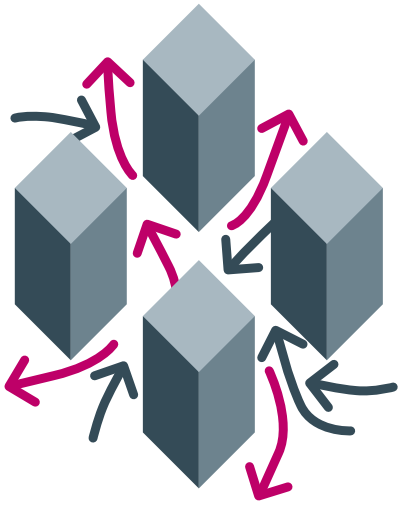
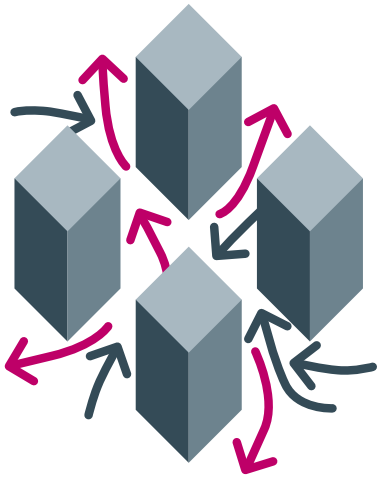
OPI ROMA
Ordine delle Professioni Infermieristiche



Centro di Eccellenza per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica

SCIENTIFIC ANNUAL REPORT

2017



INDICE

INDICE p. 2

PRESENTAZIONI DEL VIII ANNUAL SCIENTIFIC REPORT p. 5

POLO PER L'ISTRUZIONE

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

1.17.2 GLI STAKEHOLDER NELLA FORMAZIONE UNIVERSITARIA: RUOLO E COINVOLGIMENTO NEI CORSI DI LAUREA IN INFERMIERISTICA p. 13

1.17.3 PROFESSIONE INFERMIERE: DEONTOLOGIA, RESPONSABILITÀ, FORMAZIONE E RICERCA p. 18

1.17.4 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. 21

1.17.5 LA CULTURA DELLA SICUREZZA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO/ASSISTENZIALE: ASPETTI ORGANIZZATIVI E STRUMENTI OPERATIVI p. 26

1.17.6 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. 31

1.17.7 "OGGI INSEGNIAMO NOI" - PROGETTO EDUCATIVO PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV E DELLE ALTRE INFEZIONI A TRASMISSIONE SESSUALE p. 36

POLO PER LA RICERCA

2.17.1 VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE CLINICHE INFERMIERISTICHE NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI: RICERCA CON METODO MISTO p. 42

2.17.2 IL PAI (PROFESSIONAL ASSESSMENT INSTRUMENT) NELLE RSA E NELLE CASE DI RIPOSO p. 47

2.17.3 CONTESTO DI LAVORO E CARING: STUDIO CORRELAZIONALE MULTICENTRICO IN AMBITO ASSISTENZIALE p. 52

2.17.4 CONTENERE LO STRESS LAVORO CORRELATO ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ORGANIZZATIVA: RIPERCUSSIONI SULLE CURE MANCATE, SULLA QUALITÀ DI VITA E SULLA SINDROME METABOLICA p. 59

2.17.5 IL COINVOLGIMENTO EMOTIVO DEGLI INFERMIERI NEL PROCESSO DI CURA: QUALI ESITI SULLO STAFF ASSISTENZIALE E SULLE CURE EROGATE AI PAZIENTI. UNO STUDIO MULTICENTRICO NAZIONALE NELLE UNITÀ OPERATIVE DI ONCOEMATOLOGIA E TRAPIANTI p. 66

2.17.6 LO SVILUPPO DELLA NURSING'S PROFESSIONAL DIGNITY SCALE (NPDS): LA SUA VALIDITÀ DI FACCIATA E DI CONTENUTO p. 76

2.17.7 ACCULTURAZIONE E OUTCOME DI SALUTE TRA GLI INFERMIERI IMMIGRATI IN ITALIA E IN USA p. 80

2.17.8 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. 83

2.17.9 BISOGNI E BURDEN DEI CAREGIVER NELLO SCOMPENSO CARDIACO; SONO CORRELATI CON LE CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI E DEI CAREGIVER? p. 89

2.17.10 VALIDAZIONE DI NUOVI STRUMENTI PER MISURARE IL SELF-CARE E LA QUALITÀ DI VITA NELLE DONNE CHE HANNO SUBITO ALMENO UNA FRATTURA DA OSTEOPOROSI p. 97

2.17.11 L'INTENSITÀ DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DESCRITTA DAGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI DEL PAI p. 102

2.17.12 QUALITÀ DI VITA NELLE FAMIGLIE ITALIANE COLPITE DA STROKE 2.0 p. 106

2.17.13 VALIDAZIONE DEL SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX VERSIONE 7 (SCHFI 7) E DEL CAREGIVER CONTRIBUTION TO SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX VERSIONE 2 (CC-SCHFI 2) p. 111

2.17.14 MISERICORDIA E GIUBILEO: IL SIGNIFICATO EPISTEMOLOGICO DELLA MISERICORDIA PER I PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E IL CONCETTO DI MISERICORDIA NELLE GIORNATE GIUBILARI DEDICATE AI MALATI E AI DISABILI p. 117

2.17.15 STUDIO MULTICENTRICO SULLA RESILIENZA DEL CAREGIVER IN CURE PALLIATIVE. PROGETTO FORMATIVO PER LA DIFFUSIONE DEI PRIMI RISULTATI p. 123

2.17.16 MIGLIORARE LA QUALITÀ DEL LAVORO NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE: IL RISPETTO DELLA DIGNITÀ PROFESSIONALE INFERMIERISTICA NEI RAPPORTI INTRA ED INTERPROFESSIONALI p. 132

2.17.17 ANALISI DEL FABBISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI NEL LAZIO p. 138

2.17.18 VALUTAZIONE DELL'IMPATTO SOCIOSANITARIO E DELLA PREDITTIVITÀ DI EVENTI AVVERSI ATTRAVERSO L'UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI CORRENTI STRATIFICATI PER GRADO DI FRAGILITÀ IN UN CAMPIONE RANDOMIZZATO DI ANZIANI RESIDENTI NEL LAZIO p. 143

2.17.19 IL CONTRIBUTO DELLA DIADE CAREGIVER-PAZIENTE NEL SELF-CARE DELLA BPCO: UNO STUDIO MIXED METHOD p. 148

POLO PER LA FORMAZIONE

3.17.1 IL CONTRIBUTO DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE NELLA PRATICA ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA p. 155

3.17.2 CORSO DI INGLESE SCIENTIFICO PER IL NURSING (3 LIVELLI): BASE – PRE-INTERMEDIO – INTERMEDIO p. 158

3.17.3 PARLARE E COMPRENDERE L'INGLESE CONTEMPORANEO (3 LIVELLI) p. 161

POLO PER LA PRATICA CLINICA

4.17.1	MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE ATTRAVERSO LA FORMAZIONE DI INFERMIERI CLINICI ESPERTI IN EVIDENCE BASED PRACTICE	p. 164
4.17.2	L'APPLICAZIONE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE FINALIZZATA ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE INFERMIERISTICHE	p. 168
4.17.3	EBP E PRATICA CLINICA FANTASIA O REALTÀ?	p. 172
4.17.4	CAMMINARE INSIEME PER COSTRUIRE RELAZIONI: DALLA FARMACOTERAPIA ALLE ARTITERAPIE	p. 176
4.17.5	LA COMUNICAZIONE È NELLE NOSTRE MANI: L'INFERMIERE E LA LINGUA DEI SEGNI	p. 179

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

Presentazione del VIII Annual Scientific Report

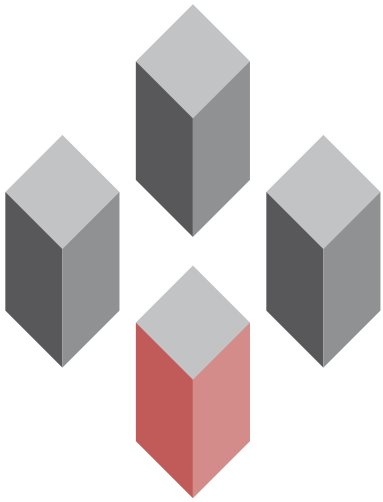
di Ausilia Pulimeno

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) dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche 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 2017 sono stati avviati ed approvati ben 36 progetti di ricerca e formazione, alcuni come continuazione dell'anno 2016, con un importante coinvolgimento da parte della componente professionale infermieristica e di centri di ricerca universitari italiani e internazionali.
Con questo VIII Annual Report che illustra lo stato dell'arte dei progetti per il 2017 il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI), vista l'esperienza maturata, aspira ad essere un punto di riferimento importante per l`intera professione infermieristica italiana, europea ed internazionale.
È, quindi, con grande orgoglio che, attraverso questa pubblicazione, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma mette a disposizione di tutti i colleghi gli studi presentati ed approvati nel 2017. La pubblicazione di questo Annual Scientific Report registra lo stato dei progetti del 2017.

Il Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche - OPI di Roma
Ausilia Pulimeno

Nel 2017 sono stati avviati ben 36 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 VIII 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.

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

RESP. DEL POLO
A. M. Pulimeno

COD.1.17.1

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

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.

4.1. 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 Competenze 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 degli 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

e) Validazione linguistico culturale del questionario sulle competenze specifiche infermieristiche sviluppate nell'ambito del Progetto Tuning della Comunità Europea.
f) Studio qualitativo attraverso il consenso tra pari (esperti in ambito formativo Infermieristico, rappresentanti dei 4 poli universitari della regione Lazio).

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

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
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 *Tuning 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

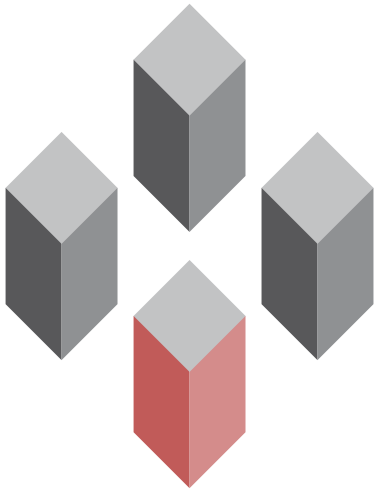
1. Monterotondo C. Competenze trasversali e comportamento organizzativo. Le abilità di base per il lavoro che cambia. Milano: Franco Angeli,1994.
2. Le Boterf G. Costruire les compétences individuelles et collectives. Paris: Éditions d' Organisation; 2000.
3. Pellerey M. Sul concetto di competenza e 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.1.17.2

1. 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

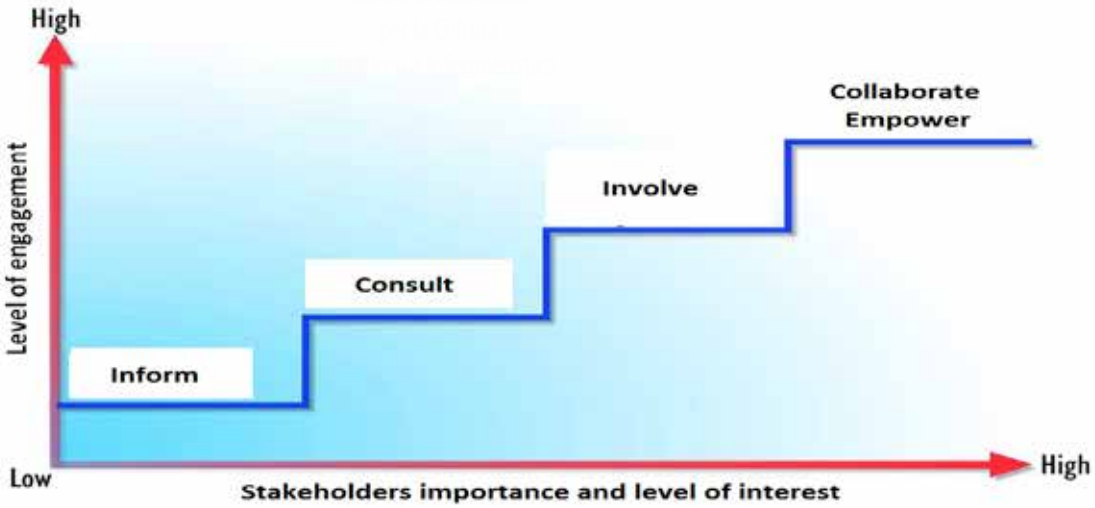
In literature is discussed the need to involve all stakeholders in the construction of curricula to improve the effectiveness of the external degree courses. In Italy, the involvement of stakeholders in the definition of university courses is enshrined in various standards. The issue relates to nursing 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. We should encourage new experiences by checking the results of consultation and monitoring the outcomes.

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.
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

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 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
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															

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
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.1.17.3

1. TITOLO PROGETTO

Professione infermiere: deontologia, responsabilità, formazione e ricerca

Being a nurse: ethics, responsibility, education and research

ABSTRACT

Questa 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.
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 and this is 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

- Presentazione di case histories.
- Ricerca bibliografica.
- Somministrazione del pre-test.
- Briefing di apertura.
- Lezioni magistrali.
- Valutazione apprendimento con test a risposta multipla.
- 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 2017
Elaborazione – Approvazione e Accreditamento ECM del progetto	Project manager, Coordinatori	Febbraio 2017
Approvazione del corso di formazione e accreditamento ECM	Project manager e coordinatori e project team	Marzo 2017
Programmazione degli eventi formativi	Coordinatori e project team	Marzo 2017
Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio	Coordinatori e project team	Marzo 2017
Realizzazione 1° evento formativo	Coordinatori e project team	Marzo 2017
Realizzazione eventi formativi come da richieste delle strutture	Project manager Coordinatori e project team	Aprile, 2017
Verifica e relazione finale	Team di progetto	Dicembre 2017

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Feb 2017	Marzo 2017	Aprile 2017	Giugno 2017	Luglio 2017	Sett 2017	Ott 2017	Nov 2017	Dic 2017
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione									
Elaborazione-Approvazione e Accreditamento ECM del progetto									
Programmazione degli eventi come da richieste delle strutture									
Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio									

MESE	Feb 2017	Marzo 2017	Aprile 2017	Giugno 2017	Luglio 2017	Sett 2017	Ott 2017	Nov 2017	Dic 2017
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.1.17.4

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

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 dell'OPI nel sostenere il libero professionista infermiere.

Obiettivi specifici

Il neolaureato in infermieristica dovrà essere a conoscenza di:
- Autonomia e responsabilità nella libera professione.
- Lavoro autonomo, norme e codice deontologico.
- Gli ambiti e le modalità di attività della libera professione infermieristica.
- Gli aspetti previdenziali, assicurativi e fiscali del lavoro autonomo.
- Le norme per la pubblicità sanitaria.

- La documentazione infermieristica e la privacy nella libera professione.
- Gli sviluppi professionali del libero professionista.
- La relazione dell'infermiere libero professionista con l'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI)

Indicatori

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

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 dell'OPI.

Procedura:

Ogni OPI si farà carico di:

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

Il team di lavoro si farà carico di:

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

Metodologia:
Le conoscenze sulla libera professione dell'infermiere si valuteranno attraverso la somministrazione di un questionario strutturato (Nunnally, Bernstein 1994). Tale strumento sarà somministrato a tutti gli studenti delle sedi dei corsi di laurea in infermieristica che insistono nel territorio laziale e che parteciperanno al progetto.
Inoltre, si effettuerà un'analisi dei dati pre e post somministrazione del questionario per la valutazione delle conoscenze dei laureandi sulla libera professione infermieristica.
I dati del questionario saranno analizzati secondo tecniche monovariate attraverso la quali sarà possibile esaminare «la distribuzione dei dati di un vettore fra le modalità della corrispondente variabile (detto altrimenti: della distribuzione di una variabile), e delle caratteristiche di questa distribuzione» (Marradi 1993: 19). Saranno, inoltre, analizzate misure di tendenza centrale e dispersione e saranno effettuate analisi

bivariate, ovvero si considereranno le distribuzioni di due variabili congiuntamente (distribuzione doppia o congiunta) (Marradi 1997).

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 2017
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 al 31 gennaio 2017
Contatto con le sedi formative	Coordinatori e project team	Dal 1 Febbraio al 28 Febbraio 2017
Seminari nelle sedi formative	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 Marzo al 31 Ottobre 2017
Elaborazioni dei dati	Coordinatori e project team	Dal 1 Novembre al 30 Novembre 2017
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	Dal 1 Dicembre al 31 Dicembre 2017
Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	31 Dicembre 2017

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gen 17	Feb 17	Mar 17	Apr 17	Mag 17	Giu 17	Lug 17	Ago 17	Set 17	Ott 17	Nov 17	Dic 17
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												■

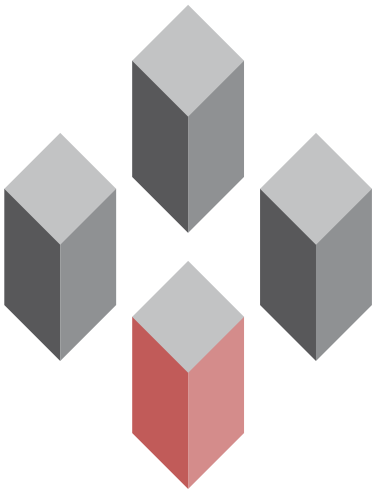
BIBLIOGRAFIA

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. Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, Norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica, in vigore dal 1 gennaio 1997.
7. R.D 27/07/1934, n. 1265- Testo Unico delle Leggi sanitarie – (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.1.17.5

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 dell'OPI 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 2017 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 opertaivo.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Costituzione del Team di Progetto di Corso di Formazione	Coordinatori	Dal 1 al 28 Febbraio 2017
Progettazione del Corso	Team di progetto	Dal 1 al 31 Marzo 2017
Pianificazione attività formativa	Team di progetto	Dal 1 al 30 aprile 2017
Svolgimento eventi formativi	Team di progetto	Dal 1 Maggio al 31 Dicembre 2017
Report attività	Team di progetto	Dal 1 Dicembre 2017 al 31 Gennaio 2018

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Feb 2017	Mar 2017	Apr 2017	Mag 2017	Giu 2017	Sett 2017	Ott 2017	Nov 2017	Dic 2017	Gen 2018
Costituzione del Team di Progetto di Corso di Formazione	■	■								
Progettazione del Corso			■	■	■					
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: DALL'ASSISTENZA ALL'INFANZIA ALL'INFERMIERISTICA PEDIATRICA

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.1.17.6

1. 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 del 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/Aprile 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 OPI-Roma	Comitato Centro di Eccellenza OPI Roma e Coordinatori	15 gg
Coinvolgimento degli Ospedali e delle Istituzioni individuate	Coordinatori e Infermieri studenti	60 gg
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

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
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 GANTT

ATTIVITA'	Mar 2015	Apr 2015	Mag 2015	Lug 2015	Dic 2015	Mar 2016	Giu 2016	Apr 2017
Costituzione gruppo di lavoro ed elaborazione progetto								
Richiesta di ammissione e approvazione al comitato del Centro di Eccellenza OPI-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

PREVENZIONE MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

COORDINATORE PROGETTO
S. Bartolucci
L. Fabriani
P. Ferri
G. Rocco
G. Romigi
A. Stievano

RESP. DEL POLO
A. M. Pulimeno

COD.1.17.7

1. TITOLO PROGETTO

"Oggi insegniamo noi" - Progetto Educativo per la prevenzione dell'infezione da HIV e delle altre infezioni a trasmissione sessuale.

"Today we are teaching" - an educational project to prevent HIV infection and other infections sexually transmitted

ABSTRACT

Dai dati statistico-epidemiologici e di letteratura occorre porre estrema attenzione alle infezioni trasmesse per via sessuale, e tra queste l'AIDS, soprattutto tra la popolazione giovanile. *Anlaids Lazio Onlus* da anni promuove, attraverso il Progetto nelle Scuole, l'informazione e la prevenzione sull'infezione da HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmesse (IST). Tale iniziativa è stata avviata sin dal 2003 ed ha visto l'adesione di ben 12 Scuole Secondarie di Secondo grado, nel 2016/2017 l'adesione è arrivata a oltre 50 Istituti della Regione Lazio e in tutti questi anni sono stati incontrati oltre 90.000 studenti.
Questo progetto pertanto si propone, con la consulenza e la collaborazione di *Anlaids Lazio Onlus* e con il sostegno della Fondazione '*Insieme per vita agli anni*', di identificare e formare un pool di almeno 15 infermieri esperti nel rischio infettivo e di coinvolgerli attivamente nelle equipe multidisciplinari del progetto Scuole di Anlaids nella Regione Lazio, attraverso il modello della Peer Education, ossia l'insegnamento tra pari, con un un programma di informazione e prevenzione rivolto sia agli studenti delle Scuole medie superiori che prevederà 200 incontri con circa 4000 studenti, ma anche una decina di incontri con circa un centinaio di studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica. Infine, per valutare l'efficacia del programma sarà attivato uno studio di ricerca con somministrazione di uno specifico test prima e dopo l'intervento educativo rivolti agli studenti.

BACKGROUND

In Italia il virus colpisce maggiormente gli uomini delle donne e i giovani tra i 25 e i 29 anni. E l'Hiv non accenna ad arretrare. Il numero di nuove infezioni è cristallizzato da circa 3 anni, come pure quello dei casi di **Aids**. Nel 2014 sono 3.695 le persone che hanno scoperto di essere Hiv-positive, un'incidenza pari a 6,1 nuovi casi di sieropositività ogni 100 mila abitanti. E' quanto emerge dalla fotografia scattata dal Centro Operativo Aids (Coa) dell'Istituto superiore di sanità nell'anno 2104. Dall'inizio dell'epidemia nel 1982 a oggi sono stati segnalati nella Penisola oltre 67 mila casi di Aids, con circa 43 mila pazienti ormai deceduti.

Le modalità di trasmissione sono rappresentate nell'84% dei casi da rapporti sessuali senza preservativo, sia tra eterosessuali che tra maschi che fanno sesso con maschi. E la maggior parte dei pazienti (9 su 10) è seguita presso i centri clinici di malattie infettive ed è sottoposta a terapia antiretrovirale. Quanto a incidenza, il nostro Paese è al 12esimo posto nell'Unione europea. Le regioni che hanno mostrato valori più alti sono state il Lazio, la Lombardia e l'Emilia-Romagna. Il virus colpisce prevalentemente gli uomini, con il 79,6% dei casi nel 2014, mentre continua a diminuire l'incidenza delle nuove diagnosi nelle donne. L'età media per i primi è 39 anni, per le seconde 36 anni. Quanto alla fascia di età maggiormente colpita, è quella dei giovani di 25-29 anni (15,6 nuovi casi ogni 100 mila residenti).

La maggioranza delle nuove diagnosi di infezione è dunque attribuibile a rapporti sessuali senza preservativo,

che costituiscono l'84,1% di tutte le segnalazioni (maschi che fanno sesso con maschi 40,9%; eterosessuali maschi 26,3%; eterosessuali femmine 16,9%). Il 27,1% delle persone Hiv-positive è di nazionalità straniera. Più in dettaglio, nel 2014 l'incidenza è stata di 4,7 nuovi casi ogni 100 mila tra italiani residenti e di 19,2 nuovi casi ogni 100 mila tra stranieri residenti. Le incidenze più elevate tra stranieri sono state osservate nel Lazio, in Campania, in Sicilia e in Molise. Tra gli stranieri però la quota maggiore di casi è costituita da eterosessuali femmine (36%), seguita dal 27% di eterosessuali maschi, mentre tra gli italiani la proporzione maggiore è quella dei maschi che fanno sesso con maschi (49%), seguita dal 26% di eterosessuali maschi.

Sempre nel 2014, il 53,4% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da Hiv aveva un'infezione 'antica' nel tempo. Rispetto al 2013, comunque, questa percentuale sembra essere in diminuzione (era del 57,6%). In Umbria e nella Provincia autonoma di Trento l'esecuzione del test di avidità anticorpale, che permette di identificare le infezioni recenti, ha evidenziato che il 17,5% delle persone con una nuova diagnosi ha verosimilmente acquisito l'infezione nei 6 mesi precedenti. Infine, il 26,4% delle persone ha eseguito il test per la presenza di sintomi, il 21,6% in seguito a un comportamento a rischio non specificato e il 10% nel corso di accertamenti per un'altra patologia.

Nel 2014 sono stati diagnosticati 858 nuovi casi di Aids, pari a un'incidenza di 1,4 nuovi casi per 100 mila residenti. Anche in questo caso, l'incidenza risulta stabile negli ultimi 3 anni. Diminuiscono i decessi delle persone malate. Ma a preoccupare è il fatto che poco meno di un quarto delle persone diagnosticate con Aids ha eseguito una terapia antiretrovirale prima della diagnosi. Questa bassa percentuale di persone in terapia "è legata al fatto che una quota crescente di persone Hiv positive è inconsapevole della propria sieropositività – spiegano gli esperti – Tra il 2006 e il 2014 è aumentata la proporzione delle persone che arrivano allo stadio di Aids conclamato ignorando la propria sieropositività, passando dal 20,5% al 71,5%".

Da uno studio condotto su 12 centri clinici di malattie infettive campionati per essere rappresentativi della realtà italiana, risulta che il 90,9% delle persone con infezione da Hiv è seguito presso i centri clinici di malattie infettive; di questi, il 92,6% è in terapia antiretrovirale, e di questi l'85,4% ha raggiunto la soppressione virale. Insomma, siamo vicini all'obiettivo 90-90-90 fissato dall'Oms.

Nel Lazio si stima che ci siano circa 26000 sieropositivi, mentre dal 2001 ad oggi si stimano oltre 8000 casi di Aids conclamato. Ogni 12 ore è in atto una nuova infezione, mentre tra le altre infezioni a trasmissione sessuale più diffuse abbiamo l'epatite C per una stima di 120.000 persone solo nel Lazio (COA - Centro Operativo AIDS)

Risulta di primaria importanza dunque porre particolare attenzione alla trasmissione delle infezioni per via sessuale, dando una corretta informazione soprattutto alla popolazione giovanile. Al fine di raggiungere questo obiettivo, si ritiene utile non solo fornire le informazioni corrette mediante la consulenza di esperti, ma di coinvolgere attivamente Infermieri e studenti nell'opera di prevenzione e di educazione alla salute attraverso programmi specifici di informazione e formazione dei loro pari.

Per fare ciò la figura professionale dell'Infermiere risulta centrale e deve essere attivamente coinvolta ed inserita nelle equipe multidisciplinari che si recano nelle scuole per gli interventi informativi ed educativi.

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

La necessità di informare la popolazione giovanile e di fornire strumenti di conoscenza indispensabili per la tutela della propria salute è pertanto uno degli obiettivi che si intende promuovere Come accennato, Anlaids Lazio, da anni promuove, attraverso il Progetto nelle Scuole, l'informazione e la prevenzione sull'infezione da HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmesse (IST). Tale Progetto, come già accennato, è stato avviato la prima volta nell'anno 2003 con l'adesione di 12 Scuole Secondarie di Secondo grado, nel 2016/2017 l'adesione è arrivata a oltre 50 Istituti della Regione Lazio. In tutti questi anni sono stati incontrati oltre 90.000 studenti. Nel tempo ci si è adattati all'evoluzione della scuola e di un'adolescenza che per definizione è dinamica e in continuo cambiamento. A conclusione dell'anno scolastico e sulla base dei dati raccolti dalla somministrazione dei pre e post test agli Studenti partecipanti sono state elaborati

e pubblicati i risultanti dati statistici. Alcune Sezioni del Progetto sono state realizzate anche grazie alla collaborazione con altre Istituzioni, come ad esempio il Collegio Ipasvi di Roma, e altre associazioni che si occupano di Aids o istituzioni molto vicine alla tematica dele infezioni sessualmente trasmissibili. Da circa 3 anni sono state coinvolte anche le sedi di formazione universitaria e organizzate delle giornate di prevenzione all'interno di spazi universitari.

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

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

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

METODOLOGIA

Campione

- Gruppo di 15 Infermieri selezionati da formare quale "Esperti" ed introdurre nelle equipe del Progetto Scuole di Anlaids.
- Circa 250/300 Infermieri da formare (corsi accreditati ECM) sul tema delle malattie a trasmissione sessuale ed in particolare sull'AIDS
- Circa 200 incontri e 4000 Studenti delle scuole medie superiori (bersaglio dell'intervento educativo).
- Circa 100 studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica.

Strumenti

La metodologia della *Peer Education*

L'educazione tra pari è, una metodologia che, con il supporto di adulti competenti, utilizza e potenzia l'apprendimento tra pari in gruppo ed offre delle modalità di trasmissione dell'informazione innovative che non seguono i canali tradizionali espressi dalla lezione frontale.

Per questo motivo la *Peer Education* è stata individuata come metodologia per lo svolgimento di questo progetto, in sintonia con le Linee guida europee per la Peer education fra giovani coetanei mirata alla prevenzione dell'Aids **(**http://www.arkestudio.org/arkerisorse/files/linee_peer.pdf**),** in linea anche con quelle che sono le esperienze, realizzate in diverse parti del mondo, che mostrano con evidenza come la formazione e il sostegno tra pari siano in grado di contribuire ad interventi adeguati di prevenzione dei comportamenti a rischio, facilitando la comunicazione ed i processi di socializzazione con il gruppo dei pari, con la famiglia e con la scuola.

L'educazione tra i pari è stata utilizzata per la prevenzione in molti campi dell'educazione alla salute (uso ed abuso di sostanze stupefacenti, alcolismo, tabagismo, trasmissione dell'HIV, sessualità, igiene ambientale, sicurezza stradale, controllo delle nascite, trasmissione delle malattie veneree, ecc.) con esiti positivi.

Quando parliamo di obiettivi della prevenzione e della educazione alla salute, facciamo riferimento alla puntualizzazione che è stata compiuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la quale inserisce, tra gli altri obiettivi, quelli di:

1. Sviluppare le capacità personali (*life-skills)* a partire da un'educazione alla responsabilità e alla partecipazione fin dall'età scolare, per rendere ciascuna persona in grado di affrontare le fasi, le scelte e le difficoltà della vita e della salute;
2. Promuovere tutte le possibilità di una vita sana;
3. Ridurre i comportamenti pregiudizievoli per la salute.

RISULTATI ATTESI

Rilevanza

1) Implementazione della prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse tra i giovani.
2) Valorizzazione della figura professionale dell'Infermiere esperto rischio infettivo quale "Educatore".
3) Incentivazione tra i giovani per l'esecuzione del Test dell'infezione da HIV.
4) Interscambio tra studenti delle scuole medie superiori e studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica allo scopo di promuovere la formazione infermieristica di base.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Formazione di un gruppo "core" infermieristico di Esperti (15)	Coordinatori, Equipe di 4/5 formatori/ educatori/tutor	Da Marzo a Luglio 2017
Identificazione Peer Educator e Seminario informativo	Project manager, Coordinatori, Infermieri Esperti formati	Settembre/Ottobre 2017
Attivazione Peer education 200 Incontri nelle scuole con 4000 studenti Elaborazione strumenti di indagine e PRE-TEST	Project manager e coordinatori e project team	Da Ottobre 2017 a Maggio 2018
Corsi ECM per 300 Infermieri circa	Coordinatori, Gruppo core Infermieri esperti, Formatori, Educatori e Tutor	Da Novembre 2017 ad Aprile 2018
Laboratori con gli studenti universitari	Coordinatori e project team, Gruppo core di Esperti	Giugno e Settembre 2017/18
Monitoraggio, supervisione e POST TEST Elaborazioni statistiche - Stesura report	Coordinatori	Giugno 2018
Organizzazione della Giornata finale della prevenzione e "Restituzione finale"	CONSULENTI ...Project manager Coordinatori e project team...con tutti gli attori del progetto!!	Gennaio-Aprile 2018
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori	Giornata internazionale dell'Infermiere 2019 Maggio

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Apr 2017	Mag 2017	Giu 2017	Lug 2017	Sett 2017	Ott 2017	Nov 2017	Dic 2017	Gen 2018	Feb 2018	Mar 2018	Apr 2018	Mag 2018	Giu 2018	Lug 2018	Sett 2018	Ott 2018	Nov 2018
Formazione del gruppo infermieristico di Esperti	■	■	■	■														
Seminario informativo					■	■												
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test					■													
Introduzione nell'equipe e Incontri nelle scuole					■	■	■	■	■	■	■	■	■					

MESE	Apr 2017	Mag 2017	Giu 2017	Lug 2017	Sett 2017	Ott 2017	Nov 2017	Dic 2017	Gen 2018	Feb 2018	Mar 2018	Apr 2018	Mag 2018	Giu 2018	Lug 2018	Sett 2018	Ott 2018	Nov 2018
Corsi ECM per 100 infermieri circa																		
Laboratori con gli studenti universitari																		
Monitoraggio, supervisione post-test																		
Report ed elaborazioni statistiche																		
Organizzazione della Giornata finale della prevenzione e "Restituzione finale"																		

BIBLIOGRAFIA

1. Albarracin, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. Psychological bulletin, 127(1), 142.
2. Auslander, B. A., Perfect, M. M., Succo, P. A., & Rosenthal, S. L. (2007). Perceptions of Sexual Assertiveness among Adolescent Girls: Initiation, Refusal, and Use of Protective Behaviors. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 20(3), 157–162.
3. Bungay V, Masaro C, Gilbert M (2014) *Examining the scope of public health nursing practice in sexually transmitted infection prevention and management: what do nurses do*?. Journal Of Clinical Nursing. [Epub ahead of print].
4. Camoni L, Boros S, Regine V, Ferri M, Santaquilani M, Pugliese L, Suligoi B (2013) *Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2012*. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 26(9, Suppl. 1), 3-47.
5. Camoni L, Regine V, Stanecki K, Salfa M, Raimondo M, Suligoi B (2014). *Estimates of the Number of People Living with HIV in Ita*ly. Biomed Research International, 2014, 1-6.
6. Campbell, S. A. (1992). Women, men, and condoms. Psychology Of Women Quarterly,16(3), 273.
7. Dunn L, Ross B, Caines T, Howorth P (1998) *A school-based HIV/AIDS prevention education program: Outcomes of peer-led versus community health nurse-led interventions*. Canadian Journal Of Human Sexuality, 7(4), 339-46.
8. Fettig J, Swaminathan M, Murrill C, Kaplan J (2014) *Global Epidemiology of HIV*. Infectious Disease Clinics Of North America, *28*(3), 323-37.
9. Fonner V, Armstrong K, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M (2014) *School Based Sex Education and HIV Prevention in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Plos One, 9(3), 89692.
10. Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. Psychological bulletin, 119(3), 390.
11. Goldman, J. A., & Harlow, L. L. (1993). Self-perception variables that mediate AIDS preventive behavior in college students. Health Psychology, 12(6), 489.
12. Gong, J., Stanton, B., Lunn, S., Deveaux, L., Li, X., Marshall, S., et al. (2009). Effects through 24 months of an HIV/AIDS prevention intervention program based on protection motivation theory among preadolescents in the Bahamas. Pediatrics, 200823631.
13. Guaita F. (cur.). (2011). Manuale pratico per operatori conduttori di moduli in classe. Indicazioni operative per l'applicazione del modulo didattico di prevenzione dell'aids negli istituti scolastici. Centro stampa ULSS 13.
14. Hogan D, Baltussen R, Hayashi C, Lauer J, Salomon J (2005) *Cost effectiveness analysis of strategies to*

combat HIV/AIDS in developing countries. Bmj, 331(7530), 1431-7.

15. Johnson-Mallard V, Lengacher C, Kromrey J, Campbell D, Jevitt C, Daley E, Schmitt K (2007) *Increasing knowledge of sexually transmitted infection risk*. The Nurse Practitioner, 32(2), 26-32.
16. Lanciotti, E. (2012). Igiene per le professioni sanitarie (pp. 134-138). Milano: McGraw-Hill.
17. Lema V (2013) *Sexual dysfunction among HIV patients: three case reports and review of literature: case report*.African Journal Of Reproductive Health: Special Edition On HIV/AIDS: Special Edition. 4(17), 161-70. Maartens G, Celum C, Lewin S (2014) *HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention*. The Lancet, 384(9939), 258-71.
18. Manago, A. M., Ward, L. M., Lemm, K. M., Reed, L., & Seabrook, R. (2015). Facebook involvement, objectified body consciousness, body shame, and sexual assertiveness in college women and men. Sex Roles, 72(1-2).
19. Onuoha, F. N., & Munakata, T. (2005). Correlates of adolescent assertiveness with HIV aoidance in a four-nation sample. Adolescence, 40(159), 525-532.
20. Oppong Asante, K., Meyer-Weitz, A., & Petersen, I. (2014). Substance use and risky sexual behaviours among street connected children and youth in Accra, Ghana. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 9, 45.
21. Painter, C. (2000). Sexual health, assertiveness and HIV (2. ed.). Cambridge (UK): Daniels Publishing
22. Puharić, D., Borovac, J., & Petrov, B. (2015). Attitudes of adolescents towards sexual health in three cities from Croatia and Bosnia and Herzegovina. International Nursing Review, 62(3), 294-302.
23. Rickert, V., Sanghvi, R., & Wiemann, C. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern?. Perspectives On Sexual & Reproductive Health, 34(4), 178-183.
24. Royce, R. A., Sena, A., Cates Jr, W., & Cohen, M. S. (1997). Sexual transmission of HIV New England Journal of Medicine, 336(15), 1072-1078.
25. Sacco W. P., Levine B., Reed D. L., & Thompson K. (1991). Attitudes about condom use as AIDS-Relevant Behavior: their factor structure and relation to condom use. A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3 (2), 267-272.
26. Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2013). Predictors of sexual assertiveness: the role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse. Arch Sex Behav, 42(6), 1043-1052.
27. Schmid, A., Leonard, N. R., Ritchie, A. S., & Gwadz, M. V. (2015). Assertive Communication in Condom Negotiation: Insights From Late Adolescent Couples' Subjective Ratings of Self and Partner. Journal of Adolescent Health, 57, 94-99.
28. Scott-Sheldon, L. A. J., Walstrom, P., Harrison, A., Kalichman, S. C., & Carey, M. P. (2013). Sexual risk reduction interventions for HIV prevention among southafrican youth: A meta-analytic review. Current HIV Research, 11(7), 549-558
29. Spauwen, L. W. L., Niekamp, A. -., Hoebe, C. J. P. A., & Dukers-Muijrers, N. H. T. M. (2015). Drug use, sexual risk behaviour and sexually transmitted infections among swingers: A cross-sectional study in the netherlands. Sexually Transmitted Infections, 91(1), 31-36.
30. Valdiserri, R. O., Arena, V. C., Proctor, D., & Bonati, F. A. (1989). The relationship between women's attitudes about condoms and their use: implications for condom promotion programs. American Journal of Public Health, 79(4), 499–501.
31. Wang, B., Stanton, B., Deveaux, L., Li, X., Koci, V., & Lunn, S. (2014). The Impact of Parent Involvement in an Effective Adolescent Risk Reduction Intervention on Sexual Risk Communication and Adolescent Outcomes. AIDS Education & Prevention, 26(6), 500-520.
32. Widman, L., Noar, S. M., Choukas-Bradley, S., & Francis, D. (2014). Adolescent Sexual Health Communication and Condom Use: A Meta-Analysis. Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 33(10), 1113–1124.
33. Yesmont, G. A. (1992). The relationship of assertiveness to college students' safer sex behaviors. Adolescence, 27(106), 253.
34. Zak-Place, J., & Stern, M. (2004). Health belief factors and dispositional optimism as predictors of STD and HIV preventive behavior. Journal of American College Health, 52(5), 229-236.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

PERCEZIONE COMPETENZE INFERMIERISTICHE

COORDINATORE PROGETTO
I. Notarnicola
A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.1

1. TITOLO PROGETTO

Valutazione delle competenze cliniche infermieristiche nei diversi setting assistenziali: ricerca con metodo misto

Evaluation of clinical nursing competencies in different nursing settings: a mixed-method research

ABSTRACT

Ricerca con metodo misto incentrata sulla valutazione delle competenze degli infermieri in diversi setting clinici. Questo studio con la versione italiana della Nurse Competence Scale (NCS) cerca di esplorare attraverso le percezioni degli infermieri le loro competenze. Inoltre, attraverso delle interviste si cercherà di analizzare le percezioni, le opinioni e i comportamenti che in parte avrebbero potuto essere prevedibili ma, che potrebbero essere stati sottovalutati o ignorati nella fase quantitativa dello studio.

ABSTRACT

Research focused on the evaluation of nurses' skills in different clinical settings with a mixed method research. This study with the Italian version of the Nurse Competence Scale (NCS) tries to explore the use of nurses' skills. In addition, through interviews we will try to analyze perceptions, opinions and behaviors that could have been partly predictable but may have been underestimated or ignored in the quantitative phase.

BACKGROUND

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

processo complesso in quanto complessi e molteplici sono i fattori che intervengono nella costruzione e nella acquisizione delle competenze cliniche stesse. Sono molti anche gli strumenti validati che hanno lo scopo di individuare e misurare quantitativamente le competenze cliniche (Yanhua, Watson, 2011). La valutazione delle competenze cliniche, è definita come una forma integrata di valutazione che tiene conto della conoscenza, della comprensione, del *problem solving*, delle competenze tecniche, delle attitudini e dell'etica (Girot, 1993). Anche in ambiente formativo, la valutazione delle competenze è un componente fondamentale dei programmi d'istruzione per saper valutare gli studenti in nei vari setting clinici (Fahy, 2011). Valutare le competenze dell'infermiere, è un prerequisito fondamentale ed indispensabile per garantire un'assistenza qualificata ai pazienti e per indentificare quelle aree per lo sviluppo della pratica infermieristica (Dellai et al., 2009). La formazione dell'infermiere è basata sulle competenze anche se queste ancora non hanno una chiara definizione a livello internazionale; è importante però che ci sia una sempre più ampia discussione internazionale sugli strumenti di valutazione delle competenze per migliorare di conseguenza i programmi d'istruzione (Yanhua, Watso, 2011). Tuttavia, l'utilizzo di strumenti con proprietà psicometriche valide non è sempre appropriato per valutare la percezione che l'infermiere stesso ha delle competenze cliniche nei diversi setting assistenziali (Yanhua, Watson 2011). Il più delle volte tali strumenti non sono stati pensati e sviluppati tenendo conto dei possibili determinanti (e delle relative conseguenze) che agiscono al di fuori del singolo rapporto infermiere – paziente (Nieminen et al., 2011). Le competenze cliniche, insomma, dipendono non solo dalle capacità e dalle conoscenze, ma anche dall'abilità nell'applicarle (Cowan et al., 2005). Esse, pertanto, non sono costituite solo da aspetti oggettivi (skill, knowledge, ability, ecc.), ma sono anche determinate da importanti e soggettivi meccanismi di adattamento che, per essere identificati, devono essere indagati attraverso strumenti che siano in grado di esplorare la sfera più personale dell'esperienza clinica (Cowan et al., 2007). È importante sviluppare degli strumenti efficaci di valutazione delle competenze cliniche, allo scopo di garantire che il professionista infermiere possa fornire una assistenza di qualità (Cant et al., 2013, Wu et al., 2015, Yanhua, Watson, 2011).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi di questo studio sono:

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

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

Indicatori

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

METODOLOGIA

Campione

Infermieri nei diversi setting clinici.

Strumenti

Lo studio sarà effettuato utilizzando un disegno misto esplicativo sequenziale (QUAN+qual) che coinvolgerà professionisti infermieri che esercitano in differenti setting clinici, lo studio è composto da due fasi distinte, una fase iniziale quantitativa e, in base ai risultati di quest'ultima, un follow up costituito da una seconda fase qualitativa allo scopo di dare una spiegazione più chiara ed approfondita della fase quantitativa.
Per la fase quantitativa il campione sarà di convenienza, scelto nei diversi setting clinici di centri ospedalieri italiani. In ambito infermieristico sono stati sviluppati diversi strumenti di valutazione delle competenze cliniche tra questi la Nurse Competence Scale (NCS), che verrà utilizzata nel nostro studio nella fase quantitativa (Meretoja et al., 2004, Meretoja et al., 2002). La NCS è uno strumento di autovalutazione delle competenze cliniche infermieristiche sviluppato in Finlandia tra il 1997 e il 2003 da Meretoja (Meretoja et al., 2004, Meretoja et al., 2002) poi sperimentato in altri paesi tra cui Inghilterra, Australia e in Italia dove è stato validato nel 2009 (Finotto, Cantarelli, 2008). La NCS è stata sperimentata in diversi setting ospedalieri (emergenza, terapia intensiva, sala operatoria, medicina, chirurgia, neurologia, psichiatria) e utilizzata sia su infermieri novizi che esperti. La NCS è suddivisa in 7 sezioni, derivanti dal quadro delle competenze definite da Benner (1982) ciascuna delle quali prevede una serie di competenze specifiche, per un totale di 73 item. La modalità di risposta è su una scala Likert a 5 (1=per nulla chiara – 5=molto chiara). Per quanto riguarda l'analisi statistica verrà effettuata con l'applicativo SPSS (PASW statistics version 19.0, IBM). Verranno eseguite

tutte le analisi descrittive dei dati e anche un'analisi multivariata. Lo scopo è quello di analizzare e esplorare percezioni, opinioni, comportamenti che in parte avrebbero potuto essere prevedibili ma, che potrebbero essere stati sottovalutati o ignorati nella fase quantitativa. In altre parole, la libertà di espressione consente di acquisire informazioni su aspetti conosciuti e sconosciuti.

RISULTATI ATTESI

L'approccio misto dello studio cercherà di percepire, sotto diverse ottiche metodologiche, i diversi aspetti delle competenze possedute dagli infermieri, cercando di mettere in luce gli aspetti ancora non comprensibili delle competenze. Scopo dello studio è anche quello di valutare le competenze cliniche che gli infermieri possiedono nei diversi setting clinici, valutazione non semplice, data la natura complessa delle competenze. Ulteriormente, questo studio, vuole dare un contributo nel migliorare la consapevolezza riguardo il tema delle competenze cliniche poiché queste rappresentano un aspetto rilevante della professione infermieristica.
A tal fine è importante definire e/o valutare le competenze cliniche affinché si possano standardizzare e personalizzare attraverso comportamenti codificati che diano sicurezza di esito e di adattamento estemporaneo per rispondere al meglio alle singole situazioni cliniche.

Rilevanza

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

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo	Coordinatori	01/05/2017 -01/06/2017
Rilevazione statistiche su fonti secondarie	Project manager, Coordinatori	01/06/2017 -31/07/2017
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager e coordinatori e project team	01/09/2017 -30/09/2017
Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	30/09/2017-31/12/2017
Elaborazioni statistiche	Coordinatori e project team	01/01/2018-31/01/2018
Stesura report di ricerca	Coordinatori e project team	01/02/2018-31/05/2018
Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	31/05/2018-31/07/2018
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	01/10/2018-01/12/2018

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gu 17	Lg 17	Ag 17	Set 17	Ott 17	No 17	Di 17	Ge 18	Fe 18	Ma 18	Ap 18	Ma 18	Gu 18	Lu 18	Set 18	Ott 18	No 18	Di 18
Analisi di sfondo																		
Rilevazione statistiche su fonti secondarie																		
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test																		

MESE	Gu 17	Lg 17	Ag 17	Set 17	Ott 17	No 17	Di 17	Ge 18	Fe 18	Ma 18	Ap 18	Ma 18	Gu 18	Lu 18	Set 18	Ott 18	No 18	Di 18
Somministrazione questionari																		
Elaborazioni statistiche																		
Stesura report di ricerca																		
Pubblicazione finale																		
Chiusura progetto																		

BIBLIOGRAFIA

1. AXLEY, L. 2008. Competency: a concept analysis. *Nursing Forum*, 43, 214-22.
2. BENNER, P. 1982. From novice to expert. AJN *The American Journal of Nursing*, 82, 402-407.
3. BRADSHAW, A. 1997. Defining "competency" in nursing (part I): a policy review. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 347-354.
4. BRADSHAW, A. 1998. Defining 'competency' in nursing (part II): an analytical review. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 103-111.
5. CANT, R., MCKENNA, L. & COOPER, S. 2013. Assessing preregistration nursing students' clinical competence: a systematic review of objective measures. *International Journal of Nursing Practice,* 19, 163-76.
6. COWAN, D. T., NORMAN, I. & COOPAMAH, V. P. 2005. Competence in nursing practice: A controversial concept - A focused review of literature. *Nurse Education Today*, 25, 355-362.
7. COWAN, D. T., WILSON-BARNETT, J. & NORMAN, I. J. 2007. A European survey of general nurses' self assessment of competence. *Nurse Education Today*, 27, 452-458.
8. CRUZ, J. P. 2017. Quality of life and its influence on clinical competence among nurses: a self-reported study. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 388-399.
9. DELLAI, M., MORTARI, L. & MERETOJA, R. 2009. Self-assessment of nursing competencies--validation of the Finnish NCS instrument with Italian nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 783-91.
10. FAHY, A. 2011. Evaluating clinical competence assessment. *Nursing Standard*, 25, 42-8.
11. FINOTTO, S. & CANTARELLI, W. 2008. Nurse's competence indicators: linguistic and cultural validation of the Nurse Competence Scale. *Professioni infermieristiche*, 62, 41-48.
12. FLINKMAN, M., LEINO-KILPI, H., NUMMINEN, O., JEON, Y., KUOKKANEN, L. & MERETOJA, R. 2017. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 1035-1050.
13. GARSIDE, J. R. & NHEMACHENA, J. Z. 2013. A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Education Today*, 33, 541-5.
14. GIROT, E. A. 1993. Assessment of competence in clinical practice—a review of the literature. *Nurse Education Today*, 13, 83-90.
15. LEVETT-JONES, T., GERSBACH, J., ARTHUR, C. & ROCHE, J. 2011. Implementing a clinical competency assessment model that promotes critical reflection and ensures nursing graduates' readiness for professional practice. *Nurse Education in Practice*, 11, 64-69.
16. MERETOJA, R., ERIKSSON, E. & LEINO-KILPI, H. 2002. Indicators for competent nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 10, 95-102.
17. MERETOJA, R., ISOAHO, H. & LEINO-KILPI, H. 2004. Nurse competence scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 124-33.
18. MULLER, M. 2013. Nursing competence: psychometric evaluation using Rasch modelling. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 1410-7.
19. NIEMINEN, A.-L., MANNEVAARA, B. & FAGERSTRÖM, L. 2011. Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 661-670.
20. O'LEARY, J. 2012. Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses. *Journal Nursing Management*, 20, 607-14.

21. SCOTT TILLEY, D. D. 2008. Competency in nursing: a concept analysis. *Journal of continuing Education in Nursing*, 39, 58-64; quiz 65-66, 94.
22. SMITH, S. A. 2012. Nurse competence: a concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23, 172-82.
23. VALLOZE, J. 2009. Competence: A concept analysis. *Teaching and Learning in Nursing*, 4, 115-118.
24. WANGENSTEEN, S., FINNBAKK, E., ADOLFSSON, A., KRISTJANSDOTTIR, G., ROODBOL, P., WARD, H. & FAGERSTROM, L. 2018. Postgraduate nurses' self-assessment of clinical competence and need for further training. A European cross-sectional survey. *Nurse Education Today*, 62, 101-106.
25. WU, X. V., LEE, C. C. S., WANG, W. & ENSKÄR, K. 2015. A systematic review of clinical assessment for undergraduate nursing students. Nurse Education Today, 35, 347-359.
26. YANHUA, C. & WATSON, R. 2011. A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Education Today*, 31, 832-836.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

PAI RSA

COORDINATORE PROGETTO
MG. Montalbano
F. Scerbo
M. Zega

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.2

1. TITOLO PROGETTO

IL PAI (Professional Assessment Instrument) nelle RSA e nelle Case di Riposo (Sistema informatico di supporto decisionale per l'assistenza infermieristica)

IL PAI (Professional Assessment Instrument) in health care residences and nursing homes

ABSTRACT

Il Professional Assessment Instrument (PAI) è un sistema informativo infermieristico, sviluppato da un team di ricercatori dell'Università Tor Vergata di Roma grazie a un finanziamento ricevuto dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Attualmente il PAI è utilizzato in un ospedale universitario ed è parte integrante della documentazione sanitaria elettronica della struttura ospedaliera. I primi studi effettuati sul PAI, hanno dimostrato come le diagnosi infermieristiche siano in grado di descrivere pazienti con differenti complessità assistenziali e come le stesse diagnosi siano associate alla lunghezza della degenza e alla mortalità.
Partendo da questo, si prevede lo sviluppo del PAI per le esigenze che caratterizzano le residenze assistenziali e/o le case di riposo.

ABSTRACT

The Professional Assessment Instrument (PAI) is a nursing information system developed by a team of researchers of the University of Rome Tor Vergata thanks to funding from the Italian Center of Excellence for Nursing Scholarship, Rome, Italy. Currently, the PAI is used in a teaching hospital and is part of the hospital electronic health record. Studies on nursing data, conducted using the PAI, showed that nursing diagnoses describe nursing complexity among different patient populations and that nursing diagnoses are associated to hospital length of stay and mortality.
From this incipit, Pai system will be developed for the needs of long-term care.

BACKGROUND

Negli ultimi decenni il progressivo aumento della speranza di vita della popolazione e il contemporaneo incremento delle patologie cronico-degenerative, hanno portato come conseguenza l'aumento dei bisogni assistenziali. In un quadro complesso di transizione epidemiologica, la professione infermieristica è chiamata a favorire la continuità assistenziale, superando l'approccio prestazionale a vantaggio di una presa in carico, che segua il paziente, per tutto il percorso di cura.
Per favorire questo processo di cambiamento e dare un quadro riassuntivo dell'assistenza infermieristica è necessario l'utilizzo di strumenti che permettano di raccogliere informazioni in maniera sistematica e organizzata.
Sono infatti diversi gli studi sia in Italia che all'estero che evidenziano oltre ad una carenza di dati raccolti, uno scarso utilizzo da parte degli infermieri di un linguaggio standardizzato (1-9).
A causa di ciò in Italia e in molti altri paesi, le informazioni sui bisogni sanitari e sulla appropriatezza delle prestazioni, nonché sui risultati di assistenza, provengono prevalentemente dalla condizione medica dell'assistito (Diagnosis Related Group [DRG]). Vengono ancora tralasciate le informazioni riguardanti lo stato funzionale dell'assistito e la sua risposta umana alla condizione di salute riscontrabile con l'elaborazione di

una o più diagnosi infermieristiche.
Alcuni studi (10,11) hanno mostrato che l'inclusione delle diagnosi infermieristiche tra i dati di assistenza sanitaria, indipendentemente dal sistema DRG, possono spiegare i risultati nell'assistenza ospedaliera aumentando il potere esplicativo del sistema DRG. Infatti, le diagnosi infermieristiche associate ai DRG hanno un potere predittivo più elevato (dal 30% al 146% in più) sui giorni di ricovero, sui costi sanitari e sulla mortalità ospedaliera (10,11).
Appare quindi indispensabile, non solo per la professione infermieristica ma anche per il sistema sanitario, lo sviluppo di sistemi informatizzati che prevedano al loro interno dei Minimum Data Set Infermieristici, essenziali per valutare i risultati sugli assistiti e le risorse impiegate (12-14).
E' opportuno considerare però che gli infermieri hanno difficoltà nell'esprimere con accuratezza le diagnosi infermieristiche (5,12,15,16).
Il progetto, si basa sul Professional Assessment Instrument (PAI) 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. Partendo da questo, si prevede lo sviluppo del PAI per le esigenze che caratterizzano le residenze assistenziali e/o le case di riposo.
L'attuale normativa nazionale (17) indica come uno dei requisiti minimi organizzativi delle RSA la *"...stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati*" attraverso una valutazione multidimensionale che viene effettuata anche con l'uso di strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente.
Con la gestione del PAI nella forma informatizzata si ha la capacità di poter visualizzare ed elaborare in tempo reale qualsiasi dato richiesto, fornendo un documento di file più o meno sintetico da inviare o stampare. Altro punto di forza, essendo informatizzato, è la semplicità e la facilità di condivisione del dato da parte degli organi esterni, attraverso un accesso profilato e sicuro stabilito dalla direzione.
Considerata l'importanza del personale infermieristico nelle strutture residenziali socio-sanitarie, l'infermiere spesso è chiamato ad essere Case Manager sulla gestione del Piano assistenziale del Paziente e quindi aver il controllo organizzativo sullo stesso nonostante la presenza di altre figure professionali che, ognuno per il proprio profilo di appartenenza, stilerà diagnosi e le condividerà con l'intera equipe. Tale sistema informativo si pone l'obiettivo di poter dare supporto all'attività decisionale dell'infermiere nel formulare il piano di assistenza, basato su una terminologia standard confrontabile anche a livello internazionale e di valutarne l'impatto all'interno delle strutture socio-sanitarie e, di riflesso, creare punto di incontro con altre figure professionali (assistenti, fisioterapisti, educatori, psicologi e medici ecc ecc) per poter condividere e trovare una sintesi e programmare il miglior progetto globale sulla persona.

OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo di questo progetto è quello di realizzare un sistema informatico di supporto all'attività decisionale dell'infermiere nel formulare il piano di assistenza, basato su una terminologia standard confrontabile anche a livello internazionale e di valutarne l'impatto all'interno delle strutture socio-sanitarie (RSA e Case di Riposo)

A partire dagli obiettivi già perseguiti con il Progetto PAI già in essere di seguito indicati:
- Creazione di una struttura di sistema basata su classificazioni internazionali.
- Creazione di un algoritmo infermieristico/clinico.

Il PAI –RSA avrà i seguenti obiettivi specifici:
- Realizzazione di un elenco di attività infermieristiche adatto al contesto delle residenze Sanitarie Assistenziali e utile alla costruzione di un linguaggio condiviso tra struttura e organismi regionali di controllo.
- Realizzazione di un elenco di attività collaborative riguardanti altre figure professionali.
- Realizzazione di un elenco di complicanze cliniche.
- Creazione di una documentazione infermieristica informatizzata e trasparente nella tracciabilità delle pianificazioni assistenziali e relative registrazioni/valutazioni.

METODOLOGIA

Disegno del progetto

Il progetto ripercorre quanto già eseguito nel progetto PAI inziale con un riadattamento delle diagnosi infermieristiche elaborate da un gruppo di infermieri in un periodo di nove mesi su valutazioni multidimensionali di anziani in residenza sanitaria.
Il disegno che guiderà lo studio sarà di tipo descrittivo-correlazionale.

Il progetto in una prima fase comprenderà una revisione delle diagnosi infermieristiche degli interventi e dei risultati Infermieristici correlati, da includere nel software e nella costruzione dei relativi algoritmi. Una revisione della letteratura sarà eseguita all'interno di banche dati quali Pubmed, Cinahl e Ilisi e tramite i testi infermieristici nazionali e internazionali.
In egual misura si eseguirà una revisione della letteratura sulle complicanze cliniche, dei relativi interventi infermieristici correlati (preventivi di monitoraggio o assistenziali), che dovranno costituire gli algoritmi, relativi all'integrazione professionale, da inserire all'interno del software.
Successivamente alla costruzione del software si procederà con la seconda fase, la sperimentazione. Si avvierà l'arruolamento di alcune strutture socio-assistenziali in modo che queste siano rappresentative dei vari setting assistenziali esistenti nel territorio. Condizione essenziale, per l'inclusione delle strutture nella sperimentazione, è la presenza di almeno un computer all'interno del reparto/servizio. Infine, non verranno arruolate strutture in cui non vi sia l'utilizzo di una scheda di accertamento infermieristica da almeno 6 mesi.
Lo studio sarà realizzato su strutture residenziali (RSA e CDR) con due fasi di lavoro:

a) Modifica del PAI base con le diagnosi ritenute più significative e frequenti nella assistenza agli anziani nelle residenze (come da analisi dei PAI cartacei già in essere)
b) Applicazione in via sperimentale dello strumento PAI –RSA per sei mesi nelle residenze che hanno aderito al progetto
c) Promozione dello strumento PAI-RSA con altre residenze che siano interessate allo strumento stesso per un futuro utilizzo.

A. Oggetto della rilevazione

Oggetto della rilevazione sono i bisogni assistenziali del paziente sono previste 7 sezioni a cui si aggiunge la sezione dei dati identificativi:

1. Informazioni Identificative;
    a. Dati anagrafici Assistito (Nome, Cognome ,….)
2. Scheda di accertamento diagnostico;
3. Identificazione delle diagnosi infermieristiche;
4. Identificazione della/e Complicanze Cliniche (C.C.);
5. Identificazione degli Obiettivi;
6. Definizione degli Interventi Infermieristici;
7. Identificazione dei Risultati .
8. Attività infermieristiche correlate ad ogni singola complicanza clinica;

B. Funzioni

Il software avrà tra le sue funzioni quella di facilitare il riconoscimento e l'accurata espressione delle Diagnosi Infermieristiche tramite i propri fattori correlati e le proprie caratteristiche definenti (segni/sintomi).
Una volta effettuato l'accertamento infermieristico il sistema fornisce:

1. Una serie di diagnosi suggerite automaticamente;
2. Una valutazione relativa alla/e diagnosi;
3. Gli interventi relativi alla/e diagnosi.

Dopo aver effettuato la scelta della(e) diagnosi prioritarie per l'assistito insieme all'eziologia (fattori correlati), segni e sintomi, il sistema suggerirà una serie di interventi prioritari tra i quali l'infermiere sceglierà quelli da programmare per il raggiungimento degli obiettivi di assistenza. Per ogni intervento l'infermiere troverà una serie di attività tra cui individuerà le più appropriate alla personalizzazione dell'intervento.
Il sistema dovrà consentire, per l'ambito dell'integrazione professionale, l'individuazione della(e) complicanze cliniche associate a specifiche patologie e una volta scelto le complicanze il sistema fornirà una serie di interventi possibili.
Il sistema, inoltre, consentirà all'infermiere di replicare l'accertamento infermieristico permettendo la rimodulazione del piano di assistenza personalizzato in relazione alle mutate condizioni.
E' prevista una diaria giornaliera, per ogni paziente, alimentata automaticamente dalle attività scelte ed a cui si aggiunge un'area per i commenti alle singole attività ed una riassuntiva.

RISULTATI ATTESI

Dal presente studio ci si aspetta di ottenere un insieme minimo di elementi informativi, con definizioni e categorie uniformi relative alla dimensione specifica dell'assistenza infermieristica.
Tale sistema informativo si pone l'obiettivo di dare supporto all'attività decisionale dell'infermiere nel formulare il piano di assistenza, basato su una terminologia standard confrontabile anche a livello internazionale e di valutarne l'impatto all'interno delle strutture socio-sanitarie e, di riflesso, creare punto di

incontro con altre figure professionali per poter condividere, fare sintesi e programmare il miglior progetto globale sulla persona.
Infine, ci si attende che l'utilizzo di tale sistema migliori l'accuratezza della documentazione infermieristica e il ragionamento diagnostico.
L'opportunità di ragionare con strumenti condivisi e riproducibili nel contesto della assistenza alla cronicità e in ambiti residenziali diversi per aderire ad un modello concettuale che superi un concetto di mansioni svolte per andare verso la presa in carico assistenziale potenziando il valore del piano assistenziale come metodologia di lavoro qualificato e appropriato.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo e valutazione impatto	Project manager, Coordinatori	01/10/2016 -31/11/2016
Ricerca bibliografica	Coordinatori e project team	01/011/2016 -15/11/2016
Revisione delle Diagnosi Infermieristiche	Project manager e coordinatori e project team	01/12/2016-16/12/2016
Revisione della letteratura in materia di complicanze cliniche e collaborative a cui sono correlati interventi infermieristici	Coordinatori e project team	17/12/2016-05/01/2017

DIAGRAMMA GANTT

	Gennaio 2017	Febbraio 2017	Marzo 2017	Aprile 2017	Maggio 2017	Giugno 2017	Luglio 2017	Agosto 2017	Settembre 2017	Ottobre 2017	Novembre 2017	Dicembre 2017	Gennaio 2018	Febbraio 2018
Presentazione del progetto	■													
Progettazione	■	■	■											
Informatizzazione del sistema	■	■	■	■										
Formazione del personale				■										
Sperimentazione del software					■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Report dei dati e elaborazione									■	■	■	■	■	■
Verifica dei risultati attesi del progetto												■	■	■

BIBLIOGRAFIA

1. Boccoli, E., Lavazza, L., Tomaiuolo, M., Brandi, A., Melani, A.S., & Trianni, G. (2001). Contenuto e struttura della documentazione infermieristica nell'Azienda ospedaliera Careggi, Firenze, nel 1998: risultati e prospettive. Epidemiologia e prevenzione, 25(4-5), 174-180
2. Corsi, M., & Placenti, F. (2004). La qualità della documentazione infermieristica nelle strutture sanitarie. Professioni Infermieristiche, 57(1), 5-13.
3. Piu, F. (2005). La documentazione infermieristica come strumento di misurazione della complessità assistenziale e di pianificazione dell'assistenza. Management Infermieristico, 11 (2), 36-42

4. Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K., & Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. International Journal of Nursing Pracitce, 12(6), 366-374.
5. Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M.A., van Achterberg, T. (2007). Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 18(1),5-17.
6. Forti, E., & Manteo, A. (2008). L'utilizzazione delle diagnosi secondo la classificazione Nanda ed il modello NIC/NOC nell'ospedale S.Giovanni Calibita Fatebenefratelli. Infermiere oggi, 18(1), 22-25.
7. Saranto, K., & Kinnunen, U.M. (2009). Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. Journal of Advanced Nursing, 65(3), 464-476.
8. Sansoni, J., & Giustini, M. (2003). Visibilità infermieristica: l'I.C.N.P. potrebbe aiutare?. Professioni Infermieristiche, 56(3), 131-142.
9. Lavin, M.A., Avant, K., Craft-Rosenberg, M., Herdman, T.H., & Gebbie, K. (2004). Contexts for the study of the economic influence of nursing diagnoses on patient outcomes. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 15(2), 39-47.
10. Welton, J.M., & Halloran, E.J. (1999). A comparison of nursing and medical diagnoses in predicting hospital outcomes. Transforming health care through informatics: Cornerstones for a new information management paradigm. Proceedings from AMIA 1999 Annual Symposium, 171-175
11. Welton, J.M., & Halloran, E.J. (2005). Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes. The Journal of Nursing Administration, 35(12), 541-549
12. Thoroddsen, A., & Ehnfors, M. (2007). Putting policy into practice: pre-and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. Journal of Clinical Nursing, 16(10), 1826-1838
13. von Krogh, G., & Nåden, D. (2008a). A nursing-specific model of EPR documentation: organizational and professional requirements. Journal of Nursing Scholarship, 40(1), 68-75
14. Urquhart, C., Currell, R., Grant, M.J., & Hardiker, N.R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 21(1)
15. Müller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I., & van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. Journal of Advanced Nursing, 56(5), 514-531
16. Lunney, M. (2010). Il pensiero critico nell'assistenza infermieristica: Casi clinici con Nanda-I, NOC e NIC. Milano: Casa Editrice Ambrosiana
17. D.P.R 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"
18. Legge Regionale (Regione Lazio) n.6 del 22 Aprile 2011

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

LAVORO E CARING

COORDINATORE PROGETTO
A. Sili
C. Turci

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.3

1. TITOLO PROGETTO

Contesto di lavoro e caring: studio correlazionale multicentrico in ambito assistenziale

Work environment and Caring: correlational multicenter study

ABSTRACT

Background. È stato dimostrato che in contesti sanitari con un clima organizzativo positivo, si ha un tasso minore di *outcome* occupazionali avversi. Le caratteristiche della leadership e dello *staffing* incidono sugli *outcome* assistenziali, ed in particolare su quelli infermieristici. Su questi ultimi, gli studi sono ancora limitati. Le caratteristiche dello *staffing* che sono già individuate come fattori che influenzano negativamente gli *outcome* sono: il burnout, l'esaurimento emotivo, le ore di straordinario ed elevato turnover.
Obiettivi Lo scopo dello studio è indagare le ripercussioni che il contesto di lavoro ha sugli outcome assistenziali, in termini di Caring. In particolare, si vuole valutare quanto le variabili organizzative (la percezione dei conflitti interpersonali, dei carichi di lavoro, dei vincoli organizzativi, del benessere organizzativo, la soddisfazione per il management e per la propria unità operativa), il burn-out e i comportamenti contro-produttivi sono in relazione con il Caring percepito dagli utenti.
Metodi e strumenti Lo studio osservazionale correlazionale coinvolgerà infermieri, ai quali verrà somministrato un questionario formato dalle seguenti scale ICAWS, QWI, OCS, QISO, MBI-GS, MBI-HSS e CWB, e agli utenti, ai quali verrà somministrato il questionario CBS.
Risultati attesi Ci si aspetta di verificare che la qualità del Caring sia fortemente correlata con la salute organizzativa vissuta dagli infermieri, in particolare all'aumentare del livello di salute organizzativa percepita vissuta nei luoghi di lavoro, corrisponda un incremento della qualità del Caring percepito dagli utenti. Al contrario si attende che negli ambienti lavorativi altamente conflittuali, in cui gli infermieri sono in burnout, in esaurimento emotivo e/o mettono in atto comportamenti contro-produttivi, la qualità del Caring sia influenzata negativamente.

ABSTRACT

Background In the health care settings it has been demonstrated that with a positive organizational health, it has a lower rate of adverse outcomes. The characteristics of leadership and staffing affect the healthcare outcomes, and in particular those nursing. On the latter, studies are still limited. The characteristics of the staffing that are already identified as factors that negatively affect the nursing outcomes are: burnout, emotional exhaustion, overtime and high turnover.
Objectives The objective of the project is to identify the relationship between the organizational health perceived by the nurses and nursing outcomes, in terms of Caring perceived by patients. In particular, it wants to assess how the organizational variables (perception of interpersonal conflict, workload, organizational constraints, workload, satisfaction with management and its operating unit), burnout and counterproductive working behaviour are in relation with nursing outcomes.
Methods The observational and correlational research will involve nurses, to which will be administered questionnaires composed by different scales ICAWS, QWI, OCS, QISO, MBI-GS, MBI-HSS and CWB, and patients, to which will be administered the questionnaire CBS.
Results It is expected that quality of caring is strongly related to the organizational health perceived by nurses, in particular an high level of organizational health coincide to a better quality of Caring perceived

by patients. Rather, it is expected that in working settings characterized by interpersonal conflict, burnout, emotional exhaustion and/or counterproductive working behaviour, the quality of Caring will be negatively influenced.

BACKGROUND

Tutti i sistemi sanitari devono fronteggiare importanti sfide per soddisfare i bisogni assistenziali di una popolazione che invecchia. L'elemento essenziale su cui basare le possibili soluzioni è il miglioramento della qualità delle cure.

Le risorse umane ricoprono un ruolo strategico, perché sono in grado di influenzare il risultato finale del processo assistenziale: è necessario per un'azienda saper gestire e valorizzare il personale e includere gli indicatori sensibili alle cure infermieristiche come parte integrante del management sanitario, per la valutazione dell'appropriatezza e della qualità degli interventi assistenziali.

Elemento indispensabile nel favorire la determinazione di standard di struttura e di processo ottimali è la definizione della relazione di dipendenza tra alcuni esiti assistenziali - che in letteratura sono definiti come sensibili all'assistenza infermieristica (*Nursing sensitive outcomes, NSOs*) - e possibili determinanti connessi alla salute organizzativa, percepita dagli infermieri all'interno dell'organizzazione.

Per *Nursing Outcomes* o *NSOs* si intende una condizione, un comportamento o una percezione misurabile del paziente o della sua famiglia, intesa come variabile e influenzata dalle cure infermieristiche (Palese et al., 2008). Gli esiti sensibili all'infermieristica possono essere definiti come i cambiamenti misurabili nella condizione del paziente ed attribuiti alla cura infermieristica ricevuta (Donabedian, 2005). Il concetto di attribuibilità è correlato a quello di rischio, ovvero alla differenza tra l'incidenza di un determinato evento nei soggetti esposti e l'incidenza dello stesso evento nei non esposti (Palese et al., 2008).

Stone sostiene che gli esiti infermieristici sono misurabili e riguardano sia gli aspetti tradizionali dell'assistenza sia gli effetti prodotti dagli infermieri (Stone et al., 2007). Nel nursing esiste, quindi, una relazione tra gli interventi infermieristici (intesi come variabile indipendente) e ciò che accade al paziente (variabile dipendente o esito). Dall'assistenza infermieristica dipendono quindi l'esito degli infermieri (*nurses outcomes*) e l'esito delle cure infermieristiche erogate (*nursing outcomes*). Si considerano, in quest'ultimo, il comportamento professionale degli infermieri, le azioni tecniche, relazionali ed educative. La letteratura si è concentrata su tale argomento, evidenziando inizialmente cinque NSOs: l'appropriata cura di se stessi, la promozione di stili di vita salutari, la qualità di vita, la gestione dei sintomi e la percezione del benessere in relazione all'assistenza. A seguito delle nuove evidenze, i NSOs sono aumentati e ne sono stati identificati molti altri. È stato introdotto un sistema che li classifica in: eventi avversi (infezioni nosocomiali, polmoniti, cadute, durata della degenza ospedaliera, complicazioni mediche, emorragie, trombosi venosa profonda, shock, lesioni da pressione e mortalità), benessere del paziente (stato funzionale, abilità di *self-care*, gestione dei sintomi, promozione di stili di vita salutari e qualità di vita riferiti alla salute) e soddisfazione del paziente, intesa come valutazione soggettiva espressa dal paziente (Doran & Almost, 2003). Sono state condotte anche revisioni della letteratura sui NSOs, ma che hanno solamente approfondito la prima classe di NSOs, quella relativa agli eventi avversi (Butler et al., 2011; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007).

La letteratura ha sottolineato la correlazione esistente tra caratteristiche dello *staffing* infermieristico ed *outcomes* assistenziali, ed ha evidenziato un basso rigore scientifico degli studi che hanno analizzato l'influenza della salute organizzativa sugli *outcomes* (Petrucci, Calandro, Transulti, Baldacchini, & Lancia, 2015). In presenza di condizioni di malessere organizzativo, vissuto dal dipendente all'interno di un'Azienda sanitaria, diminuiscono la produttività, la motivazione, la disponibilità al lavoro, la fiducia e l'impegno. Aumentano invece l'assenteismo, i reclami e le lamentele dei pazienti/utenti (Sili et al., 2010) e i comportamenti contro-produttivi (*Counterproductive work behavior* – CWB - Fida et al., 2012). Si tratta di quei comportamenti intenzionali messi in atto dai lavoratori contro la propria azienda e le persone che ne fanno parte per nuocere all'organizzazione, ma che inevitabilmente si ripercuotono sugli *outcomes*, come ad esempio il furto di materiali di proprietà dell'azienda, ma anche le aggressioni fisiche e verbali (Sili, Fida, Zaghini, Tramontano, & Paciello, 2013; Zaghini et al., 2016). Infatti è stato dimostrato che i CWB sono una realtà presente anche negli ospedali italiani (Dabney, 1995; Fadanelli & Favero, 2011; Hoyer, Booth, Spelman, & Richardson, 1990).

Altre variabili che concorrono al malessere organizzativo sono: uno stile manageriale autoritario dei dirigenti; la mancata programmazione e organizzazione delle attività assistenziali; rapporti gerarchici con altri professionisti (Sili, Proietti, et al., 2013). Risulta fondamentale per le aziende sanitarie monitorare le condizioni lavorative dei propri dipendenti, in quanto un'organizzazione "in salute" è più efficace e produttiva (Turci et al., 2013). La "salute organizzativa" fa riferimento alla capacità di un'Azienda Sanitaria non solo di garantire un'assistenza agli utenti in termini di salute, ma anche di promuovere e mantenere un

adeguato grado di benessere fisico e psicologico degli operatori sanitari, alimentando la convivenza sociale di chi vi lavora (Gigantesco, Mirabella, Bonaviri, & Morosini, 2004).
Il concetto di "salute organizzativa" in ambito infermieristico è definito, da Sili et al. nel 2010, 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». Maggiore è la percezione di appartenenza all'organizzazione, condividendone valori, pratiche e linguaggi, maggiore sarà la motivazione e il significato nel suo lavoro (Sili, Vellone, De Marinis, et al., 2010; Sili, Fida, Vellone, & Alvaro, 2011). In un altro studio è stato dimostrato che lo stress correlato al lavoro è influenzato dallo status professionale, a sua volta condizionato dal clima organizzativo, dall'organizzazione del lavoro, dalla modalità di gestione del personale, dal livello di soddisfazione dell'attività lavorativa (Chiu et al., 2007). Inoltre, sono stati condotti numerosi studi che hanno approfondito la salute organizzativa degli infermieri all'interno di specifiche aree dell'organizzazione. Da essi emerge che il benessere degli infermieri è fortemente influenzato dalla qualità dei rapporti interpersonali che si instaurano con i colleghi di lavoro, mentre l'insicurezza lavorativa conduce il lavoratore a mettere in atto dei comportamenti contro-produttivi, sia dell'organizzazione sia dei colleghi (Barbaranelli, Fida, & Gualandri, 2013; Spector & Jex, 1998). Ne consegue una diminuzione del grado di sicurezza relativa al paziente. I principali problemi dichiarati dal personale infermieristico sono la mancata organizzazione del lavoro, la presenza di attrezzature obsolete, la carenza di idonei spazi ed infine gli ostili rapporti interpersonali instaurati con i colleghi infermieri. Tutto ciò influenza negativamente la qualità del lavoro svolto e la salute mentale del personale (Sili, Vellone, Fida, Alvaro, & Avallone, 2010). Molto significativo è il risultato dello studio condotto da El-Salam et al., che ha dimostrato come la percezione che gli infermieri hanno circa il clima organizzativo del proprio ambiente di lavoro non dipenda dalla loro diretta responsabilità (El-Salam, Ibrahim, Mohsen, & Hassanein, 2008). Un ulteriore studio ha anche dimostrato che la soddisfazione lavorativa del personale infermieristico è un fattore determinante per governare il turnover e il fenomeno dell'assenteismo (Cortese, 2007). In mancanza di una particolare attenzione all'organizzazione, aumenta in modo significativo il turnover degli infermieri, e questo ha delle inevitabili ripercussioni negative sulla qualità dell'assistenza (Alvaro & Sili, 2007). Sebbene molti studi siano stati condotti sulla salute organizzativa, nessuno fra essi ha posto attenzione alle ripercussioni che tale concetto abbia direttamente sugli *outcomes* assistenziali. Nel 2007 Gershon et al. ha effettuato una revisione della letteratura sugli studi prodotti fino a luglio 2007, che valutano l'associazione tra il benessere organizzativo e gli *outcomes* assistenziali. Gli autori hanno evidenziato che, in contesti sanitari con un clima organizzativo positivo, si ha un tasso minore di *outcomes* occupazionali avversi. Le caratteristiche della leadership e dello *staffing* incidono sugli *outcomes* assistenziali, ed in particolare su quelli infermieristici. Tuttavia, su questi ultimi gli studi sono ancora limitati. Per quanto riguarda le caratteristiche dello *staffing* sono individuati come fattori che influenzano negativamente gli *outcomes*: il burnout, l'esaurimento emotivo, le ore di straordinario ed elevato turnover. Gli autori hanno anche sottolineato la presenza in ogni studio di un limite comune: la disomogeneità delle definizioni e della terminologia per entrambe le variabili, condizionando notevolmente le future ricerche (Gershon et al., 2007). Per questa ragione, si vuole condurre uno studio osservazionale correlazionale, con lo scopo di indagare le ripercussioni che il contesto di lavoro ha sugli outcomes assistenziali, in termini di Caring riferito dagli utenti.

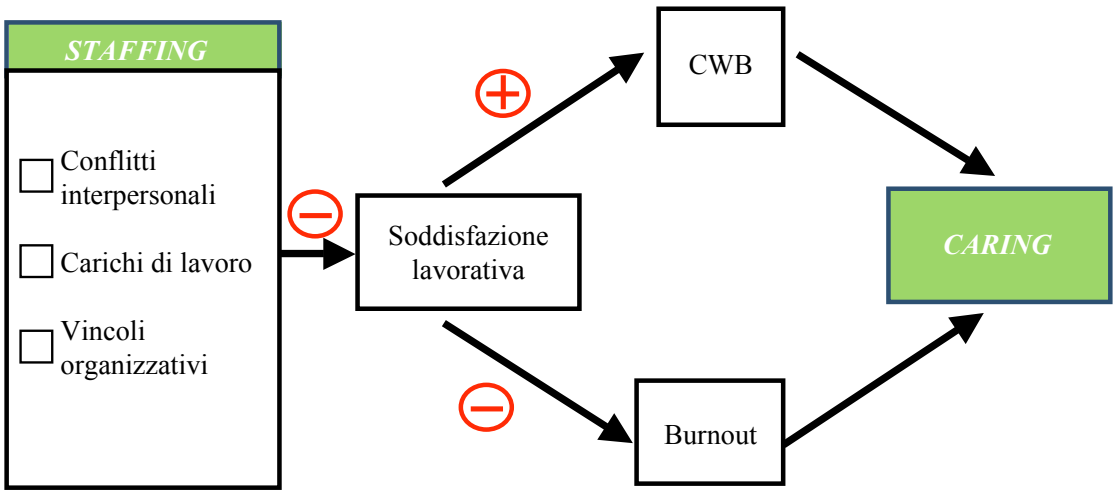


Figura 1: Caratteristiche dello *staffing* correlate alla salute organizzativa.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Scopo dello studio

Lo scopo dello studio è quello di indagare le ripercussioni che il contesto di lavoro ha sugli outcomes assistenziali, in termini di Caring.

Obiettivi specifici e relativi indicatori

Gli obiettivi specifici da raggiungere sono:

1) Valutare quanto le variabili organizzative (la percezione dei conflitti interpersonali, dei carichi di lavoro, dei vincoli organizzativi, del benessere organizzativo, la soddisfazione per il management e per la propria unità operativa) sono in relazione con gli outcomes assistenziali, in termini di Caring riferito dagli utenti. L'indicatore di successo di questo obiettivo specifico è l'incidenza della percezione delle variabili organizzative sugli outcomes assistenziali.
2) Valutare quanto il burnout vissuto dagli infermieri, indagato nelle tre dimensioni di tale fenomeno (esaurimento emotivo, cinismo e sovraccarico relazionale), è in relazione con gli outcomes assistenziali, in termini di Caring riferito dagli utenti. L'indicatore di successo di questo obiettivo specifico è l'incidenza del burnout sugli outcomes assistenziali.
3) Valutare quanto i comportamenti contro-produttivi, messi in atto dagli infermieri nei confronti dell'organizzazione, tra i colleghi e clinici, sono in relazione con gli outcomes assistenziali, in termini di Caring riferito dagli utenti. L'indicatore di successo di questo obiettivo specifico è l'incidenza dei comportamenti contro-produttivi sugli outcomes assistenziali.

METODOLOGIA

Studio osservazionale, multicentrico

5.1. Disegno del progetto

1ª Fase - Pianificazione attività e avvio progetto: revisione letteratura, allineamento del team di ricerca, pianificazione attività, identificazione campione, arruolamento delle strutture in cui svolgere il progetto, diffusione breve informativa aziendale.

2ª Fase – Indagine sulla salute organizzativa: somministrazione dei questionari al campione degli infermieri delle UO delle strutture aderenti.

3ª Fase – **Indagine sul Caring**: somministrazione dei questionari al campione degli utenti ricoverati nelle medesime UO degli infermieri questionati nella fase precedente.

4ª Fase – **Elaborazione dei dati e stesura del report finale**: analisi statistica dei dati raccolti, interpretazione dei risultati ottenuti e scrittura del Report finale sui risultati ottenuti.

5ª Fase – Condivisione e diffusione: incontro di condivisione con interlocutori istituzionali locali e nazionali per la condivisione dello studio e dei suoi risultati; scrittura di un articolo scientifico qualora i dati ottenuti abbiano interesse scientifico.

5.2. Campione

Il campione sarà formato da:

- Infermieri appartenenti alle UO delle strutture aderenti;
- Utenti ricoverati nelle medesime UO degli infermieri.

Per quanto riguarda gli utenti, si è deciso di effettuare due giornate di prevalenza a distanza di almeno 15 giorni, affinché si giunga a saturazione del dato della qualità assistenziale percepita. Saranno arruolati gli utenti ricoverati nelle medesime UO in studio, ricoverati nel periodo in cui sono raccolti i dati per il campione degli infermieri. Per essere inclusi nello studio i pazienti dovranno soddisfare i seguenti criteri:

- Pazienti in grado di compilare autonomamente il questionario;
- Pazienti maggiorenni;
- Durata del ricovero maggiore o uguale ai 3 giorni;
- Pazienti al primo ricovero presso la struttura setting di raccolta dati.

5.3. Strumenti

Agli infermieri verrà somministrato un questionario creato ad hoc che indaga le dimensioni correlate al benessere organizzativo, formato dalle seguenti scale:

- *The Interpersonal Conflict At Work Scale* (ICAWS) che misura la frequenza con cui i dipendenti affrontano conflitti, mancanza di rispetto e diverbi, interagendo con i colleghi (Barbaranelli, Fida, & Gualandri, 2013; Spector & Jex, 1998).
- *The Quantitative Workload Inventory* (QWI) per valutare la quantità di lavoro svolto. (Barbaranelli et al., 2013; Spector & Jex, 1998).

- *Organizational Constraints Scale* (OCS) specifica per i vincoli organizzativi, indagando la frequenza con cui i dipendenti affrontano ostacoli durante le performance lavorative, (il rispetto di regole o procedure, interruzioni o disponibilità di risorse (Barbaranelli et al., 2013; Spector & Jex, 1998).
- *Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa* (QISO) con buone caratteristiche psicometriche di validità e affidabilità nel misurare la salute organizzativa in ambito infermieristico. Si utilizzerà la parte del QISO relativa alle dimensioni che rilevano aspetti specifici della salute organizzativa: contesto organizzativo ed indicatori positivi e negativi (Sili et al., 2010).
- *Maslach burnout Inventory-General Survey MBI-GS e Maslach Burnout Inventory-Origjnal Depersonalization Scale* (MBI-HSS) che indagano rispettivamente la prima l'esaurimento emotivo e il cinismo e la seconda il sovraccarico relazionale (i sentimenti, i comportamenti e le attitudini assunte verso le altre persone; Borgogni, Consiglio, Alessandri, & Schaufeli, 2011; Consiglio, Borgogni, Alessandri, & Schaufeli, 2013).
- *Controproductive Work Behaviour* (CWB) che valuta i CWB organizzativi, aggressivi o interpersonali e clinici (Sili, Fida, Zaghini, Tramontano, & Paciello, 2013; Zaghini, Biagioli, Prandi, Fida, & Sili, 2015).

Ai pazienti ricoverati presso le medesime unità operative degli infermieri questionati, verrà somministrato un questionario, *The Caring Behaviours Scale* (CBS), recentemente validato e in fase di pubblicazione su Journal Advanced Nursing. Tale scala valuta la qualità dell'assistenza infermieristica ricevuta e percepita dall'utente ed alti scores indicano che i pazienti hanno una forte percezione del caring infermieristico (Piredda et al., 2016 in press).

5.4. Analisi dei dati

Per l'analisi dei dati raccolti con i questionari verrà utilizzato il pacchetto statistico SPSS ver 22. L'elaborazione dei dati seguirà come criterio principale la suddivisione delle UO per Dipartimento aziendale, fatta eccezione per l'Ematologia. Quest'ultima sarà analizzata singolarmente in quanto, in tale contesto, le variabili indagate - come il coinvolgimento emotivo, il burnout e l'esaurimento emotivo - hanno incidenze e ricadute maggiori sugli operatori (Duzzi, Giovanardi, & Gradellini, 2014). I dati verranno elaborati attraverso tecniche di statistica descrittiva e inferenziale. L'analisi statistica descrittiva prevedrà il calcolo di: media, moda, mediana, deviazione standard (DS). Secondo le indicazioni di validazione di ogni scala inserita nei questionari, saranno calcolate le medie delle singole dimensioni per ogni soggetto e, successivamente, il punteggio medio complessivo per tutti i soggetti. Per verificare la relazione esistente tra le dimensioni del benessere organizzativo e la percezione del caring da parte dei pazienti, per ogni singola unità operativa, sarà utilizzato il coefficiente di correlazione di Pearson (r).

RISULTATI ATTESI

Dall'elaborazione e l'analisi delle informazioni ottenute da questo studio si pensa di poter identificare delle correlazioni tra alcuni aspetti della salute organizzativa e gli outcomes assistenziali, in termini di Caring espressi dagli utenti.

Ci si aspetta di verificare che la qualità del caring sia fortemente correlata con la salute organizzativa vissuta dagli infermieri, in particolare all'aumentare del livello di salute organizzativa percepita corrisponda un incremento della qualità del Caring percepito dagli utenti. Dai risultati dello studio, coerentemente a quanto presente in letteratura ci si aspetta di verificare negli ambienti lavorativi altamente conflittuali, in cui gli infermieri sono in burnout, in esaurimento emotivo e/o mettono in atto comportamenti contro-produttivi, la qualità del Caring sia influenzata negativamente. Al contrario, nelle UO in cui gli infermieri siano soddisfatti in generale, della UO e del Management, la qualità del Caring percepita dagli utenti sia influenzata positivamente.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTO DI RICERCA	SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1	Pianificazione delle attività e avvio del progetto: • Revisione bibliografica • Allineamento del team di ricerca • Arruolamento delle strutture in cui svolgere il progetto	Project manager, coordinatore, team progetto	01/01/2017 31/12/2017

DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTO DI RICERCA		SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
2	**Indagine sulla salute organizzativa:** • Predisposizione materiali • Somministrazione e raccolta questionari • Elaborazione dei dati • Stesura di un articolo	Team di progetto	01/01/2017 31/12/2017
3	**Indagine sul Caring:** • Predisposizione materiali • Somministrazione e raccolta questionari • Elaborazione dei dati • Stesura di un articolo	Team di progetto	01/01/2017 31/12/2017
5	**Elaborazione dei dati e stesura del Report finale:** • Analisi statistica dei dati raccolti • Interpretazione dei risultati • Scrittura del Report finale	Coordinatore, Team di progetto	01/01/2017 31/12/2017
6	**Condivisione e diffusione**	Coordinatore, Team di progetto	01/01/2018- 31/12/2018

BIBLIOGRAFIA

1. Barbaranelli, C., Fida, R., & Gualandri, M. (2013). Assessing counterproductive work behavior: A study on the dimensionality of cwb-checklist. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, *20*(3), 235–248. http://doi.org/10.4473/TPM20.3.3
2. Borgogni, L., Consiglio, C., Alessandri, G., & Schaufeli, W. B. (2011). "Don't throw the baby out with the bathwater!" Interpersonal strain at work and burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, (November 2012), 1–24. http://doi.org/10.1080/1359432X.2011.598653
3. Butler, M., Collins, R., Drennan, J., Halligan, P., O'Mathúna, D. P., Schultz, T. J., … Vilis, E. (2011). Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD007019. http://doi.org/10.1002/14651858.CD007019.pub2
4. Chiu, M. C., Wang, M. J. J., Lu, C. W., Pan, S. M., Kumashiro, M., & Ilmarinen, J. (2007). Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. *Nursing Outlook*, *55*(6), 318–326. http://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.07.002
5. Consiglio, C., Borgogni, L., Alessandri, G., & Schaufeli, W. B. (2013). Does self-efficacy matter for burnout and sickness absenteeism? The mediating role of demands and resources at the individual and team levels. *Work & Stress*, *27*(1), 22–42. http://doi.org/10.1080/02678373.2013.769325
6. Cortese, C. G. (2007). La soddisfazione lavorativa del personale infermieristico. Adattamento italiano della scala Index of Work Satisfaction di Stamps / Job satisfaction among nursing personnel: application of the Italian version of the Stamps Index of Work Satisfaction (1997). *La Medicina Del Lavoro*, *98*(3), 175–191.
7. Dabney, D. (1995). Neutralization and deviance in the workplace: Theft of supplies and medicines by hospital nurses. *Deviant Behavior*, *16*(4), 313–331. http://doi.org/10.1080/01639625.1995.9968006
8. Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*, *83*(4), 691–729. http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
9. Doran, D., & Almost, J. (2003). *Nursing Sensitive Outcomes: The State of the Science*. Retrieved from https://books.google.com/books?hl=it&lr=&id=CxPP9jaT-TIC&pgis=1
10. Duzzi, B., Giovanardi, I., & Gradellini, C. (2014). La sindrome da Burnout negli infermieri. *L'Infermiere*, *5*(19), 29–35.
11. El-Salam, G. A., Ibrahim, M. M., Mohsen, M. M., & Hassanein, S. E. (2008). relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Menoufiya hospitals, Egypt. *East Meditter Health J.*, *14*(5), 1173–1184.
12. Fadanelli, M., & Favero, G. (2011). [Don't see, don't hear, and don't speak: the silence as an obstacle to the caring process. Phenomenological investigation among health staff working in an emergency

department]. *Professioni Infermieristiche*, *65*(4), 195–202. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23343872

13. Gershon, R. R. M., Stone, P. W., Zeltser, M., Faucett, J., MacDavitt, K., & Chou, S.-S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Industrial Health*, *45*(5), 622–636. http://doi.org/10.2486/indhealth.45.622
14. Hoyer, P. J., Booth, D., Spelman, M. R., & Richardson, C. E. (1990). Clinical cheating and moral development. *Nursing Outlook*, *39*(4), 170–3. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2067950
15. Kane, R. L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). Nurse staffing and quality of patient care. *Evidence Report/technology Assessment*, (151), 1–115. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17764206
16. Palese, A., Beltrame, E. R., Bin, A., Borghi, G., Bottacin, M., Buchini, S., … Salmaso, D. (2008). Esiti sensibili alle cure infermieristiche: Analisi critica della letteratura. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, *27*(1), 33–42.
17. Piredda, M., Ghezzi, V., Marchetti, A., Ferizia, E., Petitti, T., De Marinis, M.G. & Sili, A. (2016). The Caring Behaviours Scale. *Journal of Advanced Nursing*, in press.
18. Petrucci, C., Calandro, M. T., Transulti, F., Baldacchini, A., & Lancia, L. (2015). Relazioni tra nurse staffing e nursing outcomes: revisione narrativa della letteratura. *Professioni Infermieristiche*, *68*(4).
19. Sili, A., Proietti, M. G., Stievano, A., Ymelda, M., Diaz, T., & Vetal, T. (2013). La salute organizzativa degli infermieri in alcune strutture sanitarie di Roma e della provincia, l'infermiere, 89–98.
20. Sili, Fida, R., Vellone, E., & Alvaro, R. (2011). La Salute Organizzativa degli infermieri di Area Critica: studio comparativo nell'ambito dell'emergenza sanitaria. *Scenario*, *28*(4), 33–38.
21. Sili, Fida, R., Zaghini, F., Tramontano, C., & Paciello, M. (2013). [Counterproductive behaviors and moral disengagement of nurses as potential consequences of stress-related work: validity and reliability of measurement scales]. *La Medicina del Lavoro*, *105*(5), 382–94.
22. Sili, Vellone, E., De Marinis, M. G., Fida, R., Venturini, G., & Alvaro, R. (2010). [Validity and reliability of the nursing organizational health questionnaire]. *Professioni Infermieristiche*, *63*(1), 27–37.
23. Sili, Vellone, E., Fida, R., Alvaro, R., & Avallone, F. (2010). [Operating theatre and medical ward nurses: two different ways of perceiving one's organizational health]. *La Medicina Del Lavoro*, *101*(6), 458–70.
24. Spector, P., & Jex, S. (1998). Development of four self-report measures of job stressors and strain: Interpersonal Conflict at Work Scale, Organizational Constraints Scale, Quantitative Workload Inventory, and Physical Symptoms Inventory. *Journal of Occupational Health Psychology*, *3*(4), 356–67. http://doi.org/10.1037/1076-8998.3.4.356
25. Stone, P., Mooney-Kane, C., Larson, E., Horan, T., Glance, L., Zwanziger, J., & Dick, A. (2007). Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Medical Care*, *45*(6), 571–578. Retrieved from http://aithon.ngcsn.net/netacgi/getref2.pl?ref=P-17515785
26. Turci, C., Alvaro, R., Fabretti, A., Fida, R., Giorgi, F., Maccari, A., … Rocco, G. (2013). La salute organizzativa degli infermieri in alcune strutture sanitarie di Roma e della provincia. *L'Infermiere*, *50*(6), 89–98.
27. Zaghini, F., Biagioli, V., Prandi, C., Fida, R., & Sili, A. (2015). Gli infermieri e il "Comportamento di Cittadinanza Organizzatva": contributo alla validazione italiana della scala di Podsakoff et al. *La Medicina Del Lavoro*, *106*(6), 460–471.
28. Zaghini, F., Fida, R., Caruso, R., Kangasniemi, M., Sili, A., & Vergata, P. T. (2016). What is Behind Counterproductive Work Behaviors in the Nursing Profession? A Systematic Review. *Journal of Clinical Research & Bioethics*, *7*(4), 1000277. http://doi.org/10.4172/2155-9627.1000277

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

PROMOZIONE DELLA SALUTE ORGANIZZATIVA

COORDINATORE PROGETTO
A. Sili
C. Turci

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.4

1. TITOLO PROGETTO

Contenere lo stress lavoro correlato attraverso la promozione della salute organizzativa: ripercussioni sulle cure mancate, sulla qualità di vita e sulla sindrome metabolica

Reduce working stress through the organizational health promotion: effects on missing care, on the quality of life and on the metabolic syndrome

ABSTRACT

Background È stato dimostrato che il benessere e la salute organizzativa percepita dagli infermieri si ripercuotono sullo stress lavorativo e sulla soddisfazione lavorativa influenzando la qualità di vita. A sua volta lo stress lavorativo può sfociare in stati patologici, come la sindrome metabolica.
Lo scopo della ricerca è quello di valutare in che modo i livelli di salute organizzativa degli infermieri sono influenzati dallo stress lavoro correlato e dalla soddisfazione lavorativa, e come tutto ciò possa ripercuotersi da un lato sulla loro qualità di vita extralavorativa e la sindrome metabolica, e dall'altro sui pazienti, in termini di cure mancate.
La ricerca coinvolgerà un campione di circa 500 soggetti e un sotto campione pari al 30% del totale, ai quali verranno somministrati i questionari HSE-IT, QISO e il SAT-P. Il sotto campione verrà studiato anche sotto il profilo metabolico.
Ci si aspetta che la salute organizzativa percepita dagli infermieri sia un moderatore dello stress lavorativo e che dotare il personale di strumenti e conoscenze psicologiche possa incidere sul livello di stress e sulla regressione della sindrome metabolita nei soggetti affetti e sulla prevenzione della sua comparsa nei soggetti esenti.

ABSTRACT

Background It has been demostrated that welfare and organizational health perceived by nurses have repercussion on work stress and work satisfaction influencing the quality of life. Consequently, work stress can result in pathologies such as the metabolic syndrome.
The aim of the study is to evaluate the relation between the different levels of nurses' organizational health, work shess and work satisfation.All these connections may have repercussion on nurses' quality of life and on nursing missing care.
The study will involve about 500 subjects and a sub-sample of about 30% of the total sample. To the sample would be administered different questionaries: HSE-IT, QISO and SAT-P. The sub-sample would be also studied for metabolic syndrome.
It is plausible that organizational health perceived by nurses is a moderator of work stress. To give nurses psycological tools and knowledge impact on their work stress and on the regression of their metabolic syndrome.

BACKGROUND

Con il termine salute organizzativa ci si riferisce alla capacità di un'organizzazione non solo di essere efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico dei lavoratori, alimentando e sviluppando costruttivamente la loro convivenza e interazione sociale (1).

Salute Organizzativa

La salute organizzativa risulta essere composta da una vasta gamma di elementi ambientali, fisici, psicologici e sociali. Il controllo di questi fattori è fondamentale per il miglioramento della qualità della vita di un'organizzazione. Nell'ambito infermieristico la salute organizzativa può essere definita come l'insieme dei processi e delle pratiche manageriali e di coordinamento volte alla presa in carico delle persone assistite (2). Quando la salute organizzativa nel contesto sanitario viene a mancare si determinano, sul piano concreto, fenomeni quali diminuzione della produttività, assenteismo, bassi livelli di motivazione e soddisfazione, stress e burnout, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza di impegno, aumento di reclami da parte del cliente e cure mancate.

Stress Lavoro Correlato

Per poter migliorare la salute organizzativa all'interno delle organizzazioni, è necessario intervenire sulle caratteristiche degli ambienti di lavoro. E' stato dimostrato infatti che la presenza o l'assenza di particolari caratteristiche nei luoghi di lavoro (eccessivi carichi di lavoro, conflitti interpersonali, vincoli organizzativi) può generare nei lavoratori stress lavoro correlato. Lo stress è un fenomeno che ha luogo quando una persona si confronta con eventi percepiti come significativi per il proprio benessere ed eccedenti le proprie capacità di farvi fronte (3). Lo stress occupazionale è il termine generale, per indicare nel suo complesso, l'esperienza emozionale negativa (accompagnata da modificazioni biochimiche, comportamentali e cognitive) percepita dalla persona sul luogo di lavoro come conseguenza della difficoltà a far fronte a richieste interne o esterne valutate come gravose (5). Ogni stimolo ambientale richiede una risposta adattiva da parte dell'individuo e questo può essere una fonte di stress. Se da un lato lo stress lavoro correlato ha ripercussioni sugli outcome delle organizzazioni, dall'altro la letteratura ha confermato quanto esso abbia conseguenze negative sui lavoratori, in termini di burnout, depressione, ansia, sindrome metabolica e sullo stress lavoro correlato. La professione infermieristica comporta impegni di vari tipo che possono costituire fonte di stress e di squilibri per la vita dell'individuo, sia privata che lavorativa. Da una indagine svolta nel 2000 dalla Fondazione Europea di Dublino sul miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, è emerso che lo stress è il problema maggiormente segnalato dai lavoratori europei, con una percentuale che oscilla dal 24 al 40%, tra questi gli infermieri risultano la categoria statisticamente più colpita. L'esposizione protratta a situazioni stressogene quali alti carichi di lavoro e il contatto continuo con la sofferenza e la malattia, influiscono significativamente sulla loro qualità di vita e sulla loro salute, aumentando l'insorgenza di disturbi fisici di varia natura (WHO, 2010). E' stato dimostrato che lo stress possa determinare anche veri e propri stati patologici, quali la sindrome metabolica (10-11) che rappresenta un importante fattore di rischio cardiovascolare (12-13).

Pertanto risulta fondamentale comprendere fino in fondo la relazione tra stress lavoro correlato e salute organizzativa, in modo da costituire un buon ambiente organizzativo in cui i lavoratori in generale e gli infermieri nello specifico possano operare ed offrire le migliori performance possibili.

Soddisfazione Lavorativa

Robert Levering, presidente e fondatore di "*Great Place to Work Insitute*" che da dieci anni si occupa di ricerche e studi sulle imprese in materia di ambiente lavorativo, sostiene che i tre fattori che concorrono a costruire un buon ambiente lavorativo siano: buone relazioni con i colleghi, l'orgoglio e la stima per ciò che si fa e la fiducia nelle persone per cui si lavora. Questo è indice di soddisfazione lavorativa e testimonia quanto sia importante che le persone lavorino in un ambiente coinvolgente in cui riescano a stabilire buoni rapporti sociali fondati sulla fiducia e la stima reciproca. Nel posto di lavoro ogni persona si trova ad intrattenere relazioni interpersonali non elettive sia con gli utenti che con i colleghi di lavoro, i quali possono rivelarsi alleati nell'affrontare le problematiche quotidiane o nel peggiore dei casi a far fronte allo stress lavoro correlato. Nello specifico la soddisfazione lavorativa e il malessere dei lavoratori possono inficiare la qualità della vita del personale infermieristico sia dentro che fuori i luoghi di lavoro.

Qualità di vita

Con l'espressione qualità di vita si intende «*La percezione dell'individuo della propria posizione nella vita nel contesto dei sistemi culturali e dei valori di riferimento nei quali è inserito e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi*» (WHOQOL, The World health organization quality of life assessment, *Position paper from the World Health Organization*). In questa definizione vengono stressati in particolar modo il concetto di obiettivi e aspettative dell'individuo, che nell'attuale società, vengono spesso ricercati in ambito lavorativo e professionale. I lavoratori passano un terzo della loro vita all'interno delle organizzazioni per cui

prestano la loro opera, pertanto la loro qualità, di vita intra ed extra lavorativa, è condizionata fortemente dalle caratteristiche del contesto organizzativo entro cui lavorano. Questo fenomeno, con maggior frequenza, si manifesta nelle helping professions quali ad esempio forze di polizia, insegnanti e vigili del fuoco, ma soprattutto medici, psicologi e infermieri. Infatti la qualità della vita lavorativa ed extralavorativa degli operatori, che si trovano ogni giorno a contatto continuo con la sofferenza, le difficoltà e la malattia, ne risente in modo significativo. Tutto questo oltre a provocare disservizi nelle organizzazioni in termini di assenze per malattia, intenzione di lasciare il lavoro e condotte devianti, incide sulle relazioni interpersonali dei lavoratori e sulle performance del personale infermieristico in termini di cure mancate.

Sindrome Metabolica

Se da un lato la salute organizzativa ha ripercussioni sugli aspetti emotivi dell'individuo, dall'altro può manifestare le sue conseguenze sulle condizioni fisiche e di salute dei lavoratori. La sindrome metabolica è caratterizzata da associazione tra obesità viscerale, dislipidemia, anomalie della pressione arteriosa e della glicemia aumentando fortemente il rischio di eventi cardiovascolari; in particolare, il rischio di eventi coronarici sembra essere raddoppiato (12) e quello di ictus triplicato (14) Un rischio ancora maggiore sembra esistere per una progressione al diabete (13-15). Il soggetto con sindrome metabolica può non richiamare l'attenzione del medico, in quanto tutte le su riportate alterazioni possono essere presenti in forme lievi e tali, se valutate singolarmente, da non destare motivo di allarme: è infatti la loro concomitante presenza nello stesso individuo a configurare l'aumentato rischio sopra descritto. Pertanto la sindrome metabolica rappresenta sicuramente una condizione non ancora francamente patologica, mediante la quale potrebbe essere possibile identificare i soggetti su cui applicare misure preventive efficaci.

Da quanto esposto è facilmente intuibile come lo studio delle variabili presentate sia di fondamentale importanza per la professione infermieristica e capirne le dinamiche e i significati consentirebbe di intraprendere atti utili al miglioramento della qualità di vita degli infermieri aumentando la salute dell'organizzazione entro cui lavorano.

Cure mancate

Migliorare la salute organizzativa delle aziende sanitarie, significa anche lavorare per migliorare la qualità delle cure offerte ai malati. Infatti un altro importante fenomeno che è stato associato alla salute organizzativa e alle caratteristiche degli ambienti di lavoro sono le cure mancate (Missed Nursing Care – MNC). Con la definizione di cure mancate ci si riferisce a qualsiasi aspetto dell'assistenza infermieristica considerato indispensabile per il paziente, ma che invece viene in parte o del tutto omesso o posticipato. Le cure mancate sono considerate il più diretto indicatore della carenza di qualità dell'assistenza e si riflettano direttamente sugli esiti di sicurezza dei malati. Infatti in presenza di personale adeguato (adeguati livelli di staffing), si possono ridurre le cure mancate, evitando errori del personale e complicanze per i malati. Nel 2004 l'Institute of Medicine (IOM) ha pubblicato delle raccomandazioni per la trasformazione degli ambienti di lavoro degli infermieri, perché, essendo questi caratterizzati da crescente complessità dei pazienti a fronte di degenze sempre più brevi, carenza di personale e lunghi orari di lavoro, possono essere causa di errori e di riduzione della sicurezza dei malati in quanto fautori di cure mancate. In particolare, è stato dimostrato, che siano particolari attività dell'assistenza infermieristica che vengano regolarmente omesse: deambulazione; cambiare posizione; nutrizione; educazione; pianificazione delle dimissioni; supporto emotivo; igiene; documentazione; sorveglianza. Non sono presenti in letteratura studi che hanno avuto l'obiettivo principale di comprendere la relazione tra cure mancate e risultati sui pazienti, ma esistono indagini riguardo gli effetti positivi di alcune di esse quali ad esempio la mobilizzazione, la nutrizione o l'educazione sanitaria fatta alla dimissione, omissione che porta all'aumento delle riammissioni improprie in ospedale e comparsa di effetti collaterali dei farmaci.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Lo scopo della ricerca è quello di valutare in che modo i livelli di salute organizzativa degli infermieri sono influenzati dallo stress lavoro correlato e dalla soddisfazione lavorativa e come tutto ciò possa ripercuotersi, da un lato, sulla loro qualità di vita extralavorativa e la sindrome metabolica, e, dall'altro, sui pazienti, in termini di cure mancate.

Obiettivi generali:

Gli obiettivi generali del presente studio sono:

1. Indagare la relazione esistente tra i livelli di stress lavoro correlato e soddisfazione lavorativa degli infermieri e la salute organizzativa riferita;
2. Comprendere la relazione esistente tra la salute organizzativa, la qualità di vita intra ed extra lavorativa e la sindrome metabolica per gli infermieri;

3. Comprendere la relazione esistente tra la salute organizzativa e le cure mancate dei pazienti.

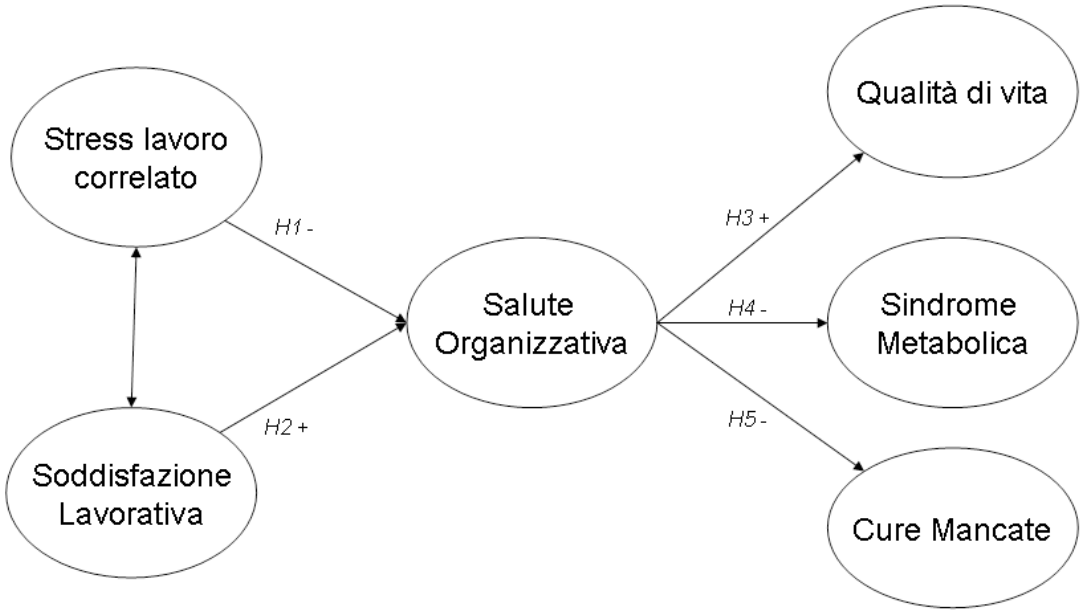
Obiettivi specifici:
Nello specifico con lo studio si vogliono verificare le seguenti ipotesi:
H1: All'aumentare dello stress lavoro correlato diminuisce la salute organizzativa;

H2: All'aumentare della soddisfazione lavorativa aumenta la salute organizzativa riferita dagli infermieri;

H3: All'aumentare della salute organizzativa aumenta la qualità di vita intra ed extra lavorativa degli infermieri;

H4: All'aumentare della salute organizzativa aumenta la qualità di vita intra ed extra lavorativa degli infermieri;

H5: All'aumentare della salute organizzativa diminuiscono le cure mancate.



Modello delle variabili e delle ipotesi in studio

METODOLOGIA

Studio correlazionale multicentrico a due bracci.

5.1. Disegno del progetto

1ª Fase: Pianificazione attività e avvio progetto: revisione letteratura, allineamento del team di ricerca, pianificazione attività, identificazione campione, arruolamento delle strutture in cui svolgere il progetto, diffusione breve informativa aziendale

2ª Fase – Indagine stress/soddisfazione/salute: somministrazione dei questionari sul campione totale; elaborazione dei risultati, stesura e pubblicazione articolo scientifico

3ª Fase – **Prima valutazione clinica e biochimica**: identificazione del sotto-campione su cui effettuare i prelievi ematici per le valutazioni ematochimiche ed esame obiettivo pertinenti, al fine di identificare soggetti con eventuale presenza di sindrome metabolica

4 ª Fase – Stesura del report finale: valutazione dei dati ottenuti e scrittura Report finale sui risultati ottenuti

5 ª Fase – Condivisione e diffusione: incontro di condivisione con interlocutori istituzionali locali e nazionali per la condivisione dello studio e dei suoi risultati; scrittura di un articolo scientifico qualora i dati ottenuti abbiano interesse scientifico.

5.2. Campione

- Campione totale: infermieri di diverse aziende sanitarie su cui condurre lo studio multicentrico di tipo descrittivo correlazionale;
- Sotto campione: circa il 30% del campione, verrà studiato anche per la valutazione della sindrome metabolica

5.3. Strumenti

Questionari:

- Per la valutazione della salute organizzativa: Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO – Sili et al., 2010), con buone caratteristiche psicometriche di validità e affidabilità nel misurare la salute organizzativa in ambito infermieristico. Si utilizzerà la parte del QISO relativa alle dimensioni che rilevano aspetti specifici della salute organizzativa: contesto organizzativo, processi relazionali, indicatori positivi
- Per la valutazione dello stress lavorativo: Health and Safety Executive Management Standards Work-Related Stress Indicator Tool (HSE-IT - Marcatto et al.,2011), composto da 35 item relativi a specifici eventi lavorativi, per i quali si chiede la frequenza con la quale si verificano. Modello basato su sette dimensioni chiave, riconosciute in letteratura come correlabili allo stress lavorativo (domanda, controllo, sostegno dei colleghi, sostegno dei superiori, relazioni, ruolo, cambiamento)
- Per la valutazione della qualità di vita: la Satisfaction Profile (Sat-P - Majani et al .,1997), questionario composto da 32 item relativi ad altrettanti aspetti della vita quotidiana. Per ognuno di essi il soggetto è invitato ad esprimere il suo grado di soddisfazione su una scala Likert a quattro punti. Il questionario presenta valide caratteristiche psicometriche con attendibilità decisamente soddisfacente per quanto riguarda la consistenza interna totale e dei singoli fattori. Il questionario indaga 5 diverse dimensioni: la funzionalità psicologica, la funzionalità fisica, il lavoro, il sonno/alimentazione/tempo libero e la funzionalità sociale.
- Per la misurazione delle cure mancate verrà utilizzato il Missed Nursing Care Survey. Il MISSCARE è composto da 2 parti. La prima con un elenco di 24 attività infermieristiche che rappresentano le cure perse. Agli infermieri si chiede di stabilire secondo la loro percezione, la frequenza con cui tali azioni vengono omesse/posticipate nell'Unità Operativa tramite una scala likert a 5 punti (mai, raramente, occasionalmente, frequentemente, sempre). La seconda sezione propone 17 item che sintetizzano i motivi per cui le cure non sono state erogate, il partecipante potrà rispondere utilizzando una scala di likert a 4 passi per assegnare ad ognuna un punteggio che va da 1 = "per nulla" a 4 = "molto".

Prelievo ematochimico ed esame obiettivo:

Per la diagnosi di sindrome metabolica saranno eseguite le opportune valutazioni nel corso dell'esame obiettivo (misurazione della circonferenza addominale e della pressione arteriosa) e sarà eseguito un prelievo ematico per le valutazioni ematochimiche pertinenti (glicemia a digiuno e livelli serici di trigliceridi e di colesterolo HDL).

Tali accertamenti sanitari saranno eseguiti durante i protocolli di sorveglianza sanitaria prescritti per legge ed eseguiti dal Servizio di Medicina del Lavoro delle strutture aderenti all'iniziativa.

5.4. Analisi dei dati

Per l'analisi dei dati raccolti con i questionari verrà utilizzato il pacchetto statistico SPSS. Sui dati si esamineranno le proprietà psicometriche di tutti gli strumenti e verrà effettuata l'analisi fattoriale confermativa su tutte le scale dei questionari. Successivamente verranno verificate le ipotesi formulate tramite modelli di equazioni strutturali.

RISULTATI ATTESI

Dall'elaborazione e l'analisi delle informazioni ottenute da questo studio si pensa di poter verificare correlazioni tra alcuni aspetti della salute organizzativa ed alcuni aspetti dello stress lavoro correlato, coerentemente con quanto presente in letteratura relativamente alle altre professioni.

Ci si aspetta di verificare che la salute organizzativa sia fortemente correlata con lo stress vissuto dagli infermieri, in particolare all'aumento del livello di salute organizzativa percepita corrisponde una riduzione dello stress lavoro correlato;al tempo stesso ci si aspetta che gli infermieri che riferiscono alti livelli di salute organizzativa siano coloro non sono affetti da sindrome metabolica.

Dai risultati dello studio, coerentemente a quanto presente in letteratura ci si aspetta di verificare un

crollo dell'interesse e dell'impegno dei dipendenti negli ambienti lavorativi altamente conflittuali. Anche in merito alla qualità di vita intra ed extra lavorativa e la considerazione circa la propria professione ci si aspetta di verificare una correlazione con il livello di benessere organizzativo sperimentato dagli infermieri. Infine dallo studio ci si aspetta di verificare una relazione tra salute organizzativa e cure mancate, in particolare ci si attende che gli infermieri che riferiscono di lavorare in ambienti organizzativi positivi e che riferiscono soddisfazione lavorativa siano coloro che omettano meno attività assistenziali in termini di cure mancate.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTO DI RICERCA	SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1	**Pianificazione delle attività e avvio del progetto:** • Revisione bibliografica • Allineamento del team di ricerca • Arruolamento delle strutture in cui svolgere il progetto	Project manager, coordinatore, team progetto	1/1/2017 1/2/2017
2	***Prima Indagine*** **stress/soddisfazione/salute:** • Predisposizione materiali • Somministrazione e raccolta questionari • Elaborazione risultati • Stesura, revisione, pubblicazione primo articolo	Team di progetto	1/2/2017
3	**Prima valutazione clinica e biochimica**: • Selezione del sotto campione • Svolgimento dei prelievi e esami obiettivi	Team di progetto	1/6/2017
5	***Seconda Indagine*** **stress/soddisfazione/salute esiti** • Predisposizione materiali • Somministrazione e raccolta questionari • Elaborazione risultati • Stesura, revisione, pubblicazione secondo articolo	Team di progetto	1/6/2017
6	**Seconda valutazione clinica e biochimica sul sotto campione:** • Svolgimento dei prelievi e esami obiettivi • Elaborazione risultati • Stesura, revisione, pubblicazione terzo articolo	Team di progetto	1/9/2017
7	**Stesura del report finale:** • Sintesi dei principali outcomes • Scrittura del report finale	Coordinatore, Team di progetto	1/1/2018
8	**Condivisione e diffusione**	Coordinatore, Team di progetto	31/12/2018

BIBLIOGRAFIA

1. Gigantesco A, Mirabella F, Bonaviri G, Morosini P. Il benessere psicologico in popolazioni del settore sanitario. Giornale Italiano di Psicopatologia. 2004; 10, 315-21.
2. Sili A, Alvaro R, Fida R, Vellone E, Avallone F. La salute organizzativa degli infermieri. Napoli: Edi Ses; 2010.

3. Cooper CL, Payne R. Stress at work. Wiley; 1979.
4. Karasek RT, Theorell TTHealthy work–stress, productivity and the reconstruction of working life. US: Basic books; 1990.
5. Baum A. Stress, intrusive imagery, and chronic distress. Health Psychol. 1990; 9(6): 653.
6. Ragazzoni P, Tangolo D, Zotti AM. Stress occupazionale e valorizzazione delle risorse umane in azienda sanitaria: dalla valutazione al processo di cambiamento. G Ital Med Lav Erg. 2004; 26, 119-126.
7. Magnavita N. Vivere in ufficio. Roma: EL Edizioni Lavoro; 1990.
8. Taylor SE. Health Psycology (4 ed). Boston: McGraw-Hill; 1999.
9. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions. Russell Sage Foundation. 1976.
10. Kang MG, Koh SB, Cha BS, et al. Association between job stress on heart rate variability and metabolic syndrome in shipyard male workers. Yonsei Med J
11. Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome. Br Med J 2006;332:521-5
12. Guize L, pannier B, Thomas F, et al. Recent advances in metabolic syndrome and cardiovascular disease. (review). Arch Cardiovascular Dis 2008; 101:557-83
13. Hanley AJ, Karter AJ, Williams K, et.al Prediction of type 2 diabetes mellitus with alternative definitions of the metabolic syndrome: the Insulin Resistance Atherosclerosis Study. Circulation 2005; 112:3713-21
14. Kurl S, Laukkanen JA, Niskanen L, et al. Metabolic syndrome and the risk of stroke in middle-aged men. Stroke 2006; 37:806-11
15. Ysuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al, Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364:937-52

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

ONCOEMATOLOGIA E TRAPIANTI

COORDINATORE PROGETTO
R. Caruso
A. Sili
C. Turci

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.5

1. TITOLO PROGETTO

Il coinvolgimento emotivo degli infermieri nel processo di cura: quali esiti sullo staff assistenziale e sulle cure erogate ai pazienti. Uno studio multicentrico nazionale nelle unità operative di oncoematologia e trapianti

The emotional involvement of nurses in caring: which outcomes on themselves and on care practice. A multicentric national study in the onco-emathology and transplant units

ABSTRACT

La letteratura delle organizzazioni in generale è ricca di studi che hanno confermato la relazione esistente tra il contesto organizzativo, il benessere organizzativo e la qualità di vita dei lavoratori, nella professione infermieristica in particolare questa relazione è stata meno studiata. L'obiettivo di questo studio è di verificare in che modo l'Emotional Labour degli infermieri nelle unità operative di oncoematologia e trapianti influenzi la salute organizzativa degli infermieri che si ripercuote sulla loro qualità di vita, il tasso di assenteismo e le cure mancate ai pazienti, agendo sul burnout e sullo stress lavoro correlato.

ABSTRACT

Literature on organizations is rich of studies assessing the relationships between context, organizational heath and quality of life of the workers. In the field of nursing profession, these relationships are poorly described. This study aims to describe how Emotional Labor of nurses working in onco-emathology influence the organizational health, the working absenteeism, and the missed care, acting on burnout and working-related stress.

BACKGROUND

I cambiamenti culturali e legislativi degli ultimi anni hanno attirato l'interesse della comunità scientifica e dell'opinione pubblica che si sono focalizzate su temi in precedenza meno studiati, quali la salute organizzativa, la qualità di vita dei lavoratori dentro e fuori l'ambiente di lavoro e le cure mancate (1-4). In particolare con il termine di "salute organizzativa" ci si riferisce alla capacità di un'azienda di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico dei lavoratori favorendone la convivenza all'interno dei luoghi di lavoro (5). Diventa pertanto fondamentale valorizzare il personale, gestire i rapporti interpersonali e promuovere l'efficacia e l'efficienza organizzativa in regimi di sicurezza dei lavoratori, in modo da poter raggiungere, tra le altre cose, un triplice effetto: per i lavoratori aumentare la soddisfazione e la loro qualità di vita intra ed extra lavorativa (6,7); per le aziende ridurre l'assenteismo e l'intenzione di lasciare il lavoro (8); per i pazienti una riduzione delle cure mancate (4).

Nello specifico, riferendoci alla qualità di vita, ci riferiamo a «*La percezione dell'individuo della propria posizione nella vita nel contesto dei sistemi culturali e dei valori di riferimento nei quali è inserito e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi*» (9), definizione in cui vengono stressati in particolar modo il concetto di obiettivi e aspettative dell'individuo, che nell'attuale società, vengono spesso ricercati in ambito lavorativo e professionale. Che la qualità di vita degli individui sia condizionata dalle

caratteristiche del contesto entro cui gli stessi lavorano, è un concetto noto in letteratura (10). Il fenomeno, con maggior frequenza, si manifesta nelle helping professions quali ad esempio forze di polizia, insegnanti e vigili del fuoco, ma soprattutto medici, psicologi e infermieri (11). Infatti la qualità della vita lavorativa ed extralavorativa degli operatori, che si trovano ogni giorno a contatto continuo con la sofferenza, le difficoltà e la malattia, ne risente in modo significativo (12). Tutto questo oltre a provocare disservizi nelle organizzazioni in termini di assenze per malattia, intenzione di lasciare il lavoro e condotte devianti, incide sulle relazioni interpersonali dei lavoratori (13).
ra le condotte devianti che possono scaturire da uno scarso benessere vissuto nell'organizzazione da parte dei lavoratori, viene annoverato l'assenteismo (14). Questo fenomeno, definito come "l'assenza fisica in un certo posto e in un certo momento di un individuo mentre ci si aspetta che sia lì" (15-17), è indice di un cattivo clima lavorativo e di un'organizzazione disfunzionale e non motivante per le persone (18). Nonostante siano fisiologiche un certo numero di assenze durante l'anno, il concetto di assenteismo risulta essere ben diverso. L'assenteismo prevede l'assenza sistematica del lavoratore dal posto di lavoro spesso programmata in virtù di particolari condizioni lavorative. Le ricerche hanno dimostrato che la discriminazione, il mobbing e le scarse condizioni lavorative, sono dei fattori di rischi per l'assenteismo, e che i lavoratori assenteisti portano ad una diminuzione della produttività, del morale all'interno dell'azienda e dei rapporti interpersonali (19). Si è calcolato che il costo dell'assenteismo dei lavoratori in America è di circa 84 miliardi di dollari (20). Il tasso d'assenteismo varia dal 5 al 10% a seconda del tipo di lavoro effettuato. In Italia il fenomeno, che risulta inferiore agli altri paesi europei e si attesta intorno al 5,49% (21). Il più alto tasso d'assenteismo è stato riscontrato tra i lavoratori nel settore sanitario e nei servizi d'emergenza, entrambi conosciuti per le condizioni di lavoro stressanti (22). Risulta fondamentale pertanto capire la relazione esistente tra la salute organizzativa e il fenomeno dell'assenteismo, in modo da poter implementare programmi per prevenirlo e contrastarlo. Un altro importante fenomeno che è stato associato alla salute organizzativa e alle caratteristiche degli ambienti di lavoro, sono le cure mancate (Missed Nursing Care – MNC). Con la definizione di cure mancate ci si riferisce a qualsiasi aspetto dell'assistenza infermieristica considerato indispensabile per il paziente, ma che invece viene in parte o del tutto omesso o posticipato (23). Le cure mancate sono considerate il più diretto indicatore della carenza di qualità dell'assistenza (24) e si riflettano direttamente sugli esiti di sicurezza dei malati (25). Infatti in presenza di personale adeguato (adeguati livelli di staffing), si possono ridurre le cure mancate, evitando errori del personale e complicanze per i malati (26). Nel 2004 l'Institute of Medicin (IOM) ha pubblicato delle raccomandazioni per la trasformazione degli ambienti di lavoro degli infermieri, perché, essendo questi caratterizzati da crescente complessità dei pazienti, a fronte di degenze sempre più brevi, carenza di personale e lunghi orari di lavoro, possono essere causa di errori e di riduzione della sicurezza dei malati in quanto fautori di cure mancate. In particolare, è stato dimostrato, che siano specifiche attività dell'assistenza infermieristica che vengano regolarmente omesse, la deambulazione, il cambiare posizione, la nutrizione, l'educazione, la pianificazione delle dimissioni, il supporto emotivo, l'igiene, la documentazione, la sorveglianza (27). Non sono presenti in letteratura studi che hanno avuto l'obiettivo principale di comprendere la relazione tra cure mancate e risultati sui pazienti (28), ma esistono indagini riguardo gli effetti positivi di alcune di esse quali ad esempio la mobilizzazione, la nutrizione o l'educazione sanitaria fatta alla dimissione, omissione che porta all'aumento delle riammissioni improprie in ospedale e comparsa di effetti collaterali dei farmaci. Le cure mancate, inoltre, hanno effetti anche sui professionisti, in particolare sembrano essere collegate alla volontà di lasciare il lavoro (29), all'intenzione di cambiare unità operativa (29) e alla soddisfazione lavorativa (4). Infatti essere autori di cure mancate risulta essere molto frustrante per gli infermieri (30) e soprattutto innesca un circolo vizioso. Rimandare alcune attività comporta un aumento dei carichi di lavoro e una compressione dei tempi di esecuzione di quanto giustificato per gli infermieri del turno successivo, che, in parte per spirito di compensazione e autodifesa, in parte per motivi logistici e organizzativi, saranno costretto a fare altrettanto determinando un effetto a cascata che si ripercuote inevitabilmente sulla qualità dell'assistenza (3,4). Anche in questo caso risulta fondamentale comprendere la relazione tra la salute organizzativa vissuta dagli infermieri nelle organizzazioni sanitarie e le cure mancate, perché così facendo si potrebbe intervenire per ridurre il fenomeno. In generale per poter migliorare la salute organizzativa all'interno delle organizzazioni, è necessario intervenire sulle caratteristiche degli ambienti di lavoro. È stato dimostrato infatti che la presenza o l'assenza di particolari caratteristiche nei luoghi di lavoro (eccessivi carichi di lavoro, conflitti interpersonali, vincoli organizzativi) può generare nei lavoratori stress lavoro correlato (31). Se da un lato lo stress lavoro correlato ha ripercussioni sugli outcome delle organizzazioni, dall'altro la letteratura ha confermato quanto esso abbia conseguenze negative sui lavoratori, in termini di burnout, depressione, ansia e soddisfazione lavorativa (32-37). Nello specifico è stato evidenziato che lo stress lavoro correlato e l'insoddisfazione lavorativa, causano una diminuzione dell'efficienza, della qualità

della performance, dell'impegno verso la propria azienda e i colleghi, nonché disturbi fisici e psicosomatici (38). Da una indagine svolta nel 2000 dalla Fondazione Europea di Dublino sul miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, è emerso che lo stress sia il problema maggiormente segnalato dai lavoratori europei, con una percentuale che oscilla dal 24 al 40%; tra questi gli operatori sanitari risultano la categoria statisticamente più colpita. L'esposizione protratta a situazioni stressogene quali alti carichi di lavoro e il contatto continuo con la sofferenza e la malattia, influiscono significativamente sulla loro qualità di vita e sulla salute degli operatori sanitari, aumentando l'insorgenza di disturbi metabolici, cardiovascolari e immunologici (39). Da una revisione della letteratura, infatti, è stato verificato che i chirurghi del Regno Unito siano esposti a alti livelli di stress lavoro correlato che li porterebbe a sviluppare la sindrome del burnout e disturbi quali patologie psichiatriche, dolori muscolo scheletrici e abuso di sostanze (40). Oltre a questi esiti, la soddisfazione lavorativa e la produttività sono state correlate ad altre caratteristiche dell'ambiente lavorativo, quali ad esempio i rapporti interpersonali, l'autonomia decisionale, l'ambiente supportivo e la competenza organizzativa (41). In particolare, sono gli operatori sanitari di specifici ambiti clinici coloro che andrebbero più facilmente incontro a stress, esaurimento emotivo e burnout, con livelli superiori al 60 % rispetto ai colleghi di altre aree (42) quali ad esempio l'oncologia (43), l'ematologia (44) e l'onco-ematologia (45). Questi specifici setting clinici, infatti, richiedono agli operatori competenze e impegno emotivo in quantità maggiore rispetto ad altri che li porterebbero a sperimentare maggiori livelli di stress psicologico (46,47). In particolare chi lavora in queste aree è chiamato a fornire in misura maggiore supporto emotivo ai pazienti e alle loro famiglie (48-50), instaurare una comunicazione efficace (51-53) e gestire variabili quali l'incertezza degli esiti clinici e la vulnerabilità tipica dei malati oncoematologici (54). Il dover fornire questo tipo di prestazioni inevitabilmente porta gli operatori a stabilire un alto grado di intimità emotiva con i pazienti che in alcuni casi determina un sovraccarico di tristezza, sofferenza e stress che possono condurre alla sindrome del burnout (55-58). Tutte queste complesse situazioni emotive che l'infermiere si trova a dover affrontare, inoltre, mettono in gioco quello che in letteratura è conosciuto come emotional labor (59-61). Gli infermieri infatti sono chiamati a decidere costantemente cosa del loro vissuto emotivo è più appropriato manifestare o cosa invece è più appropriato nascondere di fronte ai malati e alle loro famiglie, questo "lavoro" richiede un elevato impegno emotivo che la letteratura ha definito appunto emotional labor (EL). La professione infermieristica è una delle categorie lavorative più esposte all'EL (59). L'EL che gli infermieri si trovano a dover affrontare quotidianamente nel loro lavoro è una fonte importante di stress (62) e l'esposizione protratta a situazioni potenzialmente stressogene quali affaticamento, orari di lavoro, contatto continuo con la sofferenza e la malattia, influisce significativamente sulla salute dei lavoratori aumentando l'insorgenza di disturbi metabolici, cardiovascolari, immunitari che possono essere attribuiti allo stress (39).

E' evidente che le caratteristiche dell'ambiente organizzativo risultano inficiare la qualità di vita degli operatori sanitari per un duplice motivo, da un lato sono le caratteristiche del malato e delle attività cliniche svolte a costituire le situazioni di strain per gli operatori, dall'altro le dinamiche organizzative quali per esempio gli ambienti molto chiusi, rapporti conflittuali con altri membri dell'equipe, richieste sempre più pressanti e la scarsa autonomia professionale. Tutte queste situazioni possono determinare insoddisfazione per il lavoro e sovraccarico psicologico ed emotivo con conseguente perdita del benessere psicofisico che il luogo di lavoro dovrebbe garantire. Se la letteratura delle organizzazioni in generale è ricca di studi che hanno confermato la relazione esistente tra il contesto organizzativo, il benessere organizzativo e la qualità di vita dei lavoratori, nella professione infermieristica in particolare questa relazione è stata meno studiata. Se poi ci si addentra negli specifici ambiti clinici onco-ematologici è possibile affermare che non esistono attualmente lavori italiani che abbiano avuto l'obiettivo principale di indagare questo tipo di relazione.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Alla luce di ciò l'obiettivo generale di questo studio è quello di verificare in che modo l'EL, agendo sul burnout e sullo stress lavoro correlato, influenzi la salute organizzativa degli infermieri che si ripercuote sulla loro qualità di vita, il tasso di assenteismo e le cure mancate ai pazienti. Nello specifico andremo a verificare le seguenti ipotesi:

H1: All'aumentare dell'EL aumenta il Burnout degli infermieri

H2: All'aumentare dell'EL aumenta lo stress lavoro correlato degli infermieri

H3: All'aumentare del Burnout diminuisce la salute organizzativa degli infermieri

H4: All'aumentare dello stress lavoro correlato diminuisce la salute organizzativa degli infermieri

H5: All'aumentare della salute organizzativa aumenta la qualità di vita degli infermieri

H6: All'aumentare della salute organizzativa diminuisce l'assenteismo degli infermieri

H7: All'aumentare della salute organizzativa diminuiscono le cure mancate per i pazienti

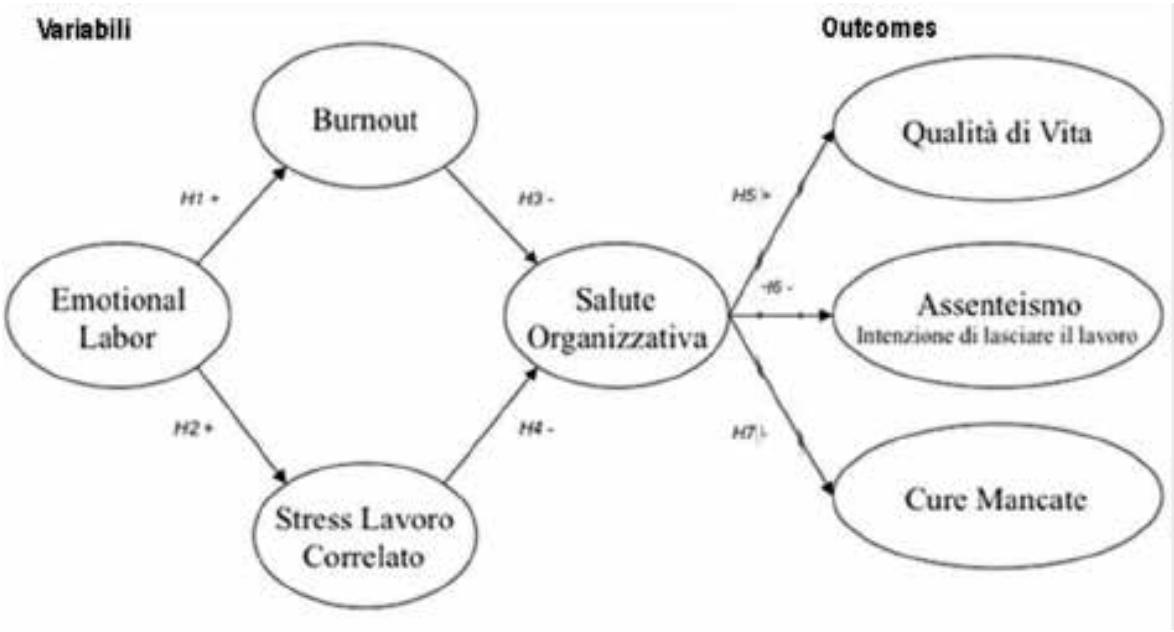


Figura1: variabili e ipotesi in studio

METODOLOGIA

Per il raggiungimento dell'obiettivo verrà avviato uno studio osservazionale, descrittivo-correlazionale multicentrico no profit, condotto su tutto il territorio nazionale.

Soggetti e procedura

La popolazione oggetto dello studio saranno infermieri afferenti all'aree di ematologia e onco-ematologica di diverse realtà organizzative nazionali, afferenti al Gruppo Italiano per il Trapianto di Midollo Osseo (GITMO) e alla Società Italiana di Ematologia (SIE). Verrà avviata una web survey che consentirà di raggiungere un campione molto ampio di infermieri (N=600) che soddisfano i criteri di inclusione e di esclusione.

Criteri di inclusine

1. Infermieri che esercitano la loro attività lavorativa in UU.OO. di Ematologia e Onco-ematologia (Degenze, Ambulatori e Day Hospital);
2. Infermieri in servizio da più di 6 mesi;
3. Infermieri che nei 6 mesi precedenti abbiano fruito a diverso titolo (malattia, aspettative, ecc.) di un periodo inferiore a 60 giorni di assenza dal servizio;
4. Infermieri che lavorano in UU.OO. diverse da quelle di Ematologia e Onco-ematologia;
5. Infermieri in servizio da un periodo inferiore a 6 mesi;
6. Infermieri che nei 6 mesi precedenti siano rimasti a diverso titolo (malattia, aspettative, ecc.) un periodo ≥ a 60 giorni di assenza dal servizio;

Lo studio avrà la durata di 1 anno e si articolerà in fasi:

C. La prima fase prevede uno studio pilota svolto in un unico centro di riferimento che avrà l'obiettivo di validare e verificare le caratteristiche psicometriche delle scale dell'emotional labor e della qualità di vita Satisfaction-Profile (SAT-P) (63);

D. La seconda fase della ricerca, che verrà avviata subito dopo la conclusione della prima, prevede l'invio del link della Web Survey a tutti gli infermieri di area ematologia e onco-ematologica membri delle società scientifiche di riferimento, e alle associazioni infermieristiche di riferimento per darne la più ampia diffusione. Il processo informatico della Web Survey prevede l'automatica esclusione del candidato al termine della compilazione del questionario in modo da evitare più compilazioni da parte dello stesso soggetto accreditato preventivamente con nome utente.

Strumenti

Per la raccolta dati attraverso la Web Survey verrà utilizzato uno strumento composto da diverse scale validate e presenti in letteratura di seguito riportate più la scala dell'Emotional Labor elaborata ad hoc per la ricerca.

Emotional Labor

Per la misurazione dell'Emotional Labor negli infermieri, verrà utilizzata una scala a 27 item, in corso di validazione che si compone di tre fattori e va a misurare su una scala likert a 5 punti lo strain emotivo e le sue componenti negli infermieri rispetto alle diverse situazione della vita lavorativa.

Stress lavoro-correlato

Per misurare lo Stress lavoro-correlato il Questionario Indicatore modello ISPESL (HSE - Marcatto et al., 2011). Il questionario composto da 35 item esplora 6 dimensioni: Domanda, Controllo, Supporto, Relazioni, Ruolo e Cambiamento. Ai partecipanti viene chiesto di indicare su una scala di Likert a 5 Passi (da 1 = "mai" a 5 "sempre") quanto frequentemente hanno vissuto nei precedenti 6 mesi ciascuna delle situazioni riportate negli item.

Burnout

Per la misurazione del Burnout verrà utilizzata la Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) (64) composta da 2 dimensioni: esaurimento emotivo e cinismo (33). Lo strumento è composto da 10 item, 5 per ogni dimensione. Ai partecipanti viene chiesto di indicare su una scala di Likert a 7 punti (da 0 = "mai" a 6 = "sempre"), con quale frequenza hanno provato le diverse sensazioni riportate negli item.

Dato che recentemente è stato affiancato al burnout il costrutto teorico del sovraccarico relazionale (64), si è deciso, per completezza delle informazioni raccolte, di misurare anche questo aspetto attraverso la Interpersonal Strain at Work scale (ISW) (Borgogni et al., 2012). Lo strumento chiede di indicare, su una scala Likert a 7 passi (da 0 = "mai" a 6 = "sempre"), con quale frequenza vengono vissute diverse sensazioni di disagio relazionale sul lavoro riportate.

Salute Organizzativa

Per valutare la salute organizzativa degli infermieri si è scelto di utilizzare alcune scale tratte dal QISO (Questionario infermieristico sulla salute organizzativa). Sulla base di risultati di precedenti ricerche (65) il QISO risulta avere buone caratteristiche psicometriche di validità e affidabilità nel misurare la salute organizzativa in ambito infermieristico. Ad oggi costituisce unvalido strumento di indagine per l'analisi organizzativa e la customer satisfaction tra il personale infermieristico. Le risposte ai vari items utilizzano una scala likert a 4 punti, più alto è il punteggio, maggiore è la presenza del fenomeno esplorato.

Qualità di vita extralavorativa

Per misurare la qualità di vita verrà utilizzato il Satisfaction-Profile (SAT-P) (63) strumento creato e validato per studiare la soddisfazione soggettiva dei pazienti con problemi di salute. E' costituito da cinque dimensioni che indagano: la funzione psicologica, la funzione fisica, la soddisfazione per il lavoro, il sonno, l'alimentazione e il tempo libero, la funzione sociale per un totale di 32 items. Ai partecipanti viene chiesto di indicare su una scala di Likert a 4 Passi (da 1 = "per nulla soddisfatto" a 4 "del tutto soddisfatto) il loro grado di soddisfazione rispetto alle affermazioni fatte negli item.

Analisi Statistiche

I dati saranno analizzati attraverso tecniche di statistica descrittiva e inferenziale. Il report finale sarà elaborato dal project manager.

Fase 1

Nella prima fase dello studio, per la validazione della scala dell'Emotional Labor e della qualità di vita Satisfaction-Profile (SAT-P) (63) verrà in primis verificata la distribuzione di ciascun item delle scale, successivamente verranno calcolate media, deviazione standard, asimmetria e curtosi. Per testare la dimensionalità verrà effettuata l'analisi fattoriale confermativa (confirmatory factor analysis, CFA) con metodo Maximum Likelihood robusto (MLr). Per valutare l'adeguatezza del modello di misura, in entrambi i

casi, verranno considerati gli indici di fit con il rispettivo valore, presentato tra parentesi, ritenuto espressione di un buon fit: chi quadrato (non significativo), RMSEA (<0,06), CFI (>0,90), TLI (>0,90) e SRMR (<0,08) (66). Verrà successivamente esaminata l'attendibilità di ciascuna dimensione con il coefficiente α di Cronbach considerando valori ≥ 0,70 come sufficientemente attendibili (67). I valori relativi alle dimensioni della scala verranno computati utilizzando la media.

Fase 2

Nella seconda fase dello studio, per verificare se gli infermieri sperimentano con frequenza diversa le variabili verrà effettuata l'analisi della varianza a misure ripetute con fattore entro i soggetti le dimensioni stesse.

Per esaminare le associazioni tra le variabili in studio e le caratteristiche socio-demografiche e lavorative degli infermieri verranno utilizzate le correlazioni r di Pearson per le variabili continue come l'età, il Coefficiente di Correlazione Punto-biseriale per le variabili categoriali come il genere, mentre per le variabili ordinali come il titolo professionale verrà utilizzato il coefficiente di correlazione Rho di Spearman.

Per verificare il valore predittivo dell'Emotional Labor, delle dimensioni del burnout, dello stress lavoro correlato e della salute organizzativa sulla qualità di vita extralavorativa degli infermieri verrà effettuata una regressione logistica multivariata.

Le caratteristiche socio-demografiche e lavorative dei partecipanti saranno analizzate con le statistiche descrittive.

L'analisi fattoriale confermativa (CFA) dei dati sarà condotta con MPlus® Ver 7.1 mentre per le analisi descrittive, le correlazioni e la regressione gerarchica verrà utilizzato il pacchetto statistico SPSS Ver 22®.

RISULTATI ATTESI

Considerando che il fine ultimo della ricerca è quello di aumentare le conoscenze della comunità scientifica circa il ruolo dell'organizzazione, delle emozioni sul burnout, lo stress lavoro correlato sulla qualità di vita degli infermieri nello specifico, ma più in generale degli operatori sanitari che svolgono la loro attività lavorativa in ambienti molto delicati quali quelli ematologici, oncologici e onco-ematologici, tutto il team di ricerca garantisce la più ampia pubblicazione e diffusione dei dati in modo coerente e responsabile.

In conformità all'art.5, comma3, lettera c del D.M. 12 maggio 2006, verrà garantito il diritto alla diffusione e pubblicazione dei risultati da parte del team di ricerca e che non sussisteranno vincoli di diffusione e pubblicazione dei risultati da parte degli enti finanziatori. Il promotore si impegna a garantire la pubblicazione dei risultati della sperimentazione anche una volta conclusa, anche in caso di risultati negativi.

Sebbene ci si un crescente interesse verso gli aspetti psicologici e sociali dell'assistenza ai pazienti, vi è ancora un significativo gap per quanto riguarda la consapevolezza della centralità dell'assistenza di tipo emotivo. Come precedentemente discusso, nei centri di onco-ematologia, gli infermieri si confrontano quotidianamente con temi quali la morte, la sofferenza e l'assistenza al paziente morente. James afferma (68) che il cancro è un particolare tipo di malattia che induce a rivedere e ricanalizzare la gestione, il controllo e il travaglio (labour) delle emozioni all'interno delle organizzazioni sanitarie (68). Come James stesso suggerisce esiste il bisogno di indagare la relazione tra il lavoro fisico e il lavoro emotivo che lo accompagna, visti entrambi come faticosi e stressanti. Come affermato da James, l'emotional labor implica flessibilità e adattamento, implica anticipazione, programmazione, un percorso, una programmazione del tempo e delle attività e la risoluzione dei problemi. Ma implica anche la gestione dei sentimenti negativi in modo da poterli trasformare o che si trasformino in sentimenti neutri o positivi (68). La lentezza e l'incertezza dei trattamenti, unita ai sentimenti spesso repressi verso gli stessi pazienti rispetto a questo difficile percorso, fanno sì che inevitabilmente i professionisti sanitari adottino delle strategie per gestire i sentimenti e le situazioni cliniche potenzialmente stressanti (61). A volte ad esempio gli infermieri tentano di negare la complessità del lavoro emotivo e delle emozioni che sono costretti a fronteggiare. Ma l'evitamento di queste emozioni allontana la possibilità che si possano concretamente attuare delle efficaci strategie di coping e di migliorare l'efficacia dell'assistenza infermieristica. Nascondere le emozioni o negarle è solo uno dei possibili modi per gestire la complessità delle richieste interpersonali nei setting lavorativi dei pazienti con cancro (68). Questo certamente implica che la ricerca in questi setting dovrebbe includere la valutazione delle strategie di regolazione delle emozioni tipicamente usate dai professionisti sanitari sia tra di loro che con i pazienti e familiari stessi. In questa ottica il benessere individuale del è strettamente correlato al benessere organizzativo. Un'organizzazione sanitaria che tiene conto de benessere dei suoi dipendenti è destinata a migliorare la qualità delle cure erogate ai pazienti.

Come evidenziato da una rassegna sulla letteratura internazionale il benessere organizzativo è strettamente correlato al benessere personale del lavoratore ed entrambi si influenzano reciprocamente. Gli strumenti che abbiamo scelto di utilizzare, permettono di reperire importanti informazioni sulla crescita, l'empowerment professionale, la self-efficacy e le sue componenti e il benessere individuale. Valutare modelli organizzativi che prevedono la personalizzazione dell'assistenza erogata e l'adozione di strumenti operativi, è sicuramente propedeutico ad una valutazione continua dell'assistenza, che pone al centro dell'intero processo il benessere lavorativo degli infermieri e la cura del cliente/utente. Lavorare in un contesto organizzativo che permette di migliorare la qualità di vita del personale, volta a favorire la crescita professionale, a tutelare l'interesse professionale può essere sicuramente un elemento che sancisce l'appartenenza dell'individuo alla propria organizzazione, e che inevitabilmente si ripercuote sulla qualità della vita lavorativa e di conseguenza positivamente sulla qualità dell'assistenza erogata e degli esiti assistenziali.

BIBLIOGRAFIA

1. Camerino D, Mansano Sarquis LM.(2010) Condizioni di lavoro, salute e benessere del personale infermieristico in Europa. *Professioni Infermieristiche*, 63:53-61
2. Converso D., Falcetta R., Burnout e non solo. Valutare e prevenire il disagio psico-sociale, promuovere il benessere nelle organizzazioni socio-sanitarie, Torino, Centro Scientifico Editore
3. Sili A, Vellone E, Fida R, Alvaro R, Avallone F. (2010) Infermieri di camera operatoria e infermieri di medicina generale:la diversa percezione della propria salute organizzativa. *La Medicina del Lavoro*, 101 (6):458-470
4. Kalisch, B. J., Tschannen, D., & Lee, K. H. (2011). Do staffing levels predict missed nursing care?. International Journal for Quality in Health Care, 23(3), 302-308.
5. Gigantesco A, Mirabella F, Bonaviri G, Morosini P. (2004) La valutazione della condizione lavorativa in popolazioni del settore sanitario. *Medicina del Lavoro*, 95(6):431-40.
6. Peters, V., Houkes, I., de Rijk, A. E., Bohle, P. L., Engels, J. A., & Nijhuis, F. J. (2016). Which resources moderate the effects of demanding work schedules on nurses working in residential elder care? A longitudinal study. International journal of nursing studies, 58, 31-46.
7. Hsieh, F. T., Huang, G. S., Ko, W. J., & Lou, M. F. (2016). Health status and quality of life of survivors of extra corporeal membrane oxygenation: a cross-sectional study. Journal of advanced nursing, 72(7), 1626-1637.
8. Simons, S. (2008). Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *Advances in Nursing Science*, *31*(2), E48-E59.
9. WHOQOL, The World health organization quality of life assessment, *Position paper from the World health organization*, «Social science and medicine», 1995, 41, 10, p. 1405
10. García-Carrasco, M., Mendoza-Pinto, C., Cardiel, M. H., Méndez-Martínez, S., García-Villaseñor, A., Jiménez-Hernández, C., ... & López-Colombo, A. (2012). Health related quality of life in Mexican women with systemic lupus erythematosus: a descriptive study using SF-36 and LupusQoL©. Lupus, 21(11), 1219-1224.
11. Skodova, Z., & Lajciakova, P. (2013). The effect of personality traits and psychosocial training on burnout syndrome among healthcare students. Nurse Education Today, 33(11), 1311-1315.
12. Gill F., Duffy A. (2010) Caring for cancer patients on non-specialist wards. *British Journal of Nursing,* 19(12): 761-767
13. Lee, H. Y., Kim, M. S., Kim, O., Lee, I. H., & Kim, H. K. (2016). Association between shift work and severity of depressive symptoms among female nurses: the K orea N urses' H ealth S tudy. Journal of nursing management, 24(2), 192-200.
14. Vardi, Y. & Weitz, E. (2002). Organizational misbehavior: Hypotheses, research and impli-cations. Research in ethical issues in organizations, 4, 5184.
15. Martocchio, J. J. (1993). Employee decisions to enroll in microcomputer training. Human Resource Development Quarterly, 4(1), 51-69.
16. Missildine, K., Fountain, R., Summers, L., & Gosselin, K. (2013). Flipping the classroom to improve student performance and satisfaction. Journal of Nursing Education, 52(10), 597-599.

17. Sharma, J., & Dhar, R. L. (2016). Factors influencing job performance of nursing staff: mediating role of affective commitment. Personnel Review, 45(1), 161-182.
18. Di Tecco, C., & Borgogni, L. (2014). Efficacia personale, percezioni di contesto sociale, soddisfazione lavorativa e loro relazione con le assenze dal lavoro. Un modello integrato sviluppato nell'ambito della teoria social cognitiva. La Medicina del Lavoro, 105(4), 282-295.
19. Niedhammer, I., Chastang, J.-F., Sultan-Taïeb, H., Vermeylen, G., & Parent-Thirion, A. (2013). Psychosocial work factors and sickness absence in 31 countries in Europe. European Journal of Public Health, 23(4), 622–9. http://doi.org/10.1093/eurpub/cks124
20. Witters, D., Liu, D., & Agrawal, S. (2013). Depression costs US workplaces $23 billion in absenteeism. Gallup. com.
21. Valentine, M. A., Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2015). Measuring teamwork in health care settings: a review of survey instruments. Medical care, 53(4), e16-e30.
22. Cook, A. F., Arora, V. M., Rasinski, K. A., Curlin, F. A., & Yoon, J. D. (2014). The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 89(5), 749.
23. Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. Journal of advanced nursing, 65(7), 1509-1517.
24. Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009a). Missed nursing care: a concept analysis. Journal of advanced nursing, 65(7), 1509-1517.
25. Murrells, T., Robinson, S., & Griffiths, P. (2008). Job satisfaction trends during nurses' early career. BMC nursing, 7(1), 7.
26. Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. Bmj, 344, e1717.
27. Kalisch, B. J., & Williams, R. A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. Journal of Nursing Administration, 39(5), 211-219.
28. Sist L, Cortini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Vesca R, Ferraresi A. Il concetto di missed nursing care: una revisione narrativa della letteratura. Assist Inferm Ric, 2012; 31: 234-39.
29. Tschannen, D., Kalisch, B. J., & Lee, K. H. (2010). Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. CJNR (Canadian Journal of Nursing Research), 42(4), 22-39.
30. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & McHugh, M. D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The Lancet, 383(9931), 1824-1830.
31. Fletcher, C. E., Jill Baker, S., Copeland, L. A., Reeves, P. J., & Lowery, J. C. (2007). Nurse practitioners' and physicians' views of NPs as providers of primary care to veterans. Journal of Nursing Scholarship, 39(4), 358-362.
32. Le Blanc VR: The effects of acute stress on performance: implications for health professions education. Acad Med 2009; 8425-8433
33. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP: Job burnout. Annu Rev Psychol 2001; 52: 397–422
34. Paciello M, Fida R, Cerniglia L, et al: High cost helping scenario: the role of empathy, prosocial reasoning and moral disengagement on helping behavior. Personalità and Individual Differences, 2012
35. Sackey J, Sanda MA: Influence of occupational stress on the mental health of ghanaian professional women Int. J Ind Ergon 2009; 39: 867-887
36. Wright J: Stress in the workplace: A coaching approach. Work 2007; 28: 279-284
37. Sili A., Fida, R., Zaghini, F., Tramontano, C., Paciello, M. (2014). I comportamenti controproduttivi e il disimpegno morale degli infermieri quali possibili conseguenze dello stress lavoro correlato: validità e affidabilità delle relative scale di misura. La Medicina del Lavoro.
38. Colì E., Giachi L., Giuffrida S., Ippoliti O., Micolitti T., Rissotto A. (a cura di) (2012) Il benessere, il clima e la cultura delle organizzazioni: significati ed evoluzione in letteratura realizzato nell'ambito del progetto *Indagine sul benessere Organizzativo nel CNR,*CNR, Roma
39. World Health Organization (2010) Cancer factsheet 297.www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/accessed 14 giugno 2010

40. Vijendren, A., Yung, M., & Sanchez, J. (2014). The ill surgeon: a review of common work-related health problems amongst UK surgeons. Langenbeck's Archives of Surgery, 399(8), 967-979.
41. Kramer M, Schmalenberg C. (2008) Confirmation of a healthy work environment. *Critical Care Nurse,* 2(28):56-64
42. Arora, N. K. (2013). Patient engagement in a rapidly changing communication environment: reflections of a cancer survivor. Journal of the National Cancer Institute Monographs, 2013(47), 231-232.
43. Cunningham S.M., Copp G., Collins B., Bater M. (2006) Pre-registration nursing students' experience of caring for patiens with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(1): 59-67
44. Gray B. (2009) The emotional labour of nursing-defining and managing emotions in nursing work. *Nurse Education Today*, 29(2): 168-175
45. Gray B., & Smith P. (2009b) Emotional labour and the clinical setting of nursing care: the perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9(4): 253-261
46. Barrett, L., & Yates, P. (2002). Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. Australian Health Review, 25(3), 109-121.
47. Hunter B. & Smith P. (2007) Emotional labour: just another buzz word?. *International Journal of Nursing Studies,* 44(6): 859-861
48. Catalan, J., Burgess, A., Pergami, A., Hulme, N., Gazzard, B., & Phillips, R. (1996). The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology. Journal of Psychosomatic Research, 40(4), 425-435.
49. Herschbach P., (1992) Work related stress specific to physician and nurses working with cancer patients. *Journal of Psychosomatic Nursing*, 10: 79-99
50. Kent G., Wills G., Faulkner A., Parry G., Whipp M., Coleman R. (1994) The professional and personal needs odf oncology staff: the effects f perceived success and failure in helping patients on levels of persona stress and distress. *Journal of Cancer Nursing*, 3:153-158
51. Wilkinson S., Kitzinger C. (2000) Thinking differently about thinking positive: a discursive approach to cancer patients' talk. Social Science and Medicine. 50 (6): 797-811.
52. Cunningham, C., & McWilliam, K. (2006). Caring for people with dementia in A&E: Colm Cunningham and Katie McWilliam describe some simple steps to improve care for people with dementia in A&E. Emergency nurse, 14(6), 12-17.
53. Kendall S. (2006) Admiring courage: nurse' perceptions of caring for patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(5): 324-334
54. Herschbach P., (1992) Work related stress specific to physician and nurses working with cancer patients. *Journal of Psychosomatic Nursing*, 10: 79-99
55. Zamanzadeh V., Valizadeh L., Sayadi L., Taleghani F., Howard F., Jeddian A. (2013) Emotional labour of caring for hematopoietic stem cell transplantation patients: Iranian nurses' experiences. *Asian Nursing Research*, 7: 91-97
56. Akkuş, Y., Karacan, Y., Göker, H., & Aksu, S. (2010). Determination of burnout levels of nurses working in stem cell transplantation units in Turkey. Nursing & health sciences, 12(4), 444-449.
57. Gallagher R. & Cornley D.K. (2009) Perceptions of stress, burnout ans support systems in pediatric bone marrow transplantation nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 1(6): 681-685
58. Yilmaz A., Soykan A., Ayaz T., Kale E., Gurman G. & Kumbasar H. (2009) Burnout at a bone marrow transplantation unit in Turkey: effects of interactive psycho educational seminars. *Turkish Journal of Medical Sciences,* 39(6): 933-939
59. Hochschild A. (1983) *The managed heart*. Berkeley: University of California Press
60. Henderson A. (2001) Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work.
61. Smith P. (1992) *The emotional labor of nursing*. Macmillan, London
62. Rietjens J.A.C., Hauser J., van der Heide A. & Emanuel L. (2007) Having a difficult time leaving: experience and attitudes of nurses with palliative sedation. *Palliative Medicine*, 21(7): 643-649
63. Majani G., Calligari S.(1997) *SAT-P. Satisfaction Profile. Soddisfazione soggettiva e qualità di vita.* Eriksson, Milano.
64. Borgogni, L., & Consiglio, C. (2005). Job burnout: evoluzione di un costrutto. Giornale italiano di Psicologia, 32(1), 23-60.

65. Sili A, Vellone E, Fida R, Alvaro R. (2011) La salute Organizzativa degli infermieri di Area Critica: studio comparativo nell'ambito dell'emergenza sanitaria. *Scenario*, 28 (4):33-38
66. Muthén, B., & Asparouhov, T. (2012). Bayesian structural equation modeling: a more flexible representation of substantive theory. Psychological methods, 17(3), 313.
67. Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). Psychometric Theory (McGraw-Hill Series in Psychology) (Vol. 3). New York: McGraw-Hill.
68. James N. (1993) Divisions and emotional labour: disclosure and cancer. In Emotions in Organizations (Fineman S. Eds). Sge, London

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

THE DEVELOPMENT OF THE NURSING PROFESSIONAL RESPECT SCALE (NPRS)

COORDINATORE PROGETTO
A. Stievano - K. Bauce
R. Caruso - J. Fitzpatrick
L. Sabatino

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.6

1. TITOLO PROGETTO

Lo sviluppo della nursing's professional dignity scale (NPDS): la sua validità di facciata e di contenuto

The development of the nursing's professional dignity scale: its face and content validity

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*.
Obiettivi
Sviluppare la validità di facciata e di contenuto di uno strumento atto a misurare la dignità professionale infermieristica negli ambienti ospedalieri.
Metodo
Uno studio psicometrico multifase sarà portato a termine. la prima fase consisterà nell'analizzare la validità di facciata e di contenuto della NPDS.
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, strumento.

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*.
Aims To develop the face and content validity of a specific instrument to measure the dignity of clinical nurses at work in hospital settings.
Methods A multiphase validation study will be conducted. The first phase will be the analysis of the NPDS face and content validity,
Results This study aims to guarantee the implementation of ethical work environments in order to improve the care of patients and have less nurse turnover, moral distress and burn-out. This can be realized fostering settings where the intra- inter-professional work and the respect of others are emphasized and are pivotal.
Key-words Dignity, respect, intra- and interprofessional work, instrument.

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

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 nell'ambiente clinico raggiungono migliori risultati.[23-24]

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

METODOLOGIA

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

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

RISULTATI ATTESI

La conoscenza prodotta dalla validità di contenuto della scala permetterà una successiva validazione psicometrica più estesa della stessa con un campione di circa 300 infermieri. Lo sviluppo di questo strumento potrà contribuire a promuovere delle migliori realtà organizzative dove relazioni transdisciplinari potranno promuovere la qualità dell'assistenza e la sicurezza del paziente. Con questa ricerca sarà possibile organizzare l'ospedale del futuro dove le relazioni intra e interprofessionali diventeranno la base di un'assistenza eccellente verso i pazienti.

Diffusione dei risultati

I risultati saranno disseminati attraverso congressi e conferenze a livello nazionale ed internazionale. Il gruppo di ricerca organizzerà dei seminari dedicati e una conferenza per il 2019/2020.

PIANIFICAZIONE

		TEAM	TEMPO
1	Background	Team di progetto	01/02/2017 01/04/2017
2	Raccolta dati	Team di progetto	01/04/2017 1/7/2017
3	Analisi dati	Team di progetto	1/08/2017 1/09/2017
4	Validazione dei risultati	Team di progetto	1/11/2017 1/12/2017
5	Redazione rapporto finale	Team di progetto	31/08/2018

DIAGRAMMA GANTT

2017	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Dic 2017	Aug 2018
Background									
Raccolta dati									
Analisi dati									
Validazione dei risultati									
Redazione rapporto finale/articoli di ricerca									

BIOBLIOGRAFIA

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).

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

INFERMIERI IMMIGRATI IN ITALIA E USA

COORDINATORE PROGETTO
A Stievano
R. Caruso
E Ea
F. Shaffer

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.7

1. TITOLO PROGETTO

Acculturazione e outcome di salute tra gli infermieri immigrati in Italia e in USA

Acculturation and health outcomes among immigrant nurses in Italy and the USA

ABSTRACT

Il progetto mira a esplorare l'acculturazione, e l'adozione di comportamenti di salute per prevenire lo stress tra infermieri immigrati in due Paesi: Italia e USA. In tal senso si andranno ad esplorare aspetti legati a:

- I livelli di acculturazione e la loro relazione con un eventuale depressione tra gli infermieri immigrati.
- Le differenze nei livelli di acculturazione, adozione di comportamenti di salute e depressione tra infermieri immigrati in due Paesi: Italia e USA.

ABSTRACT

The project is aimed to improve the acculturation and the adoption of health behaviours to prevent stress in immigrant nurses in two countries: Italy and the USA. In this sense, it will be explored aspects connected to:

- The degrees of acculturation and their connections with a possible depressive mood in the immigrant nurses.
- The differences in the degrees of acculturation and the adoption of health and depressive behaviours among the immigrant nurses in two Countries: Italy and the USA.

BACKGROUND

Gli infermieri immigrati costituiscono circa il 6% della popolazione infermieristica in USA (Ea et al. 2008; 2018). Le stesse percentuali si possono ritrovare in Italia (Stievano et al. 2017). La società italiana come dimostrano i dati dei Rapporti Caritas Migrantes sta sempre più assumendo una connotazione multiculturale. L'avvento della "società complessa", in altre parole plurale, dismorfica, asimmetrica, non lineare, dinamica, autonoma, 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 pensare critico per riformulare le scelte dell'operatore sanitario, per riposizionare l'infermiere e le sue competenze all'interno delle organizzazioni sanitarie. La società complessa, 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 di ripensare concetti complessi e multidimensianali come quello di acculturazione. In questo studio andremo proprio ad analizzare il concetto di acculturazione tra gli infermieri immigrati in Italia e in USA.

Proprio il concetto di acculturazione e come questo impatta sulla salute negli infermieri immigrati è completamente sottostimato e poco studiato. Il processo di acculturazione è spesso associato con periodi

di stress e puo' avere conseguenza significative per la salute mentale e fisica degli infermieri immigrati.

OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo di questo studio è quello di esplorare il significato di acculturazione, di adozione di comportamenti di salute e depressione tra gli infermieri immigrati in Italia e negli USA.
Le domande di ricerca sono:

1. Quali sono i livelli di acculturazione, i comportamenti di salute e di depressione tra gli infermieri immigrati in Italia e negli USA ?
2. Esistono differenze nei livelli di acculturazione, nei comportamenti di salute e di depressione tra gli infermieri immigrati in Italia e negli USA ?

METODOLOGIA

Disegno
Per conseguire gli obiettivi specifici dello studio, sarà effettuata una ricerca correlazionale cross-sectional.
Setting e popolazione di riferimento, campionamento e analisi dei dati
La popolazione di riferimento per questo studio sarà costituita dagli infermieri immigrati in Italia e negli USA che abbiano almeno 18 anni. Sarà utilizzato un campionamento di convenienza. Per reclutare i partecipanti allo studio i ricercatori contatteranno le associazioni di rappresentanza per infermieri immigrati in Italia e negli USA.
Una volta che i soggetti partecipanti avranno compreso e aderito al progetto saranno somministrati tre questionari e il consenso informato sulla partecipazione allo studio. Ai partecipanti sarà anche garantita la confidenzialità delle informazioni che forniranno. Saranno presentati solamente dati in forma aggregata.
I questionari che si utilizzeranno e che saranno validati linguisticamente e psicometricamente sono:

- ASASFA
- Medical Outcomes Study Specific Adherence Scale
- Depression Scale

RISULTATI ATTESI

1. Avere una migliore conoscenza del fenomeno dell'acculturazione.
2. Conoscere il fenomeno dell'acculturazione e la sua correlazione con aspetti legati alla depressione per gli infermieri migranti.
3. Avere una migliore conoscenza dei fenomeni legati alla mobilità dei professionisti sanitari e all'infermieristica transculturale.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo	Coordinatori	01/01/2017 - 01/06/2017
Rilevazione statistiche su fonti secondarie	Project manager, coordinatori	01/01/2017 - 01/06/2017
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager e coordinatori e project team	01/01/2017 - 01/06/2017
Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	01/06/2017 - 01/10/2018
Stesura report di ricerca	Coordinatori e project team	01/10/2018 - 31/12/2018
Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	31/12/2018
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	31/12/2018

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gen 17	Feb17	Mar17	Apr17	Mag17	Giu17	Lug17	Set17	Ott18	Nov 18	Dic18
Background	■	■	■	■	■	■					
Rilevazione statistiche su fonti secondarie	■	■	■	■	■	■					
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	■	■	■	■	■	■					
Somministrazione e validazione questionari						■	■	■	■		
Stesura report di ricerca									■	■	■
Pubblicazione finale										■	■
Chiusura progetto										■	■

BIBLIOGRAFIA

1. Ea E.E., Griffin M.Q., L'Eplattenier N., Fitzpatrick J.J., Job satisfaction and acculturation among Filipino registered nurses. Journal of Nursing Scholarship. 2008;40(1):46-51. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00205.x.
2. Ea E.E., Colbert A., Turk M., Dickson V.V., Self-care among Filipinos in the United States who have hypertension. Applied Nursing Research. 2018 Feb;39:71-76. doi: 10.1016/j.apnr.2017.11.002. Epub 2017 Nov 3.
3. Stievano A., Olsen D., Tolentino Diaz Y., Sabatino L., Rocco G. Indian nurses in Italy: A qualitative study of their professional and social integration. Journal of Clinical Nursing, 2017; 26(23-24): 4234–4245. doi: 10.1111/jocn.13746.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

RISK MANAGEMENT NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI ENDOVENOSI

COORDINATORE PROGETTO
M. Di Muzio - E. Di Simone
A. Stievano
D. Tartaglini

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.8

1. 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

Gli errori in ambito clinico-assistenziale rappresentano un serio problema di sanità pubblica e possono minacciare la sicurezza del paziente. Tutti i pazienti sono potenzialmente vulnerabili agli effetti degli errori in ambito clinico, per questo motivo questi sono onerosi dal punto di vista umano, economico e sociale[3].

Un'adeguata assistenza non può prescindere dal concetto di sicurezza la quale, a sua volta, richiede un alto livello di competenza. Bisogna dunque migliorare l'efficienza del servizio, soddisfare i bisogni di salute e sicurezza dei cittadini e ridurre il più possibile gli sprechi tenendo conto del fatto che spesso, una scarsa qualità, non dipende da una mancanza delle risorse ma da un errato utilizzo di quelle che si hanno a disposizione. 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[4]. Questi errori sono costosi dal punto vista umano, economico e sociale[2].

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[5], 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[6].

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[7].

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[8]. 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[8].

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[9,10].

Sebbene gli errori possano verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco e pertanto ai fini della prevenzione[11] 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[12].

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)[9].

L'atto della somministrazione della terapia farmacologica rappresenta il 40% dell'attività clinico-assistenziale di un Infermiere[13].

Gli errori provocati dalla somministrazioni multiple di farmaci possono essere particolarmente comuni in terapia intensiva[14]. 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[15,16].

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[17].

Tra gli errori in terapia, quello dello scambio dei farmaci incide per circa il 40% dei casi[18].

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[19]. 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[20].
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%)

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 2017
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 2017
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 2017
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 2017 – Settembre 2018
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 2018 – Giugno 2019

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. La Pietra L, Calligaris L, Molendini L, Quattrin R, Brusaferro S. Medical errors and clinical risk management: state of the art. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2005 Dec; 25(6): 339–346.
4. 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.
5. 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
6. Moyen E, Camiré E, Stelfox HT. Clinical review: medication errors in critical care. Crit Care. 2008;12(2):208.
7. 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.
8. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention – NCCPMERP disponibile alla pagina www.nccmerp.org (data ultimo accesso: 31-05-2014).
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Armitage G, Knapman H. Adverse events in drug administration: a literature review. J Nurs Manage. 2003;11(2):130-140.
14. 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.
15. Hussain E, Kao E. Medication safety and transfusion errors in the ICU and beyond. Crit Care Clin. 2005;21(1):91-110.
16. Jones SW. Reducing medication administration errors in nursing practice. Nurs Stand 2009 Aug19-25;23(50):40-6.
17. Ministero della Salute, raccomandazione n.12: "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike";12 Agosto 2010
18. AIFA, L'errore terapeutico, quando umano e quando diabolico. Bollettino di informazione sui farmaci, 2005
19. 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.
20. Leape LL. Error in medicine. JAMA. 1994 Dec 21;272(23):1851-7.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

HF2 CARE

COORDINATORE PROGETTO
A. Durante
E. Vellone
M. Paturzo
R. Alvaro

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.9

1. TITOLO PROGETTO

Bisogni e burden dei caregiver nello scompenso cardiaco; sono correlati con le caratteristiche dei pazienti e dei caregiver?

Needs and burdens in Heart Failure CAREgivers: are they related to patients' and caregivers' characteristics?

ABSTRACT

Lo scompenso cardiaco (SC) viene considerato una patologia pandemica con alti tassi di prevalenza. È stato stimato che 26 milioni di persone siano affette da SC in tutto il mondo (Ponikowski et al., 2016). In Europa, lo SC colpisce 15 milioni di persone, pari al 2,2% della popolazione (Zarrinkoub et al., 2013). Lo SC è una patologia che aumenta in prevalenza con l'età e colpisce più del 25% della popolazione di età compresa tra i 75 e gli 84 anni. Lo scompenso cardiaco sta anche aumentando la sua prevalenza complessiva (ESC, 2014). È stato stimato che, tra il 2013 e il 2030, il numero di persone che soffrono di scompenso cardiaco aumenterà del 25% (Vai et al., 2013). Coloro che soffrono di scompenso cardiaco richiedono un alto grado di assistenza e necessitano di mantenere un regime di autocura adeguato per evitare l'aggravarsi della patologia e per mantenere il proprio benessere psicologico. Un caregiver informale è un individuo non pagato, sia all'interno che all'esterno della famiglia, che fornisce la maggior parte dell'assistenza al paziente (National Alliance for Caregiving, 2015; Wrubel, 2001). Questa assistenza può comprendere le esigenze personali, le faccende domestiche, la gestione delle finanze personali, la gestione di servizi esterni o visite periodiche al ricevente dell'assistenza. Tuttavia, la nostra conoscenza delle bisogni dei caregiver - per le quali si intendono tutti i tipi di bisogni, tra cui sociali, (socio)economici, fisici, emotivi, psicologici e ambientali - è ancora scarsa. Lo scopo di questo studio è di descrivere la correlazione tra bisogni e burden dei caregiver e le caratteristiche dei pazienti affetti da scompenso cardiaco e dei loro caregiver in tre paesi europei: Italia, Spagna e Paesi Bassi. Metodo: Studio multicentrico con metodo misto sequenziale esplorativo. Prima fase qualitativa con interviste semistrutturate ai caregivers. Seconda fase: studio longitudinale. Questa fase comprenderà due batterie di strumenti psicometrici validi: uno per i pazienti e uno per i caregiver. Una serie di variabili demografiche saranno raccolte presso il primo punto di misurazione e verificate (per i pazienti) tramite cartella clinica. L'indagine sarà condotta in tre momenti: a un tempo zero, a sei mesi da questo e a un anno. I dati qualitativi saranno analizzati utilizzando Atlas-ti, mente per i dati quantitativi verrà utilizzata la versione 22 di SPSS (IBM Corp. 2015) e la versione 9.3 o successiva di SAS, o il software STATA. Questo studio permetterà di conoscere i bisogni, a livello europeo, della popolazione dei caregivers. Conoscere questi bisogni consentirà ai professionisti della salute di poter agire, prevenendo, il burnout del caregiver; migliorando la qualità di vita sua e dell'assistito.

Parole chiave: scompenso cardiaco, self-care, metodo misto, caregiver

ABSTRACT

Heart failure (HF) is considered a pandemic disease with high prevalence rates. It is estimated that 26 million people are affected by SC worldwide (Ponikowski et al., 2016). In Europe, HF affects 15 million people, the 2.2% of the population (Zarrinkoub et al., 2013). HF is a disease that increases in prevalence with age and affects more than 25% of the population aged 75 to 84 years. HF is also increasing its overall prevalence (ESC, 2014). It has been estimated that, between 2013 and 2030, the number of people suffering from HF

will increase by 25% (Go et al., 2013). Those who suffer from HF require a lot of care and need to maintain an adequate self-care regimen to prevent the worsening of the disease and to maintain their psychological well-being. An informal caregiver is a not paid individual, inside and outside of the family, which provides the majority of patient care (National Alliance for Caregiving, 2015; Wrubel, 2001). This care may include the the satisfaction of patient personal needs, household chores, personal finance management, the management of external services or periodic check up for the patient. However, our knowledge caregivers' needs (including social, (socio) economic, physical, emotional, psychological and environmental needs) is still poor. The purpose of this study is to describe the correlation between caregiver needs and burden and characteristics of patients with heart failure and their caregivers in three European countries: Italy, Spain, and the Netherlands. Method: Multicenter mixed method, sequential exploratory study. First phase: qualitative phase with semi-structured interviews with caregivers. Second phase: a longitudinal study. This second phase will include two batteries of valid psychometric tools: one for patients and one for the caregivers. A number of demographic variables will be collected at the first point of measurement (for patients) through abstract from patient medical records. The survey will be conducted in three phases: a time zero, six months and one year. The qualitative data will be analyzed using Atlas-ti, quantitative data will be analuyzed with SPSS version 22 (IBM Corp. 2015), SAS or STATA software. This study will allow to know caregiver needs and burden at European level. Knowing these needs will allow health professionals to tailor interventions for patients and caregivers.

Key words: heart failure, self-care, mixed method, caregiver

BACKGROUND

Lo scompenso cardiaco (SC) viene considerato una patologia pandemica con alti tassi di prevalenza. È stato stimato che 26 milioni di persone siano affette da SC in tutto il mondo (Ponikowski et al., 2016). Negli Stati Uniti, è stato stimato che lo SC colpisca 5,7 milioni di persone (Mozaffarian et al., 2016), pari al 2,1% della popolazione totale. In Europa, lo SC colpisce 15 milioni di persone, pari al 2,2% della popolazione (Zarrinkoub et al., 2013). Lo SC è una patologia che aumenta in prevalenza con l'età e colpisce più del 25% della popolazione di età compresa tra i 75 e gli 84 anni. Lo scompenso cardiaco sta anche aumentando la sua prevalenza complessiva (ESC, 2014). È stato stimato che, tra il 2013 e il 2030, il numero di persone che soffrono di scompenso cardiaco aumenterà del 25% (Vai et al., 2013).

Lo SC è una patologia dalle gravi conseguenze. La mortalità a causa dello SC è elevata (Gomez-Soto et al., 2011): dopo la diagnosi, i tassi di mortalità a 30 giorni, un anno e quattro anni sono rispettivamente del 12,1, 28,8 e 61,4%. Il tasso di mortalità dopo cinque anni, per lo SC, è simile a quella di alcuni tipi di cancro (58 e 59%, rispettivamente) (Stewart, 2010). Lo scompenso cardiaco è inoltre associato ad una scarsa qualità della vita (Nieminen et al., 2015) e a sintomi e disagi fisici e psicologici simili a quelli del cancro (Bekelman et al., 2009). Lo scompenso cardiaco si associa inoltre a costi elevati (Cook et al. 2014).

Coloro che soffrono di scompenso cardiaco richiedono un alto grado di assistenza e devono mantenere un regime di autocura per evitare l'aggravarsi della patologia e per mantenere il proprio benessere psicologico (Gallacher, Maggio, Montori, e Mair, 2011). Inoltre, il deficit cognitivo, che colpisce dal 25 al 50% degli adulti affetti da scompenso cardiaco, e la comorbilità possono rappresentare delle condizioni aggiuntive che riducono la qualità dell'autocura dei pazienti (Dickson, Buck, e Riegel, 2013; Dodson, Truong, Towle, Kerins, & Chaudhry, 2013; Gure et al, 2012). In base a queste premesse, i caregiver informali possono offrire un contributo importante per l'assistenza ai pazienti anche se le nostre conoscenze sui loro bisogni sociali, (socio)economici, fisici, emotivi, psicologici e ambientali, sono ancora scarse.

Recentemente, sono stati condotti diversi studi sul contributo dei caregiver nell'assistenza ai pazienti con scompenso cardiaco (Buck et al., 2015) ma le conoscenze sul caregiving dello SC, sono ancora scarse (Bahrami et al., 2014; Bekelman et al., 2011; Lijeroos et al., 2014; Pressler et al., 2009; Wingham et al., 2015). Nonostante l'importanza dei caregiver nell'assistenza allo SC, pochi studi si sono interessati ai bisogni ed al burden dei caregiver e nessuno studio europeo ha fornito un quadro completo dei problemi affrontati dai caregiver. Inoltre, è ancora carente la letteratura che descrive il rapporto tra i bisogni ed il burden dei caregiver e le caratteristiche dei caregiver e dei pazienti.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Lo scopo di questo studio biennale è quello di descrivere la correlazione tra bisogni e burden dei caregiver e le caratteristiche dei pazienti affetti da scompenso cardiaco e dei loro caregiver in tre paesi europei: Italia, Spagna e Paesi Bassi. Questo studio utilizzerà un approccio a metodo misto e sarà dunque fornita una risposta ai seguenti quesiti di ricerca qualitativi e quantitativi durante i due anni dello studio:

Domande di ricerca qualitativa per il primo anno dello studio:

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

Domande di ricerca quantitativa per il secondo anno dello studio:
I bisogni ed il burden dei caregiver vengono influenzati dalle seguenti caratteristiche del caregiver? capacità cognitive, qualità della vita, comorbilità o problemi fisici, competenza nel fornire assistenza, ansia e depressione, sostegno sociale, contributo al self-care del paziente e self-efficacy, mutualità con pazienti affetti da scompenso cardiaco, e resilienza?

I bisogni ed il burden del caregiver sono influenzati dalle seguenti caratteristiche del paziente?
Capacità cognitive, durata dello scompenso cardiaco, gravità dello SC secondo la classificazione NYHA (New York Heart Association), autocura e self-efficacy, dipendenza dall'assistenza, mutualità con il caregiver, ansia e depressione, e resilienza.
Esistono diversi cluster/tipologie in merito a bisogni e burden dei caregiver?

Domanda di ricerca qualitativa e quantitativa:
Esistono delle somiglianze fra i bisogni e burden dei caregiver nei tre paesi considerati (Italia, Spagna e Paesi Bassi?

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Condurremo uno studio sequenziale esplorativo a metodo misto comprendente una fase qualitativa seguita da una fase quantitativa. Un disegno a metodo misto sequenziale esplorativo è un disegno in cui il ricercatore prima esamina i dati qualitativi per poi utilizzare i risultati dei dati qualitativi nella seconda fase quantitativa al fine di comprendere meglio i risultati. Di conseguenza, i risultati dei dati quantitativi si basano sui risultati del database iniziale. L'obiettivo di questa strategia è quello di sviluppare misurazioni migliori con campioni specifici della popolazione, verificando se i dati di pochi individui (nella fase qualitativa) possono essere generalizzati ad un campione di popolazione di grandi dimensioni (in fase quantitativa) (Creswell, 2013). Questo metodo può arricchire i dati raccolti e rende possibile triangolare e integrare i dati quantitativi e qualitativi (Onwuegbuzie et al., 2005).

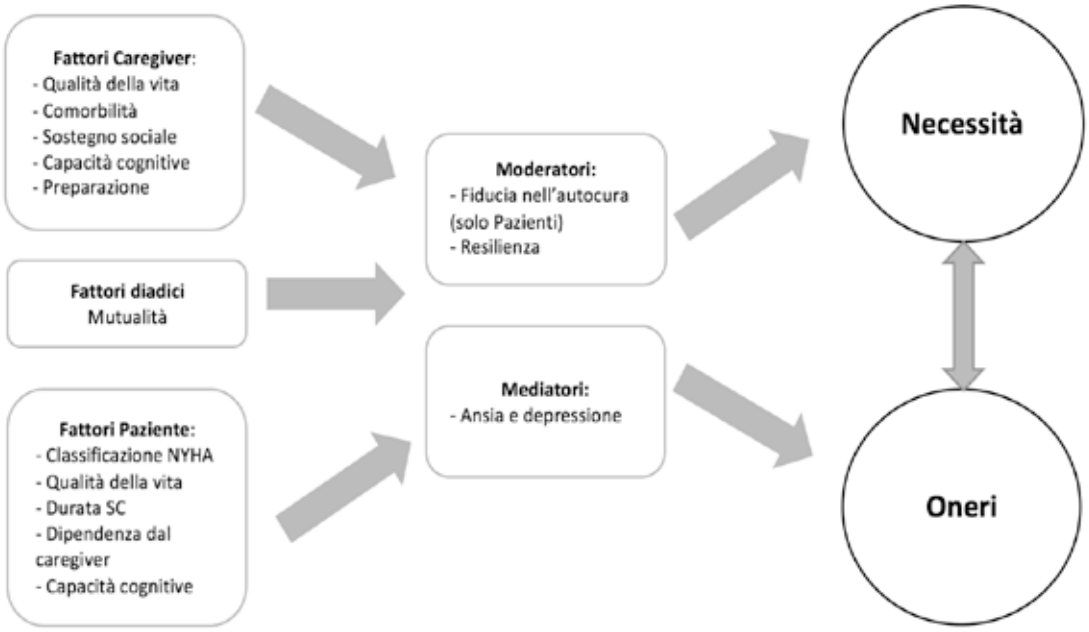


Figura 1. Quadro concettuale dello studio

Metodo di campionamento
Verrà impiegato un approccio di *maximum variation* per includere i caregiver ed i pazienti con caratteristiche diverse, secondo la classificazione NYHA, il tempo dalla diagnosi e lo scompenso cardiaco (ad esempio,

frazione di eiezione ridotta o preservata).

Raccolta dei dati

La raccolta dei dati si svolgerà in due fasi.

Fase uno

In questa fase, la porzione qualitativa dello studio sarà condotta con interviste semi-strutturate con i caregiver, che saranno effettuate senza il paziente. Prevediamo di includere 30 caregiver in ogni Paese, dal momento che la letteratura (Adler & Adler, 2016) suggerisce che un buon esempio per gli studi a metodo misto varia da 12 a 60 partecipanti. Verrà adottato un approccio qualitativo durante le interviste al fine di conoscere più approfonditamente i bisogni ed il burden dei caregiver. Il ricercatore incoraggerà gli intervistati a raccontare le loro esperienze spontaneamente tramite un processo induttivo, caratterizzato dall'approfondimento di domande e riflessioni sulle esperienze vissute dei partecipanti. La traccia per l'intervista semi-strutturata conterrà 21 domande a risposta aperta, che saranno utilizzate dall'intervistatore come supporto durante la narrazione dei partecipanti (Atkinson, 2002).

Fase due

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

Alcuni dei questionari saranno utilizzati per entrambe le parti della diade caregiver-paziente. Gli aspetti che vogliamo esplorare in modo similare sono: l'ansia e la depressione, la dipendenza dall'assistenza, il livello di deterioramento cognitivo, mutualità e resilienza.

Questionari solo per i pazienti

L'aspetto considerato nei questionari solo per i pazienti è la self-efficacy, che sarà valutata con la scala del self-care confidence del Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI) di Riegel (2010).

Questionari solo per i caregiver

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

Analisi dei dati

Fase uno: Una metodologia qualitativa verrà impiegata per interpretare i risultati. Per classificare i dati qualitativi, verrà effettuata un'analisi di contenuto da parte di due ricercatori indipendenti. Le trascrizioni delle interviste verranno codificate e classificate per identificare i principali concetti ricorrenti. Successivamente, questi concetti verranno inclusi in categorie. A seguito di un processo di riflessione e di discussione, le categorie finali saranno raggruppate in temi sulla base del metodo del consenso dei ricercatori (Graneheim et al., 2004). Verranno osservati i criteri di Lincoln e Guba (1985) per stabilire l'affidabilità durante l'analisi e al fine di garantire il rigore scientifico. Tutti i dati saranno analizzati utilizzando il software Atlas TI. Per migliorare la qualità delle analisi, saranno impiegate sia per la triangolazione dei dati (dati provenienti da diversi paesi) che la triangolazione dei ricercatori (più ricercatori coinvolti in entrambe le analisi e raccolta dati).

Fase due: Al fine di individuare il rapporto tra bisogni e burden dei caregiver e caratteristiche di pazienti e caregiver, implementeremo un modello di rete causale per identificare le correlazioni causali tra le variabili studiate. Questo è un modello che definisce la correlazione tra le variabili di interesse e specifica inoltre la relazione causale tra esse, verrà dunque utilizzato un approccio Bayesiano. Per le variabili continue, saranno utilizzate statistiche descrittive come la media e la deviazione standard o il valore mediano e lo scarto interquartile, mentre n (%) sarà utilizzato per le variabili categoriali per riassumere le caratteristiche demografiche dei caregiver. Saranno utilizzati il T-test in coppie e il Test dei ranghi con segno di Wilcoxon per confrontare il cambiamento dal valore di riferimento per il punteggio totale di tutte le variabili raccolte in diversi momenti; lo stesso test sarà utilizzato per ogni intervallo di tempo.

RISULTATI ATTESI

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

Rilevanza

Lo SC rappresenta un importante problema di sanità pubblica, ed il suo incremento esponenziale accentua ulteriormente la necessità di intervenire per contrastare il problema. Questo richiede interventi atti a

migliorare la qualità di vita dei pazienti e a ridurre il *burden* della patologia a 360 gradi. Per poter fare ciò è necessario conoscere bisogni ed il burden dei caregiver al fine di fornire interventi personalizzati.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1	Revisione della letteratura sul self-care e predisposizione degli strumenti per la raccolta dati	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Marzo - Aprile 2017
2	Formazione degli assistenti di ricerca che effettueranno la raccolta dei dati	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Maggio - Giugno 2017
3	Raccolta ed analisi dei dati qualitativi	1 Dottorando e 1 Assegnista di ricerca	Luglio 2017- febbraio 2018
4	Raccolta ed analisi dei dati quantitativi	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Marzo 2018 - Settembre 2018
5	Stesura degli articoli di ricerca	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Ottobre 2018 - Febbraio 2019

DIAGRAMMA GANTT

ANNO 2017	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 la raccolta dei dati					■	■						
Raccolta ed analisi dei dati qualitativi							■	■	■	■	■	■

ANNO 2018	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Raccolta ed analisi dei dati qualitativi	■	■										
Analisi dei dati quantitativi			■	■	■	■	■	■	■			
Stesura degli articoli										■	■	■

ANNO 2019	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Stesura degli articoli di ricerca	■	■										

BIBLIOGRAFIA

1. Adler & Adler. In S. E. Beker & R. Edwards (Eds.), *How many qualitative interviews is enough?* National Centre for Research Methods/ESRC. Retrieved from http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how_many_interviews.pdf
2. Ambrosy, A. P., Fonarow, G. C., Butler, J., Chioncel, O., Greene, S. J., Vaduganathan, M., … Gheorghiade, M. (2014). The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *J Am Coll Cardiol, 63*(12), 1123–1133.
3. Archbold, P. G., & Stewart, B. J. (1986). *Family caregiving inventory* (Unpublished manuscript). Oregon Health Sciences University, School of Nursing, Department of Family Nursing, Portland.
4. Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, *13*, 375–384.
5. Atkinson, R. (2002). The life story interview. In *Handbook of interview research, context & method* (pp. 121–140). Sage Publications.
6. Bahrami, M., Etemadifar, S., Shahriari, M., & Farsani, A. K. (2014). Informational needs and related problems of family caregivers of heart failure patients: A qualitative study. *J Educ Health Promot, 29*(3), 113.
7. Bekelman, D. B., Nowels, C. T., Retrum, J. H., Allen, L. A., Shakar, S., Hutt, E., … Kutner, J. S. (2011). Giving voice to patients' and family caregivers' needs in chronic heart failure: Implications for palliative care programs. *J Palliat Med, 14*(12), 1317–1324.
8. Bekelman, D. B., Rumsfeld, J. S., Havranek, E. P., … Kutner JS (2009). Symptom burden, depression, and spiritual well-being: A comparison of heart failure and advanced cancer patients. *Journal of General Internal Medicine*, *24*(5), 592–598.
9. Bidwell, J. T., Lyons, K. S., & Lee, C. S. (2016). Caregiver well-being and patient outcomes in heart failure: A meta-analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing*. Sep 10
10. Buck, H. G., Harkness, K., Wion, R., Carroll, S. L., Cosman, T., Kaasalainen, S., … Arthur, H. M. (2015). Caregivers' contributions to heart failure self-care: A systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs, 14*(1), 79–89.
11. Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, *28*(2), 193–213.
12. Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis, 40*(5), 373–383.
13. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76–82.
14. Cook, C., Cole, G., Asaria, P., Jabbour, R., & Francis, D. P. (2014). The annual global economic burden of heart failure. *Int J Cardiol*, *171*(3), 368–376.
15. Corrao, G., Ghirardi, A., Ibrahim, B., Merlino, L., & Maggioni, A. P. (2014). Burden of new hospitalization for heart failure: A population-based investigation from Italy. *Eur J Heart Fail*, *16*(7), 729–736.
16. Creswell, J. W. (2013). *Research design qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE Publications, Inc.
17. Dickson, V. V., Buck, H., & Riegel, B. (2013). Multiple comorbid conditions challenge heart failure self-care by decreasing self-efficacy. *Nursing Research, 62*(1), 2–9.
18. Dijkstra, A., Smith, J., & White, M. (2006). *Measuring care dependency with the Care Dependency Scale (CDS), a manual*. Eurocare.
19. Dodson, J. A., Truong, T. T., Towle, V. R., Kerins, G., & Chaudhry, S. I. (2013). Cognitive impairment in older adults with heart failure: Prevalence, documentation, and impact on outcomes. *Am J Med*, *126*(2), 120–126.
20. Dunbar, S. B., Clark, P. C., Quinn, C., Gary, R. A., & Kaslow, N. J. (2008). Family influences on heart failure self-care and outcomes. *The Journal of Cardiovascular Nursing, 23*(3), 258–265.
21. Eurocarers. (2016). *Informal caregivers: An overview of EU countries*. TRACK Project.
22. Gallacher, K., May, C. R., Montori, V. M., & Mair, F. S. (2011). Understanding patients' experiences of treatment burden in chronic heart failure using normalization process theory. *Ann Fam Med, 9*(3), 235–43.
23. Gomez-Soto, F. M., Andrey, J. L., Garcia-Egido, A. A., Escobar, M. A., Romero, S. P., Garcia-Arjona, R., …

Gomez, F. (2011). Incidence and mortality of heart failure: A community-based study. *Int J Cardiol*, *151*(1), 40–5.

24. Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105–112.
25. Greco, A., Sala, M., Pancani, L., Beretta, D., Petruzzo, A., Alvaro, R., ... Vellone, E. (2016). The caregiver burden inventory in evaluating the burden of heart failure patients' caregivers: a multicenter study. Abstract: 1367. European Journal of Heart Failure Abstracts Supplement 18 (Supplement 1), 314.
26. Gure, T. R., Blaum, C. S., Giordani, B., Koelling, T. M., Galecki, A., & Pressler, S. J. (2012). Prevalence of cognitive impairment in older adults with heart failure. *Journal of the American Geriatrics Society, 4*, 1724–1729.
27. Jaarsma, T., Arestedt, K., Martensson, J., Dracup, K., & Strömberg, A. (2009). The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): A reliable and valid international instrument. *European Journal of Heart Failure, 11*, 99–105.
28. Lainscak, M., Letonja, M., Kovacic, D., et al. (2014). General public awareness of heart failure: Results of questionnaire survey during Heart Failure Awareness Day 2011. *Archives of Medical Science, 10*(2), 355–360.
29. Liljeroos, M., Ågren, S., Jaarsma, T., Årestedt, K., & Strömberg, A. (2016). Long-term effects of a dyadic psycho-educational intervention on caregiver burden and morbidity in partners of patients with heart failure: A randomized controlled trial. *Quality of Life Research*.
30. Liljeroos, M., Agren, S., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2014). Perceived caring needs in patient-partner dyads affected by heart failure: A qualitative study. *J Clin Nurs, 23*(19–20), 2928–2938.
31. Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
32. Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., et al. (2015). Heart disease and stroke statistics—2015 update. *Circulation*, *131*(4), e29–322.
33. Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & Chertkow, H., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(4), 695–699.
34. National Alliance for Caregiving (NAC) & AARP Public Policy Institute. (2015). *Caregiving in the U.S.*
35. Nieminen, M. S., Dickstein, K., Fonseca, C., Serrano, J. M., Parissis, J., Fedele, F., et al. (2015). The patient perspective: Quality of life in advanced heart failure with frequent hospitalisations. *International Journal of Cardiology*, *191*, 256–264.
36. Novak, M., Guest C., (1989). Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. Gerontologist, 29(6), 798-803.
37. Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2005). On becoming a pragmatic researcher: The importance of combining quantitative and qualitative research methodologies. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(5), 375–387
38. Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G., Coats, A. J., … (2016). *ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure.* The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology (ESC).
39. Pressler, S., Gradus-Pizlo, I., Chubinski, S. D., Smith, G., Wheeler, S., Wu, J., & Sloan, R. (2009). Family caregiver outcome in heart failure. *American Journal of Critical Care*, *18*(2), 149–159.
40. Richards, D. A., & Hallberg, I. R. (2015). *Complex interventions in health, an overview of research methods*. Routledge.
41. Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The situation-specific theory of heart failure self-care: Revised and updated. *J Cardiovasc Nurs*, *31*(3), 226–235.
42. Riegel, B., Lee, C. S., Dickson, V. V., & Carlson, B. (2010). An update on the self-care of heart failure index. *The Journal of Cardiovascular Nursing, 24*(6), 485–497.
43. Stewart, S., Ekman, I., Ekman, T., Odén, A., & Rosengren, A. (2010). Population impact of heart failure and the most common forms of cancer: A study of 1 162 309 hospital cases in Sweden (1988 to 2004). *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, *3*(6), 573–580.
44. Sullivan, B. J., Marcuccilli, L., Sloan, R., Gradus-Pizlo, I., Bakas, T., Jung, M., & Pressler, S. J. (2015). Competence, compassion, and care of the self-family caregiving needs and concerns in heart failure.

Journal of Cardiovascular Nursing, May-Jun;31(3):209-14.

45. Ware, J., Kosinski, M., Dewey, J., & Gandek, B. (2001). *How to score and interpret single-item health status measures: A manual for users of the SF-8 Health Survey*. Boston: QualyMetric.
46. Wingham, J., Frost, J., Britten, N., Jolly, K., Greaves, C., Abraham, C., & Dalal, H. (2015). Needs of caregivers in heart failure management: A qualitative study. *Chronic Illness, 11*(4), 304–319.
47. Wrubel, J., Richards, T. A, Folkman, S., & Acree, M. C. (2001). Tacit definitions of informal caregiving. *Journal of Advanced Nursing*, *33*, 175–181.
48. Zarrinkoub, R., Wettermark, B., Wändell, P., Mejhert, M., Szulkin, R., Ljunggren, G., & Kahan T. (2013). The epidemiology of heart failure, based on data for 2.1 million inhabitants in Sweden. *Eur J Heart Fail, 15*(9), 995–1002.
49. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361–370.
50. Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*, 30–41.

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.2.17.10

1. TITOLO PROGETTO

Validazione di nuovi strumenti per misurare il self-care e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi

Validation of new tools to measure self-care and the quality of life in women who have had an osteoporotic fracture

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 che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi di ridurre il rischio di sviluppare complicanze dell'osteoporosi. È pertanto necessario integrare nel percorso diagnostico-terapeutico, pratiche assistenziali ed educative. L'infermiere è la figura professionale che, attraverso l'intervento educativo mirato, promuove nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi la riduzione dei fattori di rischio e l'adozione di corretti comportamenti di self-care sia nello stile di vita che nella terapia farmacologica, migliorando così la qualità di vita. Attualmente in letteratura non sono disponibili strumenti per misurare il self-care o la qualità della vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi. Pertanto, lo scopo di questo progetto di ricerca è di sviluppare e testare le proprietà psicometriche della Self-Care of Osteoporosis Scale (SCOS) e della Quality Of Life Osteoporosis Scale (QoLOS), due nuovi strumenti per misurare rispettivamente il self-care e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi. Questo studio dimostrerà che lo SCOS e il QoLOS sono strumenti con buone proprietà psicometriche di validità e affidabilità per misurare il self-care e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi.

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

ABSTRACT

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

Keywords: osteoporosis, self-care, quality of life, tools

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 (7-10).
L'infermiere è la figura professionale che, attraverso l'intervento educativo mirato, promuove nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi la riduzione dei fattori di rischio e l'adozione di corretti comportamenti di self-care sia nello stile di vita che nella terapia farmacologica, migliorando così la qualità di vita (11). Attualmente in letteratura non sono disponibili strumenti per misurare il self-care o la qualità della vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi e nessuno studio ha analizzato la relazione tra il self-care e la qualità della vita nelle donne affette da questa patologia dopo una frattura da fragilità (12).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Lo scopo di questo progetto di ricerca è di sviluppare e testare le proprietà psicometriche della Self-Care of Osteoporosis Scale (SCOS) e della Quality Of Life Osteoporosis Scale (QoLOS), due nuovi strumenti per misurare rispettivamente il self-care e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi. Il progetto sarà suddiviso in due anni e sarà così articolato:

I anno: sviluppo e test psicometrici della Self-Care of Osteoporosis Scale (SCOS);

II anno: sviluppo e test psicometrici della Quality Of Life Osteoporosis Scale (QoLOS).

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.

Figura 1

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) (13). 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 (14). Questi comportamenti sono fondamentali per migliorare la qualità di vita e mantenere uno stile di vita sano, come smettere di fumare, trascorrere almeno 10-15 minuti all'aperto in una giornata di sole, seguire una dieta adeguata, fare esercizio fisico e prendere i farmaci regolarmente.
Figura 1.

Strumenti
Gli strumenti di cui verranno testate le proprietà psicometriche sono:

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

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

Analisi dei dati
Per testare le proprietà psicometriche degli strumenti verrà utilizzata un'analisi fattoriale esplorativa e una confermativa. Le analisi verranno condotte utilizzando il software SPSS.
Inoltre per valutare la validità e l'affidabilità degli strumenti sono stati utilizsi utilizzerannozati Cronbach's alpha and McDonald's omega.

Campionamento e criteri di inclusione/esclusione
Per la conduzione dello studio si intende arruolare un campione di circa 1000 pazienti sul territorio italiano. I criteri di inclusione sono: donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi, degenti nelle unità operative di ortopedia e traumatologia o afferenti agli ambulatori. I criteri di esclusione sono: pazienti affette da insufficienza renale grave e/o patologia neoplastica pregressa o in atto.
Fasi della ricerca
Fase n. 1
Revisione della letteratura sugli strumenti che misurano il self-care e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi.
Fase n. 2
Validazione delle proprietà psicometriche degli strumenti (SCOS e QoLOS).
Fase n. 3
Elaborazione dei dati raccolti.
Fase n. 4
Analisi quantitativa dei dati.
Fase n. 5
Stesura del report finale di ricerca.

RISULTATI ATTESI

Questo studio si intende verificare se lo SCOS e il QoLOS sono strumenti con buone proprietà psicometriche di validità e affidabilità per misurare il self-care e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi.
Questi strumenti in futuro si potranno utilizzare per tutte le tipologie di patologie croniche che soprattutto quando coinvolgono pazienti 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. L'utilizzo dei nuovi strumenti nella pratica clinica consentono alle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi di adottare corretti comportamenti di self-care, così da migliorare la loro qualità di vita.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1	Revisione della letteratura sugli strumenti che misurano il self-care	Coordinatori e project team	Gennaio-Marzo 2017
2	Validazione delle proprietà psicometriche della SCOS	Coordinatori e project team	Aprile-Dicembre 2017
3	Revisione delle letteratura sugli strumenti che misurano la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi	Coordinatori e project team	Gennaio-Marzo 2018
4	Validazione delle proprietà psicometriche della QoLOS	Statistico e project team	Aprile-Novembre 2018
5	Stesura del report finale di ricerca	Project manager, coordinator e project team	Dicembre 2018

DIAGRAMMA GANTT

ANNO 2017 - MESI												
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisione della letteratura sugli strumenti che misurano il self-care	■	■	■									
Validazione delle proprietà psicometriche della SCOS				■	■	■	■	■	■	■	■	■

ANNO 2018 - MESI												
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisione delle letteratura sugli strumenti che misurano la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Validazione delle proprietà psicometriche della QoLOS										■	■	
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. 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.
11. Alvaro R, Pennini A, Basilici Zannetti E, Cittadini N, Feola M, Rao C, D'Agostino F, Vellone E, Tarantino U. Bone care nurses and the evolution of the nurse's educational function: the Guardian Angel - Research project. Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism 2015; 12 (1): 43-46
12. Alvaro R, D'Agostino F, Cittadini N, Basilici Zannetti E, Rao C, Feola M, Vellone E, Pennini A, Tarantino U. Can Educational Interventions Improve Osteoporotic Women's Adherence to Treatment? A Literature Review. Orthopaedic Nursing 2015; 34 (6)
13. 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.
14. Ryan P. Integrated Theory of Health Behavior Change: background and intervention development. Clinical nurse specialist CNS. 2009 May-Jun;23(3):161-70.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

NURSING INTENSITY

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

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.11

1. TITOLO PROGETTO

L'intensità dell'assistenza infermieristica descritta dagli interventi infermieristici del PAI

Nursing intensity as described by nursing interventions of the PAI system

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. Attualmente il PAI è utilizzato in un ospedale universitario ed è parte integrante della documentazione sanitaria elettronica della struttura ospedaliera. I primi studi effettuati sul PAI, hanno dimostrato come le diagnosi infermieristiche siano in grado di descrivere pazienti con differenti complessità assistenziali e come le stesse diagnosi siano associate alla lunghezza della degenza e alla mortalità. Un altro elemento del Nursing Minimum Data Set (NMDS), ossia gli interventi infermieristici, non è stato ancora indagato. Fino ad oggi, in Italia nessuno studio è stato condotto per descrivere l'intensità dell'assistenza infermieristica prestata in ambito ospedaliero tramite interventi infermieristici registrati in maniera standard dagli infermieri.
Obiettivi: Gli obiettivi di questo progetto sono: 1) descrivere la diversità delle varie popolazioni di pazienti e la variabilità dell'assistenza infermieristica in termini di prevalenza di interventi e attività infermieristiche raccolti sistematicamente con il PAI; 2) indagare quali interventi/attività infermieristiche si associano a risultati di assistenza ospedaliera.
Metodi: Un disegno longitudinale sarà utilizzato, arruolando 4 unità operative. Il database del PAI e la scheda di dimissione ospedaliera saranno utilizzati per raccogliere rispettivamente gli elementi del NMDS e le diagnosi mediche, la mortalità e la lunghezza della degenza.
Risultati attesi: Da questo progetto ci si aspetta di descrivere l'intensità dell'assistenza infermieristica tramite un set minimo essenziale di dati con definizioni e codici standard. Inoltre, si potrà verificare se gli interventi infermieristici sono predittori di risultati assistenziali ospedalieri.

Parole chiave: sistema informativo infermieristico, nursing minimum data set, interventi infermieristici, intensità dell'assistenza infermieristica, 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 used in a teaching hospital and is part of the hospital electronic health record. Studies on nursing data, conducted using the PAI, showed that nursing diagnoses describe nursing complexity among different patient populations and that nursing diagnoses are associated to hospital length of stay and mortality. Another element of the Nursing Minimum Data Set (NMDS), namely nursing interventions, was not investigated. To date, in Italy, no study has been conducted to describe nursing intensity in hospital setting by standard nursing interventions recorded by nurses.
Objective: The objectives of this project are: 2) to describe the diversity of patient populations and variability of nursing care by means of the nursing interventions collected with the PAI; 3) to investigate whether the nursing interventions are associated to hospital outcomes.
Methods: A longitudinal study will be used enrolling 4 wards. The PAI database and the hospital discharge

register will be used to collect variables of the NMDS and medical diagnoses, length of hospital stay and mortality, respectively.
Expected results: This project will describe the nursing intensity through a NMDS. In addition, it will evaluate whether the nursing interventions are predictors of hospital outcomes.
Key words: nursing information system, nursing minimum data set, nursing interventions, nursing intensity, 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) [1-2]. All'interno del PAI un sistema di supporto alla decisione clinica per individuare le diagnosi infermieristiche è stato realizzato e validato da un team di esperti [3]. Ulteriori collegamenti sono presenti nel PAI tra le varie fasi del processo di assistenza, accertamento, diagnosi, interventi [1]. Dopo il suo sviluppo, il PAI è stato sperimentato in un ospedale tramite uno studio pilota. Successivamente il PAI è stato registrato alla Società Italiana degli Autori ed Editori come programma informatico [4]. Attualmente il PAI è in uso in un ospedale universitario ed è parte integrante della documentazione sanitaria elettronica della struttura ospedaliera.
Dati socio-demografici, assistenziali e di servizio sono raccolti sistematicamente con il PAI nella struttura ospedaliera in cui è stato implementato. Una recente revisione della letteratura ha dimostrato che le diagnosi infermieristiche, se raccolte sistematicamente, sono in grado di predire i risultati di assistenza (es. lunghezza della degenza, costi, mortalità, quantità di assistenza infermieristica) nei vari ambiti assistenziali dove gli infermieri operano [5]. I primi studi effettuati sui dati raccolti tramite il PAI hanno dimostrato che le diagnosi infermieristiche sono in grado di descrivere pazienti con differenti complessità assistenziali tra le diverse patologie mediche. Inoltre le diagnosi infermieristiche sono risultate associate a risultati di assistenza ospedaliera (lunghezza della degenza, mortalità) [6-7]. Un altro elemento del NMDS, ossia gli interventi infermieristici, non è stato ancora indagato. Fino ad oggi, in Italia nessuno studio è stato condotto per descrivere l'intensità dell'assistenza infermieristica prestata in ambito ospedaliero tramite interventi infermieristici registrati in maniera standard dagli infermieri, inoltre nessuno studio ha indagato se questi dati sono utili a predire risultati di assistenza ospedaliera.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Gli obiettivi di questo progetto sono quelli di:

1) Descrivere la diversità delle varie popolazioni di pazienti e la variabilità dell'assistenza infermieristica in termini di prevalenza di interventi e attività infermieristiche raccolti sistematicamente con il PAI (1° Anno di studio, vedi Gantt);
2) Indagare quali interventi/attività infermieristiche si associano a risultati di assistenza ospedaliera (2° Anno di studio, vedi Gantt).

Obiettivi specifici
Gli obiettivi specifici dell'obiettivo 1) sono:

1. Descrivere la prevalenza degli interventi e delle attività infermieristiche;
2. Identificare differenze significative tra varie popolazioni di pazienti sulla base degli interventi/attività infermieristiche.

L'obiettivo specifico dell'obiettivo 2) è:

3. Valutare quali interventi/attività infermieristiche sono i maggiori predittori di outcome assistenziali (lunghezza della degenza, mortalità, istituzionalizzazione alla dimissione).

METODOLOGIA

Disegno del progetto
Il disegno sarà longitudinale.

Campione e setting
Un campione di 4 unità operative sarà arruolato nell'ospedale universitario in cui il PAI è utilizzato.

Strumenti
Per raggiungere gli obiettivi i seguenti strumenti saranno utilizzati:
- Database del PAI per raccogliere i NMDS;
- Scheda di dimissione ospedaliera per raccogliere variabili quali: diagnosi mediche, mortalità, istituzionalizzazione alla dimissione.

Procedure per la raccolta dati
I dati saranno raccolti utilizzando un database dedicato allo studio che riunirà tramite variabili chiave i dati ottenuti tramite i database del PAI e della scheda di dimissione ospedaliera.

Analisi dei dati
I seguenti indici di statistica descrittiva verranno utilizzati per descrivere le variabili studiate: media, deviazione standard e range per variabili continue (es. età, lunghezza della degenza, numero totale di interventi); frequenze e percentuali per variabili nominali (es. sesso, categorie diagnostiche, frequenza degli interventi, mortalità). L'analisi della varianza sarà utilizzata per identificare differenze significative tra gruppi di pazienti sulla base degli interventi infermieristici. Regressioni multiple saranno utilizzate per individuare i predittori dei risultati di assistenza ospedaliera. Il software IBM-SPSS vers. 21 sarà utilizzato per l'analisi statistica.

RISULTATI ATTESI

Da questo progetto ci si aspetta di descrivere l'intensità dell'assistenza prestata dagli infermieri tramite un set minimo essenziale di dati con definizioni e codici standard ed inoltre di verificare se tali dati sono predittori di risultati di assistenza ospedaliera.
Rilevanza
La qualità dell'assistenza sanitaria, generalmente misurata con dati di interesse medico, non può essere adeguatamente misurata senza i dati dell'assistenza infermieristica. Purtroppo l'assistenza infermieristica è poco rappresentata negli electronic health records. 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. La descrizione dell'assistenza infermieristica, tramite i NMDS raccolti sistematicamente con il PAI, permetterà di descrivere adeguatamente i bisogni assistenziali della popolazione aggregando 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 manageriali.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1.	Preparazione database per analisi dati (studio descrittivo)	Coordinatori, project team	01/01/2017 31/03/2017
2.	Analisi dati descrittiva	Coordinatori, project team	01/04/2017 30/06/2017
3.	Scrittura report di ricerca	Project manager, coordinatori, project team	01/07/2017 31/12/2017
4.	Preparazione database per analisi dati NMDS (studio inferenziale)	Coordinatori, project team	01/01/2018 28/02/2018
5.	Analisi dati	Coordinatori, project team	01/03/2018 30/06/2018
6.	Scrittura report di ricerca	Project manager, coordinatori, project team	01/07/2018 31/12/2018

DIAGRAMMA GANTT

ANNO 2017 - MESI												
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Preparazione database e analisi dati (studio descrittivo)												
Scrittura report di ricerca (studio descrittivo)												

ANNO 2018 - MESI												
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Preparazione database e analisi dati NMDS (studio inferenziale)												
Scrittura report di ricerca (studio inferenziale)												

BIBLIOGRAFIA

1. D'Agostino F, Vellone E, Tontini F, Zega M, Alvaro R. Development of a computerized system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set. Prof Inferm. 2012 Apr-Jun;65(2):103-9. PubMed PMID: 22795142.
2. D'Agostino F, Zega M, Rocco G, Luzzi L, Vellone E, Alvaro R. Impact of a nursing information system in clinical practice: a longitudinal study project. Ann Ig. 2013 Jul-Aug; 25(4): 329-41. PubMed PMID: 23703307.
3. Zega M, D'Agostino F, Bowles KH, De Marinis MG, Rocco G, Vellone E, et al. Development and validation of a computerized assessment form to support nursing diagnosis. Int J Nurs Knowl. 2014 Feb;25(1):22-9. PubMed PMID: 24134473.
4. D'Agostino F. Development of a nursing information system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set [Doctoral thesis]. Roma: Università degli Studi di Roma Tor Vergata; 2014.
5. Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D'Agostino F. Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: A systematic literature review. J Clin Nurs. 2017 Jan 2. doi: 10.1111/jocn.13717. PubMed PMID: 28042921.
6. D'Agostino F, Sanson G, Cocchieri A, Vellone E, Welton J, Maurici M, Alvaro R, Zega M. Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting. J Adv Nurs. [*Under review*].
7. Sanson G, D'Agostino F, Cocchieri A, Vellone E, Zega M, Alvaro R. Documentazione elettronica dell'assistenza. Diagnosi infermieristiche come misura della complessità assistenziale e fattore prognostico. Abstract al Convegno CNAI, "Health Literacy: una comunicazione chiara per una salute migliore", Roma 4 e 5 novembre 2016.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

QUOLITFAMSTROKE 2.0

COORDINATORE PROGETTO
G. Pucciarelli
E. Vellone
R. Alvaro

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.12

1. TITOLO PROGETTO

Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da stroke 2.0

Quality of life in italian families affected by stroke (quolitfamstroke) 2.0

ABSTRACT

L'ictus cerebrale rappresenta un importante problema di sanità pubblica in quanto è in continuo aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione. L'ictus non interessa solo il paziente ma anche la famiglia che se ne prende cura. Lo scopo di questo studio biennale è la continuazione di un precedente progetto di ricerca finanziato dal CECRI nel periodo 2011-2014 che aveva come scopo quello di descrivere la qualità di vita (QDV) dei pazienti e dei caregiver per un anno dopo la dimissione dalle unità di riabilitazione. Gli obiettivi di questo nuovo progetto sono di: 1) individuare i predittori della qualità di vita del paziente e del caregiver dopo lo stroke; 2) osservare l'interdipendenza nella diade paziente-caregiver riguardo alla QDV nel primo anno dopo la dimissione dalla struttura di riabilitazione; 3) Osservare se esistono differenti traiettorie nella QDV dei pazienti e dei caregiver dopo lo stroke. I risultati di questo studio offriranno nuove conoscenze che permetteranno di personalizzare l'assistenza ai pazienti ed ai caregiver dopo lo stroke

Parole chiave: stroke, paziente, caregiver, qualità di vita.

ABSTRACT

The stroke is an important public health problem because it is constantly increasing due to the aging of the population. Stroke affects not only the patient but also the family that cares for him/her. The purpose of this two-year study is the continuation of a previous research project funded by CECRI in the period 2011-2014, which aimed to describe the quality of life (QOL) of patients and caregivers for one year after discharge from the rehabilitation hospital. The objectives of this new project are: 1) to identify the predictors of patient and caregiver QOL after stroke; 2) to observe the interdependence in the patient-caregiver dyad about QOL during the first year after discharge from the rehabilitation; 3) To observe if there are different trajectories in QOL of patients and caregivers after stroke.
Keywords: stroke, patient, caregiver quality of life. Results of this study will offer new knowledge that will allow to personalize the care for patients and caregivers after stroke.

Key words: stroke, patient, caregiver, quality of life.

BACKGROUND

L'ictus cerebrale (o stroke) rappresenta una delle principali cause di disabilità nei Paesi Industrializzati (1). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, più di 15 milioni di persone vengono colpite ogni anno da un stroke, dei quali circa il 40% muore ed un altro 60% rimane disabile. In letteratura, diversi studi hanno mostrato (2, 3) che lo stroke ha un'incidenza per anno pari a 141,3 casi ogni 100.000 abitanti negli uomini e 94,6 casi nelle donne. E' un evento patologico che nel 75% dei casi interessa persone dopo i 65 anni d'età (4) con un tasso di prevalenza compreso tra 1.8% a 4.5% negli Stati Uniti (3) e tra 1.5% a 3% in Europa (5).
Lo stroke ha un impatto importante sulla qualità di vita (QDV) dei pazienti. Infatti a seguito di uno stroke i pazienti presentano dipendenza nelle attività di vita quotidiana (6, 7), cambiamento del tono dell'umore (8), alterazione del linguaggio e della deglutizione (9, 10), depressione (11) e diminuzione dell'interazione sociale (12).

Lo stroke ha un impatto importante anche sulla QDV dei caregiver familiari che se ne prendono carico. Dalla ricerca è stato ampiamente dimostrato che i caregiver di persone colpite da stroke presentano elevati livelli di stress, burden, ansia, depressione e bassa QDV (13, 14) e che queste variabili peggiorano, a loro volta, la QDV del paziente (15) ed aumentano i tassi di riospedalizzazione impropria con conseguente aumento della spesa sanitaria (16-18).
In un precedente progetto finanziato dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, nel periodo 2011-2014, è stato effettuato uno studio longitudinale per esplorare la QDV nei pazienti e nei caregiver dopo lo stroke. Di questo precedente progetto sono stati pubblicati alcuni lavori ed altri sono in fase di scrittura. Dall'analisi descrittiva dei dati del precedente progetto emerge la necessità di comprendere quali siano i predittori della QDV dei pazienti e dei caregiver, di osservare se esiste una interdipendenza tra il paziente ed il caregiver in merito alla QDV degli stessi e se esistono diverse traiettorie nella QDV dei pazienti e dei caregiver.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Questo nuovo progetto ha lo scopo di:

1. Individuare i predittori della qualità di vita del paziente e del caregiver dopo stroke (primo anno del progetto).
2. Osservare l'interdipendenza nella diade paziente-caregiver riguardo alla QDV nel primo anno dopo la dimissione dalla struttura di riabilitazione (primo anno del progetto).
3. Osservare se esistono differenti traiettorie nella QDV dei pazienti e dei caregiver (secondo anno del progetto).

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Disegno longitudinale con raccolta dati a 3, 6, 9 e 12 mesi dalla dimissione dalla Riabilitazione.
Campione
Il campione reclutato nello studio precedente che verrà ulteriormente sottoposto ad analisi dei dati consta di 244 diadi pazienti-caregiver.
Criteri di inclusione per i pazienti:
1. Pazienti con ictus (diagnosticato tramite TAC o RMN) in dimissione dalle Unità di Riabilitazione che hanno dato il consenso a prendere parte allo studio.

Criteri di esclusione per i pazienti:
1. Gravi deficit neurologici dovuti a esiti di un precedente ictus e quindi preesistenti all'episodio che li ha portati al ricovero (paresi/paralisi, neglect, demenza);
2. Comorbilità con altre patologie motorie (SLA, Parkinson, Sclerosi Multipla, Neuropatie);
3. Grave afasia o ridotto livello di coscienza;
4. Patologia neoplastica in atto;
5. Grave insufficienza d'organo (solo insufficienza renale cronica in dialisi);

Criteri di inclusione per i caregiver:
1. Essere individuato come caregiver dal paziente. Per le finalità di questo studio il caregiver viene definito come quella persona non pagata, interna o esterna alla famiglia, che si occupa o che si assume la responsabilità principale della persona affetta da ictus.
2. Consenso a prendere parte allo studio. Verranno arruolati i caregiver solo se lo saranno i relativi pazienti.

Strumenti
Per questo secondo progetto verranno considerati i seguenti strumenti somministrati a pazienti e caregiver:
Per i pazienti
1. Questionario Sociodemografico;
2. Scheda clinica;
3. Stroke Impact Scale 3.0 (SIS) (19-24);
4. Barthel Index (BI) (25);
5. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), (26);
6. WHOQOL-BRIEF (27);
7. Modified Charlson Comorbidity Index (MCCI) (28, 29);
8. Mutuality Scale (MS) (30).

Per i caregiver
1. Questionario socio demografico;

2. WHOQOL-BRIEF (27);
3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (26);
4. Caregiver Burden Inventory (CBI) (31);
5. Mutuality Scale (30);
6. Preparedness for Caregiving Scale (PCS) (30);
7. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MDPSS) (32);
8. Diario Paziente/Caregiver. Questo strumento ha lo scopo di monitorare nell'arco di un anno le prestazioni sanitarie e fisioterapiche a cui verrà sottoposto il paziente con ictus.

RISULTATI ATTESI

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

- conoscenza dei livelli di QDV dei pazienti e dei caregiver con ictus a tempo "0" e 3, 6, 9 e 12 mesi;
- conoscenza delle variabili che sono in grado di predire la QDV dei caregiver e dei pazienti dopo ictus;
- conoscenze sull'interdipendenza nella diade paziente e caregiver per osservare come alcune variabili dell'uno influiscano sulla QDV dell'altro e viceversa.
- conoscenza dell'esistenza di diverse traiettorie nella QDV.

Rilevanza

A causa dell'invecchiamento della popolazione italiana, sempre più nel futuro avremo pazienti affetti da ictus cerebrale e sempre più famiglie dovranno prendersi l'onere assistenziale di questi pazienti. Riuscire a prevedere quali variabili predicono la QDV dei pazienti e dei caregiver, se esite una interdipendenza tra gli stessi e se esistono diverse traiettorie nella loro QDV, rappresenta un'importante obiettivo strategico per migliorare le loro condizione e contenere i costi assistenziali.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1	Revisione della letteratura	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Marzo - Giugno 2017
2	Analisi dei dati per identificare i predittori della qualità di vita del paziente e del caregiver	1 Dottorando e 1 Assegnista di ricerca	Luglio 2017 Settembre 2017
3	Stesura degli articoli di ricerca	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Ottobre 2017 Febbraio 2018
4	Analisi dei dati per identificare l'interdipendenza tra paziente e caregiver	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Marzo 2018 Aprile 2018
5	Stesura degli articoli	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Maggio 2018 Giugno 2018
6	Analisi dei dati per identificare diverse traiettorie nella qualità di vita del paziente e del caregiver	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Luglio 2018
7	Stesura degli articoli	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Agosto 2018 Febbraio 2019

DIAGRAMMA DI GANTT

ANNO 2017 - MESI												
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisione della letteratura												
Analisi dei dati per identificare i predittori della qualità di vita del paziente e del caregiver												
Stesura degli articoli di ricerca												

ANNO 2018 - MESI												
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Stesura degli articoli di ricerca												
Analisi dei dati per identificare l'interdipendenza tra paziente e caregiver												
Stesura degli articoli												
Analisi dei dati per identificare diverse traiettorie nella qualità di vita del paziente e del caregiver												
Stesura degli articoli												

ANNO 2019 - MESI												
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Stesura degli articoli												

BIBLIOGRAFIA

1. Cugini P, Fiorelli G, Guarini G, Lopez M, Violi F, Volpe M. Trattato di medicina interna. VII ed. Roma: Casa Editrice Ambrosiana; 2004 2004.
2. Redon J, Olsen MH, Cooper RS, Zurriaga O, Martinez-Beneito MA, Laurent S, et al. Stroke mortality and trends from 1990 to 2006 in 39 countries from Europe and Central Asia: implications for control of high blood pressure. European heart journal. 2011 Jun;32(11):1424-31. PubMed PMID: 21487117.
3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2015 Jan 27;131(4):e29-322. PubMed PMID: 25520374.
4. D'Alessandro G, Bottacchi E, Di Giovanni M, Martinazzo C, Sironi L, Lia C, et al. Temporal trends of stroke in Valle d'Aosta, Italy. Incidence in 30-day fatality rates. Neurol Sci. 2000;21:13-8.
5. Zhang Y, Chapman AM, Plested M, Jackson D, Purroy F. The Incidence, Prevalence, and Mortality of Stroke in France, Germany, Italy, Spain, the UK, and the US: A Literature Review. Stroke research and treatment. 2012;2012:436125. PubMed PMID: 22550614. Pubmed Central PMCID: 3329668.
6. Yamashita Y, Wada I, Horiba M, Sahashi K. Influence of cerebral white matter lesions on the activities of daily living of older patients with mild stroke. Geriatrics & gerontology international. 2015 Sep 24. PubMed PMID: 26402260.
7. Ullberg T, Zia E, Petersson J, Norrving B. Changes in functional outcome over the first year after stroke: an observational study from the Swedish stroke register. Stroke; a journal of cerebral circulation. 2015 Feb;46(2):389-94. PubMed PMID: 25538204.
8. Carod-Artal FJ, Trizotto DS, Coral LF, Moreira CM. Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. Journal of the neurological sciences. 2009 Sep 15;284(1-2):63-8. PubMed PMID: 19411080.
9. 9. Pringle J, Hendry C, McLafferty E, Drummond J. Stroke survivors with aphasia: personal experiences of coming home. British journal of community nursing. 2010 May;15(5):241-3, 5-7. PubMed PMID: 20453826.
10. Gonzalez-Fernandez M, Ottenstein L, Atanelov L, Christian AB. Dysphagia after Stroke: an Overview. Current physical medicine and rehabilitation reports. 2013 Sep;1(3):187-96. PubMed PMID: 24977109.

Pubmed Central PMCID: 4066736.

11. Badaru UM, Ogwumike OO, Adeniyi AF, Olowe OO. Variation in Functional Independence among Stroke Survivors Having Fatigue and Depression. Neurology research international. 2013;2013:842980. PubMed PMID: 24102026. Pubmed Central PMCID: 3786469.
12. Venna VR, Xu Y, Doran SJ, Patrizz A, McCullough LD. Social interaction plays a critical role in neurogenesis and recovery after stroke. Translational psychiatry. 2014 Jan 28;4:e351. PubMed PMID: 24473442. Pubmed Central PMCID: 3905235.
13. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. Cerebrovasc Dis. 2009;27 Suppl 1:204-14. PubMed PMID: 19342853. Epub 2009/04/15. eng.
14. Nir Z, Greenberger C, Bachner YG. Profile, burden, and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. J Neurosci Nurs. 2009 Apr;41(2):92-105. PubMed PMID: 19361125. Epub 2009/04/14. eng.
15. Nelson MM, Smith MA, Martinson BC, Kind A, Luepker RV. Declining patient functioning and caregiver burden/health: the Minnesota stroke survey--quality of life after stroke study. Gerontologist. 2008 Oct;48(5):573-83. PubMed PMID: 18981274. Pubmed Central PMCID: 2586339. Epub 2008/11/05. eng.
16. Perrin P, Heesacker M, Hinojosa M, Uthe C, Rittman M. Identifying at-risk, ethnically diverse stroke caregivers for counseling: A longitudinal study of mental health. Rehabil Psychol. 2009;54(2):138-49.
17. Lotus Shyu Y, Chen M, HC L. Caregiver's needs as predictors of hospital readmission for the elderly in Taiwan. Soc Sci Med. 2004;58(7):1395-403.
18. Howell S, Silberberg M, Quinn W, Lucas J. Determinants of remaining in the community after discharge: results from New Jersey's Nursing Home Transition Program. Gerontologist. 2007;47(4):535-47.
19. Duncan PW, Wallace D, Lai SM, Johnson D, Embretson S, Laster LJ. The stroke impact scale version 2.0. Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. Stroke. 1999;30(10):2131-40.
20. Lin KC, Fu T, Wu CY, Hsieh YW, Chen CL, Lee PC. Psychometric comparisons of the Stroke Impact Scale 3.0 and Stroke-Specific Quality of Life Scale. Qual Life Res. 2010;19(3):435-43.
21. Geyh S, Cieza A, Stucki G. Evaluation of the German translation of the Stroke Impact Scale using Rasch analysis. Clin Neuropsychol. 2009;23(6):978-95.
22. Gurcay E, Bal A, Cakci A. Health-related quality of life in first-ever stroke patients. Ann Saudi Med. 2009;29(1):36-40.
23. Laufer Y, Hausdorff JM, Ring H. Effects of a foot drop neuroprosthesis on functional abilities, social participation, and gait velocity. Am J Phys Med Rehabil. 2009;88(1):14-20.
24. Carod-Artal FJ, Coral LF, Trizotto DS, Moreira CM. The stroke impact scale 3.0: evaluation of acceptability, reliability, and validity of the Brazilian version. Stroke. 2008;39(9):2477-84.
25. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965;2:61-5.
26. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 361-370. 1983;67:361-70.
27. The_WHO_group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychological medicine. 1998 May;28(3):551-8. PubMed PMID: 9626712.
28. 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.
29. Goldstein L, Damsa G, Matchar D, Horner R. Charlson index comorbidity adjustment for ischemic
30. stroke outcome studies. Stroke. 2004;35:1941-5.
31. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Res Nurs Health. 1990 Dec;13(6):375-84. PubMed PMID: 2270302. Epub 1990/12/01. eng.
32. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. Gerontologist. 1989 Dec;29(6):798-803. PubMed PMID: 2516000. Epub 1989/12/01. eng.
33. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment. 1988;52(30-41).

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

SELF-CARE MIXED METHOD

COORDINATORE PROGETTO
E. Vellone
A. Petruzzo
M. Paturzo
R. Alvaro

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.13

1. TITOLO PROGETTO

Validazione del Self-Care of Heart Failure Index versione 7 (SCHFI 7) e del Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index versione 2 (CC-SCHFI 2)

Validity and reliability testing of the Self-Care of Heart Failure Index version 7 (SCHFI 7) and the Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index versione 2 (CC-SCHFI 2)

ABSTRACT

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è un importante problema di salute pubblica associato ad elevata mortalità, bassa qualità di vita e frequenti riospedalizzazioni. Il self-care del paziente nello SC è parte fondamentale del trattamento ma pochi pazienti riescono a praticare un adeguato self-care. Pertanto, i caregiver sono una risorsa fondamentale per aiutare i pazienti a praticare self-care. Per misurare il self-care del paziente con SC ed il contributo del caregiver al self-care del paziente, sono già stati testati sulla popolazione italiana il Self-Care of Heart Failure Index 6.2 (SCHFI 6.2) ed il Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index (CC-SCHFI), rispettivamente per il paziente ed il caregiver. Questi due strumenti sono basati sulla teoria situazionale specifica del self-care nello SC. A seguito dell'evoluzione della suddetta teoria che identifica nel self-care le dimensioni di Maintenance, Symtpom preception e Mangament, sono stati creati due nuovi strumenti: il SCHFI 7 ed il CC-SCHFI 2. Scopo dello studio è testare le caratteristiche psicometriche del SCHFI 7 ed il CC-SCHFI 2. Nello specifico, verrà testata la validità fattoriale con l'analisi fattoriale confermativa e la validità concorrente e l'affidabilità con l'alfa di Cronbach o altri metodi che tengano presente la multidimensionalità dei due strumenti. Sinora non sono state ancora testate le caratteristiche psicometriche del SCHFI 7 ed il CC-SCHFI 2, pertanto i risultati di questo studio avranno un importante impatto internazionale.

Parole chiave: self-care, scompenso cardiaco, psicometria, validità, affidabilità.

ABSTRACT

Heart Failure (HF) is a major public health problem associated with high mortality, low quality of life and frequent rehospitalizations. Self-care in patients with HF is a fundamental part of the treatment but few patients are able to perform an adequate self-care. Consequently, caregivers are an important resource to help patients to perform self-care. To measure self-care in HF patients and caregiver contribution to HF patient's self-care, the Self-Care of Heart Failure Index 6.2 (SCHFI 6.2) and the Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index (CC-SCHFI) have been tested on the Italian population. These two instruments are based on the situation-specific theory of HF self-care. After the evolution of that theory which identifies in HF self-care the dimensions of Maintenance, Symtpom preception and Mangament, two new instruments have been developed: the SCHFI 7 and CC-SCHFI 2. The aim of this study is to test the psychometric characteristics of the SCHFI 7 and CC-SCHFI 2. Specifically, we will test their factorial validity, with the confirmatory factor analysis, and concurrent validity; and we will test reliability with Cronbach's alpha and other estimates that consider the multidimensional nature of the two instruments. So far the SCHFI 7 and the CC-SCHFI 2 have been never tested in the literature thus, the results of this study will have

an important international impact.
Key words: self-care heart failure, psychometrics, validity, reliability.

BACKGROUND

Lo scompenso cardiaco (SC) rappresenta uno dei problemi principali di sanità pubblica, costituendo una delle maggiori cause di morbilità e mortalità.[1] Le evidenze scientifiche dimostrano che il self-care nello SC sia parte fondamentale del trattamento in quanto aiuta i pazienti ad avere una migliore qualità di vita e riduce la mortalità. Il self-care nello SC è stato definito come quel processo che aiuta a mantenere la stabilità fisiologica della malattia, migliora il riconoscimento dei sintomi di riacutizzazione e migliora le risposte da attuare in caso di sintomi.[2]

Per valutare il self-care uno degli strumenti self-report maggiormente utilizzati a livello internazionale è il Self-Care of Heart Failure Index versione 6.2 (SCHFI v.6.2)[3] che è basato sulla teoria situazionale specifica del self-care nello SC.[4] Il SCHFI v.6.2 valuta tre dimensioni del self-care: il self-care maintenance, che consiste nel monitoraggio dei sintomi (es. controllo quotidiano del perso) e nell'aderenza al trattamento (es. valutazione se il paziente assume i farmaci come da prescizione); ed il self-care management, che consiste in quelle attività che il paziente mette in atto in caso di sintomi di riacutizzazione (es. riduzione del sale nella dieta).[3]

Nel 2015 la teoria situazionale specifica sul self-care nello SC è stata modificata alla luce delle nuove conoscenze prodotte[2] e, conseguentemente, il SCHFI v.6.2 è stato modificato nella sua versione 7 (SCHFI 7). Questo nuovo strumento, diversamente dal precedente, oltre al self-care maintenance e management valuta, in una specifica dimensione, anche la percezione dei sintomi (es. controllare se le caviglie sono gonfie). A tutt'oggi il SCHFI 7 è ancora in fase di validazione negli USA e non è stato mai testato sulla popolazione italiana.

Nel 2013 è stato introdotto in letteratura anche uno strumento per valutare il contributo del caregiver al self-care del paziente, il Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index (CC-SCHFI[5]), che è sostenuto dalla stessa teoria situazionale specifica del SCHFI v.6.2 ma dalla prospettiva del caregiver. Alla luce delle modifiche effettuate sul SCHFI 7 si rende necessario anche la modifica del CC-SCHFI in una nuova versione, il CC-SCHFI 2. Anche il CC-SCHFI v.2 non è stato ancora mai testato su alcuna popolazione.

Il SCHFI 7 ed il CC-SCHFI 2 sono due nuovi strumenti di valutazione che includono i più recenti avanzamenti teorici e scientifici sul self-care nello SC e permetteranno di ottenere una valutazione più accurata e precisa del self-care del paziente e del contributo al self-care del caregiver. In particolar modo, questi due nuovi strumenti permetteranno una valutazione più accurata e affidabile delle percezione dei sintomi di riacutizzazione della malattia. Studi precedentemente condotti con il SCHFI v.6.2 ed il CC-SCHFI hanno già dimostrato che alti livelli di self-care e di contributo del caregiver al self-care sono associati ad un miglioramento degli outcome sul paziente, con la nuova versione dei due strumenti ipotizziamo di poter effettuare valutazioni più accurate che permetteranno di identificare interventi sempre più efficaci per migliorare il self-care del paziente.

Modello concettuale

Il modello concettuale di riferimento per la conduzione dello studio sarà la nuova versione teoria situazionale-specifica del self-care nello scompenso cardiaco[2]. Tale modello teorico descrive il self-care come un processo decisionale naturalistico che influenza le azioni che mantengono la stabilità fisiologica dello SC (*maintenance*), facilita la percezione dei sintomi (*symptom perception*) e dirige la gestione dei sintomi (*management*) (Figura 1).

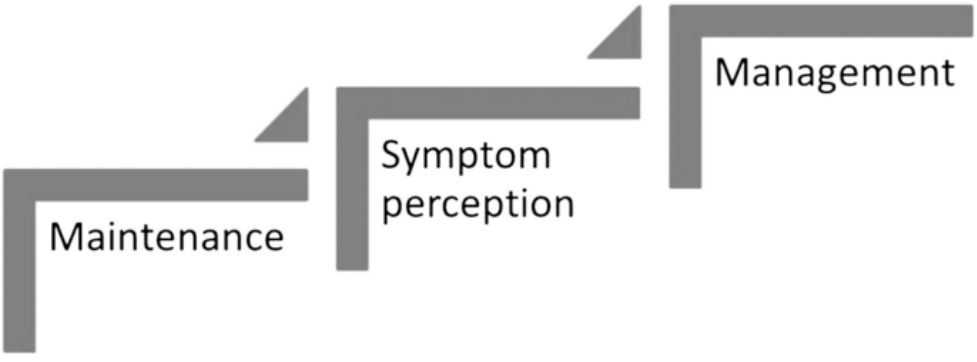


Figura 1. Teoria situazionale-specifica sul self-care nello SC

Come nella precedente versione della teoria,[4] la *maintenance*, la *symptom perception* ed il *management* sono influenzati dalla *self-efficacy* che rappresenta un importante mediatore e moderatore del processo del self-care.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Lo scopo di questo studio è di testare su una popolazione di pazienti con SC e relativi caregiver, rispettivamente il SCHFI 7 ed il CC-SCHFI 2. Nello specifico questo studio intende valutare la validità e l'affidabilità di entrambi gli strumenti e sarà articolato in due obiettivi nei due anni del progetto:
Obiettivo n. 1 (primo anno del progetto): Revisione della letteratura, formazione degli assistenti di ricerca e raccolta dati;
Obiettivo n. 1 (secondo anno del progetto): Analisi dei dati e stesura degli articoli di ricerca.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Verrà utilizzato un disegno descrittivo.
Campionamento e criteri di inclusione/esclusione
Sulla base del numero degli item dei due strumenti (SCHFI 7 e CC-SCHFI 2) ed in considerazione delle tecniche statistiche che vorremmo utilizzare (analisi fattoriale confermativa), sarà necessario un campione di 400 pazienti e 400 caregiver (10 soggetti per ogni item per un totale di 40 item).

Criteri di inclusione per i pazienti

1) volontà di partecipare allo studio;
2) paziente affetto da Scompenso Cardiaco di classe NYHA da I a IV (confermato attraverso eco-cardiogramma ed evidenza clinica);
3) capacità del paziente di leggere e parlare la lingua italiana
4) > 18 anni

Criteri di esclusione dei pazienti

1) non interesse a partecipare allo studio;
2) deterioramento cognitivo importante (demenza);
3) residenza presso RSA e strutture residenziali

Criteri di inclusione dei caregiver

1) essere il caregiver principale del paziente
2) volontà di partecipare allo studio
3) capacità del caregiver di leggere e parlare la lingua italiana
4) > 18 anni

Criteri di esclusione del caregiver

1) Non interesse a partecipare allo studio
2) Deterioramento cognitivo importante del caregiver

Strumenti
Nel presente studio si intendono utilizzare i seguenti questionari per la rilevazione dei dati:
per i pazienti

- Self-Care Heart Failure Index Versione 7 (per misurare il self-care dei pazienti)
- Questionario socio-demografico (per misurare le variabili socio-demografiche)
- Charlson Comorbidity Index (per valutare la comorbilità)
- SF – 12 (per misurare la qualità di vita)
- Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (per misurare la qualità di vita)
- Montreal Cognitive Assessment (per valutare il deterioramento cognitivo)
- PHQ-9 (per misurare la depressione)

per i caregiver

- Caregiver Contribution to Self-Care Heart Failure Index Versione 7 (per valutare il grado in cui il caregiver contribuisce al self-care del paziente)

- Questionario socio-demografico (per misurare le variabili socio-demografiche)
- SF – 12 (per misurare la qualità di vita)
- Scala per valutare la preparazione del caregiver
- PHQ-9 (per misurare la severità della depressione).

Analisi dei dati

I dati socio demografici ed i punteggi dei vari strumenti utilizzati verranno analizzati con tecniche di statistica descrittiva al fine di conoscere medie, mediane, deviazione standard e frequenze. La validità fattoriale del SCHFI 7 e del CC-SCHFI 2 verrà testata con l'analisi fattoriale confermativa o l'analisi fattoriale esplorativa. La validità concorrente verrà testata correlando i punteggi del SCHFI 7 e del CC-SCHFI 2 con l'r di Pearson. L'affidabilità dei due strumenti verrà testata con l'alfa di Cronbach, il factor score determinacy coefficient, l'indice omega e, se possibile, verrà testata l'affidabilità multifattoriale con il global reliability index for multidimensional scales o il model-based internal consistency coefficient.[6] L'analisi dei dati verrà effettuata con i software SPSS v.22 e Mplus v.7.

RISULTATI ATTESI

Questo studio è uno dei primi che si propone di testare le caratteristiche psicometriche del SCHFI 7 e del CC-SCHFI 2. Conseguentemente, ci aspettiamo che avrà un impatto importante sulla ricerca internazionale come già lo hanno avuto i lavori psicometrici sulle versioni italiane del SCHFI 6.2 e del CC-SCHFI. Infatti, il lavoro psicometrico italiano sul SCHFI 6.2 ha permesso di risolvere problemi di affidabilità che presentava lo strumento originale e lo sviluppo del CC-SCHFI ha permesso di valutare il grado in cui i caregiver contribuiscono al self-care del paziente. Attualmente il CC-SCHFI è stato tradotto in sette lingue ed è utilizzato in diversi paesi.

La possibilità di avere strumenti di ricerca basati sui più recenti sviluppi teorici è fondamentale nella misurazione delle variabili. Il SCHFI 7 ed il CC-SCHFI 2 sono stati entrambi orientati dalla nuova teoria situazionale specifica del self-care nello scompenso cardiaco ed ogni item è sorretto dalle più recenti evidenze riportate nelle linee guida della European Society of Cardiology[1] e dell'American Heart Association.[7] Come già avvenuto in studi precedenti,[8–10] in cui un utilizzo combinato del SCHFI v.6.2 e del CC-SCHFI, rispettivamente sul paziente e sul caregiver, ha permesso di iniziare a studiare il self-care nello scompenso cardiaco come un fenomeno diadico, prevediamo che la validazione del SCHFI 7 e del CC-SCHFI 2 contribuirà ad approfondire ulteriormente questo ambito della conoscenza.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1	Revisione della letteratura sul self-care e predisposizione degli strumenti per la raccolta dati	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Marzo - Aprile 2017
2	Formazione degli assistenti di ricerca che effettueranno la raccolta dei dati	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Maggio - Giugno 2017
3	Raccolta dei dati	1 Dottorando e 1 Assegnista di ricerca	Luglio 2017 Febbraio 2018
4	Analisi dei dati	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Marzo 2018 Settembre 2018
5	Stesura degli articoli di ricerca	Ricercatore, 1 dottorando e Assegnista di ricerca	Ottobre 2018 Febbraio 2019

DIAGRAMMA DI GANTT

ANNO 2017 - 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 la raccolta dei dati					■	■						
Raccolta dei dati							■	■	■	■	■	■

ANNO 2018 - MESI												
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Raccolta dei dati	■	■										
Analisi dei dati			■	■	■	■	■	■	■			
Stesura degli articoli										■	■	■

ANNO 2018 - MESI												
Attività	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Stesura degli articoli di ricerca	■	■										

BIBLIOGRAFIA

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of. *Eur Heart J*. May 2016. doi:10.1093/eurheartj/ehw128.
2. Riegel B, Dickson V V, Faulkner KM. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *J Cardiovasc Nurs*. 2015. doi:10.1097/JCN.0000000000000244.
3. Riegel B, Lee CS, Dickson V V, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;24(6):485-497. doi:10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0.
4. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23(3):190-196. doi:10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85.
5. Vellone E, Riegel B, Cocchieri A, et al. Validity and Reliability of the Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs*. 2013;28(3):245-255. doi:10.1097/JCN.0b013e318256385e.
6. Barbaranelli C, Lee CS, Vellone E, Riegel B. The Problem With Cronbach's Alpha. *Nurs Res*. 2015;64(2):140-145. doi:10.1097/NNR.0000000000000079.
7. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013. doi:10.1161/CIR.0b013e31829e8776.
8. Riegel B Cocchieri A, Rocco G, Vellone E, Alvaro R CML. Effects of Self-Care on Quality of Life in Adults with Heart Failure and Their Spousal Caregivers: Testing Dyadic Dynamics using the Actor-Partner Interdependence Model. *J Fam Nurs*. 2013.
9. Bidwell JT, Vellone E, Lyons KS, et al. Determinants of Heart Failure Self-Care Maintenance and

Management in Patients and Caregivers: A Dyadic Analysis. *Res Nurs Heal*. 2015;38(5):392-402. doi:10.1002/nur.21675.

10. Lee CS, Vellone E, Lyons KS, et al. Patterns and predictors of patient and caregiver engagement in heart failure care: A multi-level dyadic study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(2):588-597. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.005.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

MISERICORDIA E GIUBILEO DEI MALATI E DEI DISABILI

COORDINATORE PROGETTO
A. Stievano - C. Cipolla
R. Cipriani
A. Pulimeno

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.14

1. TITOLO PROGETTO

Misericordia e Giubileo: il significato epistemologico della misericordia per i professionisti della salute e il concetto di misericordia nelle giornate giubilari dedicate ai malati e ai disabili

Mercy and Jubileum: the epistemological significance of mercy for health professionals and the concept of mercy in the Jubileum days dedicated to diseased and disabled persons

ABSTRACT

Background
La bolla di indizione del Giubileo del 2016 è incentrata sulla 'Misericordia' Papa Francesco, quando, nel cinquantesimo anniversario del Concilio Vaticano II, ha annunciato l'indizione di un Anno Santo Straordinario, un Giubileo (nome che deriva da quello ebraico, Jobel), ha detto, tra l'altro: «Cari fratelli e sorelle, ho pensato spesso a come la Chiesa possa rendere più evidente la sua missione di essere testimone della Misericordia.». «È un cammino che inizia con una conversione spirituale.». « [...] ».. «Per questo ho deciso di indire un Giubileo straordinario che abbia al suo centro la misericordia di Dio».
Disegno
Ricerca qualitativa con raccolta dei dati tramite *web survey* e interviste individuali semi-strutturate in profondità a livello multicentrico a (infermieri, fisioterapisti, studenti delle discipline sanitarie con esperienza avanzata di tirocinio clinico, etc..) in differenti organizzazioni sanitarie romane per individuare l'organizzazione ospitale per meglio accogliere anche i pellegrini del giubileo ed esplorare il significato epistemologico della misericordia nell'anno giubilare per i professionisti della salute
Metodo
Analisi tematica delle occorrenze significative tramite un processo di *content analysis induttivo.*
Risultati attesi
La conoscenza prodotta attraverso i risultati intermedi e finali della ricerca verrà messa a disposizione dei *decision makers* affinché possano prendere motivate decisioni di carattere strategico e operativo sull'accoglienza dei pellegrini e dei turisti culturali e religiosi.

Parole chiave
Accoglienza, giubileo, misericordia, organizzazioni sanitarie.

ABSTRACT

Background
The indiction bull of the 2016 Jubileum year is focused on ' Mercy '. Papa Francesco, when, on the fiftieth anniversary of the Second Vatican Council announced an Extraordinary Holy Year, a Jubilee (name derived from the Hebrew, Jobel), said , among other things: "Dear brothers and sisters, I have often thought about how the Church could make more evident its mission of being a witness of Mercy..." "It is a journey that begins with a spiritual conversion . ." " [...] " .. "That's why I decided to call an extraordinary Jubilee which is focused upon God's mercy ."

Aims
To instruct freelance nurses, civil servants nurses who will work in the days dedicated to the Jubilee of the sick and disabled in voluntary regime how they will decline the theme of mercy on the conceptual level and in practical application level, trying to identify the epistemological differences between hospitality / psychological mercy and hospitality / physical mercy, with particular attention to the specificity of the people but without neglecting solidarity, community nature of the actions to be implemented or already implemented.
Methods
Thematic analysis of significant occurrences via an inductive content analysis process.
Expected results
The knowledge produced through the intermediate and final results of the research will be available to decision makers so they can make reasoned strategic and operational decisions on the reception of pilgrims and of cultural and religious tourists.
Key-words
Reception, jubilee, mercy, health care organizations.

BACKGROUND

La bolla di indizione del Giubileo del 2016 è incentrata sulla 'Misericordia' Papa Francesco, quando, nel cinquantesimo anniversario del Concilio Vaticano II, ha annunciato l'indizione di un Anno Santo Straordinario, un Giubileo (nome che deriva da quello ebraico, Jobel), ha detto, tra l'altro: «Cari fratelli e sorelle, ho pensato spesso a come la Chiesa possa rendere più evidente la sua missione di essere testimone della Misericordia.». «È un cammino che inizia con una conversione spirituale.». « [...] ».. «Per questo ho deciso di indire un Giubileo straordinario che abbia al suo centro la misericordia di Dio».
Si tratta di un evento importante per la Chiesa e per tutta la cristianità che avrà come fulcro lo Stato della Città del Vaticano, con la sua Basilica di San Pietro. Il Giubileo vivrà però non solo all'interno del territorio della piccolissima Città-Stato indipendente ma anche in tutte le altre Chiese, Basiliche e luoghi sacri della città di Roma e anche della Regione.
Nei dodici mesi della sua durata è previsto l'afflusso a Roma di centinaia, di migliaia di pellegrini da tutto il mondo e Roma ne dovrà assorbire l'impatto anche in termini di malati e disabili che, talvolta, avranno a che fare con le strutture sanitarie romane.
L'ospitalità per i pellegrini e per le nuove popolazioni internazionali, mosse dalla motivazione di conoscere le tradizioni cattoliche locali (turisti culturali e religiosi), è considerata una 'virtù corporale' per inserire la fede all'interno della nuova evangelizzazione indotta dalle intense mobilità umane. Il binomio ospitalità-mobilità costituisce, quindi, un ambito di particolare interesse ed è stato poco esplorato nel suo significato profondo e nelle professioni sanitarie.
In tale contesto si intende avviare uno studio sul campo dedicato all'evento giubilare, tematica di eccezionale rilievo e interesse. Ciò in quanto l'evento in questione, dedicato alla misericordia, manifesta specifico interesse verso la sensibilità di tipo religioso con particolare riferimento alla dimensione del dolore e dell'assistenza.
In tale prospettiva la funzione, per quanto laica, ma mossa da principi necessariamente valoriali dell'infermieristica, non può che essere centrale sia in sé sia per rimando alla complessiva visione della vita di chi assiste gli svantaggiati o i colpiti da malattie più o meno gravi e croniche. Dato ciò, saranno sondati sia gli atteggiamenti del malato verso la malattia, la religione, la spiritualità e il ruolo tenuto dall'infermiere quale libero professionista, volontario o strutturato rispetto alla percezione dell'umanizzazione e della misericordia verso l'altro sofferente. Sarà per converso approfondito anche l'orientamento tenuto dall'infermiere verso questo tipo di malati in un contesto del tutto peculiare.
Infatti, l'indagine si svolgerà nei giorni più propri dedicati a questo tema nell'ambito del Giubileo (10-11-12 giugno 2016), analizzando tali comportamenti nelle giornate giubilari dedicate agli ammalati e alle persone disabili.
Accanto allo studio più tradizionale del fenomeno mediante tecniche di ricerca di natura consolidata (osservazione partecipante, interviste, questionari) sarà dedicato ampio spazio alla percezione on line del fenomeno, considerandone la rappresentazione sul web attraverso lo studio e l'analisi dei social network (*Twitter, Facebook, Instagram*, etc), forum tematici, analisi di big data in tema, etc...
L'immagine rappresenta attualmente un elemento centrale di rappresentazione del sociale. La nostra società si racconta sempre più attraverso il codice iconico: foto e video diventano sempre più spesso il modo con cui le persone e le istituzioni scelgono di raccontare se stesse e gli avvenimenti di interesse con apparente semplicità e immediatezza, accedendo ad un pubblico sempre più vasto e al contempo partecipe in prima

persona. Da un lato, il fatto che l'immagine non richieda un codice complesso di accesso (per la codifica e decodifica) la rende particolarmente fruibile e condivisibile. Dall'altro, l'enorme disponibilità e diffusione di *device* (in primis gli *smartphone*, ma anche *tablets*, macchine digitali, ecc.), annessa alla loro semplicità d'uso, coinvolge sempre più persone di età, sesso, etnie, culture disparate che si sperimentano in prima persona nella "cattura" diretta degli eventi. Infine, la sempre più alta partecipazione delle persone a reti social, e dunque al web, ne ha facilitato la diffusione e popolarità, individuando così nelle immagini digitali uno strumento sempre diffuso e di uso comune, anche in occasione di eventi e contesti a carattere religioso. Nei molteplici livelli da considerare vi è lo stesso aggiornamento mediatico della Chiesa e dunque l'uso sempre più performativo della rete e dei social di cui le istituzioni religiose si avvalgono per comunicare con i fedeli, spesso con il ricorso al supporto narrativo per immagini.

Posta questa premessa, in occasione del Giubileo e nella particolare occasione di una iniziativa dedicata ai malati e all'handicap, cosa accade? Come ci si comporta? Che ruolo rivestono le immagini e che incidenza ha la possibilità di catturare e diffondere con tecnologie digitali questi momenti, nella partecipazione dei presenti e da parte delle istituzioni stesse?

La tematica, affascinante, ma senz'altro complessa e articolata, può fornire elementi di riflessione specifica, non trascurando anche possibili considerazioni più spinose per la conduzione della stessa ricerca, che si presume in massima parte di concentrare nella giornata del 12-13 giugno. Se, infatti, l'immagine può rappresentare una miniera ricca di stimoli per integrare l'indagine sociale più tradizionale, va al contempo considerato che, in una situazione specificamente dedicata alla malattia e all'handicap, scatti fotografici – in particolare da parte di ricercatori esterni – possono rappresentare momenti di invasione più o meno percepita e tollerata, con riferimento alla sensibilità dei soggetti coinvolti e per quanto si presuma di effettuare il lavoro in una situazione pubblica.

Poste queste premesse, a seconda dell'interesse e disponibilità concreta ad integrare il disegno di ricerca con una prospettiva *visual*, essa potrà svilupparsi lungo due prospettive:

La prima, autoprodotta dagli stessi "pellegrini (*native perspective* o *native image making,* in letteratura). In questo caso l'obiettivo è analizzare fotografie scattate dagli stessi pellegrini intervenuti alla giornata dedicata al Giubileo dei malati e dell'handicap (12-13 giugno 2016), al fine di analizzare inseguito le immagini come punto di vista "interno" e soggettivo dei partecipanti. Ai fini dell'indagine sarà pertanto necessario individuare per tempo i migliori canali e/o soggetti utili o disposti a veicolare le foto/video. Uno fra questi in particolare può essere senz'altro *Instagram*, social network dedicato proprio alle immagini statiche o in movimento – foto e video – che al momento gode di estrema popolarità, con un numero di interazioni stimato, ad esempio in uno studio del 2014, circa 60 volte superiori a quelle sviluppate con *Facebook* e 120 rispetto a *Twitter*]. Si ipotizza nel caso sia il ricorso a *tags*, o etichette, già esistenti (in tema Giubileo ad oggi: #giubileo (9863 post); #giubileodellamisericordia (2328 post); giubileo2016 (260 post) – per citare i più postati.), sia l'eventuale creazione di uno o più *tags* ad hoc, dedicati alla giornata del malato e handicap (da definire per efficacia). Si potrebbero diversamente anche individuare alcuni soggetti (come associazioni dei malati o altre istituzioni – da individuare nella ricerca di sfondo) e coinvolgerle per far sì che le persone siano stimolate a postare le loro foto al *tag* individuato, sapendo in questo caso che i loro post potranno essere possibile oggetto di studio. Tutti i punti ipotizzati dovranno essere chiariti durante la ricerca di sfondo, al fine di comprendere come sviluppare al meglio il lavoro, sia considerando questioni tecniche (i software più adatti per l'analisi delle foto postate, ad esempio) sia non trascurando riflessioni legate alla stessa intrusività dell'indagine.

La seconda, prodotta da ricercatori e/o altri soggetti abili nella fotografia e coinvolti in prima persona nella ricerca, dunque in qualche modo formati. L'obiettivo in questo secondo caso è quello di raccogliere fotografie mirate scattate durante l'evento del 12 giungo ed effettuate seguendo alcune linee guida o stimoli conoscitivi specifici. Questi elementi saranno utili per concentrare l'attenzione dello scatto (ad esempio: su oggetti di culto e simbolici, rituali di attesa e ascolto, tipologia delle presenze - solitarie, di gruppo, nazionalità, sesso, mezzi di trasporto, ecc) benché si presume che molto potrà essere compreso con l'analisi ex post delle stesse foto e video. Per questo, nella giornata del 12 giungo, un approccio di "curioso" sarà altrettanto incoraggiato, con buona apertura alla sensibilità di chi scatta le foto per poi dotarle in seguito di eventuale senso interpretativo. Un elemento tuttavia che si presume sarebbe molto interessante da considerare già da ora è la presenza e l'uso delle stesse tecnologie da parte dei partecipanti (*devices* come *smartphone*, macchine fotografiche, *tablets*, eccetera) come modalità abbastanza inedita di ingresso dell'immagine nel mondo religioso. Lo scatto di fotografie e video da parte dei partecipanti a fini di testimonianza e ricordo personali, così come la loro condivisione sul web, per quanto congrua all'attuale società globalizzata e per immagini, rappresenta senz'altro un elemento di evoluzione ed aggiornamento culturale da considerare, anche rapportandolo al lungo dibattito sulla iconoclastia che ha caratterizzato la

religione cattolica. Si ritiene che questo spunto potrebbe essere un aspetto da non trascurare, inoltre, se rapportato all'ambito specifico (malattia e *handicap*).
L'indagine avrà la durata di circa 12 mesi e si concluderà con la pubblicazione di un volume con una primaria casa editrice nazionale e di articoli dedicati al tema su riviste internazionali.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali:

1. Sperimentare in corso d'opera i protocolli e le modalità d'intervento nell'accoglienza a pellegrini e turisti religiosi, segnatamente in condizioni di malattia e/o disabilità, sia in termini di misure preventive e garantiste sia in chiave di tempi e qualità degli interventi.
2. Sul significato epistemologico della misericordia per le professioni sanitarie: richiedere agli infermieri liberi professionisti, agli infermieri dipendenti pubblici che opereranno nelle giornate dedicate al Giubileo dei malati e dei disabili in regime di volontariato come intendano declinare il tema della misericordia sul piano concettuale e sul piano pratico-applicativo, cercando di individuare le differenze epistemologiche fra accoglienza/misericordia psicologica ed accoglienza/misericordia fisica, con particolare attenzione alla specificità delle persone ma senza trascurare il carattere solidaristico e comunitario delle azioni da mettere in atto o già implementate.

Obiettivi specifici:

- Identificare protocolli di accoglienza a pellegrini e turisti religiosi in condizioni di malattia e disabilità in un quadro di prevenzione terziaria.
- Esplorare l'epistemologia della misericordia in relazione ai sub gruppi infermieristici volontari di libero professionisti e pubblici dipendenti

METODOLOGIA

Disegno

Il disegno dello studio sarà multicentrico. Infermieri, altri professionisti sanitari saranno reclutati per effettuare interviste *one-to-one*. I *focus group* saranno utilizzati per la loro documentata efficacia nel produrre risultati validi nel campo delle scienze sanitarie. Ogni *focus group* avrà tra cinque e otto partecipanti. I partecipanti saranno informati sull'argomento oggetto di ricerca attraverso un opuscolo distribuito dai ricercatori 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 rivisti e contestualizzati per l'occasione. Autorizzazioni di carattere etico saranno ottenute dalle organizzazioni sanitarie coinvolte e dai differenti stakeholder intervistati.

Campione

I differenti attori intervistati (infermieri, medici, fisioterapisti) saranno reclutati su base volontaria, propositiva di convenienza nei luoghi di maggior accoglienza sanitaria per (turisti culturali e religiosi) nell'anno giubilare.

Analisi dei dati

I dati saranno analizzati attraverso una *content analysis* induttiva attraverso le informazioni raccolte per estrarre unità di significato, cioè, 'la costellazione di parole o frasi che si riferiscono allo stesso significato.
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 l'accoglienza nei servizi sanitari e il significato epistemologico della misericordia per i professionisti della salute e costituiranno il contenuto manifesto. I temi latenti che emergeranno attraverso l'astrazione saranno contestualizzati rispetto ai dati e riassunti sulla base di ragionamenti riflessivi.

Considerazioni sulla rigorosità della ricerca

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 trascritti *verbatim* e la loro trasferibilità in altri contesti sarà assicurata dalla comparazione rispetto ai dati raccolti in precedenti ricerche 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 attraverso i risultati intermedi e finali della ricerca verrà messa a disposizione dei *decision maker* affinché possano prendere motivate decisioni di carattere strategico e operativo sull'accoglienza dei pellegrini e dei turisti culturali e religiosi. A tal fine, verrà redatto un manuale estremamente pragmatico ispirato alla 'problematologia turistica', che individuerà le soluzioni migliori, più efficaci ed efficienti nell'accoglienza di pazienti pellegrini e giubilanti.

VALUTAZIONE E DISSEMINAZIONE DI RISULTATI

Esplorare i fattori che costituiscono l'accoglienza nei servizi sanitari e il significato epistemologico della misericordia per i professionisti della salute può essere di beneficio per la società, i pazienti e i professionisti sanitari. 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 internazionale sui cambiamenti prodotti dall'avere ambienti organizzativi etici che promuovano l'accoglienza di pazienti pellegrini e giubilanti. 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 e interviste *one-to-one*	Coordinatore e project team	01/05/2016 - 31/08/2016
3	Analisi qualitativa della ricerca	Coordinatore e project team	01/05/2016 - 31/08/2016
4	Validazione dei risultati	Coordinatore e project team	31/08/2016 - 31/10/2017
5	Redazione rapporto finale di ricerca	Coordinatore e project team	31/10/2017 - 31/10/2018

DIAGRAMMA DI GANTT

2016/2017	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Dicembre 2018
Reperimento risorse bibliografiche	■	■	■									
Analisi e definizione del modello concettuale di riferimento	■	■	■									
Esecuzione interviste				■	■	■	■					
Analisi qualitativa della ricerca				■	■	■	■					
Validazione dei risultati								■	■	■	■	
Redazione rapporto finale di ricerca											■	■

BIBLIOGRAFIA

1. Cipriani R., "Aspetti antropologici del pellegrinaggio", in L. Andreatta, F. Marinelli (a cura di), Il pellegrinaggio. Via della Nuova Evangelizzazione, Piemme, Casale Monferrato, 1993, pp. 221-30.
2. Cipriani R., Il viaggio. Pellegrinaggio e culto del Crocifisso nella Sicilia centrale: lu Signuri di Bilìci, Salvatore Sciascia editore, Caltanissetta-Roma, 1999, in collaborazione con C. C. Canta, A. Turchini.
3. Cipriani R., "Il pellegrinaggio come espressione popolare", Nuova Paideia, novembre-dicembre 1999, pp. 13-36.
4. Cipriani R. "Pellegrinaggio e Giubileo", La Critica Sociologica, 138-9, 2001, pp. 136-45.
5. Cipolla C., Cipriani R., a cura di (2002), Pellegrini del Giubileo, FrancoAngeli, Milano.
6. Cipriani R. (a cura), Giubilanti del 2000. Percorsi di vita, FrancoAngeli, Milano, 2003.
7. Cipriani R. (a cura), L'approccio qualitativo. Dai dati alla teoria nell'analisi sociologica, Guerini Scientifica, Milano, 2006.
8. Cipriani R., "Viaggio e pellegrinaggio", in Spadolini, Grasselli, Ansini (a cura di), La funzione educativa del cammino. Aspetti pedagogici, psicologici e sociologici, Armando, Roma, 2007, pp.113-24.
9. Cipriani R., Losito G., a cura di (2008), Dai dati alla teoria sociale. Analisi di un evento collettivo, Anicia, Roma.
10. Cipriani R., Sociologia del pellegrinaggio, FrancoAngeli, Milano, 2012, pp. 176.
11. Cipriani R., "Un pellegrinaggio al maschile: il caso polacco di Piekary", in Prüfer, Slowiński (redakcja naukowa), Włoskie i Polskie Osobliwości. Relacja, Komplementarność, Integracja. Peculiarità italiane e polacche. Relazione, Complementarietà, Integrazione, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jakuba z Paradyża, Gorzów Wielkopolski, 2014, pp. 165-97.
12. Cipriani R., "Il pellegrinaggio in trasformazione", Langhe, Cultura e Territorio, 13, primavera-estate 2015

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

RESILIENZA DEL CAREGIVER IN CURE PALLIATIVE

COORDINATORE PROGETTO
S. Limardi
A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

1. TITOLO PROGETTO

COD.2.17.15

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.

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.

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 (White *et al.* 2010), 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.

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.

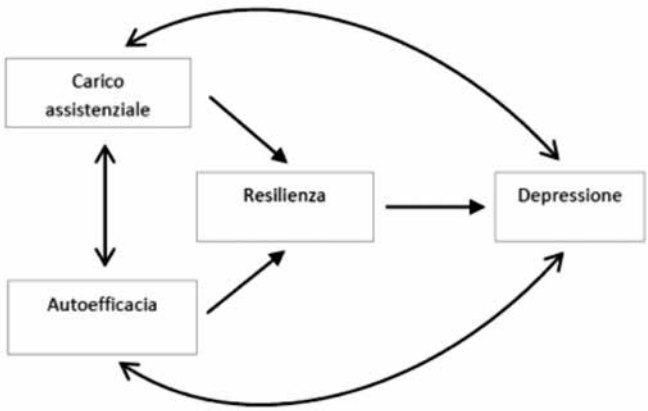
METODOLOGIA

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).



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 ore1 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 duplice scopo di sostenere la partecipazione attiva

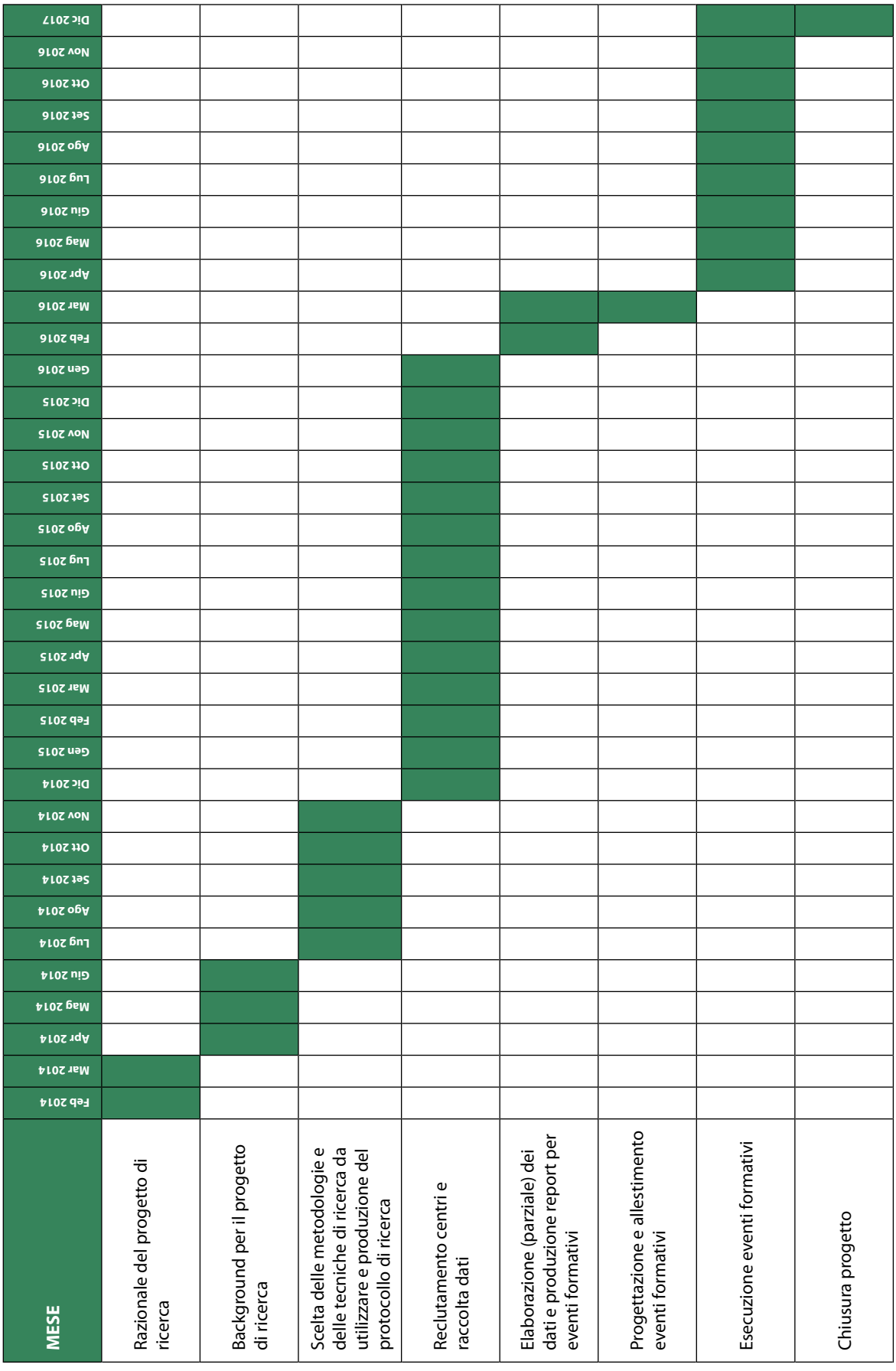
nella cura e alleviare il disagio psichico. Quindi le ricadute clinico – assistenziali dei risultati della formazione potranno trovare immediata applicazione nell'ambito specifico di studio ed essere sperimentati in altri setting assistenziali.

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	Coordinatore 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	Coordinatoree Project team	Marzo 2016
Esecuzione eventi formativi	Coordinatore Project team	Aprile – dicembre 2016

DIAGRAMMA DI GANTT



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=e9JnEa7YZDM%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.A., 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, JH., Nam,S.K., Kim A., Kim B., Lee M. (2013). Resilience: A Meta-Analytic Approach. J Couns Dev, 91**,** 269-279.
31. Fleming J, Ledogar, R.J. Resilience, an Evolving Concept: A Review of Literature Relevant to Aboriginal Research. Pimatisiwin, 2008, 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. Psychooncology. 2013;22(11):2399-407.
34. 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.2.17.16

1. 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]

Considerazioni sulla 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								■	■	■	■	■

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											■	■

BIBLIOGRAFIA

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. Aiken LH, Sloane D, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W 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

ANALISI DEL FABBISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEL LAZIO

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti
F. Scerbo

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.17

1. TITOLO PROGETTO

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

Analysis of the requirements of the nursing care in the health and social services of the Lattium Region

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 a large territory as in the Latium Region, the local health service is offering hundreds of services to respond to the basic health and social needs of the public.
The aim of this project is to analyze the services offered to the general public in the Latium Region to evaluate the basic levels of nursing care guaranteed to the citizens compered to the staff ratio employed.
This cross-sectional project will sketch on overview of the nursing activities offered by the private and public sector in the setting considered.

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).

È 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). 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 convenzionate o meno col SSR, comprese case di cura e laboratori;
- Da strutture che prestano servizi socio-assistenziali.

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).
- 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
55	Report Finale	Project Team + Consiglio Direttivo	Settembre - Novembre
66	Convegno di presentazione dei risultati	Project Team + Consiglio Direttivo	Dicembre

DIAGRAMMA DI GANTT

2017	Genn	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lugl	Sett	Ott	Nov	Dic
Fase 0	■	■									
Fase 1		■	■	■							
Fase 2				■	■	■					
Fase 3					■	■	■				
Fase 4						■	■	■			

2017	Genn	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lugl	Sett	Ott	Nov	Dic
Fase 5											
Fase 6											

BIBLIOGRAFIA

1. ARSToscana. (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 MC. The evaluation of care needs in elderly people: the use of Geriatric Functional Evaluation Questionnaire. Ann Ig. 2006 May-Jun;18(3):225-35.
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. 5/2012
9. Rasero L., Di Giacomo P., Rigon L., Santin C. (2014). *Competenze e prospettive per l'infermiere*. Salute e territorio. Pacini Editore. 201, 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 EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice 1998; 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

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO SOCIOSANITARIO DEGLI ANZIANI FRAGILI NEL LAZIO

COORDINATORE PROGETTO
MG Proietti - A. Stievano
F Gilardi - G. Liotta
L Palombi

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.18

1. TITOLO PROGETTO

Valutazione dell'impatto sociosanitario e della predittività di eventi avversi attraverso l'utilizzo dei flussi informativi correnti stratificati per grado di fragilità in un campione randomizzato di anziani residenti in Regione Lazio

Evaluation of the social and health impact on the predictivity of adverse events through the current digital data stratified for intensity of frailty in a randomized sample of ageing persons in the Lazio region

ABSTRACT

Obiettivo dello studio é misurare l'impatto della fragilità sulla popolazione anziana residente nel Lazio in termini di predittività di eventi avversi a breve-medio termine e dell'uso dei servizi socio-sanitari.
Metodi Durante il 2014 il Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" ha condotto uno studio randomizzato per definire la prevalenza di fragilità nella popolazione anziana del Lazio. A tale scopo è stato intervistato con il questionario VFG un campione di anziani rappresentativi della popolazione regionale per i quali è stato definito lo stato di robusto, fragile o molto fragile. Nel corso del 2017 verranno raccolti i dati di mortalità e di ospedalizzazione riferiti a questa popolazione attraverso un'approfondita analisi dei dati disponibili nei 12 comuni di residenza degli intervistati incrociati con i dati recuperabili dai Sistemi Informativi Sanitari delle Asl laziali interessate del DEP-Regione Lazio. Lo studio ha già ricevuto l'approvazione del Comitato Etico dell'Università di Roma "Tor Vergata"
Risultati attesi Conoscere in maniera approfondita il livello di fragilità degli anziani della Regione Lazio permette di prevenire gli eventi avversi legati all'uso dei servizi socio-sanitari.
Parole chiave: Fragilità, Regione Lazio, anziani produttività.
English Latium Region, elderly people, productivity, frailty.

ABSTRACT

Aim of the study It is to evaluate the impact of the frailty on the elderly people living in the Latium Region regarding the productivity of (short and medium terms) adverse events on the use of health and social services.
Methods During 2014 the Department of Biomedicine and Prevention of Tor Vergata University led a controlled randomized trial to define the prevalence of frailty in the elders in the Latium Region. For this purpose it was administered a questionnaire to a sample of elders to define their level of robustness and frailty. In 2017 these date will be matched to the mortality ratio and hospitalization in the same sample. The study received a formal ethical approval.
Expected outcomes To have an in-depth knowledge of the level of frailty of elderly people in the Latium Region allows to preven theadverse events linked to the utilization of the social and health care services.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi della ricerca:
Favorire la programmazione di interventi integrati ed innovativi per la popolazione anziana fragile risulta fondamentale definire l'attuale carico socio-assistenziale ed i relativi costi.

Obiettivo generale dello studio:
E' quello di definire l'impatto determinato dalla popolazione anziana fragile sul sistema sociosanitario regionale e comunale**.**

Obiettivi specifici:
a) Valutare il carico assistenziale della popolazione anziana fragile della Regione
b) Valutare la spesa sociosanitaria regionale connessa all'assistenza della popolazione anziana fragile
c) Verificare la fattibilità per la costruzione di un sistema informativo sociosanitario realizzato attraverso l'integrazione dei flussi informativi di carattere sanitario e sociale in grado di definire modelli di analisi dei bisogni assistenziali della popolazione fragile e non
d) Valutare la potenzialità del sistema di valutazione come predittore di eventi avversi e quindi catalizzatore di interventi in grado di ridurre e/o procrastinare l'incidenza di tale eventi

Indicatori
GRIGLIA INDICATORI CONSUMI DI SERVIZI SANITARI E SOCIALI DALLE PERSONE ANZIANE FRAGILI DELLA REGIONE LAZIO

- Carico assistenziale sanitario per la gestione della cronicità(Fonte SIAD, SIAS)
- Codice Identificativo
- Persona anziana e tipologia di servizio
- Utilizzatore di servizi di Long Term Care
- Accessi annui in assistenza
- Domiciliare Integrata
- Assistenza ambulatoriale territoriale
- Esenzioni ticket per invalidità e per patologia
- Assistenza farmaceutica territoriale per patologia
- Assistenza dei servizi di salute mentale
- Carico assistenziale sociale per i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI)
- Carico assistenziale per altri servizi e prestazioni sociali
- Codice Identificativo
- Persona anziana
- Servizi di assistenza domiciliare sociale (SAD) comunale
- Accessi annui per singolo paziente
- Indennità per invalidità ed accompagnamento
- Sostegno al reddito
- Supporto abitativo
- Carico assistenziale sanitario in fase di acuzie
  (Fonti: SIO, SIES)
- Codice Identificativo
- Persona anziana
- Accessi al pronto soccorso per codice di triage (Si/No) (Numero)
- Ricovero ospedaliero per DRG di dimissione
- Giornate di ricovero ospedaliero
- Ricoveri ripetuti per DRG
- Ricoveri in Day Hospital
- Ricoveri in strutture accreditate (Post acuzie/ Riabilitazione)

METODOLOGIA

Campione
Il campione è costituito da 1333 soggetti inclusi nell'indagine sulla fragilità degli anziani in Regione Lazio svolta durante il 2014 dall' allora IPASVI di Roma in collaborazione con l'Università di Roma Tor Vergata

Strumenti

Lo strumento di raccolta dati è costituito da una scheda costruita sulla base degli indicatori da valutare, già riportati nella precedente sezione del progetto

Attività

L'azione di ricerca sarà concentrata su una valutazione del carico assistenziale sanitario (ricoveri ospedalieri, accessi al pronto soccorso, consumo di long term care) e sociale (servizi domiciliari sociali, indennità per invalidità ed accompagnamento, supporto economico ed all'alloggio) e della spesa sociosanitaria relativa determinati dalla popolazione anziana fragile selezionata. L'indagine sarà svolta attraverso l'accesso alle banche dati regionali e comunali previa autorizzazione da parte degli enti di riferimento.

I dati raccolti saranno immediatamente associati ad un codice che rimarrà come unico identificativo, cosicché nessuna informazione potrà essere ricollegata al nome e cognome del soggetto stesso ma solo alle informazioni già raccolte ed autorizzate con l'indagine già realizzata. Il data base costruito sarà quindi anonimo: separata da esso verrà conservata una lista di nomi associati ai codici per rendere possibili eventuali controlli sui dati.

L'elaborazione ed analisi dei dati sarà volta ad identificare il carico assistenziale sociosanitario verificatosi nell'ultimo anno per il quale si ha disponibilità di dati, misurato attraverso alcuni indicatori di riferimento quali:

1. Carico assistenziale sanitario in fase di acuzie
   - Accessi al pronto soccorso per codice di triage
   - Ricovero ospedaliero per DRG di dimissione
   - Giornate di ricovero ospedaliero
   - Ricoveri ripetuti per DRG
2. Carico assistenziale sanitario per la gestione della cronicità
   - Utilizzatori di servizi di Long Term Care (LTC)
   - Utilizzatori per livello e complessità assistenziale (assistenza domiciliare, servizi residenziali, trasferimenti monetari)
   - Accessi annui per singolo paziente in assistenza domiciliare
   - Assistenza ambulatoriale territoriale
   - Esenzioni ticket per invalidità e per patologia
   - Assistenza farmaceutica territoriale per patologia
   - Assistenza dei servizi di salute mentale
3. Carico assistenziale sociale per i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI)
   - Numero di persone che usufruiscono dei servizi di assistenza domiciliare sociale (SAD) comunale
   - Accessi annui per singolo paziente
4. Carico assistenziale per altri servizi e prestazioni sociali
   - Indennità per invalidità ed accompagnamento accordate
   - Sostegno al reddito
   - Supporto abitativo

Sulla base del dimensionamento effettuato relativo alle prestazioni erogate di carattere sanitario e sociale, sarà possibile definire la spesa sostenuta dal sistema dei servizi sociali e sanitari regionali e comunali per gli anziani classificati in base al grado di fragilità al tempo 0, basandosi sui i costi medi relativi a ciascuna prestazione e servizio definiti e, laddove possibile, su parametri di spesa più specifici quali il sistema di tariffazione e remunerazione regionale esistente ad esempio relativo ai DRG di ricovero ospedalieri o previsto per trasferimenti monetari per indennità di invalidità ed accompagnamento, remunerazione delle esenzioni per patologia, spesa farmaceutica per patologia.

Rilevanza

Dall'analisi degli elementi che verranno raccolti ci si attende un quadro realistico della domanda assistenziale di cui sono portatori gli anziani residenti in Regione Lazio. Tale quadro potrà costituire la base di uno sforzo di programmazione dei servizi territoriali teso a migliorare la qualità della vita degli interessati riducendo nel contempo il ricorso alla strutture ospedaliere e residenziali

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPIEGATE	DURATA
• Formazione degli operatori • Ricerca sui database regionali e comunali, • Raccolta ed inserimento dati, verifica fattibilità sistema integrato flussi informativi	comitato scientifico	01/04/2017 31/01/2018
• Elaborazione del rapporto di ricerca • Azioni di disseminazione	comitato scientifico	01/02/2018 30/04/2018

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Apr 17	Mag 17	Giu 17	Lug 17	Ago 17	Set 17	Ott 17	Nov 17	Dic 17	Gen 18	Feb 18	Mar 8
Formazione degli operatori												
Ricerca sui database regionale e comunali, raccolta ed inserimento dati, verifica fattibilità sistema integrato flussi informativi												
Elaborazione del rapporto di ricerca Azioni di disseminazione												

BIBLIOGRAFIA

1. Berardo A, Di Tommaso F, Falasca P, Longo F. Un sistema informativo socio-sanitario basato su un indice sintetico di fragilità: l'esperienza dell' Ausl di Ravenna. Mecosan, 77: 17-31, 2010.
2. Bouillon K, Kivimaki M, Sabia S, Fransson EI, Singh Manoux A, Gale CR, Batty GD. Measures of frailty in population-based studies: an overview. BMC Geriatrics 2013,13:64
3. De Vries NM, Staal JB, Van Ravensberg CD, Hobbelen JSM, Olde Rikkert MGM, Nijhuis-Van der Sanden: Outcome instrument tomeasure frailty: a systematic review. Ageing Research Reviewers 2011,10:104-114
4. Di Tommaso F, Marcon A, Falasca P, Berardo A: Dalla teoria alla pratica: verso una definizione condivisa di fragilità. L'esperienza degli operatori dell' Azienda USL di Ravenna. Fragilità: Strategie per la programmazione, l'assistenza proattiva e la valutazione dei servizi, Rapporto conclusivo Marzo 2012, 15-23.
5. Falasca P, Berardo A, Di Tomaso F. Development and validation of predictive MoSaiCo (Modello Statistico Combinato) on emergency admissions: can it also identify patients at high risk of frailty? Ann Ist Super Sanità, 47 (2): 220-228, 2011
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsh C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA, Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group: Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology, Series A, Biol Sci Med Sci 2001, 56A:M146-M156.
7. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G: Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. The Journals of Gerontology, Series A, Biol Sci Med Sci 2004, 59:255-263.
8. Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM: Frail elderly. Identification of a population at risk. Tijdschr voor Gerontologie and Geriatrie 2007, 38: 65-76.
9. Gobbens RJ et al. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. J Am Med Dir Assoc 2010; 11: 338-43
10. Levers MJ, Estabrooks CA, Ross Kerr JC, Factors contributing to frailty:Literature review. J Adv Nurs 2006;56:282-291
11. Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, Gonzalez-Colaço Harmand

M, Bergman H, Carcaillon L, Nicholson C, Scuteri A, Sinclair A, Pelaez M, Van der Cammen T, Beland F, Bickenbach J, Delamarche P, Ferrucci L, Fried LP, Gutiérrez-Robledo LM, Rockwood K, Rodríguez Artalejo F, Serviddio G, Vega E. Searching for an Operational Defi nition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. J Gerontol A Biol Sci Med Sc 013 January;68(1):62–67

12. Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. J Adv Nurs 2003;44:58-68
13. Pialoux T, Goyard J, Lesourd B. Screening tools for frailty in primary health care: a systematic review. Geriatr Gerontol Int. 2012 Apr;12(2):189-97
14. Regione del Veneto. Relazione finale del progetto di sperimentazione del sistema ACG – Adjusted Clinical Groups. Luglio 2014 disponibile
15. Rodriguez-Manas L, Fried LP. Frailty in rìthe clincal scenario. Lancet 2014; published online Nov 6. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61595-6
16. Scarcella P, Liotta G, Marazzi MC, Carbini R, Palombi L. Analysis of survival in a sample of elderly patients from Ragusa, Italy on the basis of a primary care level multidimensional evaluation. Arch Gerontol Geriatr. 2005 Mar-Apr;40(2):147-56
17. Starfield B, Kinder K. Multimorbidity and its measurement, Health Policy , 2011,103, 3- 8
18. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the Use of Primary Care and Specialist Care in the Elderly, Annals of Family Medicine, 2005, Vol 3, No.3

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

LA DIADE CAREGIVER-PAZIENTE NEL SELF-CARE DELLA BPCO

COORDINATORE PROGETTO
Maria Matarese
Dhurata Ivziku
Marco Clari

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.17.19

1. TITOLO PROGETTO

Il contributo della diade caregiver-paziente nel self-care della BPCO: uno studio mixed method

The contribution of caregiver and patient dyads to self-care in COPD: a mixed method study

ABSTRACT

Background: La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia cronica che colpisce circa il 6% della popolazione italiana, con una prevalenza che aumenta con l'aumentare dell'età, fino a interessare quasi il 20% degli over 65 anni. Il self-care è un elemento chiave nella BPCO, in quanto permette di raggiungere un buon livello di gestione della malattia prevenendo le riacutizzazioni e garantendo una buona qualità di vita. Un contributo importante al self-care delle persone con BPCO viene fornito dai caregiver, soprattutto nelle fasi avanzate della malattia. Paziente e caregiver, denominati dalla letteratura come diade, svolgono insieme attività rivolte al self-care della malattia e i loro comportamenti sono profondamente intercorrelati. Ci sono pochi studi quantitativi e qualitativi che hanno descritto il contributo della diade paziente con BPCO-caregiver. In Italia ad oggi non esistono studi che hanno affrontato questo argomento.
Obiettivi: L'obiettivo di questo studio è quello di descrivere le esperienze di self-care nelle diadi caregiver-paziente con BPCO in Italia e individuare i fattori che influenzano la relazione diadica.
Metodi e strumenti: Verrà effettuato uno studio con metodi misti esplicativo-sequenziale (quantitativo-qualitativo). In una prima fase verranno raccolti dati quantitativi per descrivere il self-care nella diade caregiver-paziente con BPCO, stratificati per severità e per altre variabili di trattamento. In una seconda fase verranno effettuate delle interviste diadiche e individuali per approfondire gli elementi ritenuti significativi nella prima fase. I dati verranno poi analizzati insieme.
Risultati attesi:
Questo studio esplorerà il processo self-care nelle diadi paziente e caregiver nella BPCO e ci permetterà di capire meglio il processo di self-care e il contributo del caregiver in questa malattia cronica.
Parole chiave: self-care, broncopneumopatia cronica ostruttiva, ricerca mixed method, diade paziente e caregiver.

ABSTRACT

Background: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a chronic disease affecting 6% of Italians. The prevalence increases with ageing reaching up to 20% on 65 years and above. Self-care in COPD is important because improves disease management and quality of life, and reduces disease worsening. Besides the self-care of COPD patients, care is provided by family members, especially on advanced disease stages. Patient and caregiver are called dyads on scientific literature. Dyads perform self-care and their behaviors are deeply interrelated. Few quantitative and qualitative studies have been conducted addressing the dyads of caregivers and COPD patients. No study has been conducted in Italy on this topic.
Aims: This research project aims at describing and understanding the self-care within the contest of caregiver-COPD patient dyads in Italy and identify factors that influence the dyadic relationship.
Methods: A mixed method explanatory sequential (quantitative/qualitative) design will be used. At the beginning, quantitative data will be explored to describe self-care on COPD dyads, stratified for disease

severity and other variables. As a second step, dyadic or individual interviews will follow to explain significant information from quantitative data. As a last step, a mixed method analysis will follow.
Expected results: This study will investigate on self-care process of COPD dyads patient/caregiver and will provide a better understanding of self-care on COPD by patient-caregiver dyads and the extent of contribution of caregivers on self-care in this chronic disease.
Keywords: self-care, chronic obstructive pulmonary disease, mixed method research, patient and caregiver dyad.

BACKGROUND

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a serious health problem in Italy and worldwide because of high morbidity and mortality (WHO 2012, ISTAT 2014). As for other chronic diseases, people suffering from COPD take care of themselves for a long time from the diagnosis until last COPD phases before death. The contact with healthcare services is limited to periodical medical visits, to hospitalization for episodes of exacerbations or other clinical acute problem or for rehabilitations. The self-care in the context of the chronic diseases is therefore an important process involving the choice of behaviors directed to maintain physical and emotional stability, the observation of oneself for changes in signs and symptoms and to manage the symptoms when they occur (Riegel et al 2012). Besides the self-care of COPD patients, care is provided by family members, siblings, friends or neighbours, defined as informal caregivers or carers (Nakken et al 2015).
The experience and impact of the self-care on COPD patients' health and quality of life has been widely described on research, and indications for integrated care support, service continuity and individualization of care were drawn (Kirkpatrick et al 2012, Giacomini et al 2012). Furthermore, studies on caregivers have been conducted investigating burden, depression, and the overall impact of the long-term commitment on carers (Boyle 2009a, Cruz et al., 2015).
Few studies have been conducted addressing the dyads of caregivers and COPD patients and the contribution of the caregivers to the self-care of COPD patients (Cruz et al., 2015). Thus, quantitative and qualitative studies on this topic are needed. Therefore, a mixed method research on caregivers' contribution to the self-care on COPD patients and study of dyads will be carried out to provide useful information to health professionals caring for people with COPD.

OBIETTIVI DI PROGETTO

This research project aims at describing and understanding the self-care within the contest of caregiver-COPD patient dyads.
Specific aims:

1. Describe the contribution of caregivers to the self-care of patients with COPD,
2. define the types of dyads present in the Italian population
3. Identify the factors influencing the self-care at the dyadic level in different stages of the COPD.
4. Describe the lived experiences of the patients with COPD- caregivers dyad during the process of self-care

METODOLOGIA

Study design
A mixed method explanatory sequential design will be used in order to obtain complementary data on self-care of COPD patients and the contribution of caregivers. In the explanatory sequential design, the researcher collects and analyzes quantitative data first and follows up on specific results with a second phase of qualitative data in order to explain the initial results in more depth (Creswell and Plano Clark 2011, p.82).
An observational-correlational design will be used to collect quantitative data; the initial data will be analyzed, and used to select the participants for the second phase of the study. A descriptive qualitative design will be used to collect qualitative data that will be analyzed to answer the qualitative and mixed method research questions. Quantitative and qualitative results will be interpreted and discussed together (triangulation) to define to what extent and in what ways qualitative results help to explain the quantitative results to give a better understanding of the phenomenon in study.
Data collection/Instruments
Data collection will take place from April 2017 to October 2018.
Quantitative research
The following instruments will be administered to patient and caregiver:

- socio-demographic questionnaire created by researchers including age, marital status, employment, education, income, and disease severity.
- Comorbidity index created by researcher for this study to identify other chronic diseases affecting patients and caregivers;
- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) which is self-reported questionnaire that considers the nine symptoms that contribute to the diagnosis of depression according to the DSM-IV. (Spitzer et al., 1999).
- Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) (Spitzer et al., 2006) developed as a self-reported scale to assess 7 common anxiety symptoms.
- Mutuality Scale (MS) (Archbold et al., 1990) that is a 15-item, self-administered questionnaire that measures the quality of the relationship between the caregiver and care receiver);
- Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet et al., 1988) a 12 items tool designed to measure support from family, friends, and significant others;
- Barthel Index that measures the extent to which a person can function independently in ten activities of daily living (ADL) (Mahoney and Barthel 1965);
- Bristol COPD knowledge questionnaire (BCKQ) (White et al., 2006), a self-administered, multiple-choice questionnaire that measures the knowledge on COPD (White et al., 2006).
- COPD Assessment Test (CAT) (Jones et al., 2009) assesses the impact of COPD on health status.
- Dyadic symptoms management scale (Buck et al., 2012) which identifies four types of dyads in the symptom management: patient oriented, caregiver oriented, collaboratively oriented, and complementary oriented.
- Caregiver Burden Inventory (CBI) (Novak et al., 1989) which consists in 24 items that measure the impact of providing care on various aspects of the caregiver's life.
- Montreal cognitive assessment (MoCA) (Nasreddine et al., 2005) that assesses cognitive status in different domains: attention and concentration, executive functions, memory, language, visual-constructional skills, conceptual thinking, calculations, and orientation;
- Short Form 12 health survey (SF-12) (Ware et al., 1993) that measures general health status into mental and physical areas (PCS & MCS).
- Self-Care In COPD Questionnaire (SCICOPD) created by researchers to measure the self-care behaviors. It was based on the theory of self-care of chronic illness of Riegel et al. (2012) and consists of three subscales evaluating self-care maintenance, self-care monitoring, and self-care management.
- Self-Efficacy Scale, which measures the confidence of the person to take care of self and maintain the health status.

Questionnaires will be submitted to inpatients or outpatients and their caregivers.

Qualitative research

Semi-structured interviews will be conducted with the patient/caregiver dyad; individual interviews to patients or caregivers will follow to capture experiences of self-care on particular topics. The researcher will audiotape the interviews, and transcribe them verbatim.

The interviews will be conducted at the patient home or in hospital.

Participants and Sample

COPD patient and caregiver dyads will be enrolled in different healthcare organization in Italy. Caregivers will be identified by asking patients to indicate which person they consider their primary caregiver.

Inclusion criteria of patients and caregivers are:

- more than 18 years of age,
- primary diagnosis of COPD at moderate (FEV1 79%-50%), severe (FEV1 49%-30%) and very severe (FEV1 < 30%) stages,
- living in the community
- both, patient and caregiver accept to participate to the study.

Exclusion criteria:

- patients that do not have a primary caregiver,
- family members and patients with cancer
- family members and patients with cognitive impairment.

A convenience sample of 300 COPD patients and their respective primary caregivers (150 dyads) will be recruited at the identified clinical settings.

For the qualitative phase, approximately thirty dyads among the recruited 150 dyads will be interviewed together, until the saturation of data is reached. They will be selected based on the data collected in the

quantitative phase. In particular, dyads representing the four types of dyadic management of symptoms model, or in which a correlation between specific variables is identified will be selected. Moreover, individual interviews (to caregivers or COPD patients) will be carried out to explore specific topics emerging from the previous interviews. The number of individual interviews can vary from 10 to 30 according to the contents to explore.

Data analysis

Quantitative data

Quantitative data will be analyzed with descriptive and inferential statistics using SPSS V.20.0. Descriptive statistics, including means, SDs, frequencies and medians, will be used, as appropriate. Moreover, we will calculate interclass correlation coefficients to study agreement between patients and caregivers. A priori, a two-sided level of significance will be set at $p \leq 0.05$.

Qualitative data

The qualitative data will be transcribed verbatim and analyzed with the content analysis methodology, through inductive analysis and using the ATLAS.ti software. This process of analysis requires the repeated reading of the text in order to capture the meaning and sense of the all in order to identify meaningful units or categories "groups of verbatim with the similar meaning" (Graneheim et al., 2004), until various categories could be put together to create synthesized themes. All this work will be done by two researchers simultaneously until agreement for categories and themes is reached.

Mixed method analysis

Qualitative data will be combined with quantitative data and mixed interpretation will be done in order to depict a better and complete understanding of the self-care process in the patient-caregiver dyadic context.

Validity and reliability

Quantitative research

The researchers that will submit the questionnaires have received adequate training to assure the quality of data. The majority of questionnaires selected for this study have been validated in Italian, except Bristol COPD knowledge questionnaire that is undergoing validation in this study and self-efficacy scale and SCI COPD new created instruments by the researchers.

Qualitative research

Levels of credibility, rigor and transferability will be guaranteed through a rough description of the process of analysis and detailed description of the voices of participants. In order to give transferability of data, researchers will describe in details the context, selection of participants, the data gathering and analysis to guarantee the accuracy of results.

Ethical considerations

The informed consent will be asked in a written form to all participants. Detailed explanations will be given regarding the voluntary adhesion to the study explaining the risks and benefits, the reserved administration of data, the free retiring from the study at any moment. The data on participants will be saved in a secure place and with access only from researchers and no others.

In all phases of the study, participants will be identified by a numeric code in quantitative part and alphanumeric code on the qualitative part. Privacy will be protected by nicknames on the qualitative part of the research on the final report and publication.

RISULTATI ATTESI

Expected results

This study will provide a better understanding on self-care of COPD from the point of view of patient-caregiver dyads, on the contribution of the caregivers, and on the factor influencing the self-care in the dyadic relationship. This knowledge will help healthcare personnel to carry our personalized self-care education program.

Clinical Relevance

The results of this study will provide important indications for nursing practice. Understanding self-care behaviors of dyads on COPD will allow nurses to identify lack of knowledge and to actively involve the dyads in self-care process.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
Costituzione gruppo di ricerca	Coordinatori e team del progetto	01/04/2017 – 30/04/2017
Raccolta dati	Gruppo di ricerca	01/05/2017 – 30/09/2018
Analisi e elaborazione dati	Coordinatori e team del progetto, gruppo di ricerca	01/05/2017 – 30/09/2018
Pubblicazione risultati della ricerca	Coordinatori e team del progetto	01/03/2018 – 30/11/2018
Chiusura progetto di ricerca	Coordinatori e team del progetto	30/11/2018

DIAGRAMMA GANTT

2017	Apr	Mag	Giu	Lug	Set	Ott	Nov	Dic
Costituzione gruppo di ricerca								
Raccolta dati								
Analisi e elaborazione dati								
Presentazione progetto convegno internazionale								
Pubblicazione risultati della ricerca								
Stesura report finale								
Fine del progetto								

2018	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov
Costituzione gruppo di ricerca											
Richiesta parere comitato etico											
Raccolta dati											
Analisi e elaborazione dati											
Presentazione progetto convegno internazionale											

2018	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov
Pubblicazione risultati della ricerca											
Stesura report finale											
Fine del progetto											

BIBLIOGRAFIA

1. Archbold, P.G. Stewart, B.J., Greenlick, M.R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Research in Nursing & Health, 13, 375-384.
2. Boyle AH (2009 a) An integrative review of the impact of COPD on families. *Journal of Nursing Research* 9 (3), 1-10.
3. Buck HG, Zambroski CH, Hupcey JE (2012). Assessing the response of patientsand spousal/partner caregivers to a new instrument measuring dyadic heart failure care types. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 0(0), 1-5.
4. Creswell JW and Plano Clark VL (2011) Designing and conducting mixed methods research. (2nd). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
5. Cruz J, Marques A, Figueiredo D (2015) Impacts of COPD on family carers and supportive interventions: a narrative review. *Health & Social Care in the Community* X 1-15.
6. Giacomini M, DeJean D, Simeonov D, Smith A (2012) Experiences of Living and Dying With COPD: A Systematic Review and Synthesis of the Qualitative Empirical Literature. Ontario Health Technology Assessment Series 12 (13), pp. 1–47.
7. Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today,* 24,105–112. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001
8. ISTAT (2014) Salute e sanità: cause di morte. available at: http://www.istat.it/it/salute-e-sanit%C3%A0 (accessed 26 May 2016).
9. Jones P.W., Harding G., Berry P., Wiklund I., Chen W-H. and Kline Leidy N (2009). Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J*, 34: 648–654.
10. Kirkpatrick P, Wilson E, Wimpenny P (2012) Support for older people with COPD in community settings: a systematic review of qualitative research. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 10 (57), 3649-3763.
11. Mahoney FI, Barthel D.(1965) Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 14:56-61.
12. Nakken N, Janssen DJA, Van Den Bogaart EHA, Wouters EFM, Franssen FME, Vercoulen JH, Spruit MA (2015) Informal caregivers of patients with COPD: Home Sweet Home? *Eur Respir Rev* 24, 498–504.
13. Nasreddine ZS, Phillips, N A, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J.Am.Geriatr.Soc* 53, 695-699.
14. Novak, M. & Guest, C. I. (1989). Application of a multidimensional Care-giver Burden Inventory. *Gerontologist*, 29, 798-803.
15. Riegel B, Jaarsma T, Stromberg A (2012) A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science* 35 (3), 194-204.
16. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB (1999) Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA* 282(18):1737-44.
17. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 166(10):1092-7.

18. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD(1993). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 34(3):220-33.
19. White R, Walker P, Roberts S, Kalisky S, White P (2006) Bristol COPD Knowledge Questionnaire (BCKQ): testing what we teach patients about COPD. Chronic Respiratory Disease 3 (3):123-131.
20. *WHO (2012)Prevention and control of noncommunicable diseases: guidelines for primary health care in low resource settings*. Available at:http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/ (accessed 6 May 2016).
21. Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 52, 30-41.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

EVIDENZE SCIENTIFICHE E PRATICA INFERMIERISTICA

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.17.1

1. TITOLO PROGETTO

Il contributo delle evidenze scientifiche nella pratica assistenziale infermieristica

The contribution of evidence based skills in the nursing practice

ABSTRACT

Coerentemente con la mission del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, si presenta il corso "*Il contributo delle evidenze scientifiche nella pratica assistenziale infermieristica*", con lo scopo di contribuire all'offerta formativa nazionale con una formula completamente nuova.
Il corso, infatti, 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.

ABSTRACT

In agreement with the strategy of the Centre of excellence for Nursing Scholarship (Opi Rome) we present the programme: "*The contribution of evidence based skills in the nursing practice*", with the aim to contribute to the educational offer with a new formula. In fact, the programme wants to give specific information to recover and analyse the innovations in all nursing fields where nurses are practising: clinical care, education, management.

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

Apprendimenti teorici concernenti la ricerca bibliografica nell'infermieristica nell'ambito dell'etica, della deontologia e dei vari setting clinici.

Obiettivi specifici

- Capacità di reperire l'informazione scientifica attraverso le banche dati Cinahl, PubMed, ILISI e OvidSP.
- Abilità tecnico-pratiche per l'accesso alle fonti bibliografiche e la revisione della letteratura.
- Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di navigare in modo autonomo nel web e nelle banche dati infermieristiche offerte dall'Ordine delle professioni Infermieristiche 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 tutti docenti universitari.

Requisiti richiesti dal committente

- Il Comitato Scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'utilizzo degli strumenti e l'applicazione delle metodologie proposte.
- Il corso di formazione e la ricerca, in ogni fase, sono condotti nel rispetto dei principi deontologici ed etici.
- Gli obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e del Polo per la Formazione dei Ricercatori.
- Il problema scientifico affrontato nel corso di formazione è rilevante per la pratica clinica infermieristica.

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 alle banche dati biomediche.
- Aumento dell'uso dei vocabolari controllati (appropriatezza delle interrogazioni).
- Aumento dell'appropriatezza degli accessi in biblioteca.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Gennaio – marzo 2017
1	Realizzazione lezioni Accreditamento ECM	Comitato Scientifico, docenti,	Febbraio-maggio 2017
2	Realizzazione dei corsi di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	Febbraio 2017– luglio 2017
3	Disseminazione dei risultati dell'intervento formativo	Comitato Scientifico	Dicembre 2017

DIAGRAMMA GANTT

2017	Gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	Gen 2018
Fase 0													
Fase 1													
Fase 2													
Fase 3													

BIBLIOGRAFIA

1. Chiari P, Mosci D, Naldi E (a cura di) (2006), *L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'evidence based nursing*, Mc Graw-Hill; Milano.
2. Fain JA. (2004), *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*. Mc Graw-Hill; Milano.
3. Vellone E, Piredda M. (2009), *La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria*, Mc Graw-Hill; Milano.

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.3.17.2

~~1. 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.
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 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.
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.
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: 10 edizioni nel 2017 (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: Ordine delle professioni Infermieristiche 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 progettoz	Consiglio Direttivo	Marzo 2017
1	Accreditamento ECM	Comitato Scientifico	Marzo 2017
2	Realizzazione delle 9 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti	Aprile-dicembre 2017
3	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni dei crediti ECM	Comitato Scientifico	Dicembre 2017

DIAGRAMMA GANTT

	Mar 2017	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic 2017
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.3.17.3

1. 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*):

- **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*.

- 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 2017
Accreditamento ECM
Minimo contributo economico da parte partecipanti (quota di iscrizione = €120,00).
Sede del corso di formazione: Ordine delle professioni Infermieristiche 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..)

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Marzo 2017
1	Accreditamento ECM	Comitato Scientifico	Marzo 2017
2	Realizzazione delle 3 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti	Aprile-dicembre 2017
3	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni dei crediti ECM	Comitato Scientifico	Dicembre 2017

DIAGRAMMA GANTT

	Mar 2017	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	Dic 2017
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, Napoli.
4. Rotatori, A. (2015). *Health Care Professionals Speaking: Conversazioni in ambito sanitario per i professionisti della salute*. EdiSES, Napoli.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

FORMAZIONE IN EVIDENCE BASED PRACTICE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato
M. Matarese
A. Peghetti

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.17.1

1. TITOLO PROGETTO

Miglioramento della pratica assistenziale attraverso la formazione di infermieri clinici esperti in Evidence Based Practice

Improving nursing practice by training clinical nurses to become experts of Evidence Based 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 esperti nella 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 di 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

- identificare e formare infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione della pratica infermieristica negli ambiti di pratica clinica
- accrescere le competenze d egli 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 infermieri esperti in ricerca.
- 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 di EBP di riconosciuta fama 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 al modulo 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'EBP.

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 partecipano ad entrambi i moduli del corso di formazione in EBP.
-Almeno il 50% degli infermieri che hanno partecipato al corso di formazione certificano 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'efficace uso dei risultati della ricerca nella pratica clinica migliorerà la qualità e il rapporto costi-efficacia dell'assistenza sanitaria.
L'introduzione nelle realtà cliniche italiane di figure esperte in EBP che possono fungere da intermediari tra ricerca e applicazione dei risultati della ricerca potrebbe rilevarsi un modello efficace proponibile in tutti i contesti di pratica.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Definizione del programma del corso base ed avanzato insieme al polo per la formazione dei ricercatori e richiesta di collaborazione a docenti di rilevanza nazionale esperti in EBP.	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 dell'OPI di Ropma 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 40 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 2017, con la collaborazione del polo 3.	Componenti Poli 3 e 4	2 giorni
6	Realizzazione di un evento formativo nel 2017.	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

	Gennaio 2017	Gennaio 2017	Gennaio 2017	Gennaio 2017	Gennaio 2017	Gennaio 2017	Febbraio 2017	Marzo 2017
Fase 1								
Fase 2								
Fase 3								
Fase 4								
Fase 5								
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

IMPLEMENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE (AUDIT)

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato
M. Matarese
A. Peghetti

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.17.2

1. TITOLO PROGETTO

L'applicazione dell'Evidence Based Practice finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche

Using evidence based practice to implement best nursing practices

ABSTRACT

Il presente progetto rappresenta la seconda fase del progetto "il miglioramento della pratica clinica infermieristica attraverso *l'utilizzo di infermieri clinici esperti nel processo di implementazione delle good clinical prctice*, avviato negli anni precedenti. Si prevede la formazione di infermieri esperti clinici (Clinical Nurse Leader=CNL) con elevate capacità di leadership e con competenze avanzate nell'ambito dell'Evidence based Practice, andando ad integrare la formazione di base con un corso ad hoc sugli strumenti di implementazione. Tra questi, lo strumento principe è l'audit clinico. L'audit clinico è un processo con cui tutti i professionisti sanitari effettuano una revisione regolare e sistematica della propria pratica clinica e, dove necessario, la modificano" (*Primary Health Care Clinical Audit Working Group*, 1995). È un'attività continua e sistematica e non occasionale o sporadica; ha come oggetto principale l'appropriatezza dei processi, ma può essere utilizzato per misurare gli esiti assistenziali; infine, permette di identificare quali aree della pratica professionale devono essere oggetto di miglioramento. Accanto allo strumento di misurazione (audit) è indispensabile definire le "unità di misura", rappresentate da un sistema di indicatori che "esplorano" varie dimensioni della qualità: sicurezza, efficacia, appropriatezza, coinvolgimento degli utenti, equità d'accesso, efficienza. Il progetto ha l'obiettivo di trasferire metodi e strumenti sia per la pianificazione, conduzione, analisi e report dell'audit clinico, sia per costruire un sistema multidimensionale di indicatori di qualità integrato nei processi di governo aziendale.
Il progetto sarà di durata annuale e prevederà momenti di formazione teorica e sul campo, monitorati attraverso incontri formali ed informali.

ABSTRACT

This project is the second phase of the project 'Improving clinical nursing practice through clinical nurses who are experts of Evidence Based Practice, started years earlier with the purpose to train Clinical Nurse Leaders (CNLs) with a high sense of leadership and advanced competences in the field of evidence based practice. In the selected health centres it will be necessary to set up task forces made up of newly-educated CNLs with the purpose to design documents that will facilitate the use of research results, and to test and evaluate their dissemination and implementation in each context. The CNLs will also participate at a tutorial course, which will help them identify some issues of clinical practice, for which interventions with little or questionable effectiveness are applied by conducting literature reviews as well through activities of clinical audit, suggesting, implementing, and evaluating the changes in the selected clinical contexts.
The duration of this project is one year, and it includes both theoretical and practical education on the spot, monitored through formal and informal meetings.

BACKGROUND

La mission del Polo per la pratica clinica è di "Migliorare la pratica clinica infermieristica, promuovendo innovazioni cliniche attraverso la pratica clinica e traslazionale".

L'efficacia e l'appropriatezza degli interventi sanitari sono divenute valori fondanti dei sistemi sanitari dopo un lungo periodo in cui le modalità di governo della sanità erano esclusivamente guidate da aspetti gestionali-organizzativi quali l'aziendalizzazione, l'efficienza dei servizi, il management. Dal lontano 1972, quando Archibald Cochrane insisteva sull'impossibilità di "raggiungere l'efficienza dei servizi sanitari senza passare per l'efficacia", abbiamo assistito all'evoluzione dell'*Evidence-based Medicine* - strumento di pratica professionale e di formazione continua - in *Evidence-based Health Care*, "strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale" (NHS *White Paper: A First Class Service*, 1998). Considerato che l'attuazione del Governo Clinico e dell'implementazione di pratiche evidencebased, avviene nelle Aziende sanitarie, in particolare nelle sinergie tra le diverse direzioni e le aree clinico-assistenziali, il progetto ha l'obiettivo di introdurre tutti i professionisti alle metodologie, agli strumenti e ai modelli organizzativi per attuare il cambiamento nelle aziende sanitarie.
In Italia sono molto limitate le esperienze di utilizzo di figure intermediarie, cioè portatrici di competenze esperte nell'ambito dell'applicazione dei risultati della ricerca, utilizzate con questa finalità nelle unità operative. A differenza delle realtà estere i modelli organizzativi più diffusi prevedono soltanto due ruoli all'interno delle unità operative: il coordinatore e gli infermieri di staff. Alcuni infermieri di staff possono svolgere attività di supporto al coordinatore di reparto per funzioni più prettamente organizzative.
La presenza di figure formate e motivate all'EBP all'interno di una organizzazione sanitaria potrebbe rappresentare uno stimolo per promuovere forme di attività legate all'EBP con utilizzazione delle risorse formate disponibili.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Innovare la pratica clinica infermieristica attraverso l'utilizzo di infermieri clinici esperti.

Obiettivi specifici

- Individuare contesti territoriali e di pratica clinica in cui avviare i progetti di miglioramento attraverso il coinvolgimento dei direttori dei servizi infermieristici e delle direzioni generali delle ASL, dei policlinici universitari, delle aziende ospedaliere e delle associazioni professionali italiane.
- Motivare ed ottenere la collaborazione degli infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti di pratica considerati prioritari, selezionati sulla base di criteri stabiliti.
- Fornire agli infermieri clinici esperti indicazioni comuni di lavoro anche attraverso attività formative (ad es. sull'EBN).
- Costituire i nuclei operativi nei contesti individuati ad opera dei clinical nurse leader.
- Individuare 2-3 problemi di pratica clinica prioritari nelle aree cliniche prescelte e verificare l'esistenza di evidenze scientifiche a supporto dei cambiamenti.
- Verificare l'applicazione dei cambiamenti e valutare l'efficacia degli interventi proposti
- Creare una rete di collegamento con i Centri nazionali ed internazionali EBN, con le associazione professionali italiane e internazionali.
- Rivedere e/o creare gli standard di pratica clinica relativi alla aree individuate.
- Diffondere le esperienze di miglioramento della pratica clinica, anche attraverso iniziative a livello locale e nazionale.

Indicatori

- Individuazione di almeno tre ASL-AOU/AO/IRCCS da coinvolgere nel progetto.
- Individuazione di almeno 20 *clinical nurse leader* interessati al progetto in possesso di esperienza clinica consolidata nell'area prescelta, della qualità e della quantità di esperienza professionale richiesta, e della conoscenza della lingua inglese.
- Organizzazione di 2 incontri con i nurse leader per illustrare il progetto.
- Creazione di un network dei *clinical nurse leader* e degli esperti in EBN che hanno contribuito alla loro formazione.
- Organizzazione di almeno 2 incontri formativi frontali e successiva formazione sul campo.
- Elaborazione di almeno 2 documenti di ricerca secondaria, o report di audit clinici, da parte dei gruppi di miglioramento.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Il progetto sarà svolto sotto forma di formazione sul campo per la creazione di gruppi di miglioramento EBN.

Campione

Saranno selezionati circa 20 infermieri esperti (clinical nurse leader in EBP) che lavorano presso ASL/AO/AOU/IRCCS della Regione Lazio.

Strumenti

E' previsto un percorso di formazione tutoriale FSC ECM.

Procedure

Il gruppo di infermieri esperti clinici formato nella prima fase del progetto costituirà dei gruppi operativi (task force) intra-aziendali o interaziendali, che applicheranno le strategie di implementazione dell'*evidence based practice*. La presenza capillare nei contesti clinici permetterà anche di individuare quali problemi di pratica clinica non hanno ancora una soluzione efficace e darà indicazione ai CNL sugli argomenti da approfondire nella loro produzione di letteratura secondaria.

RISULTATI ATTESI

Sarà costituito almeno un gruppo di miglioramento formato da 20 Clinical Nurse Leader, con competenze avanzate in EBN, capaci di costituire una task force in grado di innovare la pratica clinica infermieristica nelle Aziende Sanitarie individuate.

Indicatori

- Sono individuati almeno 20 CNL;
- Il 90% dei CNL partecipano agli incontri del gruppo di miglioramento EBP;
- Sono prodotti almeno 2 documenti per il miglioramento della pratica clinica infermieristica.

Rilevanza

Attualmente l'applicazione dei risultati della ricerca nella pratica clinica è un problema di rilevanza a livello sia delle organizzazioni sanitarie che dei professionisti sanitari. Si ritiene, infatti, che l'efficace uso dei risultati della ricerca nella pratica clinica migliorerà la qualità e il rapporto costi-efficacia dell'assistenza *sanitaria.* L'introduzione nelle realtà cliniche italiane di figure esperte che possano fungere da intermediari tra ricerca e applicazione dei risultati della ricerca potrebbe rilevarsi un modello efficace riproponibile anche in altri contesti di pratica.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Incontro con i *clinical nurse leader* formati nei precedenti corsi EBP, e con quelli che hanno partecipato lo scorso anno alla FSC in EBP, nel mese di gennaio 2017 per lanciare il nuovo progetto	Sala Ordine OPI per la riunione	1 pomeriggio
2	Valutazione delle competenze dei CNL e suggerimento di un percorso di formazione specifico a seconda delle competenze possedute e da acquisire entro gennaio 2017	Sala Ordine OPI per la riunione	1 pomeriggio
3	Organizzazione di una riunione nella sede OPI Roma, nel mese di gennaio 2017, con i Direttori dele Professioni Sanitarie di Roma e Provincia per presentare il progetto	Sala OPI per la riunione. Personale amministrativo per la preparazione della convocazione e per i contatti telefonici e per posta elettronica.	1 pomeriggio 1 amministrativo per 2 o 3 giorni.
4	Pianificazione di almeno un percorso ECM. I docenti e tutor dovranno essere esclusivamente esperti nazionali di EBN che predisporranno un programma di formazione ed interventi tutoriali calati sulle necessità dei partecipanti	Direttore di Polo due docenti	1 pomeriggio

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
5	Realizzazione dell'evento formativo ECM, con la partecipazione di almeno il 90% dei CNL individuati	2 docenti per il corso sull'EBN e 5 tutor per la formazione tutoriale. Sala OPI Roma nella quale si svolgerà il corso. Un amministrativo.	2 giorni per le lezioni frontali, una ad inizio progetto ed una alla fine per la presentazione e la discussione dei risultati. Incontri formali (almeno 10) per gruppo nel corso della formazione sul campo
6	Conduzione dell'Audit Clinico sugli argomenti condivisi con le Direzioni Sanitarie ed Infermieristiche in almeno tre aziende precedentemente identificate.	Almeno un tutor per Azienda e per ciascun audit	Da febbraio a novembre. Sono previsti almeno 10 incontri formali per gruppo nel corso della formazione sul campo
7	Verifica e certificazione delle competenze acquisite dai partecipanti ai gruppi di miglioramento attraverso la produzione di documenti e presentazione in sede di convegno	2 docenti	1 mattina

DIAGRAMMA GANTT

	Gennaio 2017	Gennaio 2017	Gennaio 2017	Gennaio 2017	Febbraio 2017	Da Febbraio 2017	A Novembre 2017	Dicembre 2017
Fase 1								
Fase 2								
Fase 3								
Fase 4								
Fase 5								
Fase 6								
Fase 7								

BIBLIOGRAFIA

1. Benjamin A. Audit: how to do it in practice. BMJ 2008;336:1241-5.
2. Cinotti R, Cartabellotta A. Progettare, realizzare, verificare un audit clinico. Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna, Settembre 2000.
3. A Practical Handbook for Clinical Audit. Clinical Governance Support Team. March 2015. National Institute for Clinical Excellence. Principles for Best Practice in Clinical Audit. Oxford, Radcliffe Medical Press, 2002.
4. Hysong SJ. Meta-analysis: audit and feedback features impact effectiveness on care quality. Med Care 2009;47:356-63.
5. Foy R, Eccles MP, Jamtvedt G, et al. What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. BMC Health Serv Res 2005;5:50.
6. Johnston, G, Crombie, I K, Alder, E M, Davies, H T O, Millard, A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. Qual Health Care 2000;9:23-36.

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.4.17.3

1. 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

Diverse strategies, 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 almeno 40 infermieri per edizione.
Saranno realizzate almeno 2 edizioni da svolgersi in importanti strutture sanitarie romane.

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	Segretaria ECM dell'OPI di Roma	1 giorno
5	Pianificazione di almeno 2 edizioni del corso della durata di 1 giorno	Coordinatori di progetto	1 giorno
6	Realizzazione di almeno 2 eventi formativi nel 2017	9 docenti	2 giorni

DIAGRAMMA GANTT

	Febbraio 2017	Marzo 2017	Aprile 2017	Maggio 2017
Fase 1				
Fase 2				
Fase 3				
Fase 4				
Fase 5				
Fase 6				

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. Lashkari HP, et al. Aqueous 2% chlorhexidine-induced chemical burns in an extremely premature infant. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012, 97(1): F64.
4. Mannan K, et al.Mistaken identity of skin cleansing solution leading to extensive chemical burns in an extremely preterm infant. Acta Paediatr. 2007, 96(10):1536-7.
5. Kutsch J, Ottinger D.Neonatal skin and chlorhexidine: a burning experience. Neonatal Netw. 2014, 33(1): 19-23.
6. Sala V., Moja L., Moschetti I., Bidoli S., Pistotti V., Liberati A., Revisioni sistematiche - Breve guida all'uso, Centro Cochrane Italiano 2006.
7. Chiari P., Mosci D, et alt, Evidence-based clinical practice: la pratica clinico assistenziale basata sulle prove di efficacia, McGraw-Hill, Milano, 2011.
8. Cartabellotta N., La formulazione dei quesiti di ricerca, Gimbe News, 3, 3, maggio giugno 2010.
9. Linee Guida per la Prevenzione delle Infezioni da Cateteri Venosi Intravascolari (Center for Disease Control Atlanta – 2011).
10. Epic 3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated infections in NHS Hospital in England; H.P. Lovedays, et al.; Journal of Hospital Infection 2014, 5-10.
11. Central Venous Access Devices, Princples for Nursing Practice and Education, Cancer Nuurses Society

of Australia; Susan Adams, RN, et.al; 2007, p. 6-12-14.

12. Guidance on the use of ultrasound locating devices for placing central venous catheter, NICE-National Institute for Clinical Excellence, 2005.
13. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2012.
14. Best practice. Physical Restraint - Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals, 2002: 6: 1-6.
15. Regione Lazio. Piano Regionale per la Prevenzione delle cadute dei pazienti. Regione Lazio: Direzione salute e politiche sociali, 2017.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

DALLA FARMACOTERAPIA ALLE ARTITERAPIE

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato – C. Lorenzetti
N. Mazzitelli – C. Puleio
M. Soricetti – C. Turci

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.17.4

1. TITOLO PROGETTO

Camminare insieme per costruire relazioni: dalla farmacoterapia alle artiterapie

To walk together to build relationships: from therapies based on drugs to therapies based on different forms of art

ABSTRACT

Il progetto ha lo scopo di presentare una metodologia di trattamento multidisciplinare in contesto terapeutico. L'intento è di mostrare l'utilità di alcune metodologie terapeutico-riabilitative effettuate tramite arti terapie (audiovisivi, canto, musica, racconto storie, …) e utilizzate da varie professioni, all'interno di più ampi progetti clinici, rivolti a persone nell'ambito della salute mentale, in oncologia, nell'Alzheimer, in pediatria, cardiologia ecc.. L'obiettivo è, quindi, quello di introdurre nuove modalità di relazione nel percorso di cura e di riabilitazione della persona che sta attraversando un periodo prolungato di malattia. Parte dei contenuti è dedicata anche all'esposizione di tali terapie in contesti clinici pubblici, fortemente radicati sul territorio romano.

ABSTRACT

This educational course has presented a multidisciplinary methodology of treatment in the therapeutic setting. The main aim has been to demonstrate that some rehabilitation therapies based on different forms of art (audiovisual means, singing, music, narratives, etc…) used by different health professions, in broader clinical projects, bound to mental health, to oncology, to Alzheimer, to pediatrics, cardiac diseases ecc. are useful. The goal has been, hence, to introduce new ways of relations in the clinical and rehabilitation pathway of the person who is undergoing a prolonged period of illness.
Some of the contents of the course were dedicated to the demonnstration of these therapies in public settings, very well established in the Roman area.

BACKGROUND

Con il termine di arti terapie sono comprese una serie di attività che hanno nel tempo accompagnato il lavoro riabilitativo nella salute mentale. La nascita delle arti terapie nella salute mentale, la possiamo collocare in Germania, per opera di Christian Reil, uno psichiatra contemporaneo di Pinel (autore della "liberazione dei folli dalle catene" durante la rivoluzione francese) che coniò anche il termine *psichiatria* e individuò un protocollo di intervento in tre fasi, di cui la terza consisteva in una stimolazione intellettuale caratterizzata da attività di disegno attraverso la quale ristabilire il contatto con il mondo esterno. Queste esperienze nel tempo si consolidarono con la nascita di veri e propri laboratori di arte terapia, protocolli di ergoterapia con l'intento di trasformare gli ospedali psichiatrici in comunità attente ai bisogni dei pazienti. Nell'ottocento e nella prima metà del novecento l'attenzione della psichiatria si concentrò prevalentemente

sulla psicopatologia e sulla classificazione delle malattie.
In ogni caso la produzione espressiva nei manicomi diventò sempre più importante ed entrò a far parte del percorso terapeutico. Artisti come E.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 sono il teatro che assume rilevanza e strutturazione definita con lo psicodramma di Moreno, la danza terapia, la musicoterapia, l'ortoterapia. Oggi poi sta emergendo in maniera importante l'approccio allo "storytelling" come modalità di relazione in medicina.
Sebbene nate nell'ambito della salute mentale, le arti terapie stanno oggi sviluppandosi anche in altre aree della medicina introducendo nuove modalità di relazione nei percorsi di cura. Riprendersi dalla malattia, trovare la motivazione a combatterla, sono strumenti preziosi per il conseguimento della guarigione intesa come il raggiungimento di un equilibrio tra capacità della persona e supporto ambientale che non può essere generalizzato e standardizzato ma declinato sulla persona e il suo contesto.
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 le professionalità infermieristiche rispetto alle metodologie di lavoro con pazienti affetti da disturbi gravi e prolungati tramite l'uso delle artiterapie.

Obiettivi specifici
- Proporre cenni teorici in merito agli interventi in salute mentale propedeutici all'autonomia ed al miglioramento delle capacità espressive e relazionali.
- Introdurre metodologie relazionali sul modello delle artiterapie in diverse branche della medicina.
- Conoscere gli elementi antropologici relativi ai trattamenti.
- Presentare l'esperienza di un setting di arte terapia specifico tramite esibizione del gruppo "musica in cammino".

Indicatori
- Aumento delle conoscenze nell'ambito degli interventi in particolare nella salute mentale e in generale in medicina tramite arti terapie, valutabili attraverso un questionario a risposte multiple somministrato al termine della giornata formativa.
- Somministrazione questionario di gradimento e di valutazione dell'impatto formativo del seminario.

METODOLOGIA

Lezioni frontali con dimostrazioni pratiche

RISULTATI ATTESI

Rilevanza
Sebbene nate nell'ambito della salute mentale, le arti terapie stanno oggi sviluppandosi anche in altre aree della medicina introducendo nuove modalità di relazione nei percorsi di cura. Riprendersi dalla malattia, trovare la motivazione a combatterla, sono strumenti preziosi per il conseguimento della guarigione intesa come il raggiungimento di un equilibrio tra capacità della persona e supporto ambientale che non può essere generalizzato e standardizzato ma declinato sulla persona e il suo contesto.
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.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Individuazione del Comitato Scientifico	Coordinatori del progetto	1 giorno
2	Riunione Comitato Scientifico per elaborare la prima bozza del programma	Coordinatori del progetto e componenti Comitato Scientifico	2 giorni

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
3	Individuazione relatori	Coordinatori del progetto e componenti Comitato Scientifico	1 giorno
4	Stesura del programma definitivo	Coordinatori del progetto e componenti Comitato Scientifico	1 giorno
5	Riunione del Comitato Scientifico per confrontare gli abstract ed integrare le relazioni	Coordinatori del progetto e componenti Comitato Scientifico	1 giorno
6	Realizzazione dell'evento	Tutti i relatori	1 giorno

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Marzo 2017	Aprile 2017	Maggio 2017	Giugno 2017	Luglio 2017	Ottobre 2017
Fase 1						
Fase 2						
Fase 3						
Fase 4						
Fase 5						
Fase 6						

BIBLIOGRAFIA

1. Burton R.: The Anatomy of Melancholy, parte II, 1621; tr.it. dell'Introduzione: Anatomia della malinconia, a cura di J. Starobinski, Marsilio, Venezia, 1988.
2. Caterina R. Che cosa sono le arti terapie, Carocci, Bologna, 2010.
3. Cross I. The meanings of musical meanings (Comment) in: Physics of Life Reviews 8(2): 116-119.
4. Dörner K. Il borghese e il folle: storia sociale della psichiatria, Laterza, Bari 1975.
5. Ficino M. Opera Omnia, 2 vol. Basiliae, 1576, vol. I, cap. XXVIII, p. 1453.
6. Foucault M: Storia della follia nell'età classica; tr.it. Rizzoli, Milano, 1963.
7. Koelsch S. Brain and music, Wiley, London, 2013.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

LA LINGUA DEI SEGNI

COORDINATORE PROGETTO
C. Sideri

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.17.5

1. TITOLO PROGETTO

La comunicazione è nelle nostre mani: l'infermiere e la lingua dei segni

Communication is in our hands: nurses and the sign language

ABSTRACT

Attraverso l'udito l'essere umano assorbe i valori della cultura, riceve informazioni, messaggi emotivi, stabilisce rapporti sociali e ha a disposizione un importante strumento per il proprio sviluppo intellettuale. Il termine "**sordità**" identifica una perdita di funzionalità importante, che comporta, molto spesso, problemi nello sviluppo del linguaggio, difficoltà nelle relazioni sociali e un certo grado di problematicità nelle attività di tutti i giorni, specie in quelle che rientrano nella sfera comunicativa. Il progetto è finalizzato alla sensibilizzazione degli infermieri riguardo la sordità come fenomeno sociale, alla lingua dei segni e all'adozione di tecniche comunicative adeguate, in grado di semplificare e al tempo stesso migliorare il processo di nursing che coinvolge i pazienti sordi.

Parole chiave:.Sordità, comunicazione, lingua dei segni, relazione, infermiere

ABSTRACT

Through the hearing the persons absorbe the values of culture, receive information, emotional messages, establish relationships and develop their intellectual capital. The word "deafness" identify a critical loss that often implies problems in the development of the language, difficulties in social relations and in communication daily activities. This project aims to sensitise nurses regarding deafness as a social phenomenon. The ultimate aim is to improve the nursing plan for deaf persons.

Keywords: Deafness, communication, sign language, relationship, nurse

BACKGROUND

La L.I.S., ovvero la Lingua dei Segni Italiana, è il mezzo di comunicazione che usano abitualmente le persone Sorde, sfruttando, non il canale acustico- vocale, ma il visivo – gestuale. Viene considerata una lingua a tutti gli effetti in quanto possiede una grammatica e sintassi proprie. Infatti, i segni usati dalle persone sorde, non sono semplicemente una sequenza di gesti illogici, ma appartengono ad un registro linguistico vero e proprio,con delle regole precise, riconosciuto dal parlamento europeo nel 1988. Il primo passo per introdurre le persone udenti a una lingua visivo - gestuale, come la LIS, consiste nella stimolazione dell'uso della vista, delle mani e dell'intero corpo per comunicare.
Attraverso la conoscenza della comunità Sorda e specificatamente dei bisogni comunicativo- assistenziali del paziente Sordo e l'apprendimento base della LIS, gli infermieri potranno rappresentare una figura professionale in grado di erogare lo stesso tipo di accoglienza e assistenza sanitaria alle persone sorde, in ambito ospedaliero e direttamente nel territorio. I partecipanti al corso acquisiranno le conoscenze base della LIS, sia teoriche, che pratiche, e approfondiranno lo studio della terminologia e dei contesti socio-sanitari con l'ausilio di dialoghi tipo (es. paziente sordo-infermiere insegnante). Il lavoro verterà sull'acquisizione di termini specifici del campo sanitario : parti anatomiche, sintomatologia del paziente, termini propriamente

sanitari. I partecipanti al termine del corso, dovranno conoscere il lessico e la grammatica della LIS, produrre brevi dialoghi, affinare la proprie capacità comunicative e possedere sufficientemente la terminologia ospedaliera. Infine riconoscere i bisogni assistenziali delle persone ipoacusiche e saper adottare strategie comunicative efficaci.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
I partecipanti al termine del corso, dovranno conoscere il mondo della Sordità, relative comunità e cultura e principi generali e grammaticali della LIS, nonché saper riconoscere bisogni assistenziali e comunicativi delle persone sorde e adottare strategie comunicative valide. Affinare quindi la proprie capacità comunicative e relazionali.

Obiettivi specifici
Conoscere alcuni segni base della LIS, tra cui termini propriamente ospedalieri. Saper gestire una persona Sorda, in diversi contesti sanitari, attraverso l'utilizzo di conoscenze e tecniche appropriate. Sapersi relazionare in modo efficace con la figura professionale dell'interprete LIS.

METODOLOGIA

Il corso si svolgerà mediante lezioni frontali (docente-studenti), per lo studio dell'espressione e del linguaggio corporeo nonché per sfruttare al massivo il canale visivo. Per la comprensione e la produzione verranno utilizzati: slide, filmati, dialoghi, dispense.
Il programma didattico è mirato allo sviluppo di quattro capacità linguistiche e comportamentali: la stimolazione della comunicazione visivo – gestuale; la discriminazione visiva e della memoria ; la comprensione e produzione di frasi con elementi spaziali e sequenziali; l'acquisizione di comportamenti volti ad un'assistenza qualitativamente più elevata. Sono inoltre previste esercitazioni pratiche con docenti madre lingua.

RISULTATI ATTESI

I risultati attesi vertono su una maggiore integrazione tra pazienti Sordi e personale sanitario, nonché un'approfondita conoscenza della realtà sociale e sanitaria dei Sordi in Italia. Infermieri più sensibili circa l'accoglienza del paziente Sordo e preparati riguardo la Sordità, vista non solo come patologia, ma come condizione sociale. Professionisti competenti circa la gestione del paziente Sordo, i suoi bisogni assistenziali-comunicativi e relative strategie di relazione, cosi da creare una figura sanitaria di supporto e riferimento a questa tipologia di pazienti sia direttamente sul territorio, sia presso la struttura dove prestano servizio.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Definizione del programma del corso ed individuazione dei relatori/sostituti	Coordinatrice del progetto e Responsabile del Polo	1 giorno
2	Incontro con i relatori/sostituti	Coordinatrice del progetto e Responsabile del Polo	1 giorno
3	Definizione del numero dei partecipanti e dei criteri di arruolamento	Coordinatrice del progetto e Responsabile del Polo	1 giorno
4	Accreditamento ECM	Segreteria ECM dell'OPI di Roma	1 giorno
5	Realizzazione dell'evento formativo	Relatori, segretria ECM e sede OPI Roma	2 giorni
6	Redazione del report e pubblicazione sul portale del CECRI	Coordinatrice del progetto	15 giorni

DIAGRAMMA GANTT

	Gennaio 2017	Febbraio 2017	Marzo 2017	Aprile 2017	Maggio 2017	Giugno 2017
Fase 1						
Fase 2						
Fase 3						
Fase 4						
Fase 5						
Fase 6						

BIBLIOGRAFIA

1. Aragão, J. S., IMO, M., & Coura, A. (2014). Access and communication of deaf adults: a voice silenced in health services. Journal of Reserch fundamental Care online , 1-7.
2. Associazione, Lislandia. (2007). Sordi con la "S" maiuscola: alla base della fiducia c'è la comunicazione. Dalla parte dell'infermiere , 42-43.
3. Burul, F., & Camilloni, A. (2011). Empatia e comunicazione: azione terapeutica e relazione d'aiuto. Infermiere Oggi , 36-39
4. Cappanera, M. (2012). Oltre il silenzio. Roma: Casa editrice Aracne editrice.
5. Cappell, M. S. (2009). The importance of Nonverbal Communication and Estabilishing patient rapport and trust. American Annals of the Deaf , 274-276.
6. Cardoso, A. H., Rodrigues, K. G., & Bachion, M. M. (2006). Perceptiòn de la persona con sordera severa y/o profunda acerca del proceso de comunicatiòn durante su atenciòn de salud. Rev Latino-am Erfermagem , 553-559.
7. Holmstrom, I., & Bagga-Gupta, S. (2013). Tecnologies at work: a sociohistorical analysis of human identity and communication. Deafness & Education international , 2-28.
8. Horne, N., & Pennington, J. (2010). The role of th Nurse Specialist in the highly specialized field of Mental Health and Deafness. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing , 355-358.
9. Jackson, M. (2011). Deafness and antenatal care: understanding issues with access. British Journal of Midwifery , 280-286.
10. McKee, M. (2011). Impact of Communication on Preventive Services Among Deaf American Sign Language Users. America Jounal of Preventive Medicine , 75-79.
11. Richardson, K. J. (2014). Deaf culture: competencies and best practices. Nurse Practice , 20-28
12. Thew, D., Smith, S., Chang, C., & Starr, M. (2012). The Deaf strong hospital program: a model of diversity and inclusion training for first-year medical students. New York: National Istitute of Health .
13. Trigueiro, F., Gòes da Silva, J., & Freitas, F. F. (2013). Perception of nursing students of the communication with people with visual and hearing disabilities. Journal of Nursing , 747-754.

Stampato da Gemmagraf 2007 Srl
Via Tor De' Schiavi 227, 00171 Roma
www.gemmagraf.it

ISBN 978 88 65 45 03 14