia. Roma: Federazione Nazionale Collegi IPSVI.
3. Vellone E., Sciuto M. (2001). La ricerca bibliografica. Milano: McGraw-Hil

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

FORMAZIONE IN EVIDENCE BASED PRACTICE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE

COORDINATORE PROGETTO
C. Lorenzetti - M. Matarese
N. Mazzitelli - A. Peghetti
C. Puleio - A. Stievano
E. Casciato

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.16.1

TITOLO PROGETTO

EBP: l'infermiere esperto clinico, agente di cambiamento nella realtà operativa

Evidence-based practice (EBP): clinical nurse leaders (CNLs) implementing changes in clinical practice

ABSTRACT

Il miglioramento della pratica assistenziale, così come enfatizzato dalla letteratura internazionale, è realizzabile attraverso strategie che incoraggino i professionisti infermieri a riflettere criticamente sulla loro esperienza e li stimolino ad applicare nella pratica i risultati della ricerca. Una delle strategie suggerite per raggiungere tali obiettivi è quella di formare infermieri alla ricerca delle evidenze, che dall'interno dei contesti clinici cureranno il processo di cambiamento e fungeranno sia da esperti metodologici che da punto di riferimento clinico per i loro colleghi. Una formazione degli infermieri clinici specifica in EBP è fondamentale, quindi, per iniziare tale processo di cambiamento.
Il progetto formativo presentato si inserisce nel progetto complessivo relativo alla formazione dei *clinical nurse leader* (CNL) che, tra le varie fasi, prevede il fornire agli infermieri selezionati le competenze necessarie per operare i cambiamenti necessari nella pratica clinica.
Il progetto verrà svolto in collaborazione con il Polo Formazione dei Ricercatori, che supporterà nell'organizzazione degli eventi formativi.
Le direzioni infermieristiche saranno stimolate ad indicare i professionisti infermieri che intendono avviare a tale percorso formativo, e che fungeranno da risorsa per le stesse istituzioni e direzioni .
Parole Chiave: EBN, evidenza scientifica, pratica clinica, ricerca scientifica.

ABSTRACT

The improvement of nursing practice, as highlighted in literature, can be implemented through strategies that encourage nurse practitioners to reflect critically on their experience and stimulate them to translate into practice the results of their research. One of the strategies proposed to achieve these is to teach nurses how to find evidence, who in the clinical settings will deal with the process of change, and at the same time serve as methodological experts and clinical guides for their colleagues. Therefore, a specific course on EBP is fundamental to launch this process of change.
This educational project is part of a larger project aimed at providing clinical nurse leaders the competences needed to implement the changes required in clinical practice.
This project will be conducted in collaboration with the Pillar of Research Education, which will support the organization of the educational events.
The nursing directors will be encouraged to identify nurses wishing to attend these courses, and who will then become a resource for their instutions and directors.
Key Words: EBN, scientific evidence, clinical practice, scientific research.

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 esterni che incontrano i professionisti nel loro ambiente di lavoro, audit e feedback, incontri con opinion leader locali, e seminari interattivi. (Bero et al, 1998, *Cochrane Effective Practice*

and Organisation of care review Group). Inoltre gli infermieri mostrano di preferire fonti di informazione di tipo 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 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'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, 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, nelle unità operative.
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. Il coinvolgimento delle direzioni infermieristiche nel loro reclutamento permetterà inoltre di creare le condizioni per un riconoscimento formale od informale del loro ruolo all'interno dell'organizzazione sanitaria.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Innovare la pratica clinica infermieristica attraverso la formazione di infermieri esperti in EBP.

Obiettivi specifici
1. Identificare e formare infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti assistenziali.
2. Accrescere le competenze degli infermieri clinici esperti in EBP.

Indicatori
- Sono individuati i requisiti che gli infermieri clinici esperti devono possedere per partecipare al progetto (esperienza clinica consolidata, qualità e quantità di esperienza professionale, conoscenza della lingua inglese, percorsi di formazione specifica nell'area di pratica clinica).
- Sono selezionati gli infermieri clinici esperti, coinvolgendo i dirigenti dei servizi infermieristici delle ASL-AO-policlinici universitari-IRCCS e le associazioni professionali individuate.
- Sono organizzati corsi sull'EBN base ed avanzato con la collaborazione di esperti in EBN riconosciuti a livello nazionale.
- Gli infermieri formati si sottopongono al processo di verifica delle loro competenze.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
- La prima fase prevede l'elaborazione del programma formativo in collaborazione con esperti in EBN riconosciuti a livello nazionale.
- La seconda fase prevede l'individuazione di infermieri clinici esperti (ICE) da parte delle direzioni infermieristiche.
- La terza fase comporta la partecipazione degli infermieri individuati durante i moduli base ed avanzato del corso EBP.
- La quarta fase prevede la valutazione delle competenze acquisite attraverso prove affidate ai partecipanti e valutate dai tutori-docenti del corso EBP.

Campione
Saranno selezionati almeno 20 infermieri esperti, appartenenti ad almeno 3 ASL, AO o IRCCS, che parteciperanno ai corsi di formazione sull'EBN.

Strumenti
Sono previsti corsi di formazione sull'EBN di due moduli (corso base e corso avanzato) i cui docenti saranno esperti nazionali di EBP.

Procedure
Il progetto si basa principalmente sulla formazione, attraverso vari edizioni ripetute del corso, di un gruppo di infermieri esperti clinici, in grado di avviare attività di implementazione della *evidence based practice* nei loro contesti clinici.

RISULTATI ATTESI

Saranno formati almeno 20 infermieri con competenze in EBN.

Indicatori

- Sono individuate le caratteristiche che devono possedere gli infermieri per essere arruolati come potenziali agenti di cambiamento.
- almeno il 90% degli infermieri individuati parteciperanno ad entrambi i moduli del corso di formazione in EBN.
- Almeno il 50% degli infermieri che hanno partecipato al corso di formazione certificheranno le loro competenze in EBP.

Rilevanza

Attualmente l'uso dei risultati della ricerca nella pratica è un problema rilevante sia per le organizzazioni sanitarie che per i professionisti sanitari stessi. Si ritiene, infatti, che l'uso appropriato 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 in EBP che possano fungere da intermediari tra ricerca e applicazione dei risultati della ricerca potrebbe rilevarsi un modello proponibile in tutti i contesti di pratica clinica.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Definizione del programma del corso base ed avanzato insieme al polo per la formazione dei ricercatori. I docenti dovranno essere esclusivamente esperti di EBN riconosciuti a livello nazionale.	5 esperti in ricerca	2 giorni
2	Definizione dei criteri di selezione degli infermieri da avviare alla formazione. Tali criteri terranno conto, tra l'altro, dell'esperienza clinica, delle caratteristiche di leadership, del curriculum professionale e delle attività formative, nonché della conoscenza della lingua inglese.	Componenti Poli 3 e 4	2 giorni
3	Comunicazione dei criteri ai dirigenti dei servizi selezionati durante un incontro organizzato nella sede del Collegio o presso le direzioni infermieristiche delle aziende o attraverso contatto telefonico o lettera	Direttore Polo 4	1 giorno
4	Comunicazione al responsabile del polo, da parte dei dirigenti dei servizi, dei nominativi di possibili candidati, anche tramite e-mail (almeno 20 infermieri).	1 amministrativo	2 giorni
5	Pianificazione di una edizione del corso sull'EBN della durata di 4 giorni, suddivisi in base ed avanzato, nell'anno 2016, con la collaborazione del Polo 3.	Componenti Poli 3 e 4	2 giorni
6	Realizzazione di un evento formativo nel 2016.	5 docenti 3 tutor	4 giorni
7	Verifica e certificazione delle competenze acquisite dai partecipanti al corso attraverso mandati consegnati dai docenti-tutor del corso	2 docenti, Direttori Poli 3 e 4	20 giorni

DIAGRAMMA GANTT

	Apr 2016	Mag 2016	Giu 2016	Lug 2016	Sett 2016	Ott 2016	Nov 2016	Dic 2016
Fase 1								
Fase 2								
Fase 3								
Fase 4								
Fase 5								

	Apr 2016	Mag 2016	Giu 2016	Lug 2016	Sett 2016	Ott 2016	Nov 2016	Dic 2016
Fase 6								
Fase 7								

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? Journal of Advanced Nursing 2001 36: 376-388.
3. Larsen K, Adamsen L, Bjerregaard L, Madsen JK. There is no gap 'per se' between theory and practice: research knowledge and clinical knowledge are developed in different contexts and follow their own logic. Nursing Outlook 2002 50: 204-212.
4. Milner M, Estabrooks CA. Research utilization and clinical nurse educators: a systematic review. J of Evaluation of Clinical Practice 2006; 12(6): 639-655.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

EBP E PRATICA CLINICA: FANTASIA O REALTA'?

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato - C. Lorenzetti
N. Mazzitelli - C. Puleio

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.16.2

TITOLO PROGETTO

EBP e pratica clinica: fantasia o realtà?

EBP and clinical practice: fantasy or reality?

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.
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: EBN, evidenza scientifica, pratica clinica, ricerca traslazionale.

ABSTRACT

It does exist diverse strategies that, in the last years, have been put in place to prompt healthcare professionals to utilise evidence based practice.
A recent systematic review spreads 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 differencies 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: EBN, scientific evidence, clinical practice, translational research.

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.

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;
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.

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*.

RISULTATI ATTESI

Saranno formati circa 40 infermieri per edizione.
Saranno realizzate 2 edizioni da svolgersi nelle seguenti strutture: Azienda Ospedaliera Universitaria S. Andrea; Azienda Sanitaria Locale ASL Roma 5 (ex Roma G).

Indicatori
- Almeno il 10% degli infermieri che hanno partecipato al corso di formazione saranno inseriti nel progetto di formazione in EBP base e avanzato.

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.

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

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
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 2016.	9 docenti	3 giorni

DIAGRAMMA GANTT

	Marzo 2016	Aprile 2016	Giugno 2016	Settembre 2016	Ottobre 2016	Novembre 2016
Fase 1						
Fase 2						
Fase 3						
Fase 4						
Fase 5						
Fase 6						

BIBLIOGRAFIA

1. Kozak LJ, Hall MJ, Owings MF. Trends in avoidable hospitalizations, 1980-1998. Health Aff (Millwood). 2001 Mar-Apr;20(2):225-32. PubMed PMID: 11260947. Epub 2001/03/23.
2. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2010 Feb 23;121(7):e46-e215. PubMed PMID: 20019324. Epub 2009/12/19.
3. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur Heart J. 2008 Oct;29(19):2388-442. PubMed PMID: 18799522. Epub 2008/09/19.
4. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. J Cardiovasc Nurs. 2008 May-Jun;23(3):190-6. PubMed PMID: 18437059.
5. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2009 Sep 22;120(12):1141-63. PubMed PMID: 19720935. Epub 2009/09/02.
6. Vellone E, Riegel B, Cocchieri A, Barbaranelli C, D'Agostino F, Glaser D, et al. Validity and Reliability of the Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure Index. J Cardiovasc Nurs. 2013 Jun 29;28(3):245-55. PubMed PMID: 22760172. Epub 2012/07/05.
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83. PubMed PMID: 3558716. Epub 1987/01/01.
8. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. J Cardiovasc Nurs. 2009 Nov-Dec;24(6):485-97. PubMed PMID: 19786884. Pubmed Central PMCID: 2877913. Epub 2009/09/30.
9. 9. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. J Card Fail. 2004 Aug;10(4):350-60. PubMed PMID: 15309704. Epub 2004/08/17.
10. 10. Jurgens CY, Fain JA, Riegel B. Psychometric testing of the heart failure somatic awareness scale. J Cardiovasc Nurs. 2006 Mar-Apr;21(2):95-102. PubMed PMID: 16601525. Epub 2006/04/08.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

ARTITERAPIE IN SALUTE MENTALE

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato - C. Lorenzetti
N. Mazzitelli - C. Puleio
M. Soricetti - C. Turci

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.16.3

TITOLO PROGETTO

Artiterapie in salute mentale: camminare insieme per costruire relazioni

Art therapy in mental health: working together to build up relationships

ABSTRACT

Il seminario 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.

ABSTRACT

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 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.

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 entò 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.
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.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Sensibilizzare e formare professionalità infermieristiche rispetto alle metodologie di lavoro con pazienti affetti da disturbi psichiatrici tramite artiterapie

Obiettivi specifici

- Proporre cenni teorici in merito agli interventi in salute mentale propedeutici all'autonomia ed al miglioramento delle capacità espressive e relazionali.
- Rielaborare di esempi di prodotti realizzati tramite le metodologie delle arti terapie.
- Conoscere di elementi antropologici relativi ai trattamenti in salute mentale.
- Realizzare l'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.

METODOLOGIA

Lezioni frontali con dimostrazioni pratiche.

RISULTATI ATTESI

Rilevanza

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.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Individuazione del comitato scientifico	Coordinatori del progetto	1 giorno
Riunione comitato scientifico per elaborare la prima bozza del programma	Coordinatori del progetto e componenti comitato scientifico	1 giorno
Individuazione relatori	Coordinatori del progetto e componenti comitato scientifico	1 giorno
Stesura del programma definitivo	Coordinatori del progetto e componenti comitato scientifico	1 giorno
Riunione comitato scientifico per confrontare gli abstract ed integrare le relazioni	Coordinatori del progetto e componenti comitato scientifico	1 giorno
Realizzazione dell'evento	Tutti i relatori	1 giorno

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Marzo 2016	Aprile 2016	Maggio 2016	Giugno 2016	Luglio 2016	Settembre 2016
Individuazione del comitato scientifico						

MESE	Marzo 2016	Aprile 2016	Maggio 2016	Giugno 2016	Luglio 2016	Settembre 2016
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						

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, a cura di Starobinski J., 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.
6. Koelsch S. Brain and music. Wiley, 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.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE ATTRAVERSO IL JBI

COORDINATORE PROGETTO
C. Lorenzetti - M. Matarese
N. Mazzitelli - A. Peghetti
C. Puleio - A. Stievano

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.16.4

TITOLO PROGETTO

Formazione in EBP per il miglioramento della pratica assistenziale con l'affiliazione al Joanna Briggs Institute

Evidence-based practice training for the improvement of healthcare outcomes: a course offered jointly by the Centre of Excellence (CoE) and the Joanna Briggs Institute (JBI)

ABSTRACT

Il Collegio Ipasvi di Roma ed il Centro di Eccellenza per la Cultura Infermieristica e la Ricerca Infermieristica (CECRI) con questo corso di formazione ha inteso implementare la ricerca applicata alla pratica clinica in un'ottica di miglioramento della pratica infermieristica stessa. A tale scopo è stato organizzato un programma di formazione con il Joanna Briggs Institute (JBI) per una migliore produzione di revisioni sistematiche cliniche e per la creazione del primo centro affiliato al JBI in Italia.
Il Joanna Briggs Institute (JBI) è un centro internazionale non-for-profit per la ricerca e lo sviluppo che ha la sua sede in Australia nell'Università di Adelaide.
L'Istituto collabora con oltre 70 centri a livello globale. L'Istituto e i centri collaboranti promuovono e supportano la sintesi, il trasferimento e l'utilizzazione dell'evidenze attraverso fattibili e appropriate pratiche di assistenza, per il miglioramento degli *outcome* di salute a livello globale attraverso:

- La ricerca traslazionale.
- La sintesi delle evidenze.
- L'implementazione delle evidenze.
- Software utilizzabili da tutti i professionisti sanitari.
- La promozione dell'evidence-based practice.

Parole chiave: Joanna Briggs Institute, scienza traslazionale, sintesi delle evidenze.

ABSTRACT

The Nursing Board of Rome (IPASVI) together with its Centre of Excellence for Nursing Scholarship (CoE) are pleased to offer this training course whose ultimate goal is to assist in the improvement of nursing practices through the implementation of research methods for clinical practice. This course is offered jointly by the CoE and the Joanna Briggs Institute (JBI). This collaboration is aimed at producing major systematic clinical review articles and at establishing in Italy the first-ever JBI-affiliated centre. The JBI is the international not-for-profit, research and development Centre within the Faculty of Health Sciences and Medical at the University of Adelaide, South Australia. The Institute collaborates internationally with over 70 entities across the world. The Institute and its collaborating entities promote and support the synthesis, transfer and utilization of evidence through identifying feasible, appropriate, meaningful and effective healthcare practices to assist in the improvement of healthcare outcomes globally:

- Translational science.
- Synthesis science.
- Implementation science.
- Software for health professionals.
- Promoting evidence-based practice.

Keywords: Joanna Briggs Institute (JBI), Translational Science, Synthesis Science.

BACKGROUND

Il modello di "*Evidence-Based Practice*" del Joanna Briggs Institute è riconosciuto come lo standard di eccellenza nel settore delle professioni sanitarie. Esso fornisce ai professionisti infermieri gli strumenti più sofisticati e completi per seguire un'efficace programma di cure, basato sulle evidenze della ricerca scientifica più recente e accreditata (Jordan *et al.* 2016).
La banca dati del JBI EBP Database comprende un'esclusiva serie di informazioni volte ad aiutare i professionisti sanitari nella pratica basata sull'evidenza.
Inclusi nella banca dati del JBI EBP Database vi sono riassunti delle evidenze e revisioni della letteratura che riassumono la letteratura internazionale esistente su attività e interventi comuni in ambito sanitario.
Inoltre, nella banca dati sono presenti procedure basate sulle migliori evidenze disponibili, che descrivono e/o raccomandano pratiche su vari argomenti clinici e schede informative sulle migliori prassi (*Best Practice Information Sheet*).
In tale cornice, il Joanna Briggs Institute (JBI), con questo programma formativo per le revisioni sistematiche della letteratura, ha mirato alla preparazione di ricercatori clinici, per pianificare, sviluppare e portare a termine report sistematici delle evidenze scientifiche utilizzando il modello JBI *dell'evidence-based health care*. (Pearson *et al.* 2005; Pearson *et al.* 2012).
L'approccio del Joanna Briggs Institute *all'evidence-based healthcare* è unico. Il Joanna Briggs Institute considera *l'evidence-based healthcare* delle evidenze scientifiche una base fondamentale per il miglioramento degli *outcome* di salute a livello globale.
Le migliori evidenze disponibili, il contesto nel quale l'assistenza è portata a termine, il singolo paziente e l'ambiente dove viene effettuata l'assistenza costituiscono gli elementi fondamentali di tale processo *evidence-based*.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Il modulo 1 ha introdotto i partecipanti ai primi passi nelle revisioni sistematiche - dallo sviluppo delle domande di ricerca, allo sviluppo del protocollo di revisione, alla strategia di ricerca e alla selezione degli studi. Gli altri due moduli sono stati specifici al tipo di evidenza recuperata - quantitativa (Modulo 2) o qualitativa/testuale (Modulo 3). I moduli 2 e 3 del programma hanno esplicitato tecniche per il recupero delle evidenze tramite meta analisi (dati quantitativi) e meta sintesi (dati qualitativi) rispetto alle evidenze estratte.

Obiettivi specifici

- Far familiarizzare i partecipanti con i vari step del processo di revisione sistematica.
- Far familiarizzare i partecipanti con il software JBI SUMARI, di grande supporto nella produzione delle revisioni quantitative.
- Far familiarizzare i partecipanti con il software JBI QARI, di grande supporto nella produzione delle revisioni qualitative.

METODOLOGIA

Lezioni frontali con dimostrazioni pratiche, didattica in piccoli gruppi con dimostrazioni in plenaria.

RISULTATI ATTESI

I partecipanti al progetto JBI saranno competenti nel processo di sintesi e implementazione delle evidenze, nella ricerca traslazionale e nella produzione di revisioni sistematiche per il miglioramento degli outcome assistenziali nelle organizzazioni che supportano una pratica basata sulle migliori informazioni scientifiche disponibili. Un altro risultato atteso è la promozione *dell'evidence based practice* in tutte le organizzazioni sanitarie di Roma e Provincia.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Individuazione del comitato scientifico	Coordinatori del progetto	1 giorno

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Riunione comitato scientifico per condividere il programma con il gruppo JBI	Coordinatori del progetto e componenti comitato scientifico	2 giorni
Stesura del programma definitivo	Coordinatori del progetto e componenti comitato scientifico	2 giorni
Realizzazione dell'evento	Project team e JBI	1 settimana
Produzione revisioni sistematiche	Project team e JBI	6 mesi

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Mar 2016	Ap 2016	Mag 2016	Giu 2016	Ott 2016	Nov 2016	Dic 2016
Individuazione del comitato scientifico							
Riunione comitato scientifico per condividere il programma con il gruppo JBI							
Stesura del programma definitivo							
Effettuazione corso di formazione							
Produzione revisioni sistematiche							

BIBLIOGRAFIA

1. Jordan Z., Lockwood C., Aromataris E., Munn Z. The updated JBI model for evidence-based healthcare. The Joanna Briggs Institute. 2016.
2. Pearson A., Jordan Z., Munn Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. Nursing Research and Practice. 2012.
3. Pearson A., Wiechula R., Court A., Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare, International Journal of Evidence-Based Healthcare. 2005; 3(8):207-215.

Stampato da Gemmagraf 2007 Srl
Via Tor De' Schiavi 227, 00171 Roma
www.gemmagraf.it

ISBN 978 88 6545 030 7