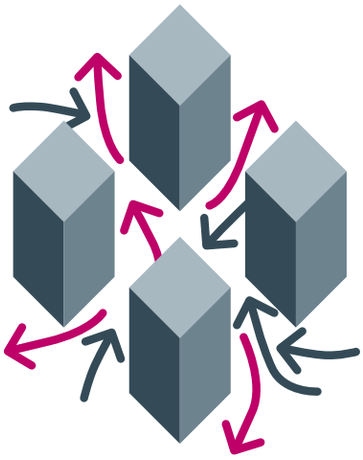
Collegio Ipasvi di Roma

Centro di Eccellenza per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica

SCIENTIFIC ANNUAL REPORT

2015



INDICE

POLO PER L'ISTRUZIONE

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

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

1.15.3 DA PANACEA A IGEA: "IL POTERE DELLA RELAZIONE DI AIUTO". STRUMENTI RELAZIONALI E PROFESSIONE INFERMIERISTICA p. 17

1.15.4 ETICA, DEONTOLOGIA, ASPETTI GIURIDICO-PROFESSIONALI ED ORGANIZZATIVI p. 21

1.15.5 PERCEZIONE E CONOSCENZE DELL'ESERCIZIO LIBERO PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE NEL PERCORSO FORMATIVO DI BASE: UN'INDAGINE CONOSCITIVA SUGLI STUDENTI DEL TERZO ANNO DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA DELLA REGIONE LAZIO p. 24

1.15.6 GOVERNANCE CLINICA, LA SICUREZZA DEI MALATI, DEI PROFESSIONISTI E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: METODI DI ANALISI p. 28

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

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

POLO PER LA RICERCA

2.15.1 "MI PRENDO CURA DI ME". LE ESPERIENZE DI SELF-CARE DELLE PERSONE AFFETTE DA BPCO p. 42

2.15.2 LA DIGNITÀ PROFESSIONALE INFERMIERISTICA NEGLI OSPEDALI MAGNET E IN QUELLI NON MAGNET. L'ATTUAZIONE DEL MODELLO MAGNET IN ITALIA p. 48

2.15.3 SALUTE ORGANIZZATIVA E INFERMIERI: UNO STUDIO A LIVELLO MULTICENTRICO ITALIANO p. 54

2.15.4 SELF-CARE E CONTRIBUTO AL SELF-CARE NELLO SCOMPENSO CARDIACO: STUDIO CON METODO MISTO SU PAZIENTI E SUI CAREGIVER p. 59

2.15.5 ANALISI DELLA PERCEZIONE DEGLI INFERMIERI RISPETTO UTILITÀ E UTILIZZO DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA p. 64

2.15.6 ANALIZZARE L'IMPATTO DEL CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA (CECRI) SUL CAMBIAMENTO CULTURALE DELL'INFERMIERISTICA: UN'INDAGINE NAZIONALE p. 71

2.15.7 ERRORI DI TERAPIA A DOMICILIO NEI BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA: STUDIO OSSERVAZIONALE E SVILUPPO DI STRATEGIE PREVENTIVE p. 74

2.15.8 UTILIZZO DEL NURSING MINIMUM DATA SET DEL PAI PER DESCRIVERE L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA E VALUTARNE IL SUO IMPATTO p. 81

2.15.9 SODIO BICARBONATO PER RIPRISTINARE LA PERVIETÀ DEL LUME DEL CATETERE VENOSO CENTRALE IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA: STUDIO RETROSPETTIVO p. 87

2.15.10 STILI DI VITA, SALUTE E BENESSERE DEGLI INFERMIERI E DEGLI STUDENTI INFERMIERI ITALIANI p. 91

2.15.11 SELF-CARE E QUALITÀ DI VITA NEGLI ANZIANI CON MALATTIE CRONICHE p. 98

2.15.12 EFFETTO DELL' INTERVENTO EDUCATIVO MIRATO PER MIGLIORARE IL SELF-CARE MAINTENANCE E QUALITÀ DI VITA NELLE DONNE IN POSTMENOPAUSA p. 103

2.15.13 VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DEL SSN DI RISPONDERE ALLE RICHIESTE DI PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME EXTRAISTITUZIONALE DEL CITTADINO E PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE ESEGUITE DA PARTE DEL LIBERO PROFESSIONISTA INFERMIERE IN BASE ALLA COMPLESSITÀ DI CURE RICHIESTE p. 108

2.15.14 SVILUPPO E VALIDAZIONE DI UN QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA PERCEZIONE DELLA DIPENDENZA DALL'ASSISTENZA IN PAZIENTI ONCOLOGIC p. 112

2.15.15 L'IMPATTO DEL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO SULLA QUALITÀ DI VITA. STUDIO MULTICENTRICO SUI CENTRI DI TERAPIA DEL DOLORE DELLA RETE DEL COMUNE DI ROMA p. 119

2.15.16 PATIENT CENTRE CARE: IL VISSUTO DELLA PERSONA CON PATOLOGIA RESPIRATORIA CRONICA p. 126

2.15.17 ASSISTENZA CENTRATA SULLA FAMIGLIA IN NEONATOLOGIA E SODDISFAZIONE DEI GENITORI, NUOVI METODI PER LA VALUTAZIONE NEL TEMPO p. 131

2.15.18 APPRENDERE DAGLI ERRORI: UNO STUDIO SULL'ERROR MANAGEMENT NEL CONTESTO INFERMIERISTICO p. 141

2.15.19 LA FRAGILITÀ COME DETERMINANTE DELL'USO DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI p. 148

2.15.20 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. 152

POLO PER LA FORMAZIONE

3.15.1 FORMAZIONE BLENDED PER L'INFERMIERISTICA p. 159

3.15.2 CORSO ITINERANTE: L'INFERMIERE E LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NEL MONDO DELL'INFORMAZIONE DIGITALE p. 164

3.15.3 CORSO DI INGLESE SCIENTIFICO PER IL NURSING 3 LIVELLI: BASE – PRE-INTERMEDIO – INTERMEDIO p. 167

3.15.4 PARLARE E COMPRENDERE L'INGLESE CONTEMPORANEO (3 LIVELLI) p. 170

3.15.5 SERVIZIO DI CONSULENZA PER LA RICERCA INFERMIERISTICA p. 173

POLO PER LA PRATICA CLINICA

4.15.1 MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE ATTRAVERSO LA FORMAZIONE DI INFERMIERI CLINICI ESPERTI IN EVIDENCE BASED PRACTICE p. 177

4.15.2 EBP E PRATICA CLINICA: FANTASIA O REALTÀ? p. 181

4.15.3 IL PROCESSO INFERMIERISTICO NELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AFFETTO DA SCOMPENSO CARDIACO DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO: OPPORTUNITÀ NELLA REGIONE LAZIO p. 184

4.15.4 LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE NELLA GESTIONE DELLE MAXI-EMERGENZE IN SANITÀ. REALTÀ CIVILE E MILITARE A CONFRONTO p. 188

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

Presentazione del VI 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 politica sanitaria nazionale e 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 nei contesti accademici. In tale ottica, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) del Collegio Ipasvi di Roma mira a rafforzare le conquiste ottenute dalla professione infermieristica stessa anche in contesti ambientali difficili, sia per la situazione economica globale che per la recrudescenza di alcune forme di regressione che mirano al non riconoscimento epistemologico o alla subalternità scientifica e pratica. Nel 2015 sono stati avviati ed approvati ben 38 progetti di ricerca e formazione con un importante coinvolgimento da parte della componente professionale infermieristica e di centri di ricerca universitari italiani e stranieri.
Con questo VI Annual Report di fine 2015 il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI), vista l'esperienza maturata, aspira ad essere un punto di riferimento importante per l`intera professione infermieristica italiana, europea ed internazionale.
È, quindi, con grande orgoglio che, attraverso questa pubblicazione, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio IPASVI di Roma mette a disposizione di tutti i colleghi gli studi presentati ed approvati nel 2015, certa di contribuire così allo sviluppo del sapere scientifico e della buona pratica assistenziale/organizzativa ed educativa. La pubblicazione di questo Annual Scientific Report registra lo stato dei progetti del 2015.

Il Presidente del Collegio Ipasvi di Roma
Ausilia Pulimeno

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

VALUTAZIONE DEL CORE COMPETENCE INFERMIERISTICO

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

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.15.1

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, oggi riveste 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 e nel nostro caso la professione 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, si è cominciato a guardare con sempre maggiore interesse ai sistemi di formazione e d'istruzione. I due punti cardine di questo processo, riguardano: l'adozione di un sistema di titoli accademici, fondato su cicli o livelli formativi, facilmente comprensibili e comparabili all'interno della Comunità Europea. Alla luce di queste considerazioni i problemi che sono stati individuati sulla formazione accademica infermieristica in Italia, sono legati alla fatto che non esiste un'unica definizione univoca di competenza core infermieristica e quale sia il bagaglio formativo reale che i neo laureati hanno al momento dell'esame di abilitazione, perché ciò è condizionato a tutt'oggi fortemente dalla diversificazione dei programmi e delle metodologie didattiche 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, atto alla sintonizzazione dei percorsi certificativi e dei titoli rilasciati dalle diverse università Italiane, 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, the educational systems have aroused increasing interest. The two key points in this process regard: the adoption of a system of academic titles based on educational cycles or levels, which can be easily understood and compared across the European community. In the light of these considerations, the issues around academic nursing education in Italy are linked to the fact that there is no common definition for nursing core competence, and to what newly graduated nurses are supposed to know for their state board examination, because this is still strongly influenced by the diverse curricula and teaching methods currently adopted by the various Italian universities, as well as by the healthcare settings where students nurses do their apprenticeship and are evaluated. The aim of this study is to develop an experimental model to define what is 'a nursing core competence' that will allow to harmonise the education provided and titles issued by the various Italian universities, in line with the directives of the European Community.

BACKGROUND

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

Il XXI sta portando, rispetto ad altri periodi, 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. Nel 1995 con la pubblicazione 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 del 1997, *"Per un'Europa della conoscenza"* si sono cominciate 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 e nel nostro caso la professione infermieristica, impegnata, adesso, in una profonda riflessione sulla professionalità dell'infermiere moderno e sulle competenze che deve possedere[7, 8].
In questo panorama, il mondo accademico è chiamato in causa a pieno titolo nell'avviare in 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]. *I due punti cardine di questo processo, riguardano: l'adozione di un sistema di titoli accademici che sia fondato su cicli o livelli 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] .
La necessità, inoltre, 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 quel processo di armonizzazione e sintonizzazione delle finalità formative che è stato intrapreso con la riforma internazionale degli istituti di istruzione già nel 1999 con il Processo di Bologna[12].
Tale Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore si basa su un accordo intergovernativo di collaborazione, formalmente sottoscritto nella Conferenza Interministeriale del marzo 2010, che ha ampliato il numero dei 29 Paesi firmatari originari del Processo di Bologna portandoli a 47.
Le finalità espresse nel Processo di Bologna, 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, in concreto, 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[19] 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 [17]. 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].
Alla luce di queste considerazioni i problemi che sono stati individuati sulla formazione accademica infermieristica in Italia, sono legati alla fatto che non esiste un'unica definizione univoca di competenza core infermieristica e quale sia il bagaglio formativo reale che i neo laureati hanno al momento dell'esame di abilitazione, perché ciò è condizionato a tutt'oggi dalla diversificazione dei programmi e delle metodologie didattiche in uso nei diversi Atenei italiani e dall'ambiente sanitario in cui la pratica professionale viene esperita 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, atto alla sintonizzazione dei percorsi certificativi e dei titoli rilasciati dalle diverse Università Italiane, in linea con le Direttive emanate dalla Comunità Europea [9, 18]. Inserendosi nella discussione aperta a vari livelli istituzionali sui diversi profili di competenza infermieristica e alla luce della norma di riordino dei piani di studio, secondo indirizzo comunitario (270/04)[27, 34]. Fornendo, inoltre, un modello per la valutazione del risultato finale della formazione accademica (esame di abilitazione professionale) dei neo laureati in infermieristica in Italia.

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 6 fasi e complessivamente 6 studi. 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 (nor-

ma 270/04), confrontando la loro sintonizzazione con gli indirizzi e il quadro delle competenze core della Comunità Europea.
d) Report del lavoro svolto.

Fase 2

a) Validazione linguistico culturale del questionario sulle competenze specifiche infermieristiche sviluppate nell'ambito del Progetto Tuning della Comunità Europea.
b) Studio qualitativo attraverso il consenso tra pari (esperti in ambito formativo Infermieristico, rappresentanti dei 4 poli universitari della regione Lazio).
c) Studio quantitativo attraverso la somministrazione del questionario validato linguisticamente alla popolazione di docenti del CL in infermieristica della Regione Lazio.
d) Report del lavoro svolto con una prima pubblicazione in ambito nazionale.

Fase 3

a) Studio descrittivo volto all'analisi delle sincronie e delle divergenze concettuali sulle competenze core, attraverso un'indagine su un campione rappresentativo dei docenti universitari del settore disciplinare in Infermieristica italiani (MED/45), nelle 4 Università presenti nella Regione Lazio.
b) Revisione e analisi testuale e descrittiva dei nuovi ordinamenti e piani di studio (270/04 secondo indirizzo comunitario), andando ad individuare i punti di convergenza e di difformità con le indicazioni europee.
c) Sviluppo di un report dei risultati con elaborazione di una pubblicazione internazionale del lavoro svolto.

Fase 4

a) Indagine descrittiva sulle diverse modalità di esame di abilitazione professionale attualmente in utilizzo presso i CdL triennali in Infermieristica delle Università laziali, attraverso lo sviluppo di una scheda di lettura e raccolta dati da somministrare ai rappresentanti professionali del Collegio IPASVI di Roma ai diversi esami di abilitazione.
b) Scelta del modello teorico di valutazione delle competenze.
c) Sviluppo del modello e delle linee d'indirizzo per la valutazione delle competenze specifiche/core infermieristiche per l'esame di abilitazione finale.

Fase 5

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

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 della ricerca potrebbe, inoltre concentrarsi sulla realizzazione di un Dizionario delle competenze, contenenti skills e abilità specifiche, da gestire all'interno di una piattaforma elettronica, che divenga un luogo interattivo, espandibile e dinamico, dove tutti i professionisti infermieri possono collegarsi per riconoscersi e sviluppare il proprio "*Portfolio di competenze professionali*".

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Somministrazione *Tuning Nursing Educational* a docenti,professionisti della formazione e stakeholders	Team di Progetto	2015
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	2015-2016
Validazione e implementazione dello strumento di valutazione delle competenze (griglia) presso le Università rappresentative del territorio nazionale (sud-centro-nord)	Team di progetto	2016-2017
Costruzione della banca dati con la gamma di competenze rilevate attraverso la griglia di valutazione delle competenze.	Team di progetto	2018

DIAGRAMMA GANTT

ATTIVITÀ	2015	2016	2017	2018
Somministrazione T*uning Nursing Educational* a docenti, professionisti della formazione e stakeholders				
Ampliamento dello strumento di valutazione delle competenze (griglia) e consultazione con il contesto accademico e professionale per giungere ad una visione condivisa degli specifici risultati da valutare nei neolaureati				
Validazione e implementazione dello strumento di valutazione delle competenze (griglia) presso le Università rappresentative del territorio nazionale (sud-centro-nord)				
Costruzione della banca dati con la gamma di competenze rilevate attraverso la griglia di valutazione delle competenze.				

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.1.15.2

TITOLO PROGETTO

Gli stakeholders nella formazione universitaria: ruolo e coinvolgimento nei corsi di laurea in infermieristica
Stakeholders in academic education: Their role and involvement in the Nursing Degree Courses

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 the literature there is an open debate over the need to involve all stakeholders when designing the curricula in order to improve the external effectiveness of the Degree Courses. In Italy, the involvement of stakeholders in designing university courses is regulated by various laws. This also involves nursing education, which starting from the Bologna Process, has undergone a process of thorough reform.
Several studies report that universities involve stakeholders only very superficially and do not clarify whether their involvement has improved the external effectiveness of the Degree Courses.
Therefore, it would be necessary to encourage new surveys and monitor their 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*"[1]. L'approccio *Tuning* consiste in una metodologia per progettare, attivare e *valutare* i corsi di studio ponendo particolare attenzione ai risultati di apprendimento (*learning outcomes*) [2] e alle competenze attese (*competences*)[3, 4] in forte connessione con le esigenze del mercato del lavoro e quindi dell'occupabilità. Nella metodologia Tuning il ruolo degli stakeholders (*portatori d'interesse*) è strategico in quanto essi contribuiscono a definire, in ciascuna area disciplinare, quali competenze generali e specifiche debbano essere enfatizzate e fino a che punto.
In letteratura, oltre l'esperienza Tuning, è possibile esaminare numerose esperienze riguardo la necessità di coinvolgere le parti interessate (*stakeholders*) nella costruzione dei curricula in modo da migliorare l'efficacia dei corsi di Laurea in infermieristica. Alcune università, hanno sperimentato con successo un modello di costruzione curriculare bottom-up (*Home-base Model*)[5] prevedendo il coinvolgimento attivo di studenti, docenti universitari e community-stakeholders. Altre università hanno messo in luce come la consultazione nel processo di costruzione curriculare migliori la soddisfazione delle parti interessate e permetta lo sviluppo, attraverso una strategia innovativa, di un curriculum maggiormente rispondente ai bisogni emergenti nella società, anche in riferimento alle minoranze etniche presenti nel territorio[6] 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[7].

Considerando la formazione universitaria un vero e proprio servizio, essa deve essere costantemente soggetta ad un processo di controllo qualità. In questa prospettiva, migliorando il servizio (la formazione) erogato dalle università, si migliora la qualità e la soddisfazione del professionista formato (l'infermiere) con ricadute positive anche rispetto alle aspettative di ulteriori *stakeholders* (aziende che assumono, pazienti che ricevono cure)[8]. Inoltre, migliorando il servizio, le Università aumentano l'attrattività: gli studenti, infatti, avendo possibilità di scelta, agiscono come clienti in un mercato in cui le Università sono in competizione tra loro e ricorrono a tecniche di marketing per attrarre nuovi studenti. In questo scenario, la progettazione e la valutazione del percorso di studio devono prioritariamente prevedere il coinvolgimento di *stakeholders* per determinarne il successo[8].
Analizzando la consultazione degli *stakeholders* per quanto riguarda la formazione infermieristica Italiana, non si distinguono esperienze particolarmente significative. L'unica esperienza è descritta nell'ambito del Progetto Campus[9], che prevedeva la costituzione di un "Comitato d'indirizzo".

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Individuare e definire un nuovo modello di "*coinvolgimento degli stakeholders*" (*stakeholders engagement*) riferendosi a realtà dove lo *stakeholders engagement* nella formazione infermieristica appare prerogativa essenziale.
Implementare il nuovo modello di *stakeholders engagement* presso un corso di laurea in infermieristica di un' università Italiana.
Monitorare gli esiti dello *stakeholders engagement*. In particolare, valutare se la corrispondenza tra l'efficacia interna della formazione (intesa come raggiungimento delle conoscenze e delle capacità attese dai docenti e dagli studenti) ed esterna (intesa come corrispondenza tra la figura professionale "formata" e quella "richiesta" dal mondo del lavoro) migliori.

METODOLOGIA

Per individuare e definire il nuovo modello di *stakeholders engagement* nella formazione infermieristica si utilizzeranno:

- Survey presso i direttori dei corsi di Laurea in infermieristica delle università italiane per conoscere le modalità dello *stakeholders engagement* nella realtà italiana.
- Revisione della letteratura sulle principali banche dati (Scopus, Cinahl, OvidSP) per definire le modalità dello *stakeholders engagement* nella realtà internazionale.
- Definizione di un modello di *stakeholders engagement* attraverso una sintesi delle più importanti esperienze internazionali e nazionali, ponendo attenzione alla identificazione di tutti gli stakeholders, agli interessi perseguiti e alle modalità di coinvolgimento.
- Validazione e consenso rispetto al modello di *stakeholders engagement* attraverso "*Delphy Technique*" (7).
- Implementazione dello *stakeholders engagement* presso un corso di Laurea in Infermieristica di un'università Italiana.
- Monitoraggio degli esiti.

Strumenti

- Questionario predisposto *ad hoc* per condurre la *survey*.
- Banche dati per condurre la revisione sistematica sull'argomento.
- Questionari predisposti *ad hoc* per condurre la validazione del modello attraverso "Delphy Technique".

Analisi statistica condotta attraverso *software* statistici (SPSS)

RISULTATI ATTESI

- Definizione di un modello di stakeholders condiviso e validato dalle parti interessate.
- Maggiore corrispondenza tra efficacia esterna ed interna del corso di Laurea in Infermieristica presso cui il modello è sperimentalmente implementato.
- Maggiore occupabilità (rispetto alla media nazionale) dei laureati presso il corso di Laurea in Infermieristica presso cui il modello è sperimentalmente implementato.
- Grado di soddisfazione degli *stakeholders* coinvolti.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo (anche attraverso lettura di documenti) e revisione della letteratura	Coordinatori	01/01/2015 -31/03/2015
Elaborazione strumenti di indagine per la *survey*	Project manager e coordinatori e project team	01/04/2015 – 30/04/2015
Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	30/04/2015 -31/05/2015
Elaborazioni statistiche	Coordinatori e project team	01/06/2015 – 31/06/2015
Definizione del modello di *stakeholders engagement*	Coordinatori e project team	31/06/2015 – 31/08/2015
Delphy Technique per consenso e validazione del modello di *stakeholders engagement*	Project manager Coordinatori e project team	31/08/2015 – 30/09/2015
Implementazione del modello	Project manager Coordinatori e project team	01/10/2015 - 1/10/2016
Monitoraggio degli esiti	Project manager Coordinatori e project team	1/10/2016 - 31/03/2017
Stesura report di ricerca, Pubblicazione finale, Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	31/12/2017

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
Analisi di sfondo (anche attraverso lettura di documenti) e revisione della letteratura														
Elaborazione strumenti di indagine per la *survey*														
Somministrazione questionari														
Elaborazioni statistiche														
Definizione del modello di *stakeholders engagement*														
Delphy Technique per consenso e validazione del modello di *stakeholders engagement*														

Implementazione del modello														
Monitoraggio degli esiti														
Stesura report di ricerca, Pubblicazione finale, Chiusura progetto														

BIBLIOGRAFIA

1. De Marinis M.G., Pulimeno A., Marchetti A., Venturini G. (2013). Costruzione di un modello per la valutazione delle competenze infermieristiche nell'esame di abilitazione professionale. Gemmagraf, Roma.
2. Glennon C.D. (2005). Reconceptualizing program outcome. Faculty Forum. 45 (2).
3. Gonzalez J., Wagenaar R. (2005). Tuning Educational Structures in Europe II, Publicaciones de la Universidad de Deusto, Bilbao. Traduzione italiana reperibile presso: http://tuning.unideusto.org/tuningeu- Consultato il 01/01/2014
4. Loknoff J., Wegewijs B., Durkin K., Wagenaar R., Gonzales J., Isaacs A.K. et al. (2010). 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.
5. Olinzock B.J., Kruger B.J., Wilburn S.T., Wilburn K.T., Roush C. (2009). Building a baccalaureate community nursing curriculum using a participatory evaluation approach. The Health Care Manager. 28 (1): 58-64.
6. Keogh J.J., Fourie W.J., Watson S., Gay H. (2010). Involving the stakeholders in the curriculum process: A recipe for success? Nurse Education Today. 30: 37-43
7. Marshall A.P., Currey J., Aitken L. M., Elliott D.. (2007). Key stakeholders' expectations of educational outcomes from Australian critical care nursing courses: A Delphi study. Australian Critical Care, 20: 89-99.
8. Roberts P., Priest H. (2007). Education: improving quality through service enhancement. Nursing Standard. 21(18):42-4
9. Fondazione CRUI, L'evoluzione nei rapporti tra università, territorio e mondo del lavoro in Italia: un riepilogo delle principali trasformazioni degli ultimi venti anni, Aprile 2012. Reperibile presso: www.fondazionecrui.it. Consultato il 01/01/2014.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

STRUMENTI PSICO-RELAZIONALI PER L'INFERMIERISTICA

COORDINATORE PROGETTO
F. Musti

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.15.3

TITOLO PROGETTO

Da Panacea a Igea: "il potere della relazione di aiuto". Strumenti relazionali e professione infermieristica
From Panacea to Hygieia: "the power of the helpful relationship". Relational tools and nursing

ABSTRACT

La consapevolezza di sè e della proprie modalità comunicative riesce a valorizzare le enormi possibilità presenti dentro le relazioni umane, consentendo alle persone di collaborare, raggiungere obiettivi, esprimere richieste, negoziare più facilmente anche in situazioni non ottimali, nel rispetto della personalità di ciascuno. Spesso le relazioni fra persone sono compromesse, non tanto dai contenuti della comunicazione, quanto dalle modalità comunicative utilizzate. Segnali di ambiguità, tensione, incongruenza, noncuranza sono altrettanti "sabotaggi" inconsapevoli ad una comunicazione corretta e quindi al raggiungimento di obiettivi condivisi. Nel caso delle persone che svolgono il servizio infermieristico la relazione con l'altro: paziente, collega, superiore o subordinato assume una valenza che va oltre il concetto di efficienza del servizio per arrivare ad incidere, come afferma gran parte della letteratura specializzata, sull'efficacia terapeutica.
Attraverso il modello di riferimento Sistemico Relazionale - Simbolico – Esperenziale, fondato sull'incontro tra osservatore e oggetto osservato (secondo le teorizzazioni della II cibernetica), il progetto intende focalizzare la propria attenzione sul potere "*della relazione di aiuto*". Secondo tale modello epistemologico, la relazione è intesa come un insieme di azioni comunicative ricorsive di tipo circolare che implicano anche la presenza di un mondo interno, di una soggettività, non solo legata a ogni singolo membro coinvolto nella relazione, ma anche legata al mondo di chi diventa l'osservatore di quel particolare contesto. La potenza "*della relazione di aiuto*", in questo senso, acquista significato mediante l'incontro interattivo, quale processo di conoscenza in divenire, legato tanto al mondo interno di chi osserva tanto di chi è osservato.

ABSTRACT

Self-awareness and the awareness of one's own way of communicating allows to enhance the enormous potential found in human relationships, thus allowing people to collaborate, achieve aims, make requests and negotiate in a much easier way even when situations are difficult, and in the respect of everyone's personality. Often relationships among people are compromised not so much by the contents of the communication itself, but rather by the way communication takes place. Signs of ambiguity, tension, inconsistency, and carelessness can also be considered as unintentional 'sabotages' of correct communication, and therefore also for the achievement of common objectives. In the case of nurses, relationships with other people such as patients, colleagues, superiors or subordinates have a value that goes beyond the concept of service efficiency because they influence the also the effectiveness of treatment, as confirmed by a large body of literature. Through the Systemic Relational – Symbolic – Experiential model of reference, based on the encounter between observer and object observed (according to the second theory of cybernetics), the project focuses on the power of the so-called 'helpful relationship'. According to this epistemological model, the relationship is seen as a set of recurring communication actions, which also imply the presence of an internal world, of a sort of subjectivity, which is not just linked to every single member involved in the relationship, but also linked to the world of the observer of that particular context. The power of the helpful relationship in this way becomes meaningful through the interactive encounter, as an ongoing cognitive process, both linked to the internal world of the observer and of the person observed.

BACKGROUND

Dal confronto tra le esperienze maturate è indispensabile qualificare l'assistenza infermieristica e in particolare nel suo aspetto di relazione con la sofferenza e il "soffrire". Da recenti ricerche si è potuto osservare che l'eccessiva mole di lavoro, la burocratizzazione dei servizi, le remunerazioni inadeguate, l'imprecisa definizione dei ruoli, la sottoutilizzazione delle risorse esistenti, unita spesso a sensazioni di inutilità della propria attività lavorativa soprattutto nei reparti a maggior impatto emotivo quali le aree critiche, pediatria e oncologia, possano essere fonte della manifestazione di marcato disagio esistenziale. Tale situazione di disagio emotivo si realizza con fenomeni di perdita di sensibilità verso gli assistiti e i colleghi, ostilità, distacco, cinismo e successivamente sentimenti di inefficienza, frustrazione ed impotenza. Questo sentimento negativo verso di sé, verso il proprio lavoro porta l'infermiere o qualsiasi operatore sanitario a lavorare sempre peggio fino a precipitare in una completa mancanza di competenza e di valore. Associati ai fenomeni di disaffezione si presentano frequentemente anche sintomi psicosomatici, frequenti mal di testa, disturbi gastroenterici, vulnerabilità del sistema immunitario. Queste alterazioni emotive e fisiche di vario genere si riflettono ovviamente sulla relazione di aiuto professionale e sul benessere organizzativo. L'utenza ne risulta danneggiata, non si instaura, infatti, un rapporto di fiducia tra operatore e paziente ma una relazione frustrante, inefficace e nella stragrande maggioranza dei casi dannosa. A livello organizzativo si riscontra spesso rivalità accentuata nei confronti della struttura gerarchica e nei confronti dei colleghi. In particolare si registra un aumento delle assenze e un incremento della conflittualità all'interno delle equipe. A tal proposito si propone progetto dalle modalità innovative e originali che vuole promuovere il benessere degli operatori sanitari, il benessere dell'utenza e il miglioramento del clima psicosociale del servizio sanitario.
La consapevolezza di sé cambia i vissuti, le relazioni e i contesti. L'accettazione della malattia e spesso della propria inevitabile inutilità diventa, dentro al contesto ospedaliero, una vera rivoluzione culturale che riguarda le professioni sanitarie che mette in discussione gli operatori in quanto addetti alla "salvezza" della vita, e li riproietta nel ruolo di Igea, ovvero portatori di una relazione "salutare" in quanto rapporto "sano" tra esseri umani. Tale progetto vuole essere un percorso formativo che abbia come obiettivo principale, la riscoperta della cultura del "bene-essere", partendo dall'accettazione della sofferenza e dalla necessaria collaborazione tra colleghi, verso la creazione di una rete di sostegno umanizzante, competente nell' affrontare la sofferenza, orientata alla prevenzione dei disturbi e al miglioramento di sé quali esseri umani.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

- Favorire il benessere nella relazione paziente-infermiere orientata alla costruzione di un contesto lavorativo soddisfacente e al miglioramento della qualità del servizio erogato..

Obiettivi specifici

- *Benessere del personale*: miglioramento della qualità nella relazione operatore-paziente e aumento della soddisfazione lavorativa.
- *Incremento dell'autostima*, consapevolezza della propria scelta professionale e mantenimento della capacità di prendersi cura di sé.
- *Prevenzione a eventuali disposizioni ed atteggiamenti sintomatici* quali: disturbi psicosomatici, ansioso-depressivo, fenomeni di de-personalizzazione ecc..
- Favorire la differenziazione delle singole figure professionali e la *collaborazione del triangolo relazionale infermiere-medico-paziente.*
- Orientare a prediligere un lavoro di equipe che supporti il benessere degli operatori, che li orienti verso la costituzione di relazioni umanizzanti e il *miglioramento della qualità dei servizi erogati.* Da un contesto disfunzionale centrato sul profitto ci si dirige verso un sistema di relazioni centrato sul benessere del paziente e l'evoluzione dei servizi erogati.

Indicatori

- Riscontri e restituzioni nella parte esperienziale dei giochi di ruolo e della "scultura relazionale".
- È prevista una relazione clinica sul clima di gruppo e su eventuali criticità rilevate partecipazione al gruppo.
- Richiesta di continuità intervento.

METODOLOGIA

Il corso prevede degli incontri formativi secondo il modello di riferimento Sistemico Relazionale - Simbolico – Esperenziale mediante l'uso dei seguenti strumenti:

A. gruppo "esperienziale" di interazione e scambio sulla tematica del "burnout"e le dinamiche tipiche

di una "relazione di aiuto".

B. ***brainstorming,*** mediante il quale ogni partecipante condividerà la propria esperienza lavorativa riguardo determinate tematiche.

C. ***il role-playing***, cioè simulate dove ogni partecipante, interpretando il proprio ruolo nel contesto lavorativo, avrà l'opportunità di comprenderlo ed eventualmente modificarlo.

D. ***la scultura relazionale,*** vera e propria rappresentazione "teatrale" attraverso la quale osservare le dinamiche relazionali presenti nel proprio contesto lavorativo ed eventualmente trasformarle e arricchirle.

presentazione di stimoli audiovisivi con l'intento di soffermarsi su una tipologia di comunicazione efficace nel rispetto di sé e dell'altro all'interno del gruppo di lavoro

Il format di apprendimento, ai fini dell'efficacia formativa, prevede la costituzione di 2 gruppi didattici al mese da 18 fino ad un massimo di 20 partecipanti.

RISULTATI ATTESI

Rilevanza

- Restituzione da parte dei partecipanti in merito ad una maggiore consapevolezza dei propri strumenti relazionali.
- Individuazione delle difficoltà personali e capacità di attivazione delle proprie risorse per il miglioramento del clima relazionale

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Progettazione Corso	Dott.ssa T. Fiore Dott.ssa S. Giona Dr. F. Musti	2 mesi (dicembre – gennaio 2015)
Convenzione con il committente IPASVI	Comitato esecutivo Centro di Eccellenza	1 mese (febbraio 2015)
Pianificazione attività formativa	Centro di Eccellenza Polo 1 Segreteria ECM IPASVI Docenti	2 mesi (30 gg per ECM) gennaio – febbraio 2015
Svolgimento Evento formativo	Segreteria IPASVI Docenti	3 gg (24 ore formative) x3 Edizioni Marzo – Ottobre 2015
Revisione dei risultati	Docenti Comitato esecutivo Centro di Eccellenza	1 mese (dal termine dell'ED. 6) Novembre-Dicembre 2015

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Dic 2014	Gen 2015	Feb 2015	Mar 2015	Apr 2015	Mag 2015	Giu 2015	Lug 2015	Set 2015	Ott 2015	Nov 2015	Dic 2015
Progetazione corso	■	■										
Convenzione con IPASVI-CDE			■									
Pianifiazione attività formativa		■	■									
Svolgimento eventi formativi				■	■	■	■	■	■	■		
Revisione dei risultati											■	■

BIBLIOGRAFIA

- Avallone F. La formazione psicosociale, Roma: La Nuova Italia Scientifica; 1989.
- Avallone F, Paplomatas A., Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi, Milano: Cortina; 2005.
- Bateson G. Mente e natura, Milano: Adelphi; 1984.
- Contessa G. Prigioni, monasteri, fabbriche. Milano: Clup; 1988.
- Levinas E. Dio, la morte e il tempo, Milano: Jaca Book; 1996.
- Jahoda M. Current concepts of positive mental health. NewYork: Basic Books;1958.
- Maturana H, Varela F. Autopoiesis and cognition: the relatization of the living, Amsterdam: Dordrecht Publications, 1980.
- Pellizzoni B. (a cura di). Amministrazioni alla ricerca del benessere organizzativo. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane; 2005.
- Tagliacozzi B, Pallotta A. Scene da un manicomio, Roma: Magi; 2004.
- Von Foester H. Sistemi che osservano, Roma: Astrolabio; 1987.
- Watzlawick P, Bevin P, Jackson JH. La pragmatica della comunicazione umana, Roma: Astrolabio; 1971.
- Whitaker C. Considerazioni notturne di un terapeuta familiare, Roma: Astrolabio; 1990.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

ETICA E RESPONSABILITÀ

COORDINATORE PROGETTO
S. Bartolucci

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.15.4

TITOLO PROGETTO

Etica, deontologia, aspetti giuridico-professionali ed organizzativi
Ethics – applied ethics - organizational, juridical and professional aspects

ABSTRACT

Tali giornate formative si ispirano a modelli di natura antropologica, di un personalismo ontologicamente fondato intrinseci per fatto culturale ad una visione fisiologica di approccio alla persona quale centro e fine di ogni azione assistenziale.
La consapevolezza dell'atto sanitario, quale atto umano, implica una geografia lessicale che non può esimersi dalla problematica del sapere etico.
I professionisti sanitari infermieri, posseggono intrinsecamente una finalità di approccio naturalmente convalidata deontologicamente.
Difatti la stessa etica si declina come norma nel fatto deontologico e di sottolineamento delle responsabilità.
La stessa formazione cambia il modo e si trasforma in possibilità di trasmissione valoriale, nella quale può "quantizzarsi" anche la qualità dell'agire etico.

ABSTRACT

This educational days draw inspiration from anthropological models, from personalism, which is ontologically based on a physiological vision of the approach of a person who, for cultural reasons, is at the centre and the ultimate aim of every healthcare action.
The awareness of the healthcare act, in the sense of human act, implies a set of expressions that involve the issue of ethical knowledge.
Nurses, as healthcare professionals, intrinsically possess an approach whose purpose is naturally supported from an ethical point of view.
As a matter of fact, ethics itself is commonly founded in ethical conduct, also underlying accountability. Even education transforms itself and becomes an opportunity to transfer values, which can be 'measured' through the quality of ethical action.

BACKGROUND

In virtù della creazione recente, basata sulla "tradizione" del nuovo Codice Deontologico infermieristico dell'anno 2009, si ritiene necessario declinare termini quali l'etica, la responsabilità, relazione e formazione, che tengano conto dei mutamenti normativi ed antropologici 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 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.

- Migliorare le conoscenze in merito alla nuova normativa relativa alla Educazione Continua in Medicina.

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

METODOLOGIA

- Presentazione di *case histories.*
- Ricerca bibliografica.
- 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.
Proporre 8 eventi formativi itineranti nell'area geografica di competenza del Collegio Ipasvi di Roma.

Rilevanza
Creazione di un linguaggio comune etico all'interno dell'intero corpo professionale.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	Coordinatori	Dicembre 2014
Elaborazione – Approvazione e Accreditamento ECM del progetto	Project manager, Coordinatori	Dicembre 2014
Approvazione del corso di formazione e accreditamento ECM	Project manager e coordinatori e project team	Dicembre 2014
Programmazione degli eventi formativi	Coordinatori e project team	Gennaio 2015
Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio	Coordinatori e project team	Gennaio 2015
Realizzazione 1° evento formativo	Coordinatori e project team	Gennaio 2015
Realizzazione eventi formativi come da richieste delle strutture	Project manager Coordinatori e project team	Aprile-Dicembre 2015
Verifica e relazione finale	Team di progetto	Dicembre 2015

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Dic 2014	Gen 2015	Feb 2015	Mar 2015	Apr 2015	Mag 2015	Giug 2015	Sett 2015	Ott 2015	Nov 2015	Dic 2015
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione											
Elaborazione-Approvazione e AccreditamentoECM del progetto											
Programmazione degli eventi come da richieste delle strutture											
Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio											
Realizzazione eventi formativi											
Verifica e relazione finale											

BIBLIOGRAFIA

- Aristotele. Etica Nicomachea. Milano: Bompiani; 2010.
- 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.
- D.M 739/94. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere.
- Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi. Codice Deontologico dell'Infermiere, 1 Marzo 2009.
- Guilbert JJ. La guida pedagogica per il personale sanitario. Trad. it. Palasciano G, Lotti A. (a cura di). Modugno: Edizioni dal Sud; 2002.
- McIntyre A. Dopo la virtù. Saggio di teoria morale. Milano: Feltrinelli; 1972.
- Ramon L.L. L'uomo, spirito incarnato, Roma: Edizioni Paoline; 2011.
- Rhonheimer M. La prospettiva della morale. Roma: Armando Editore; 1994.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

LA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA PER GLI STUDENTI

COORDINATORE PROGETTO
S. Bartolucci - S. Ceccarelli
V. Coppola - 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.1.15.5

TITOLO PROGETTO

Percezione e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base: un'indagine conoscitiva sugli studenti del terzo anno del corso di laurea in infermieristica della Regione Lazio

Perception and knowledge of nurses' independent professional practice during the undergraduate course: A survey involving third-year undergraduate students in the Lazio Region (Italy)

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 2015 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 formati ed informati sulla possibilità e modalità di intraprendere la libera professione infermieristica, considerandola una opportunità di sbocco e realizzazione professionale.

ABSTRACT

In Europe's and Italy's current political, financial, and social context the level of unemployment may well continue to be high in the near future. Moreover, in our country, where turnover and public administration contracts have been prolonged from 2013 to 2015, and where there is a high number of temporary workers in healthcare centres now waiting for a permanent job for many years, the young who decide to embrace nursing continue to wonder how they will be able to practice this profession. In this new scenario, undergraduate and newly graduated nurses ought to be educated and informed about how to start up their own independent professional career, viewing it as an opportunity for professional satisfaction.

BACKGROUND

La professione infermieristica si caratterizza come professione intellettuale ai sensi dell'art. 2229 del Codice Civile.
Il campo proprio dell'attività dell'infermiere, ai sensi dell'art. 1 comma 2 della legge 42/99 è determinato dal profilo professionale, dal codice deontologico e dagli ordinamenti didattici della formazione di base e post base.
Fino ai primi anni novanta, la domanda di assistenza infermieristica proveniva quasi esclusivamente da strutture assistenziali ospedaliere sia pubbliche che private e la richiesta era sempre superiore al numero di Infermieri diplomati.
In questi anni le attività di assistenza infermieristica richieste dal cittadino, fuori dal regime di ricovero, venivano per lo più garantite dagli stessi Infermieri già dipendenti di una struttura pubblica o privata, determinando lavoro sommerso.
In seguito, alcuni cambiamenti legislativi favorirono la nascita e la crescita della libera professione infermieristica, tra questi:

- La riorganizzazione del SSN con la L. 502/92 e successive modificazione e integrazioni.
- La definizione del profilo professionale dell'infermiere (DPR 739/94).
- La definizione del percorso formativo in ambito Universitario.
- La definitiva innovazione dello status giuridico-professionale dell'infermiere (L. 42/99).

Contestualmente i Collegi IPASVI cominciarono a occuparsi degli aspetti normativi, fiscali e contributivi che avrebbero consentito all'infermiere di poter esercitare la libera professione in un ambito dai confini ancora da definire. A metà degli anni Novanta vede la luce la cassa nazionale di previdenza (D.Lgs. 10 febbraio 1996, n. 103), oggi denominata Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica ENPAPI).
Nonostante il nuovo assetto normativo e il riconoscimento dell'attività libero professionale dell'infermiere, si è assistito ad una grande difficoltà ad implementare questa forma di esercizio professionale.
A tutt'oggi e soprattutto in alcune realtà territoriali, l'attività di lavoratore dipendente è quella più auspicata dagli stessi professionisti.
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) e molti di essi intraprendono la libera professione infermieristica, considerandola una ulteriore opportunità di sbocco professionale.
L'infermiere libero professionista, non vincolato a sistemi organizzativi rigidi, può offrire alla persona un'assistenza personalizzata sempre nel rispetto dei diritti della persona e della professione.
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 2015 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 formati ed informati sulla possibilità e modalità di intraprendere la libera professione infermieristica, considerandola una opportunità di sbocco e realizzazione professionale e non un ripiego.
Con il passaggio da un'attività infermieristica ospedalo-centrica a un'attività libero professionale in cui diventa prevalente una progettualità di tipo imprenditoriale. L'Infermiere diventa imprenditore di se stesso.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Fornire agli studenti agli studenti del 3°anno del Corso di Laurea in Infermieristica, le conoscenze minime per poter iniziare un'attività imprenditoriale in regime libero professionale.

Obiettivi specifici

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

Gli sviluppi professionali del libero professionista.

METODOLOGIA

Valutazione del bisogno formativo dei laurendi in infermieristica sulle norme che regolano la libera professione e sulle modalità di esercizio, attraverso la somministrazione di un questionario strutturato a tutti gli studenti delle Sedi dei corsi di laurea in infermieristica che insistono nel territorio Laziale e che daranno adesione al progetto.
Confronto delle informazioni attese e realmente in possesso degli studenti.
Strutturazione di seminari per completare le conoscenze.

Disegno dello studio:
- Descrittivo – Osservazionale.

Campione :

- Studenti universitari frequentanti il 3° anno del Corso di Laurea In Infermieristica delle Sedi universitarie che insistono sul territorio Laziale.

Strumenti :

- Somministrazione del 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 - informativi sulle attività libero professionali ed i loro riferimenti normativi e deontologici.

Procedura:

Ogni Collegio si farà carico di :

- Coinvolgere le Sedi universitarie dei Corsi di laurea in infermieristica presenti nella Provincia in cui insiste il relativo Collegio Ipasvi:
  - Università degli Studi di Roma "Sapienza"
  - Università "Cattolica del Sacro Cuore"
  - 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 ed ottenere la disponibilità a collaborare.
- Organizzare la somministrazione dei questionari agli studenti universitari.

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 agli stessi studenti coinvolti nell'indagine, l'evento formativo strutturato con un test di valutazione finale

Indicatori

- Adesione all'indagine del 70% delle Sedi universitarie per la formazione infermieristica presenti sul territorio Laziale e non inferiore al 60% per ogni singola Provincia.
- Restituzione dei questionari compilati superiore all'80%.

RISULTATI ATTESI

Il neolaureato in infermieristica, che diverra' un futuro iscritto all'Albo Professionale, può interfacciarsi più consapevolmente con la realtà dinamica del mondo del lavoro pubblico e privato-libero professionale**.**

Rilevanza

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.
- una 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 per soddisfare i suoi bisogni di salute.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Background	Coordinatori	Dal 1 al 31 gennaio 2015
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 al 31 gennaio 2015
Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	Dal 1 Febbraio al 31 Marzo 2015
Elaborazioni dei dati	Coordinatori e project team	Dal 1 Febbraio al 31 Marzo 2015

Strutturazione seminari	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 al 31 Marzo 2015
Seminari nelle Sedi formative	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 Aprile al 30 giugno 2015
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	Dal 1 ottobre al 30 Dicembre 2015
Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	Dal 1 al 30 Dicembre 2015

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gen 15	Feb 15	Mar 15	Apr 15	Mag 15	Giu 15	Lug 15	Ago 15	Set 15	Ott 15	Nov 15	Dic 15
Background	■											
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	■											
Somministrazione questionari		■	■									
Elaborazioni dei dati		■	■									
Strutturazione seminari			■									
Seminari nelle sedi formative universitarie				■	■	■	■		■			
Chiusura progetto										■	■	
Pubblicazione finale												■

BIBLIOGRAFIA

Riferimenti normativi

- Legge 42/99, Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
- 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.
- D.M 739/94, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere.
- Codice deontologico dell'infermiere, 1 Marzo 2009.
- Accordo Conferenza Stato Regione 19.04.2012, Il nuovo sistema di formazione continua in medicina.
- D.P.R. n. 917,Testo Unico delle Imposte sui Redditi, 22 Dicembre 1986.
- Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, Norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica, in vigore dal 1 gennaio 1997.
- R.D 27/07/1934, n. 1265- Testo Unico delle Leggi sanitaria – (G.U del 9.8.1934-Suppl. ord. N. 186).

Riferimenti bibliografici

- Baldini L., *La libera professione come opportunità*. Providence, 2009, 3,20.
- Barbieri G., Pennini A., *Le responsabilità dell'infermiere*, Carocci Faber, Roma, 2008.
- Benci L., *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*, McGraw-Hill, Milano, 2005.
- Bonanti L.,Fort M.,Galli E.R., Padovan A.M., *Alla scoperta della libera professione*. Providence, 2008,1, 8.
- Cecchetto L., *L'infermiere e la libera professione*, McGraw-Hill, Milano, 2009.
- Cicchelli C., *La libera professione non è marketing*. Providence, 2006,3, 22.
- Enpapi, *Prima Conferenza Nazionale sulla libera professione infermieristica*. Providence, 2007,3, 25.
- Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, *Infermiere e libera professione,* Casa Editrice Metodi e Strumenti, Roma, 2004.
- Ladu P.L., *La libera professione infermieristica: una scelta libera e vincente*. Providence, 2009, 2, 12.
- Silvestro A., Difendiamo con orgoglio e coraggio la nostra professone (Editoriale). *L'infermiere*, 2008,6,3.
- Tettamanti P. *Infermieri e libera professione: una scelta per il futuro*. Providence, 2008, 3,20.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

LA SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI

COORDINATORE PROGETTO
S.Bartolucci
I. Molinaro

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.15.6

TITOLO PROGETTO

Governance clinica, la sicurezza dei malati, dei professionisti e la gestione del rischio clinico: metodi di analisi
Clinical governance, safetey of the sicks, of professionals and management of clinic risk: methods of analysis

ABSTRACT

Questa proposta formativa si ispira alle Linee guida del Ministero della Salute descritte nei manuali per la sicurezza dei malati e degli operatori, per la realizzazione di Audit e per la gestione del rischio clinico, Root Cause Analysis (RCA) e Analisi delle cause profonde finalizzati alla realizzazione del governo clinico da parte degli operatori della salute.
La parola Governo ha una etimologia latina che significa Timone e questo concetto pervaderà gli argomenti che verranno trattati.
Gli elementi centrali che sviluppati nei contenuti didattici sono:

- La cultura dell'organizzazione, la leadership e la responsabilità di tutti gli operatori, come aspetti cruciali per la sicurezza dei pazienti e come indicatori della qualità dell'assistenza;
- La Mediazione come Alternative Dispute Resolution (ADR) e come strategia per fronteggiare il conflitto in maniera produttiva, andando incontro ai bisogni e alle necessità degli utenti e dei professionisti;
- La gestione del rischio relativamente a comportamenti degli operatori che possono causare eventi avversi quali infezioni correlate all'assistenza sottolineando:

  - i fattori favorenti e quelli sfavorenti all'effettiva capacità dei servizi sanitari di controllare il rischio infettivo.
  - le azioni da mettere in campo (la sorveglianza, il trasferimento nella pratica di misure assistenziali efficaci a ridurre il rischio infettivo e l'utilizzo dei bundle nei vari setting assistenziali).
  - i principi di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.
- La prevenzione degli eventi avversi in terapia farmacologica ricostruendo errori di interpretazione della prescrizione, errori di preparazione ed errori di somministrazione, ponendo un accento particolare alla sicurezza dei pazienti nell'uso dei farmaci oncologici e nell'uso dei farmaci in età pediatrica stressando il concetto che l'atto di somministrazione della terapia è un atto unitario (compiuto da una sola persona – infermiere non disturbabile), ma che è necessario prevedere il doppio controllo, ossia l'intervento di due infermieri nella fase di somministrazione della terapia, poiché questo riduce considerevolmente gli errori.
- La costruzione e la gestione di un gruppo di lavoro efficace ed efficiente come elemento fondamentale nelle organizzazioni sanitarie e come leva che aumenta il benessere organizzativo limitando il più possibile lo stress lavoro-correlato.
- La prevenzione della violenza (sia interna che esterna) contro gli operatori con particolare riguardo a cause e fattori di rischio.
- La promozione della sicurezza del malato proponendo l'adozione di metodi che richiedono una integrazione sinergica degli operatori, tenendo sempre presente il contesto culturale ed organizzativo della struttura. Il metodo proposto in questo corso di formazione è il "Giro per la sicurezza dei pazienti" (Safety Walkaround) che consiste in una visita di un gruppo di professionisti presso una unità operativa, affiancati da personale della stessa /dirigenti, operatori, pazienti, familiari, volontari) per raccogliere informazioni su condizioni ritenute dagli intervistati fattori di rischio. Uno

spazio è dedicato alla condivisione di aspetti relativi alla qualità dei servizi erogati ed alla certificazione delle organizzazioni; la metodologia da approfondire è quella realizzata con lo strumento dell'Audit finalizzato a riflessioni cliniche o alla realizzazione di momenti di valutazione intermedia. Le organizzazioni sanitarie sono sistemi altamente complessi. Le cause degli errori sono stratificate in cause prossime e cause remote o radice. Agire solo sulle cause prossime manterrebbe inalterate le condizioni affinché il sistema possa, in futuro, evolvere ripetutamente in eventi avversi. È necessario pertanto saper individuare, riconoscere ed intervenire sulle cause radice e quindi impostare il risk management su un approccio sistemico al fine di garantire la sicurezza dei processi assistenziali. La Root Cause Analysis (RCA) è una metodologia strutturata per individuare le cause radice e attuare azioni correttive di sistema.

ABSTRACT

This didactic proposal is drawn from the guidelines of the Ministry of Health described in the handbooks for the safety of patients and health workers, to create an audit tool and for clinical risk management, Root Cause Analysis (RCA), and the analysis of the root causes aimed at helping healthcare workers set up clinical governance.
The word Governance comes from a Latin word that means Healm and this concept will be embedded in the topics of this study.
The key elements developed in the teaching contents are:

- The culture of organisation, leadership and accountability of all the health workers, as crucial aspects for patient safety and as indicators of quality health care.
- Mediation as Alternative Dispute Resolution (ADR) and as a strategy to address conflict in a productive manner, meeting the needs of both patients and professionals.
- Risk management River regard to the behaviours of health workers that may lead to adverse events, such as infections linked to healthcare provision underlining:

  - The factors that support and do not support the actual ability of the healthcare services to control the risk of infection.
  - The actions to put into practice (surveillance, transferring into practice healthcare measures that are effective in reducing the risk of infection and the use of bundles in the various healthcare settings).
  - The principles of infection prevention linked to healthcare.
- The prevention of adverse events during drug therapy by simulating prescription interpretation errors, preparation errors, and administration errors with a particular focus on patient safety while using cancer drugs and administering drugs to children, the concept that the action of drug administration is an action carried out by one person – a nurse who must not be disturbed – moreover it is necessary to have two nurses collaborating together during the phase of drug administration because this allows to reduce errors considerably.
- The creation and running of an effective and efficient working group, as the key elements in healthcare organisations and as a lever that increases organisational wellbeing and reducing to the minimum work-related stress.
- The prevention of violence (internal and external) against health workers, with a particular focus on causes and risk factors.
- The promotion of patient safety by proposing the adoption of methods that require the synergic integration of healthcare workers, always taking into account the cultural and organisational context of the healthcare centre. The method proposed in this course is the so-called 'Safety Walkaround', which involves the visits of a group of professionals to a unit, accompanied by staff working in the same unit (managers, health workers, patients, family members, volunteers) to collect information about situations considered to be at risk. Space is dedicated to sharing aspects related to the quality of the services provided and to the certification of the organisations. The methodology used is the one produced by the audit tool that prompts clinical reflection or intermediate auditing. Healthcare organisations are highly complex systems. The causes of errors can be divided into immediate courses and remote or root causes. Acting only upon the immediate causes will not change the situation because in the future adevrse events would repeatedly occur. Therefore, it is important to know how to identify and act upon the root causes and design risk management according to a systemic approach in order to ensure the safety of the healthcare processes. Root Cause Analysis (RCA) is a structured methodology that allows to identify the root causes and implement corrective actions in the system.

BACKGROUND

I sistemi sanitari si confrontano da tempo con il problema della qualità dell'assistenza che comprende non solo la dimensione clinica, ma anche le dimensioni organizzative, economiche, gestionali, etiche e giuridiche. In questo quadro il governo clinico rappresenta una modalità con cui il problema della qualità viene affrontato ponendo attenzione ai contesti relazionali ed organizzativi delle aziende sanitarie, cercando di coglierne gli elementi funzionali per promuovere e mantenere in modo sistematico la qualità dei servizi. 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. Rafforzare le competenze dei professionisti è un valore essenziale e necessario per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure; a tal fine la formazione si configura come strumento indispensabile e privilegiato.

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 alla accadere dell'evento avverso. Questo obiettivo prioritario deve tradursi in una attenzione continua al monitoraggio dei comportamenti ed alla promozione di metodologie adatta alla analisi del rischio clinico.

Se un processo assistenziale, in seguito al concatenarsi di fatti e situazioni, esita in un'evoluzione catastrofica che provoca danni gravi o gravissimi per il paziente si ha l'espressione di criticità estese di sistema, criticità profonde che potrebbero far prefigurare il coinvolgimento di più livelli dell'organizzazione, anche lontani dall'area organizzativa di accadimento dell'evento avverso.

Un aspetto ingannevole è che spesso i sistemi complessi presentano comportamenti apparentemente semplici. In realtà non si tratta di cause ed effetti diretti, ma di sintomi concomitanti, la cui origine deriva da dinamiche emergenti interne e profonde del sistema. Quando si cerca di eliminare un determinato problema da un'organizzazione, è totalmente inutile combattere semplicemente il sintomo in quanto esso si manifesta come prodotto di dinamiche profondamente radicate nel sistema, e sono queste dinamiche, quelle su cui bisogna agire.

Ogni organizzazione è "perfettamente progettata" per ottenere ciò che ha prodotto e non ciò che intendeva produrre. Sebbene l'evoluzione catastrofica dell'evento avverso sia solitamente l'esito probabilisticamente meno frequente che un'organizzazione possa produrre, tuttavia, anche in seguito al verificarsi di uno solo di tali eventi (evento sentinella), occorre effettuare un'analisi approfondita delle cause che hanno concorso al suo verificarsi. Attraverso l'analisi strutturata delle cause radice è possibile eseguire una "manutenzione" sistemica dell'organizzazione ed in particolare dei fattori contribuenti all'accadimento avverso che, se non corretti adeguatamente, alla successiva occasione manifesteranno la propria azione lesiva.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

- Offrire agli infermieri, indipendentemente dal loro setting assistenziale, un'opportunità di formazione nello specifico ambito del governo clinico.
- Favorire l'efficace integrazione dei diversi operatori nel contesto lavorativo.
- 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 della *Root Cause Analysis* quale strumento di analisi delle cause organizzative degli eventi avversi.

Obiettivi specifici

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

- La governance clinica.
- Le politiche per la sicurezza dei malati e degli operatori.
- Gli aspetti legali della gestione dei contenziosi.
- La gestione del rischio di infezioni correlate all'assistenza.
- La prevenzione degli eventi avversi in terapia farmacologica.
- La promozione di comportamenti idonei a prevenire rischi nella assistenza.
- La conduzione degli Audit.

Riconoscere ed individuare le caratteristiche di complessità di un processo assistenziale all'interno di un'organizzazione sanitaria:

(ovvero il "*dove organizzativo*" si è verificato il problema);
Riconoscere ed individuare le classi di fattori contribuenti al verificarsi di un evento avverso (ovvero il "*come*"e il "*perché*" il processo ha manifestato la criticità);
Conoscere gli elementi costitutivi di un rapporto di RCA comprensivo del relativo Piano di miglioramento al fine di contribuire in forma attiva e consapevole ad un audit di risk management (ovvero il "*chi*" e il "*cosa*" deve fare reattivamente all'accaduto);

Indicatori

- Realizzazione di 7 eventi formativi rivolti a 50 partecipanti della durata di otto ore, svolti 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.
- Evidenza di raggiungimento degli obiettivi specifici formativi mediante valutazioni nel corso dell'evento formativo.

METODOLOGIA

Metodologia didattica:

- Sviluppo di un programma formativo organizzato secondo la seguente scaletta e di cui si allega programma dettagliato (Allegato 1):
- Brifieng di apertura per la conoscenza dei partecipanti e la presentazione dei contenuti e della metodologia di lavoro.
- Lezione frontale con supporti audiovisivi e presentazione di case-study.
- Presentazioni di casi clinici e discussione in gruppi con produzione di rapporto finale
- Role playing
- Presentazione di problemi e *case histories*
- Confronto dibattito tra pubblico e docente
- Verifiche di apprendimento intermedio secondo la seguente agenda dell'evento formativo:

Test di apertura evento formativo.
Discussioni su casi/temi preordinati.
Test di apprendimento finale e valutazione gradimento evento formativo

RISULTATI ATTESI

Svolgimento di 6 edizioni nel corso del 2015
Formazione di 350 partecipanti
Raggiungimento del 80% risposte esatte nel test finale su almeno 70% dei partecipanti

Rilevanza

I partecipanti potranno sviluppare una familiarità con lo strumento dell'Audit e la metodologia di valutazione della qualità degli outcome assistenziali favorendo la diffusione di sistemi di valutazione interna e la partecipazione attiva e consapevole degli operatori.
I partecipanti potranno partecipare allo sviluppo di una cultura della sicurezza vissuta in partnership tra operatori e malati, nel rispetto reciproco e nella realizzazione della alleanza terapeutica.
I partecipanti potranno sviluppare un buon grado di conoscenza in merito alle caratteristiche intrinsecamente complesse di un'organizzazione sanitaria assistenziale e potranno essere in grado di comprendere un primo livello di analisi di un processo che ha subito un'evoluzione avversa; questi aspetti sono fondamentali per l'esercizio di un pensiero critico professionale a garanzia della qualità del servizio e della sicurezza delle cure offerte ai malati.
I partecipanti potranno acquisire conoscenza in merito al linguaggio ed alla terminologia propria dell'approccio reattivo del Risk Management, per lo sviluppo di riflessioni tra pari finalizzate alla analisi di situazioni critiche in un clima di serena e fattiva collaborazione, sviluppando 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.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Progettazione Corso	Team di progetto	Un mese
Convenzione con il committente IPASVI	Responsabile progetto	Un mese

Pianificazione attività formativa	Team progetto	Un mese
Svolgimento eventi formativi	Team di progetto (Docenti)	Nove mesi
Revisione dei risultati	Team di progetto	Un mese

DIAGRAMMA GANTT

ATTIVITÀ	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014	Gen 2015	Feb 2015	Mar 2015	Apr 2015	Mag 2015	Giu 2015	Lug Ago 2015	Sett 2015	Ott 2015	Nov 2015	Dic 2015
Progettazione Corso														
Pianificazione attività formativa														
Svolgimento eventi formativi														
Revisione dei risultati														

BIBLIOGRAFIA

- Ascenzi A., Bergasio G.L. Il mobbing. Il marketing sociale come strumento per combatterlo. Torino: Giappichelli Editore; 2000.
- Avallone F., Paplomatas A. Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi. Milano: Cortina; 2005.
- Basini V., Cinotti R., Damen V. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia Romagna. Sussidi per la gestione del rischio. Collana Dossier dell'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna. Bologna; 2006.
- Benci L. La prescrizione e la somministrazione dei farmaci. Milano: McGraw-Hill; 2007.
- D'Amato A., Marcato A., Majer V. Dall'amministrazione alla gestione delle risorse umane. Risorse Umane in Azienda. XIV: 92; 2003.
- Manghi S.. Indignazione,riparazione, perdono. Dalla difesa delle vittime alla cultura della vittima. In: Bosi A., Manghi S. (a cura di), Lo sguardo della vittima, Milano: Franco Angeli; 2009, 15-27.
- Manuti M., Mininni G. (a cura di). Il senso dell'organizzazione. Carocci: Roma; 2008.
- Musolino M, Olzai G, Sesti E. Gestione reattiva del rischio clinico: la logica fuzzy come innovativo strumento di supporto decisionale per l'attivazione dell'audit di Risk Management, L'ospedale - ANMDO – 4; 2011.
- Piccardo C., Colombo L. Governare il cambiamento. Milano: Cortina; 2007.
- Poletti P. Safety walkaround. Care 2009; 2.
- Poletti P., Cultura della sicurezza. Care, 2011; 4:16-24.
- Quaglino GP., Casagrande S., Castellano A. Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo. Milano: Cortina; 1992.
- Raccomandazione Ministero della Salute 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.
- Valdambrini A. La gestione dei conflitti in ambito sanitario. Roma: il Pensiero Scientifico; 2008.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

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.1.15.7

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 e dei contesti storico politici, anche la formazione del personale dedicato ha attraversato diversi cambiamenti.
Da una formazione di tipo empirico garantita da personale medico o religioso, si è giunti nel tempo, all'istituzione delle scuole convitto, ai corsi di formazione professionale, 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. 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 dedicato all'assistenza pediatrica, ha seguito l'evoluzione storica della professione infermieristica in Italia, 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 della figura professionale dell'infermiere pediatrico nel Paese. Lo studio si propone di ricercare materiali e documenti d'archivio, immagini storiche e filmati d'epoca, anche inediti, per realizzare un elaborato iconografico seguendo il modello della ricostruzione storico-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.

ABSTRACT DI PROGETTO

The historical evolution of childhood care, started in Italy through charity initiatives by noble women between the end of the 19th century and the beginning of the 20th century. The first Italian hospitals dedicated to paediatric care, have always paid special attention to internal staff training, as well as to the development of medical expertise and of the historical political contexts. Empirical training provided by medical or religious staff over time led to the establishment of boarding schools, vocational training courses and to university education.
The project aims at tracking the history of pediatric nursing in Italy and Europe, starting from a hospital of excellence, as the Children's Hospital "Bambino Gesù". The "Bambino Gesù Teaching Hospital was established in in 1869, and healthcare was mainly provided by religious staff and very few lay staff. The nursing school was established in the 1960s, as a school for Nursery Nurses (Official Gazette n. 58 of 3/8/1960). The training of staff dedicated to pediatric care, followed the historical evolution of the nursing profession in Italy, and today it is an undergraduate program in pediatric nursing.
The multidisciplinary vision of experts of nursing and history of art, will enable to follow an innovative path

in the investigation and historical recognition of pediatric nurses in the country. The study has the purpose to search even unpublished materials and archival documents, historical pictures and vintage footage, to create an iconographic composition according to the historical-literary reconstruction model. The innovative approach of the composition, involves searching and collecting into a single text, photographic images and documents that track the history of nursing for infants, pediatric nursing and its evolution in educational terms. The paper aims to arouse the reader's interest through an immediately understandable impact and useful to preserve an iconographic historic heritage of a constantly evolving profession.

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 seguita 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 dalla Federazione 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 situate 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.

OBBIETTIVI 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 momento di ricerca analizzerà la storia dell'infermieristica pediatrica italiana e il secondo quella Europea. Alla costituzione del gruppo di lavoro, seguirà il coinvolgi-

mento 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. È previsto, a completamento dello studio, l'invio online di un questionario (tradotto in inglese per gli ospedali pediatrici Europei). Il questionario verrà elaborato seguendo il modello e l'esperienza della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi nel 1992, quando per la prima volta in Italia è stata promossa l'indagine conoscitiva della documentazione infermieristica nei collegi, nelle scuole e nel territorio nazionale.

FASI:

Entro dicembre 2015

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

Entro ottobre 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 (ottobre 2016).

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 ATTIVITA'	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Costituzione gruppo di lavoro ed elaborazione progetto	Coordinatori Infermieri, Storico, Studenti Infermieri	30gg
Richiesta di ammissione e approvazione al comitato del centro di eccellenza IPASVI-Roma	Comitato centro di eccellenza IPASVI Roma e Coordinatori	15gg
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	30gg
Raccolta del materiale fotografico/filmico	Storico/esperto di ricerca istituti e Ministeri	90gg
Raccolta del materiale fotografico/ documenti	Storico/Ospedali e scuole coinvolte	180 gg
Verifica del materiale e prima stesura del testo	Team di progetto	180 gg
Valutazione dell'elaborato con eventuali integrazioni/modifiche	Team di progetto	180 gg
Pubblicazione e riproduzione DVD	Team di progetto	30 gg

DIAGRAMMA GANTT

ATTIVITA	Marzo 2015	Aprile 2015	Maggio 2015	Luglio 2015	Dicembre 2015	Marzo 2016	Giugno 2016	Ottobre - Dicembre 2016
Costituzione gruppo di lavoro ed elaborazione progetto								
Richiesta di ammissione e approvazione al comitato del centro di eccellenza IPASVI-Roma								
Coinvolgimento degli Ospedali e delle Istituzioni individuate								
Raccolta del materiale fotografico/filmico								
Raccolta del materiale fotografico/ documenti								
Verifica del materiale e prima stesura del testo								
Valutazione dell'elaborato con eventuali integrazioni/ modifiche								
Pubblicazione e riproduzione DVD								

BIBLIOGRAFIA

- Bassetti O. "Lo specifico Infermieristico", Rosini Editrice, Firenze, 1993.
- Becchi E. Julia D. : "Storia dell'infanzia" 2 vol., Laterza, 1996.
- Becchi E. Semeraro A., "Archivi d'Infanzia" La Nuova Infanzia, 2001.
- Calamandrei C.: "L'assistenza infermieristica ", Editrice la Nuova Italia scientifica, Roma 1a ristampa, 1993.
- Calamandrei C. D'Addio L.: Commentario al Nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere, McGraw- Hill, Milano, 1999.
- Cantarelli M. "La Disciplina Infermieristica. Il modello delle prestazioni Infermieristiche", Atti del Convegno promosso dalla Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche, quad. n. 8, Milano 16-17 Giugno 1993.
- Cenedella C. Dalla carità all'assistenza. Orfani, vecchi e poveri a Milano tra settecento ed ottocento" Ed. Electa, Milano: 1992.
- Collière M.F. "Aiutare a vivere" Edizioni Sorbona, Milano: 1992.
- Coppi C., Quando l'arte parla di assistenza, L'Infermiere, 8, XLIX, pp.7-8, 2005.
- Cortese C. Fedigrotti A. "Etica Infermieristica", Edizioni Sorbona, Milano 1992.
- Cosseta A.B. "Professione Infermiere", vol.1-2, UTET Torino 1994.
- Cunningham H. "Storia dell'infanzia", Il Mulino, Bologna, 1997.
- Di Monte V. Da servente a infermiere, Crespi Editore, Torino, 1995.
- Donahue O. Nursing: storia illustrata dell'assistenza infermieristica. Ed. Delfino, Roma 1993.
- Fiumi A. "Infermieri ed ospedali", Nettuno, Verona, 1993.
- Manzoni E., Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, Ed. Masson, Milano 2003.

- Manzoni E., Il linguaggio dell'assistenza infermieristica in Europa, Professioni Infermieristiche, 3/95.
- 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.
- Martinelli V., "Dal Tevere al Gianicolo", Edizioni dell'Obelisco, Ciampino 1980.
- Orem D.E., Concetti di pratica professionale, Summa, Padova 1992.
- Ortelli S., Metodologia infermieristica applicata. In Cantarelli M., Frati L. (a cura di), Ed. Masson, Milano 1997.
- Pascucci I., Tavormina C., La professione infermieristica in Italia, McGrawHill, Milano, 2012.
- Pazzini A. "L'ospedale nei secoli", Orizzonte Nuovo, Firenze1958.
- Robertson J. "Bambini in ospedale", Feltrinelli, 1997.
- Sironi A.V., Saccone F. "I bambini e la cura. Storia dell'Ospedale dei Bambini a Milano" Ed. Laterza, 1997.
- 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

IL FONDAMENTO DELLA LINEA STORICA DEL CECRI

COORDINATORE PROGETTO
G. Rocco
A. Stievano
J. Fairman

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.15.8

TITOLO PROGETTO

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

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

ABSTRACT

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

Scopo e obiettivi

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

Disegno dello studio

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

Metodo

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

Risultati

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

ABSTRACT

Background

Nursing in Italy has achieved important goals in terms of education, decisional autonomy and respon-

sibility and the status of a self-regulated profession by legislative norms. Yet, many nurses still perceive themselves as a non-autonomous professional group because inter-professional relations continue to be dominated by medicine at all levels of the health system. In this very sense, to analyze the past of the Italian nursing development is pivotal to preserve the future and this aspect is more timely and relevant than ever.

Aim and objectives

To create a specific research thread devoted to the comprehension of the nursing past in important countries well-known for the advancements in nursing such as: United States, Canada, United Kingdom etc.. and transfer these understandings in Italy is pivotal for the development of the Italian nursing.

Design

It will be carried out three different research projects in the first three years of the new nursing historical thread using different historical research designs.

Method

The researchers involved will use different methods. Archival data or primary sources, secondary sources such as the works of other historians who have written history, running records, recollections such as autobiographies or diaries and so on.

Results

The knowledge produced by this research projects will have scientific, societal and educational significance for Italy, other European countries and the US. The knowledge created will have positive impacts in three different fields: the advancement of the specialist nurses roles in order to have better patient outcomes, the shaping of new functions to protect citizens for regulatory bodies in the globalised post-modern world and the strong promotion of primary care as a new model to take care of persons in the continuity of assistance.

BACKGROUND

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

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

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

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

La storia della scienza infermieristica rappresenta un campo fondamentale per investire nello sviluppo della stessa. Seguendo questo ragionamento il Barbara Bates Center per lo Studio della Storia Infermieristica dell'Università della Pennsylvania4 è l'archivio storico e il centro di ricerca più importante nel mondo in tale campo. La priorità del Barbara Bates Center è di aumentare la comprensione dell'importanza della storia infermieristica e delle professioni sanitarie per lo sviluppo di politiche efficaci e di strategie di assistenza di qualità per i pazienti. I ricercatori, e gli studenti che visitano il Centro hanno da sempre prodotto pubblicazioni scientifiche di elevato livello e/o monografie o opere collettanee che collegano la storia infermieristica ai cambiamenti sanitari più importanti.

Attualmente, lo stato dell'arte dell'infermieristica italiana è propizio per la nascita di questo nuovo movimento di ricerca per illuminare alcuni argomenti rilevanti del nostro tempo, quali: il ruolo in progress

degli infermieri con competenze specialistiche, il ruolo delle associazioni infermieristiche e degli ordini professionali. Il lavoro che si produrrà riguardo la storia del nursing si prevede fornirà evidenze scientifiche per una migliore comprensione dei problemi di salute globale e per l'implementazione di strategie volte a risolvere problemi sanitari presenti e futuri.
Attraverso una serie di iniziative, questo nuovo filone euristico ha l'obiettivo di diventare un punto di riferimento per gli studiosi di storia infermieristica in Italia e a livello internazionale, dedicato alla promozione e alla comprensione dettagliata della storia sanitaria vista attraverso gli sguardi di differenti *stakeholder.*
Il Centro di Eccellenza per Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) sarà impegnato sia localmente sia a livello internazionale per lo sviluppo di questi nuovi progetti di ricerca al fine di comprendere la realtà complessa ed intrecciata del mondo post-moderno.5 L'obiettivo principale di questo nuovo filon di ricerca sarà, quindi, comprendere lo sviluppo della scienza infermieristica attraverso le lenti della storia infermieristica. Tutto ciò sarà fondamentale per sviluppare politiche, ricerca, educazione ed evidence based nursing a livello italiano e globale.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

METODOLOGIA

Disegno dei lavori per i primi tre anni

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

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

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

Analisi dei dati

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

RISULTATI ATTESI

La conoscenza prodotta da questi progetti di ricerca avrà un significato importante per la conoscenza e l'educazione in Italia e in altri Paesi Europei e gli Stati Uniti. La conoscenza creata avrà influenze positive in tre differenti campi: l'avanzamento del ruolo degli infermieri specialistici per avere migliori outcome assistenziali, il modellamento di nuove funzioni per proteggere i cittadini da parte degli Enti regolatori nella società globalizzata e post-moderna6 e la forte promozione dell'assistenza primaria come nuovo modello peri prendere in carico la persona nella continuità dell'assistenza. Tale comprensione potrebbe portare ad avere un quadro generale di differenti movimenti legati allo sviluppo del nursing in una prospettiva socio-storica comparata. Gli outcome prodotti potranno promuovere politiche che sviluppino una migliore efficacia ed efficienza dei sistemi sanitari coinvolti.

VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DEI RISULTATI

Esplorare diverse dimensioni che costituiscono la base della scienza infermieristica è di beneficio per la società nel suo insieme, i pazienti e gli operatori sanitari. I risultati saranno diffusi in conferenze nazionali ed internazionali e produrranno decine di articoli scientifici. Inoltre, il team group pubblicherà un articolo di politica professionale a livello Europeo sui benefici in termini di qualità che possono creare i modelli organizzativi che permettono la continuità dell'assistenza. Anche la promozione dell'infermiere specialista,

specialmente in particolari aree (cure primarie, area critica e altre) produrrà notevoli vantaggi di salute per il cittadino. Questo progetto comune tra istituzioni permetterà di organizzare seminari dedicati e una conferenza attraverso il Centro di Eccellenza per Cultura e la Ricerca Infermieristica e il Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing nel 2016.

PIANIFICAZIONE

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

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gen 15	Feb 15	Mar 15	Apr 15	Mag 15	Giug 15	Lug 15	Ag 15	Set 15	Ott 16	Nov 15	Dic 15
Revisione dei database elettronici												
Raccolta dati												
Analisi dei dati												
Revisione dei database elettronici												
Raccolta dati												
Analisi dei dati												
Redazione del rapporto finale di ricerca												
Pubblicazioni												
Chiusura del progetto												

BIBLIOGRAFIA

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

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

IL SELF-CARE NELLE PERSONE AFFETTE DA BPCO

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

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.1

TITOLO PROGETTO

"Mi prendo cura di me". Le esperienze di self-care delle persone affette da BPCO
"I care about myself". Self-care experiences from the perspective of the people with COPD

ABSTRACT

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

ABSTRACT

Parole chiave: Self-care, broncopneumopatia cronica ostruttiva, ricerca qualitativa, esperienze.

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

stigate the self-care experiences of people with COPD, stratified by disease severity and kind of treatment. In a second phase, face-to-face interviews will be conducted to explore significant or sensitive elements identified in the first phase. A content analysis will be carried out to analyse the data.

Expected results

A deeper understanding of the self-care experiences and behaviours of Italian COPD population may allow defining targeted educational interventions to promote the management of the disease in order to decrease exacerbations, hospital readmissions and improve patient quality of life.

Keywords: Self-care, chronic obstructive pulmonary disease, qualitative research, experiences.

BACKGROUND

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia cronica progressiva che colpisce circa 64 milioni di persone al mondo e si prevede che entro il 2030 diventerà la terza causa di morte[1]. Solamente in Italia si stima che le persone affette da BPCO siano il 5,9% della popolazione generale, con una prevalenza che aumenta con l'aumentare dell'età, fino a colpire quasi il 20% della popolazione con un'età maggiore di 65 anni, con una maggior prevalenza nei maschi rispetto alle femmine[2]. Si stima inoltre che in circa il 50% dei casi la BPCO non sia diagnosticata[4]. La maggior parte delle persone affette da BPCO va incontro a una disabilità progressiva con una diminuzione della qualità di vita; l'OMS prevede che entro il 2020 la disabilità causata dalla BPCO sarà al quinto posto in tra le malattie croniche in termini di DALY's (Disability-adjusted life years)[1].

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

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

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

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

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

In particolare il progetto si propone di::

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

Indicatori

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

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Verrà utilizzato un disegno di studio qualitativo descrittivo.

Strumenti

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

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

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

Partecipanti e setting

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

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

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

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

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

Analisi dei dati

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

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

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

Attendibilità dello studio

Per una maggiore attendibilità della ricerca verranno considerati i quattro criteri proposti da Guba e Lincoln[16]: credibilità, trasferibilità, affidabilità e confermabilità. La trascrizione delle interviste verrà esaminata da due ricercatori in maniera indipendente per assicurare una maggiore consistenza interna. Le persone affette da BPCO che hanno contribuito maggiormente saranno intervistate una seconda volta. I due ricercatori principali analizzeranno le trascrizioni e discuteranno i temi emersi fino ad un consenso. Al termine

di questo processo due partecipanti per ogni FG e interviste esamineranno e valideranno l'interpretazione dei risultati fatta dai ricercatori.

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

RISULTATI ATTESI

Questo progetto punta a conoscere quali sono le esperienze di self-care delle persone affette da BPCO in Italia. La possibilità di comprendere più a fondo le esperienze e i comportamenti utilizzati dai pazienti in Italia può consentire di definire in maniera mirata gli interventi educativi utili per promuovere la gestione della malattia in modo da diminuire le riacutizzazioni, le riammissioni ospedaliere e migliorare la qualità di vita dei pazienti. Questo progetto servirà, inoltre, a comprendere quali comportamenti di self-care siano presenti nella popolazione italiana con BPCO e confrontarli con quelli messi in atto dai pazienti di altri paesi, individuando le eventuali differenze culturali e sanitarie.
È prevista la diffusione dei risultati sia durante momenti di incontro con le associazioni di pazienti con BPCO sia durante convegni scientifici nazionali ed internazionali. Inoltre è prevista almeno una pubblicazione dei risultati di ricerca su una rivista internazionale.

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

PIANIFICAZIONE

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

DIAGRAMMA GANTT

2015	Apr.	Mag.	Giug.	Lug.	Sett.	Ott	Nov.	Dic.
Analisi del background								
Revisione della letteratura di riferimento								

Costituzione gruppo di ricerca								
Richiesta parere comitato etico								
Raccolta dati								
Analisi e elaborazione dati								
Presentazione progetto convegno internazionale								
Pubblicazione risultati della ricerca								
Stesura report finale								
Fine del progetto								

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

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. World Health Statistics. World Health Organization. Geneva; 2008.
2. Istituto Nazionale di Statistica. Persone con presenza di alcune malattie croniche [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 13]. Available from: www.istat.it
3. Walters JA, Hansen EC, Walters EH, Wood-Baker R. Under-diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study in primary care. Respir Med. 2008 May;102(5):738–43.
4. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sci. 2012 Sep;35(3):194–204.
5. Moser DK, Dickson V, Jaarsma T, Lee C, Stromberg A, Riegel B. Role of self-care in the patient with heart failure. Curr Cardiol Rep. 2012 Jun;14(3):265–75.
6. Jaarsma T, Arestedt KF, Mårtensson J, Dracup K, Strömberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. Eur J Heart Fail. 2009 Jan;11(1):99–105.
7. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PDLPM, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J, et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2014;3:CD002990.
8. Apps LD, Harrison SL, Williams JEA, Hudson N, Steiner M, Morgan MD, et al. How do informal self-care strategies evolve among patients with chronic obstructive pulmonary disease managed in primary care? A qualitative study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2014;9:257–63.

9. Barnett M. Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. J Clin Nurs. 2005 Aug;14(7):805–12.
10. Chen K-H, Chen M-L, Lee S, Cho H-Y, Weng L-C. Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. J Adv Nurs. 2008 Dec;64(6):595–604.
11. Cicutto L, Brooks D, Henderson K. Self-care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. Patient Educ Couns. 2004 Nov;55(2):168–76.
12. Fraser DD, Kee CC, Minick P. Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. J Adv Nurs. 2006 Sep;55(5):550–8.
13. Lomundal BK, Steinsbekk A. Five-year follow-up of a one-year self-management program for patients with COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2012;7:87–93.
14. Morgan D, Krueger R. The focus group kit: focus group kit 1. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1997.
15. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998.
16. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. Educ Inf. 2004 Jan 1;22(2):63–75.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

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

COORDINATORE PROGETTO
A. Stievano
D. Olsen

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.2

TITOLO PROGETTO

La dignità professionale infermieristica negli ospedali Magnet e in quelli non Magnet. L'attuazione del modello Magnet in Italia
Nursing Professional Dignity (NPD) in Magnet and non-Magnet hospitals. The portability of Magnet collaborative collegiality in Italia

ABSTRACT

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

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

ABSTRACT

Background:
Dignity in health care is twofold. The first facet of dignity (patients' dignity) is an intrinsic pivotal value demonstrated by professionals in healthcare. The second facet of it is an embedded, intrinsic value of healthcare professionals. This research seeks to explore the factors related to the levels of nursing professional dignity experienced by nurses in Magnet and non-Magnet hospitals in the US and compare these results to research on nursing professional dignity in Italy and elsewhere in Europe. Differences in nursing professional dignity expressed by nurses in Magnet and non-Magnet hospitals (American Nurses Credentialing Center Magnet™) (ANCC) in comparison with nursing professional dignity as found in Italy will be used to develop interventions designed to raise the level of nursing professional dignity in Italy with the goal of allowing Italian healthcare facilities to begin a process leading to eligibility for Magnet status.
Aims:
Qualitative research with data collection by means of focus groups and semi-structured interviews.
Methods:
After appropriate approvals are obtained, nurses from facilities in mid-Michigan (USA) will be recruited to participate in interviews and focus groups. The data will be evaluated with an inductive content analysis approach.

Expected results:
The knowledge produced by this research project will have scientific, societal and educational significance for Italy and other European countries. The role of supportive health care organizations in providing quality is increasingly recognized in the USA through the success of the Magnet program. This ethical comprehension can contribute to having superior health care facilities where effective trans-disciplinary relationships can foster the quality of care and patient safety.

Keywords: Dignity, respect, intra- and interprofessional work, organizational climate

BACKGROUND

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali:
Questa ricerca cerca di analizzare i fattori della dignità professionale infermieristica percepiti dagli infermieri nelle organizzazioni sanitarie Magnet e non-Magnet negli Stati Uniti e comparare tali risultati alle ricerche

condotte sul tema in Italia e in Europa. Le differenze nella percezione della dignità professionale infermieristica espresse dagli infermieri nelle organizzazioni sanitarie Magnet e non-Magnet saranno utilizzate per sviluppare interventi disegnati per elevare il livello della dignità professionale infermieristica in Italia con lo scopo di permettere alle organizzazioni sanitarie italiane ed europee di cominciare il processo di acquisizione del Magnet status.

Obiettivi specifici

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

METODOLOGIA

Disegno

Saranno identificate nella regione del Mid-Michigan organizzazioni sanitarie Magnet e non-Magnet. Dopo che saranno ottenute le autorizzazioni appropriate, infermieri che lavorano in tali strutture saranno reclutati per effettuare focus group e interviste. I focus groups saranno utilizzati per la loro documentata efficacia nel produrre risultati validi nel campo delle scienze sanitarie.30-31 Onde permettere una più efficace comparazione tra i risultati di questa ricerca e le precedenti sul tema, le domande e i concetti utilizzati nei precedenti questioning route saranno tradotti per l'occasione. I dati saranno analizzati con una procedura di content analysis induttiva. Autorizzazioni di carattere etico saranno ottenute dalle organizzazioni sanitarie coinvolte. Sintesi: La lista delle dimensioni emerse dagli studi precedenti7,10 saranno sintetizzate in base ai risultati delle organizzazioni sanitarie Magnet e non-Magnet. I significati latenti di ogni dimensione della dignità professionale infermieristica saranno valutati per rafforzare la chiarezza, intelligibilità e appropriatezza degli stessi rispetto alla popolazione di riferimento. La lista dei significati che emergeranno per la dignità professionale infermieristica costituirà la base per sviluppare interventi indirizzati a migliorare le interazioni inter e intraporfessionali nei setting ospedalieri.

Campione

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

Analisi dei dati

I dati saranno analizzati attraverso una content analysis32 induttiva attraverso le informazioni raccolte per estrarre unità do significato, cioè, 'la costellazione di parole o frasi che si riferiscono allo stesso significato.33 (p.106) Trascrizioni letterali effettuate il giorno stesso dell'intervista saranno lette e rilette numerose volte dal team di ricerca per ottenere un'impressione generale del contenuto. Tutti i ricercatori leggeranno i contenuti delle trascrizioni e ciò permetterà la rilevazione di unità di analisi, per raggrupparle in sotto-categorie, categorie and temi. Le categorie rifletteranno le percezioni sulla dignità professionale infermieristica e costituiranno il contenuto manifesto. I temi latenti34 che emergeranno attraverso l'astrazione saranno contestualizzati rispetto ai dati e riassunti sulla base di ragionamenti riflessivi.35

Considerazioni sulla rigorosità della ricerca

Per descrivere i fattori della dignità professionale infermieristica percepiti dagli infermieri nelle organizzazioni sanitarie Magnet e non-Magnet negli Stati Uniti e comparare tali risultati alle ricerche condotte sul tema in Italia e in Europa si utilizzeranno procedure di rigourness mutuate da Lincoln e Guba36 come: credibilità, trasferibilità, affidabilità e confermabilità. La confermabilità sarà assicurata dai vari ricercatori che parteciperanno al progetto attraverso l'accuratezza della lettura ripetuta di dati trascritti verbatim e la loro trasferibilità in altri contesti sarà assicurata dalla comparazione rispetto ai dati raccolti in altri Paesi sul tema. La credibilità del processo di analisi sarà portata a termine attraverso pensieri riflessivi e processi decisionali tra tutto il team di ricerca sia de visu che con collegamenti digitali (Skype) per i ricercatori residenti all'estero.
Infine, un membro del team di ricerca che non ha mai partecipato alla raccolta e analisi dei dati rileggerà tutte le analisi per verificarne la loro credibilità e validarne la scientificità.

RISULTATI ATTESI

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

VALUTAZIONE E DISSEMINAZIONE DI RISULTATI

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

PIANIFICAZIONE

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

DIAGRAMMA GANTT

2015	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 16
Reperimento risorse bibliografiche												
Analisi e definizione del modello concettuale di riferimento												
Esecuzione dei focus group												
Analisi qualitativa della ricerca												
2016	**Feb**	**Ma**	**Apr**	**Mag**	**Giu**	**Lug**	**Ago**	**Set**	**Ott**	**Nov**	**Dic**	**Gen 17**
Esecuzione dei focus group												

Analisi qualitativa della ricerca												
Validazione dei risultati												
Redazione rapporto finale di ricerca												

BIBLIOGRAFIA

1. 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.
12. Aiken L, Clarke S, Sloane D, et al. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA; 288: 1987–1993.
11. Clarke S., & Aiken L. (2006). More nursing, fewer deaths. Qual Saf Health Care; 15: 2-3. doi: 10.1136/qshc.2005.017343
13. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Lake E., & Cheney T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. J Nurs Adm; 38(5): 223–229. doi:10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.
14. Flynn L., Liang Y., Dickson G., & Aiken L. (2010). Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. J Am Geriat Society; 58(12): 2401-2406. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03162.x
15. Andrews DR, Burr J, & Bushy A. (2011). Nurses' self concept and perceived quality of care. J Nurs Care Qual; 26: 69-77.
16. Bournes DA, & Milton CL. (2009). Nurses' experiences of feeling respected–not respected. Nurs Sci Q; 22: 47-56.
17. Robinson P, Gorman G, Slimmer L, & Yudkowsky R. (2010). Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. Nurs Forum; 45: 206-216.
18. Malloy DC, Hadjistavropoulos T, McCarthy EF, Evans RJ, Zakus DH, Park I, Lee Y, & Williams J. (2009). Culture and organizational climate: nurses' insights into their relationship with physicians. Nurs Ethics; 16: 719-733.
19. Antoniazzi CD (2011). Respect as experienced by registered nurses. West J Nurs Res; 33: 745-766.
20. Khademi M, Mohammadi E, & Vanaki Z. (2012). Nurses' experiences of violation of their dignity. Nurs Ethics; 19: 328-340.
21. Camerino D, Conway PM, van der Heijden BIJM, Estryn-Behar M, Consonni D, Gould D, & Hasselhorn H-M. (The NEXT-Study group) (2006). Low perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among ten European countries. J Adv Nurs; 56: 542–552.
22. Camerino D, Estryn-Behar M, Conway PM, van Der Heijden BIJM, & Hasselhorn H-M (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. Int J Nurs Stud; 45: 35–50.
23. Poghosyan L, Clarke S, Finlayson M, & Aiken L. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. Res Nurs & Health; 33: 288–298. DOI: 10.1002/nur.20383

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

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

SALUTE ORGANIZZATIVA E INFERMIERI

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci
A. Cocchieri
A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.3

TITOLO PROGETTO

Salute organizzativa e infermieri: uno studio a livello multicentrico italiano
Organizational health: an Italian multicentred study

ABSTRACT

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

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

ABSTRACT

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

Keywords: Organizational health, organizational climate, job satisfaction, stress.

BACKGROUND

La salute organizzativa degli infermieri è definita da Avallone e Paplomatas[3] come: "*L'insieme dei processi e delle pratiche manageriali e di coordinamento volte alla presa in carico delle persone assistite attraverso il coinvolgimento delle risorse infermieristiche. Un luogo di cura in salute, è un luogo di lavoro in cui viene promossa e assicurata l'integrazione e la collaborazione professionale, lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze, il consolidamento delle abilità e la promozione della crescita culturale al fine di costruire un senso di appartenenza alla professione e all'organizzazione stessa, che, quindi, assicura un ambiente di lavoro in cui gli infermieri si sentono promotori della salute e motivati a perseguire la loro mission professionale*".

La salute organizzativa[1] risiede nella qualità della relazione esistente tra le persone e il contesto di lavoro. Quando si rivelano condizioni di scarso benessere organizzativo si determinano, sul piano concreto, fenomeni quali diminuzioni della produttività, assenteismo, bassi livelli di motivazione, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza d'impegno, aumento di rischio lavorativo e diminuzione dei livelli di sicurezza.[4] Questi e altri indicatori di malessere non sono altro che il riflesso dello stato di disagio e malessere psicologico di chi lavora in queste organizzazioni.
La riduzione della qualità della vita lavorativa in generale e del senso individuale di benessere rende, pertanto, onerosa la convivenza e lo sviluppo dell'organizzazione stessa.
Il concetto di salute organizzativa suggerisce che le organizzazioni potrebbero progredire e trovare beneficio nel tutelare la relazione con le persone che vi lavorano. La prospettiva sula salute organizzativa richiede una visione di cambiamento culturale.[5] Significa considerare centrale, nelle scelte strategiche e nei valori di riferimento, la qualità della convivenza organizzativa e le relazioni interprofessionali.[6] Sono state riscontrate associazioni significative tra gli aspetti negativi del clima organizzativo ospedaliero e la salute degli infermieri.[7] Il clima organizzativo è contestualmente correlato al setting specifico nell'ambito del quale, ha un effetto importante sui lavoratori, per esempio sulla loro soddisfazione professionale o sulla loro percezione di essere trattati in maniera equa e con rispetto.[8]
Per Zangaro e Soeken[9] la soddisfazione sul lavoro, in particolare nella professione infermieristica, è una sfida fondamentale per le organizzazioni sanitarie, onde ottenere un miglior outcome assistenziale,[10] una migliore qualità delle cure per i pazienti e un più basso turnover infermieristico.[11]
Alcune variabili del clima organizzativo sono rappresentate dallo stress occupazionale e dal burnout che saranno indagati a fondo in connessione al lavoro infermieristico.[12,13]
Un buon clima genera "benessere organizzativo"[14] se è in grado di promuovere, mantenere e migliorare la qualità della vita delle persone ed il benessere fisico, psicologico e sociale della comunità di lavoratori che opera in un dato contesto. Un tipico indicatore di sintesi è facilmente individuabile nella gratificazione individuale e professionale. La costruzione e il mantenimento della salute organizzativa sono il risultato concreto e visibile di un'organizzazione 'in buon stato di salute'.
La salute organizzativa, perciò, è un approccio che associa, allo studio dei classici rischi fisici legati al tema della sicurezza lavorativa, quello dei cosiddetti rischi psicosociali, che riguardano variabili legate alla convivenza sociale e organizzativa. È ormai chiaro che una organizzazione in salute può essere anche più efficace e produttiva.
In tale linea di ragionamento questo studio a carattere nazionale rappresenta un concreto tentativo di migliorare la salute organizzativa degli infermieri intervenendo sui fattori che costituiscono la salute organizzativa stessa come: il comfort, il clima organizzativo, lo stress, la sicurezza e la prevenzione degli infortuni, la tollerabilità dei compiti, l'apertura all'innovazione, alcuni indicatori positivi e negativi di salute organizzativa e il benessere psico-fisico.

OBIETTIVI DI PROGETTO

I

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

- Sensibilizzare i dirigenti dell'area assistenziale e tecnica delle strutture sanitarie coinvolte sull'importanza del clima organizzativo come substrato di miglioramento della soddisfazione degli infermieri e delle persone assistite.
- Misurare la percezione dell'infermiere nell'area dell'ascolto e delle relazioni intra e interprofessionali.

Indicatori

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

METODOLOGIA

Disegno dello studio

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

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

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

Strumenti

Gli strumenti utilizzati saranno il Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO)[1.2.]

Campionamento

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

Analisi dei dati

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

RISULTATI ATTESI

Rilevanza

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

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

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

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Approvazione della ricerca	Ricercatori	Marzo 2015
2	Costituzione del Gruppo di Lavoro	Ricercatori	Marzo - Aprile 2015
3	Raccolta dei dati	Ricercatori	Aprile 2015 - Dicembre 2015
4	Analisi dei dati	Ricercatori	da Gennaio a Settembre 2016
5	Stesura del rapporto finale	Ricercatori	31/08/2016-31/10/2016
6	Consensus conference con le aziende sanitarie che hanno aderito al progetto di ricerca	Ricercatori	Ottobre 2016 - Maggio 2017

7	Pubblicazione dei risultati	Ricercatori	Gennaio 2017
8	Realizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca	TdP e comitato organizzativo designato dal collegio Ipasvi di Roma	Maggio 2017

DIAGRAMMA GANTT

MESI 2015	Jen 15	Feb. 15	Mar 15	April 15	May 15	Jun 15	Jul 15	Sep 15	Oct 15	Nov 15	Dec 15
Approvazione della ricerca											
Costituzione del Gruppo di lavoro											
Raccolta dei dati											
Analisi dei dati											

MESI 2016	Jen 16	Feb. 16	Mar 16	April 16	May 16	Jun 16	Jul 16	Sep 16	Oct 16	Nov 16	Dec 16	Gen 17	Mag 17
Report finale													
Consensus Conference con le aziende sanitarie che hanno aderito al Progetto di ricerca													
Pubblicazione dei risultati													
Realizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca													

BIBLIOGRAFIA

1. Sili A, Vellone E., De Marinis M. G., Fida R., Venturini G., Alvaro R. Validità e affidabilità del questionario infermieristico sulla salute organizzativa. Prof Inferm 2010; 63: 27-37.
2. Sili A, Vellone E., Fida R., Alvaro R., Avallone F. La salute organizzativa degli infermieri. Guida pratica all'utilizzo del Questionario Infermieristico sulla Salute organizzativa (QISO). Napoli: Edises, 2010.
3. Avallone f, Paplomatas a. Salute organizzativa. Milano: Raffaello Cortina; 2005.
4. Laschinger HKS., Finergan, Shamian J. Promoting nurses' health: effect on empowerment on job strain and work satisfaction. Nursing Economics 2001; 19(2): 42-52.
5. Cortese CG. Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study. J Nurs Manag 2007; 15: 303-312.
6. Duddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. J Adv Nurs 2007; 59: 29–37.
7. Gershon RR, Pietra PW, Zeltser M, Faucett J, Macdavitt K, Chou SS. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. Ind Health 2007; 45(5):622-636.
8. Laschinger HK. Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. J Nurs Adm 2004, 34(7-8): 354-64.

9. Zangaro GA, Soeken KL. A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. Res Nurs Health 2007; 30:445-458.
10. Macdavitt K, Chou SS, Pietra PW. Organizational climate and health care outcomes. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007; 33(11 Suppl): 45-56.
11. Stordeur S, D'hoore W, the NEXT-Study Group. Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. J Adv Nurs 2007; 57(1): 45–58.
12. Epp K. Burnout in critical care nurses: A literature review. Dynamics 2012; 23(4):25-31.
13. Zhang XC, Huang DS, Guan P. Job burnout among critical care nurses from 14 adult intensive care units in northeastern China: a cross-sectional survey. BMJ Open. 2014; 19: 4(6): e004813.
14. De Angelis MG. Benessere personale e benessere organizzativo: un binomio possibile? La cultura del lavoro come leva strategica per il successo d'impresa. Milano: FrancoAngeli, 2011.
15. Zito M, Cortese CG, Colombo L. Nurses' exhaustion: the role of flow at work between job demands and job resources. J Nurs Manag 2015, 21. doi: 10.1111/jonm.12284.
16. Macken L, Hyrkas K. Retention, fatigue, burnout and job satisfaction: new aspects and challenges. Journal of nursing management. J Nurs Manag 2014; 22(5): 541-542. doi: 10.1111/jonm.12254
17. Marradi A. (1993). L'analisi monovariata. Milano, FrancoAngeli.
18. Marradi A. (1997). Linee guida per l'analisi bivariata dei dati nelle scienze sociali. Milano, FrancoAngeli.
19. Turci C., Alvaro R., Fabretti A., Fida R., Giorgi F., Maccari A., Proietti, Sili A., Stievano A., Tolentino Diaz M.Y., Trinca D., Vellone E., Rocco G. La salute organizzativa degli infermieri in alcune strutture sanitarie di Roma e della Provincia, L'Infermiere 2013; 50, 6: e89-e98.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

SELF-CARE MIXED METHOD

COORDINATORE PROGETTO
E. Vellone
R. Alvaro
M. Paturzo

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.4

TITOLO PROGETTO

Self-care e contributo al self-care nello scompenso cardiaco: studio con metodo misto su pazienti e sui caregiver
Self-care and caregiver contribution to self-care in heart failure: mixed method study on patients and caregivers

ABSTRACT

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

ABSTRACT

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

BACKGROUND

La prevalenza e l'incidenza dello scompenso cardiaco (SC) sta aumentando drasticamente, soprattutto negli individui anziani[1, 2]. Dopo i 75 anni di età si stima che lo SC colpisce fino al 20% della popolazione[3]. In Italia un milione di soggetti sono affetti da SC e questo dato è destinato ad aumentare se si considerano anche i soggetti asintomatici (Ministero della salute, 2007). Lo SC è la causa del 5% delle ospedalizzazioni, è presente nel 10% dei pazienti ricoverati e rappresenta il 2% della spesa del Sistema Sanitario Nazionale. La mortalità dello SC è pari al 50% a 4 anni dalla diagnosi, mentre il 40% dei pazienti ricoverati per SC muore o viene riospedalizzato entro 1 anno (Ministero della Salute, 2007). Lo SC ha anche un enorme impatto sulla qualità di vita dei pazienti, più di altre malattie croniche.
Il self-care, ovvero l'insieme dei comportamenti messi in atto dal paziente per mantenere la stabilità fisio-

logica dello SC[4] è in grado di ridurre le complicanze correlate allo SC[5] e migliorare la qualità di vita del paziente.
Nel trattamento dello SC un ruolo importante è ricoperto dai caregiver che forniscono un importante contributo al self-care del paziente[6]. Tuttavia non sono ancora disponibile degli studi che abbiano analizzato in che modo il caregiver contribuisce al self-care del paziente con SC.
Il self-care nello SC è ancora poco studiato in Italia, pertanto studi che utilizzino metodologie quantitative e qualitative (metodo misto) possono aiutare ad avere una migliore conoscenza del fenomeno.

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

In modo più dettagliato il presente progetto permetterà di:

1. Individuare le caratteristiche definenti del self-care e del contributo del caregiver al self-care nello SC.
2. Descrivere i vissuti associati ad un efficace e non efficace self-care e contributo al self-care.

METODOLOGIA

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

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

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

1. Intervista semi strutturata per indagare le pratiche di self-care (nei tre domini del self-care maintenance, management and confidence) e di contributo al self-care.
2. Il Six–Item Screener, per avere informazioni sulle capacità cognitive del paziente.
3. Questionario socio demografico, al fine di avere informazioni su sesso, età, istruzione, occupazione, reddito, contesto familiare, abitudini di vita, servizi sociali e sanitari utilizzati.

4. Charlson Comorbility Index (CCI)(7). Misura la comorbilità: punteggi più alti documentano la presenza nel pazienti di più patologie.
5. Il Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI)(8,9) utilizzato per misurare i comportamenti orientati al self-care nello SC. Lo strumento misura tre dimensioni del self-care: self-care maintenance, self-care management e self-care confidence.
6. L'Heart Failure Somatic Perception Scale (HFSAS)(10). Utilizzata per misurare la consapevolezza dei pazienti con SC nel riconoscere i propri sintomi. Alti punteggi a questa scala sono associati ad una migliore percezione dei sintomi.
7. La Hospital Anxiety and Depression Scale, per conoscere lo stato emotivo del paziente con scompenso cardiaco.
8. Empworth Sleepiness Scale, per misurare la sonnolenza diurna.
9. Scala multidimensionale della percezione del supporto sociale.

Per raccogliere i dati sul caregiver verranno utilizzati i seguenti strumenti:

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

Analisi dei dati

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

Campionamento e criteri di inclusione/esclusione

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

Fasi della ricerca

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

RISULTATI ATTESI

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

Rilevanza

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

PIANIFICAZIONE

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

DIAGRAMMA GANTT

ANNO 2015	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisione della letteratura sul self-care e predisposizione degli strumenti per la raccolta dati			■	■	■							
Formazione degli assistenti di ricerca che effettueranno le interviste						■						
Raccolta dei dati							■	■	■	■	■	■

ANNO 2016	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Raccolta dei dati	■	■	■	■	■	■	■					
Analisi dei dati ed integrazione dei dati qualitativi con i dati quantitativi								■	■	■	■	■

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

BIBLIOGRAFIA

1. 1. Kozak LJ, Hall MJ, Owings MF. Trends in avoidable hospitalizations, 1980-1998. Health Aff (Millwood). 2001 Mar-Apr;20(2):225-32. PubMed PMID: 11260947. Epub 2001/03/23. eng.
2. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2010 Feb 23;121(7):e46-e215. PubMed PMID: 20019324. Epub 2009/12/19. eng.
3. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur Heart J. 2008 Oct;29(19):2388-442. PubMed PMID: 18799522. Epub 2008/09/19. eng.
4. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. J Cardiovasc Nurs. 2008 May-Jun;23(3):190-6. PubMed PMID: 18437059.
5. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2009 Sep 22;120(12):1141-63. PubMed PMID: 19720935. Epub 2009/09/02. eng.
6. Vellone E, Riegel B, Cocchieri A, Barbaranelli C, D'Agostino F, Glaser D, et al. Validity and Reliability of the Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure Index. J Cardiovasc Nurs. 2013 Jun 29;28(3):245-55. PubMed PMID: 22760172. Epub 2012/07/05. Eng.
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83. PubMed PMID: 3558716. Epub 1987/01/01. eng.
8. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. J Cardiovasc Nurs. 2009 Nov-Dec;24(6):485-97. PubMed PMID: 19786884. Pubmed Central PMCID: 2877913. Epub 2009/09/30. eng.
9. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. J Card Fail. 2004 Aug;10(4):350-60. PubMed PMID: 15309704. Epub 2004/08/17. eng.
10. Jurgens CY, Fain JA, Riegel B. Psychometric testing of the heart failure somatic awareness scale. J Cardiovasc Nurs. 2006 Mar-Apr;21(2):95-102. PubMed PMID: 16601525. Epub 2006/04/08. eng.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

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

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.5

TITOLO PROGETTO

Analisi della percezione degli infermieri rispetto utilità e utilizzo della documentazione infermieristica
Nurses' perception of the usefulness and utilization of nursing documentation

ABSTRACT

Background
La documentazione è una componente integrale della professione infermieristica, del processo di nursing e rappresenta un prerequisito di fondamentale importanza per garantire un'assistenza infermieristica olistica e di qualità. Molto frequentemente, il professionista si trova a dover compilare numerosi moduli di documentazione e raccolta dati, spesso di elevata complessità, senza che questo si traduca poi in un'assistenza agita espressamente e con reale documentazione in riferimento ai dati registrati.
Questa situazione si traduce in un aumento sensibile del carico di lavoro e una conseguente percezione di pesantezza da parte degli operatori, causata dall' imponente numero di dati raccolti nei moduli che coesiste con un ridotto numero di tracciabilità delle decisioni prese.
La finalità del progetto è in primo luogo di conoscere la percezione dei professionisti rispetto la documentazione di cui fanno uso, analizzando quali, secondo il loro parere, siano i dati fondamentali da raccogliere e documentare anche in base alle diverse aree di assistenza, in secondo luogo lo studio si propone di sensibilizzare i professionisti rispetto l'importanza della documentazione infermieristica applicata ai propri ambiti di autonomia professionale e responsabilità.

Disegno
Lo studio, di tipo qualitativo, multicentrico cross-sectional, sarà condotto somministrando ai partecipanti un'intervista semi-strutturata.
Inizialmente sarà condotto uno studio pilota atto a valutare la validità dell'intervista, che coinvolgerà infermieri afferenti ad un Policlinico Universitario di Roma.
La popolazione coinvolta nello studio, campionata secondo tecnica cluster, è costituita da infermieri appartenenti alle aree assistenziali di medicina e RSA delle strutture pubbliche, IRCSS, Policlinici e strutture private e accreditate di Roma e Provincia.

Metodo
Analisi tematica attraverso analisi verbatim dei dati.

ABSTRACT

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

Parole chiave: Documentazione, consegne infermieristiche, qualità, assistenza, sicurezza.

ABSTRACT

Background

Documentation is an integral component of nursing care and is an important prerequisite to ensure holistic care and quality of nursing.
Very often, the practitioner has to fill out numerous highly complex forms of documentation and data collection, however, not always the actions put in practice to meet specific care needs are recorded and/or documented.
This involves an increase in the workload and a consequent perception of overload by healthcare workforce, caused by the amount of data collected in the modules that coexists with a reduced number of traceability of the decisions taken.
The main purpose of this study is to evaluate the perception of the professionals concerning the documentation that is currently used and to analyze the essential data that should be collected and documented according to different areas of assistance. The second aim of the research is to raise awareness among professionals about the importance of nursing documentation related to professional autonomy and responsibility.

Aims

A qualitative multicenter cross-sectional study will be conducted with semi-structured interviews.
A pilot study will be first managed within a university hospital of Rome, to assess the validity of the interview. The participants involved in the study, sampled according to a cluster technique will be composed by nurses belonging to medical areas in home care public facilities, polyclinics and private structures of Rome and its province.

Method

Data will be evaluated by thematic analysis.

Expected results

The study aims to analyze nurses' perception on nursing documentation.
This research aims to inquire nurses' perception on data collection and its use and to investigate on data nurses think are important to ensure a complete and appropriate nursing care.

Keywords: Nursing documentation, handover, nursing assessment, quality, safety.

BACKGROUND

La documentazione è una componente integrale della professione infermieristica, del processo di nursing e rappresenta un prerequisito di fondamentale importanza per garantire un'assistenza infermieristica olistica e di qualità, tuttavia la documentazione cartacea risulta frequentemente illeggibile, poco completa, ripetitiva e ridondante, al suo interno spesso i dati sono difficili da reperire, estrapolare e aggiornare, il che comporta un notevole dispendio di tempo da parte del professionista anche per la compilazione (Schnelle, Simmons 2004).
Con la legge 42/'99, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", le responsabilità professionali infermieristiche hanno assunto maggior rilievo, con conseguente modifica della figura e soprattutto del ruolo dell'infermiere, sempre più riconosciuto come professionista competente e responsabile.
L'infermiere, professionista intellettuale e autonomo, assume una posizione di garante della salute del paziente, il che implica un ambito di responsabilità civile, penale e amministrativa.
Il progetto è una seconda fase dello studio "Analisi della documentazione infermieristica e relazione con l'outcome assistenziale" del 2012 che partiva dalla considerazione e da una riflessione relative alla pratica clinica svolta dagli infermieri nelle Unità Operative destinate all'assistenza a malati cronici, dove sembra frequente l'orientamento e l'impegno a compilare numerose e diverse schede di raccolta dati, spesso di elevata complessità, senza che questo poi si traduca in una assistenza con reale riferimento ai dati registrati.
Questa situazione si traduce in un aumento sensibile del carico di lavoro e una conseguente percezione di pesantezza da parte degli operatori, causata dall'imponente numero di dati raccolti nei moduli che coesiste con un ridotto numero di tracciabilità delle decisioni prese. Questa situazione comporta un aumento di carico di lavoro, percepito a volte con un'elevata pesantezza da parte degli operatori, e conseguente impatto negativo giuridico ed etico nonché economico dal punto di vista della gestione manageriale che deve confrontarsi con importanti dati registrati ai quali però non corrispondono conseguenti pianificazioni o atti decisori, lasciando all'osservatore/rilevatore esterno, il dubbio che qualcosa sia rimasto in sospeso e non si siano state assicurate le cure necessarie, congrue e di qualità adatte alla persona assistita.
La registrazione dei dati è importante per lo sviluppo della qualità delle cure e per assicurare l'erogazione

di un'assistenza competente e sicura, tuttavia la mancanza di dati infermieristici essenziali nella documentazione sanitaria è confermata dai risultati di numerosi studi.

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

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

METODOLOGIA

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

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

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

RISULTATI ATTESI

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

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

PIANIFICAZIONE

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

11	Redazione rapporto finale dello studio pilota	Coordinatori di progetto	Aprile 2016
12	Richiesta di autorizzazione alle strutture	Coordinatori di progetto	Maggio 2016
13	Raccolta dati	Gruppo di rilevatori	Giugno-agosto 2016
14	Analisi dei dati	Gruppo di rilevatori Coordinatori di progetto	Settembre – ottobre 2016
15	Stesura report di ricerca con i risultati applicati	Coordinatori di progetto Consulente per elaborazione statistica dei dati Traduttore esperto lingua inglese	Novembre – Dicembre 2016

DIAGRAMMA DI GANTT

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

2016	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ag	Sett	Ott	Nov	Dic
Richiesta di autorizzazione alle strutture per studio pilota												
Inizio studio pilota												
Analisi della ricerca tramite studio pilota												
Validazione dei risultati												
Redazione rapporto finale dello studio pilota												
Richiesta di autorizzazione alle strutture												

Raccolta dati												
Analisi dei dati												
Stesura report di ricerca con i risultati applicati												

BIBLIOGRAFIA

1. Ammenwerth E, Mansmann U, Iller C, Eichstädter R. "Factors affecting and affected by user acceptance of computer-based nursing documentation. Results of a two-year study", JAMIA,2003.
2. Carayon P, Cartmill R. "ICU nurses' acceptance of electronic health records", Journal of American Medical Informatics Association, 2011; 18:812-819.
3. Dehghan M, Dehghan D. "Quality improvement in clinical documentation: does clinical governance work?", Journal of Multidisciplinary Healthcare, 2013:6 441-450.
4. Farhan M, Brown R. "The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department", Emergency Medical Journal, 2012;29:941–946.
5. Frigstad S, Nøst T. "Implementation of Free Text Format Nursing Diagnoses at a University Hospital's Medical Department. Exploring Nurses' and Nursing Students' Experiences on Use and Usefulness. A Qualitative Study", Hindawi Publishing Corporation Nursing Research and Practice, 2015.
6. Groene R, Orrego C. ""It's like two worlds apart": an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital",BMJ Quality and Safety, 2012;21:i67–i75.
7. Hoffmann KA, Duffield C. "A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: Verbal protocol analysis", International Journal of Nursing Studies, 2009; 46:1335-1344.
8. Hripcsak G, Vawdrey D. "Use of electronic clinical documentation: time spent and team interactions", Journal of American Medical Informatics Association, 2011;18:112-117.
9. Horwitz L, Dombroski J. "Validation of a handoff assessment tool: the Handoff CEX", Journal of Clinical Nursing, 2013; 22(0): 1477–1486.
10. Instefjord M, Aasekjær K. "Assessment of quality in psychiatric nursing documentation – a clinical audit", BMC Nursing, 2014; 13:32.
11. Jefferies D, Griffiths R. "A meta-study of the essential of quality nursing documentation" International Journal of Nursing Practice, 2010; 16:112-124.
12. Johnson J, Barach P. "Global challenges in communication strategies to ensure high reliability during patient handovers" Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety 2011.
13. Kahouei M, Mohammadi H. "Nurses' Perceptions of Usefulness of Nursing Information System: a Module of Electronic Medical Record for Patient Care in Two University Hospitals of Iran" Mater Sociomed, 2014; 26(1):30-34.
14. Lincoln, YS. & Guba, EG. (1985). Naturalistic Inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publications
15. Lawrence R, Tomolo A. "Conceptualizing handover strategies at change of shift in the emergency department: a grounded theory study", BMC Health Services Research,2008; 8:256.
16. Meth S., Bass J., "Considering Factors of and Knowledge About Patients in Handover Assessment", IEEE Transactions on Human-Machine Systems , 2013; 43(5): 494–498.
17. Meum T, Wangensteen G. "How Does Nursing Staff Perceive the Use of Electronic Handover Reports? A Questionnaire-Based Study" Hindawi Publishing Corporation International Journal of Telemedicine and Applications, 2011.
18. Meißner A, Schnepp W. "Staff experiences within the implementation of computer-based nursing records in residential aged care facilities: a systematic review and synthesis of qualitative research" BMC Medical Informatics and Decision Making, 2014; 14:54.
19. Moen A, "A nursing perspective to design and implementation of electronic patient record systems", J Biomed inf. 2003.
20. Munysia EN, Hailey D. "The changes in caregivers' perceptions about the quality of information and benefits of nursing documentation associated with the introduction of an electronic documentation system in a nursing home" International Journal of Medical Informatics, 2011; 80:116-126.
21. Müller M, Van Achterberg T."Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review", Journal of Advanced Nursing, 2006; 56(5):514-531.
22. Pascoe H, Gill S. "Clinical handover: An audit from Australia", Australian Medical Journal, 2014; 7(9):363–371.

23. Ranegger R, Hackl W. "Implementation of the Austrian Nursing Minimum Data Set (NMDS-AT): A Feasibility Study", BMC Medical Informatics and Decision Making, 2015; 15:75.
24. Saranto K, Kinnunen U. "Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review", Journal of Advanced Nursing, 2009; 65(3):464-476.
25. Schnelle JF, Simmons SF. "Accuracy of nursing home medical record information about care process delivery: Implications for staff management and improvement", Journal of the American Geriatrics Society, 2004; 52(8):1378-1383.
26. Sheikhtaheri A, kimiafar K. "Evaluation of system quality of hospital information system: A case study on nurses' experiences", e-Health – For Continuity of Care, 2014.
27. Stevenson E, Nilsson G." Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study", Journal of advanced nursing, 2011; 68(3), 667-676.
28. Simmons B, "Clinical reasoning: concept analysis", Journal of Advanced Nursing, 2010; 66(5), 1151-1158.
29. Tornvall E, Wilhelmsson S. "Nursing documentation for communicating and evaluating care", Journal of Clinical Nursing, 2008; 17(16):2116-2124.
30. Urquhart C, Hardiker NR." Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes",The Cochrane Collaboration, 2009

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

ANALISI DELL'IMPATTO DEL CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA SUL CAMBIAMENTO CULTURALE DELL'INFERMIERISTICA IN ITALIA

COORDINATORE PROGETTO
G. Rocco
D. Affonso
A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.6

TITOLO PROGETTO

Analizzare l'impatto del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) sul cambiamento culturale dell'infermieristica: un'indagine nazionale

The analysis of the impact of the Centre of Excellence for Nursing Scholarship (CENS) on the cultural change of nursing: a national survey

ABSTRACT

Tale progetto, portato a termine attraverso un'indagine quantitativa ha lo scopo di comprendere i cambiamenti portati dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) focalizzando l'attenzione sui risultati del CECRI in termini di outcome sulla formazione, sulla ricerca e sull'Evidence Based Practice. Inoltre, si mirerà a delineare, le dimensioni e le caratteristiche del cambiamento culturale della professione infermieristica in Italia, avvenuto negli ultimi venti anni. Tale cambiamento, ancora in corso, ha prodotto notevoli avanzamenti per la professione stessa ed ha riposizionato la disciplina nel contesto dell'arena sanitaria, provocando a volte effetti non noti e per alcuni destabilizzanti.

Parole chiave: Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, Evidence Based Practice, riforma culturale, scienza infermieristica.

ABSTRACT

This project, will be carried out through a quantitative survey and is aimed to comprehend the changes fostered by the Centre of Excellence for Nursing Scholarship (CENS). It will focus on the results obtained by the CENS about the educational, research and evidence based practice outcomes. Moreover, its scope is to delineate, the dimensions and the characteristics of the cultural changes that has been happening in Italy for the last twenty years. This evolution, still in progress, has produced incredible advancements for the nursing profession and it has relocated the discipline in the health context, prompting sometimes destabilizing hidden effects.

Keywords: Centre of Excellence for Nursing Scholarship, Evidence Based Practice, cultural reformation, nursing science.

BACKGROUND

Le politiche di salute e assistenza basate sulla qualità, sulla sostenibilità devono diventare sempre più il volano del cambiamento nei sistemi sanitari post-radicali1, affinché il focus di tutte le attività sanitarie sia sempre più centrato sulla promozione della salute delle persone e delle loro comunità di riferimento. Tutto ciò, secondo l'Institute of Medicine (USA)2 deve essere attuato nel più breve tempo possibile. La sicurezza del paziente, l'e-Health e l'Evidence Based Practice (EBP) sono alcuni dei punti di forza da attuare per il cambiamento nei sistemi sanitari e sono esempi di concetti innovativi in tal senso. In questi anni l'infermieristica italiana ha raggiunto traguardi significativi come il riconoscimento di professione intellettuale, la docenza nelle università, la dirigenza ai diversi livelli.
È il momento, quindi, di misurarci anche sul campo della ricerca e della sperimentazione sostenendo e promuovendo iniziative e percorsi che supportino la riflessione euristica ma anche avendo attenzione alla loro spendibilità pratica.

In tale cornice concettuale, gli obiettivi definiti per ciascun polo del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica sono specifici ma anche fortemente integrati tra loro. Spaziano dallo sviluppo della formazione di base ed avanzata, alla produzione di ricerche multicentriche e interdisciplinari; dalla formazione di nuovi infermieri-ricercatori, alla creazione di laboratori di ricerca infermieristica; dall'organizzazione degli studenti in gruppi di ricerca, alla costituzione di comitati di infermieri clinici esperti per l'analisi e la revisione di standard assistenziali.
In questo contesto, questo progetto si propone di dare evidenza alla trasformazione avvenuta nel nursing italiano ed in quello europeo più in generale. Per questo tale indagine mira a comprendere il cambiamento portato dal CECRI secondo la cultura autoctona di riferimento negli ultimi 10 anni in Italia e mira a valutare i risultati dello stesso CECRI in termini di outcome sulla formazione, sulla ricerca e sull'Evidence Based Practice.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Questo progetto si propone di dare evidenza alla trasformazione avvenuta nel nursing italiano ed in quello europeo più in generale attraverso la riconcettualizzazione delle basi del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CDE) secondo la cultura di riferimento del Paese. Si analizzeranno i risultati d'impatto finora ottenuti dal CDE in termini di outcome sulla formazione, sulla ricerca e sull'EBP.

Obiettivi specifici
- Delineare le dimensioni e le caratteristiche del cambiamento culturale della professione infermieristica in Italia.
- Analizzare l'impatto dei progetti di ricerca, didattica, formazione dei ricercatori ed Evidence Based Practice messi in atto finora. attraverso un approccio misto esplorativo sequenziale (Qual-Quan). L'approccio quantitativo caratterizzante questo progetto sarà web-based.

METODOLOGIA

La metodologia di attuazione consisterà in un approccio misto Qualitativo-Quantitativo qual QUAN (web-based) (Disegno esplorativo/sequenziale)3. La fase qualitativa già effettuata ha permesso di gettare le basi per lo sviluppo di uno strumento che mirerà a raccogliere dati sui temi emersi come: lo sviluppo del nursing a macchia di leopardo in varie parti del Paese e la persistenza a rimanere ancorati a vecchi modelli di tipo biomedico in molte realtà organizzative. Sarà effettuata una survey web-based per confermare o meno le aree tematiche emerse dalla ricerca qualitativa.4 Il questionario sarà validato con uno studio pilota con infermieri iscritti al Collegio Ipasvi di Roma e somministrato via web ad un campione per quote stratificato di infermieri italiani attraverso il sito web della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi.

Analisi dei dati
Per lo sviluppo dello strumento saranno calcolate le statistiche descrittive delle variabili demografiche. La validità di costrutto sarà analizzata attraverso l'analisi fattoriale esplorativa e confermativa. L'affidabilità del questionario sarà valutata attraverso la coerenza interna: alfa di Cronbach e altre misure di valutazione della coerenza della soluzione fattoriale. Inoltre, su un sottocampione di infermieri si calcolerà l'attendibilità test-retest: a distanza di circa 10/14 giorni, per valutare l'affidabilità dello strumento in tempi diversi (stabilità). Per l'analisi statistica verranno utilizzati i software SPSS (versione 19.00, SPSS, Chicago Inc) e MPlus (Muthèn & Muthèn 2012).
I dati raccolti tramite il neo sintetizzato tool 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»5 (p. 19). Saranno, inoltre, analizzate misure di tendenza centrale e dispersione e saranno effettuate nel secondo passaggio analisi bivariate, ovvero, si considereranno le distribuzioni di due variabili congiuntamente (distribuzione doppia o congiunta).6,7 Lo scopo di questa analisi sarà quello di sondare l'associazione tra due variabili: detto altrimenti, si indagherà sulla loro relazione attraverso la costruzione delle cosiddette tavole di contingenza.

RISULTATI ATTESI

Un risultato finale sarà la migliore comprensione degli indicatori di impatto sulla pratica infermieristica del CECRI attraverso l'analisi della riconcettualizzazione del modello di riferimento. Tali indicatori saranno comparati con quelli evidenziati dal National Institute of Health (NIH 2011, USA).
Un risultato finale potrebbe essere la prova di efficacia, di nuovi domini e standard di pratica adattati al modello italiano, un aumento dei progetti di ricerca pluridisciplinari, multicentrici ed internazionali e uno sviluppo dei curricula formativi degli studenti infermieri in tutti i tipi di corsi infermieristici, offerti dalle università italiane.

PIANIFICAZIONE

	JOB DESCRIPTION	TEAM	PERIOD OF TIME
0	Analisi di background	Main researchers	01/01/2015-30/07/2015
1	Ricerca sulle riviste peer reviewed	Main researchers	01/01/2015 -30/07/2015
2	Elaborazione strumento di indagine quantitativa	Main researchers	30/07/2015 - 31/12/2015
3	Raccolta dati	Main researchers	31/08/2015-31/05/2016
4	Analisi dei dati	Main researchers	31/05/2016-30/07/2016
5	Report di ricerca finale	Main researchers	30/06/2016-30/09/2016
6	Stesura di un articolo di ricerca	Main researchers	30/09/2016 - 30/12/2016
7	Fine del progetto	Main researchers	31/12/2016

DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Ge 15	Feb 15	Mar 15	Apr 15	Mag 15	Giu 15	Lug 15	Set 15	Ott 15	Nov 15	Dic 15
Analisi di background											
Rilevazione statistiche su fonti secondarie											
Elaborazione strumento di indagine quantitativa											
Raccolta dati											

MESE	Ge 16	Feb 16	Mar 16	Apr 16	Mag 16	Giu 16	Lug 16	Set 16	Ott 16	Nov 16	Dic 16
Raccolta dati											
Analisi dati											
Stesura report di ricerca											
Pubblicazione finale											
Chiusura progetto											

BIBLIOGRAFIA

1. Giddens A. (1990). Le conseguenze della modernità. Fiducia e rischio, sicurezza e pericolo, Bologna, Il Mulino.
2. Berwick D.M. (2002). A user's manual for the IOM's 'quality chasm' report. Health Affairs, 21, 3: 80-90.
3. Creswell JW., Plano Clark VL. (2006). Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks, CA: Sage.
4. Rocco G., Affonso D., Mayberry L., Stievano A., Alvaro R., Sabatino L. (2014). The evolution of nursing as a health profession in Italy: Metaphors and paradoxes. Global Qualitative Nursing Research. DOI: 10.1177/2333393614549372.
5. Marradi A. (1993). L'analisi monovariata. Milano, FrancoAngeli.
6. Marradi A. (1997). Linee guida per l'analisi bivariata dei dati nelle scienze sociali. Milano, FrancoAngeli.
7. Nunnally JC., Bernstein I. (1994). Psychometric theory, (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

ERRORI DI TERAPIA A DOMICILIO NEI BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA

COORDINATORE PROGETTO
E. Tiozzo

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.7

TITOLO PROGETTO

Errori di terapia a domicilio nei bambini con patologia cronica: studio osservazionale e sviluppo di strategie preventive
Medication errors at home in chronically-ill children: an observational study and development of prevention strategies

ABSTRACT

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

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

Risultati
I risultati attesi riguardano: la descrizione del fenomeno degli eventi avversi da farmaci a domicilio, nei bambini affetti da patologia cronica (incidenza, caratteristiche e variabili ad essi correlate); l'implementazione di una strategia di prevenzione atta a migliorare la sicurezza nella gestione della terapia farmacologica dei bambini a domicilio Lo studio fornirà gli elementi per evidenziare i fattori che potrebbero essere associati agli errori nella gestione della terapia farmacologica a domicilio al fine di una maggiore sicurezza del bambino, che preveda il coinvolgimento e l'empowerment dei genitori o caregiver.

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

ABSTRACT

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

from a proper therapeutic regimen that results in the wrong dose, incorrect route of administration, administration to the wrong person or administration of the wrong substance" (Litovitz TL, 2002). While substantial attention has been paid to inpatient medication errors, there is little information about errors at home, where the vast majority of medications are taken (Griffin E, 2003). Daily experience and parent's opinions suggest that the management of new medications at patient discharge, in the first period at home after the diagnosis of a chronic illness, presents many risk factors.

Aim

This study aims to determine the epidemiology of therapeutic errors among children in the community setting, in terms of nature, causes, outcomes and correlated variables. The results of this study may help the development of interventions to improve patient safety and enhance prevention of outpatient medication errors among pediatric patients with chronic illness.

Results

Expected results in this research proposal are correlated to each step of the study: for the first phase, the knowledge of the problem of medication errors, adverse drug events (ADEs), and potential ADEs in pediatric outpatient with chronic illness, considering its general aspects. The result expected from the second part is the assessment of the rates of medication errors, describing types, characteristics and correlated variables. The result expected from the last phase of the study is to develop and to evaluate the potential impact of prevention strategies on outpatient medication errors among pediatric patients with chronic illness, in order to improve patient safety and to enhance parents empowerment.

Keywords: Medication error, outpatient children, chronic illness.

BACKGROUND

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

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

1) Descrivere il fenomeno degli errori terapeutici riportati dai genitori nella loro esperienza, in termini di natura dell'errore, frequenza, esiti di morbilità/mortalità e possibili fattori correlati o variabili associate. I risultati dello studio offriranno indicazioni per interventi di prevenzione degli errori di terapia a domicilio e di miglioramento della sicurezza della terapia domiciliare dei bambini con patologia cronica;
2) Condurre un monitoraggio degli eventi avversi da somministrazione di farmaci a domicilio nei pazienti pediatrici affetti da patologia cronica;
3) Valutare l'efficacia di specifiche strategie di intervento volte alla prevenzione degli eventi avversi da somministrazione di farmaci a domicilio nei pazienti pediatrici affetti da patologia cronica.

Indicatori

I annualità

- Revisione della letteratura.
- Costituzione gruppo di ricerca.
- N° incontri del gruppo di ricerca.
- N° questionari raccolti (fase preliminare).
- Sviluppo sistema di monitoraggio tradizionale vs high-tech (APP).
- Conduzione dello studio nel rispetto del timing descritto del diagramma di Gantt.

II annualità

- Sviluppo di una strategia preventiva.
- Valutazione efficacia della strategia preventiva.
- Conduzione dello studio nel rispetto del timing descritto del diagramma di Gantt.
- Stesura report scientifico finale.
- Presentazione pubblica dei risultati dello studio.
- Sottomissione articolo a una rivista indicizzata entro 3 mesi successivi al termine del progetto.

METODOLOGIA

Il progetto si articola in tre fasi:

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

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

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

Campione

La popolazione oggetto di questo studio sarà rappresentata da pazienti in fascia pediatrica affetti da differenti patologie croniche afferenti al Dipartimento di Medicina Pediatrica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù:

- Pazienti cronici seguiti presso la Broncopneumologia (Piano 0)
- Pazienti cronici seguiti presso la Fibrosi Cistica (Piano 1)
- azienti cronici seguiti presso la Reumatologia (Piano 2)

RISULTATI ATTESI

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

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

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

PIANIFICAZIONE

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

Elaborazione data base per monitoraggio eventi avversi	Project team	01/11/15-31/12/15
Inserimento dei dati degli eventi avversi	Project team	01/10/15-30/11/15
Inserimento dei dati degli eventi avversi	Project team	01/12/15-31/12/15
I IANNUALITA		
Continuo del monitoraggio prospettico degli eventi avversi	Project team	01/01/16-30/03/16
Imputazione dei dati	Project team	01/01/16-30/04/16
Revisione degli eventi avversi e analisi dei dati raccolti	Project team	01/01/16-30/04/16
Implementazione strategie di prevenzione	Project team	01/04/16-30/10/16
Ripetizione monitoraggio degli eventi avversi	Project team	01/05/16-30/10/16
Imputazione dei dati	Project team	01/05/16-30/11/16
Analisi dei dati raccolti	Project team	01/10/16-30/11/16
Stesura del rapporto di ricerca	Coordinatori e project team	01/12/16-31/12/16
Stesura e pubblicazione di lavori scientifici	Coordinatori e project team	01/12/16-31/12/16

DIAGRAMMA DI GANTT

2015

Attività previste	Gen 15	Feb 15	Mar 15	Apr 15	Mag 15	Giu 15	Lug 15	Ago 15	Set 15	Ott 15	Nov 15	Dic 15
Costituzione del gruppo di ricerca			■									
Revisione bibliografica				■								
Identificazione dello strumento di raccolta dati					■							
Sottomissione del progetto ad approvazione del C.E.	■			■	■	■						
Creazione maschera inserimento dati				■	■	■						
Raccolta dati retrospettivi						■	■	■	■			
Imputazione dati						■	■	■	■			
Analisi descrittiva e statistica dei dati									■	■	■	■
Stesura report studio retrospettivo											■	■

Identificazione ed elaborazione strategia di prevenzione												
Identificazione modalità di monitoraggio prospettico degli eventi avversi												
Elaborazione protocollo di monitoraggio degli eventi avversi e richiesta di parere al C.E.												
Inizio monitoraggio prospettico degli eventi avversi												
Elaborazione data base per monitoraggio eventi avversi												
Imputazione dati monitoraggio eventi avversi												

2016

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

BIBLIOGRAFIA

1. Litovitz TL, Klein-Schwartz W, Rodgers GC et al. 2001 annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance system. Am. J. Emerg. Med. 2002; 20: 395.
2. Griffin E. Safety considerations and safe handling of oral chemiotherapy agents. Clin J Oncol Nurs 2003; 7:25-29.
3. Walsh KE, Dodd KS, Seetharaman K, Roblin DW, Herrinton LJ, Von Worley A, Usmani GN, Baer D, Gurwitz JH. Medication errors among adults and children with cancer in the outpatient setting. J Clin Oncol. 2009 Feb 20;27(6):891-896.
4. Smith MD, Spiller HA, Casavant MJ, Chounthirath T, Brophy TJ, Xiang H. Out-of-hospital medication errors among young children in the United States, 2002-2012. Pediatrics 2014 Nov;134(5): 867-876.

5. Kaushal R, Goldmann DA, Keohane CA, Christino M, Honour M, Hale AS, Zigmont K, Lehmann LS, Perrin J, Bates DW. Adverse drug events in pediatric outpatients. Ambul Pediatr. 2007 Sep-Oct;7(5): 383-389.
6. Beckett VL, Tyson LD, Carroll D, Gooding NM, Kelsall AW. Accurately administering oral medication to children isn't child's play. Arch Dis Child. 2012 Sep;97(9): 838-841.
7. McD Taylor D, Robinson J, MacLeod D, MacBean CE, Braitberg G. Therapeutic errors among children in the community setting: nature, causes and outcomes. J Paediatr Child Health. 2009 May;45(5): 304-309.
8. Kaushal R, Goldmann DA, Keohane CA, Abramson EL, Woolf S, Yoon C, Zigmont K, Bates DW. Medication errors in paediatric outpatients. Qual Saf Health Care. 2010 Dec;19(6): e30.
9. Gruppo di lavoro IFAD. The knowledge of patients on the drug therapies at discharge. Assist Inferm Ric. 2009 Oct-Dec;28(4): 176-182.
10. Kerzman H, Baron-Epel O, Toren O . What do discharged patients know about their medication? Patient Educ Couns. 2005 Mar;56(3): 276-282.
11. Nurit P, Bella BC, Gila E, Revital Z. Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. J Clin Nurs. 2009 Sep;18(17): 2530-2536.
12. Latter S, Yerrell P, Rycroft-Malone J, Shaw D. Nursing, medication education and the new policy agenda: the evidence base. Int J Nurs Stud. 2000 Dec;37(6): 469-479.
13. Kaushal R, Barker KN, Bates DW. How can information technology improve patient safety and reduce medication errors in children's health care? Arch Pediatr Adolesc Med. 2001 Sep;155(9): 1002-1007.
14. Sullivan JE, Buchino JJ. Medication errors in pediatrics--the octopus evading defeat. J Surg Oncol. 2004 Dec 1;88(3): 182-188.
15. Grimes T, Delaney T, Duggan C, Kelly JG, Graham IM. Survey of medication and continuity of care documentation at hospital discharge: implications for patient safety. Ir J Med Sci. 2008 Jun;177(2): 93-97.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

IMPATTO DEL PROFESSIONAL ASSESSMENT INSTRUMENT

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

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.8

TITOLO PROGETTO

Utilizzo del nursing minimum data set del PAI per descrivere l'assistenza infermieristica e valutarne il suo impatto
Using the nursing minimum data set of the PAI to describe nursing care and evaluate its impact

ABSTRACT

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

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

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

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

Keywords: Nursing information system, nursing minimum data set, electronic health record, longitudinal study.

BACKGROUND

Il Professional Assessment Instrument (PAI) è un Sistema Informativo Infermieristico (SII), sviluppato da un team di ricercatori dell'Università Tor Vergata di Roma grazie a un precedente finanziamento ricevuto dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Il PAI utilizza una terminologia standard con un set di elementi minimi con definizioni standard e codici per descrivere l'assistenza infermieristica permettendo la creazione di un Nursing Minimum Data Set (NMDS)[1]. All'interno del PAI un sistema di supporto alla decisione clinica per individuare le diagnosi infermieristiche è stato realizzato e validato con un team di esperti[2]. Ulteriori collegamenti sono presenti nel PAI tra le varie fasi del processo di assistenza, accertamento, diagnosi, interventi[1]. Dopo il suo sviluppo, il PAI è stato sperimentato in un ospedale tramite uno studio pilota.
Successivamente il PAI è stato registrato alla Società Italiana degli Autori ed Editori come programma informatico[3]. Attualmente il PAI è stato implementato in un ospedale universitario ed è parte integrante dell'electronic health record della struttura ospedaliera.
Durante l'implementazione di un SII nella pratica clinica vi è molto spesso il rischio di fallimento con cause che possono essere differenti[4,5]. Fino ad oggi pochi studi sono stati condotti per valutare l'impatto dei SII nella pratica clinica e inoltre quelli condotti, non hanno ben evidenziato le variabili all'interno delle dinamiche sottostanti il successo o il fallimento di un SII[6,7]
Attualmente, dati socio-demografici, assistenziali e di servizio sono raccolti sistematicamente con il PAI nella struttura ospedaliera in cui è stato implementato. Fino ad oggi, in Italia nessuno studio è stato condotto per descrivere l'assistenza infermieristica prestata in ambito ospedaliero tramite la raccolta di un NMDS, inoltre nessuno studio ha indagato se questi dati sono utili a predire outcome di assistenza o di risorse utilizzate.
Inoltre, l'uso di uno strumento come il PAI su tutto il territorio regionale e in futuro anche nazionale può favorire l'omogeneità dell'assistenza infermieristica e la continuità assistenziale.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Gli obiettivi di questo progetto sono quelli di:

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

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici dell'obiettivo 1) sono:

1. Descrivere longitudinalmente come le variabili si modificano nel tempo;
2. Identificare i predittori della soddisfazione degli infermieri nell'uso del PAI;
3. Esplorare le esperienze degli infermieri che hanno utilizzato il PAI.

Gli obiettivi specifici dell'obiettivo 2) sono:

4. Descrivere la prevalenza di diagnosi infermieristiche, interventi infermieristici e risultati di assistenza infermieristica;
5. Identificare differenze significative tra le varie popolazioni di pazienti sulla base dei NMDS raccolti.

Gli obiettivi specifici dell'obiettivo 3) sono:

6. Valutare se le diagnosi infermieristiche sono dei predittori dell'uso di risorse (lunghezza della degenza, interventi infermieristici);
7. Valutare se le diagnosi infermieristiche sono dei predittori dei risultati di assistenza (mortalità, stato alla dimissione, istituzionalizzazione alla dimissione)

METODOLOGIA

Disegno del progetto

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

Campione e setting

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

Strumenti

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

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

Il seguente strumento sarà utilizzato per verificare l'accuratezza della documentazione:
- D-Catch instrument

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

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

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

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

RISULTATI ATTESI

In primo luogo questo progetto permetterà di verificare l'impatto del sistema informativo infermieristico all'interno dell'ospedale in cui è stato implementato. Ci si aspetta di conoscere il grado di successo o di insuccesso del PAI nella pratica clinica.
Da questo progetto ci si aspetta di descrivere l'assistenza prestata e lo stato di salute della popolazione tramite un set minimo essenziale di dati con definizioni e codici standard, verificare se i NMDS sono predittori di outcome assistenziali o di risorse utilizzate.
Infine, ci si aspetta di implementare il PAI in altre strutture sanitarie regionali.

Rilevanza
I sistemi informativi infermieristici sono parte integrante degli electronic health records. Gli electronic health records sono fondamentali per il sistema sanitario poiché rappresentano il deposito delle informazioni sanitarie della popolazione con possibilità di accesso e d'uso da parte dei diversi utilizzatori del sistema stesso. Pertanto le conoscenze riguardo il grado di successo o di insuccesso del PAI saranno importanti perché forniranno importanti indicazioni per mettere in atto interventi per migliorare i sistemi informativi infermieristici. La descrizione dell'assistenza infermieristica, tramite i NMDS raccolti sistematicamente con il PAI, permetterà di aggregare dati uniformi e confrontabili tra diversi set assistenziali e tipologie di assistiti. L'eventuale potere predittivo dei NMDS potrà essere utilizzato per scopi assistenziali e amministrativi. L'implementazione del PAI in altre strutture sanitarie potrà favorire l'uniformità e la continuità dell'assistenza in ambito regionale e in futuro anche nazionale.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1.	Raccolta dati studio quantitativo-qualitativo impatto del PAI	Coordinatori, project team	01/01/2015 – 31/03/2015
2.	Inserimento dati quantitativi nel database per le analisi	Coordinatori, project team	01/04/2015 – 30/04/2015

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

DIAGRAMMA DI GANTT

ANNO 2015

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

ANNO 2016

	MESI											
Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Aggiornamenti/modifiche PAI	■	■				■	■	■				

Preparazione database e analisi dati NMDS (studio descrittivo)												
Analisi delle strutture sanitarie dove sarà implementato il PAI												
Informatizzazione strutture sanitarie con PAI												
Scrittura report di ricerca (studio descrittivo)												
Formazione del personale delle strutture sanitarie												

ANNO 2017

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

BIBLIOGRAFIA

1. D'Agostino F, Vellone E, Tontini F, Zega M, Alvaro R. Development of a computerized system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set. Prof Inferm. 2012 Apr-Jun;65(2):103-109. PubMed PMID: 22795142.
2. Zega M, D'Agostino F, Bowles KH, De Marinis MG, Rocco G, Vellone E, et al. Development and validation of a computerized assessment form to support nursing diagnosis. Int J Nurs Knowl. 2014 Feb;25(1):22-29. PubMed PMID: 24134473.
3. D'Agostino F. Development of a nursing information system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set [Doctoral thesis]. Roma: Università degli Studi di Roma Tor Vergata; 2014.
4. Asan O, Smith P, Montague E. More screen time, less face time – implications for EHR design. J Eval Clin Pract. 2014 Dec;20(6):896-901. PubMed PMID: 24835678.
5. Sanders DS, Read-Brown S, Tu DC, Lambert WE, Choi D, Almario BM, et al. Impact of an electronic health record operating room management system in ophthalmology on documentation time, surgical volume, and staffing. JAMA Ophthalmol. 2014 May;132(5): 586-592. PubMed PMID: 24676217.
6. Booth RG. Examining the functionality of the DeLone and McLean information system success model as a framework for synthesis in nursing information and communication technology research. Comput Inform Nurs. 2012; 30(6):330-345. PubMed PMID: 22411411.
7. D'Agostino F, Zega M, Rocco G, Luzzi L, Vellone E, Alvaro R. Impact of a nursing information system in clinical practice: a longitudinal study project. Ann Ig. 2013; 25(4): 329-341. PubMed PMID: 23703307.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

PERVIETA' DEI CVC IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA

COORDINATORE PROGETTO
S. Buchini

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.9

TITOLO PROGETTO

Sodio bicarbonato per ripristinare la pervietà del lume del catetere venoso centrale in oncoematologia pediatrica: studio retrospettivo
Sodium bicarbonate to restore patency of the lumen of the central venous catheter in pediatric oncohematology: a retrospective study

ABSTRACT

Background: L'occlusione rappresenta, accanto all'infezione, una tra le più frequenti complicanze correlate all'utilizzo dei cateteri venosi centrali ed è una delle principali cause di morbilità, mortalità e riospedalizzazione. Rimane aperto il dibattito sulla modalità di disocclusione più appropriata.

Obiettivi: Descrivere l'efficacia o l'inefficacia del sodio bicarbonato nel trattamento dell'occlusione del lume del catetere venoso centrale in bambini affetti da patologia oncoematologica.

Metodi e strumenti: Disegno dello studio: studio osservazionale retrospettivo. Setting: S.C. Oncoematologia pediatrica - I.R.C.C.S. materno infantile Burlo Garofolo di Trieste. Campione: tutti i bambini affetti da patologia oncologica seguiti presso il setting considerando criteri di inclusione ed esclusione. Strumenti: apposita scheda per la raccolta dei dati. Modalità di raccolta dei dati: consultazione di tutte le cartelle cliniche (medica ed infermieristica) compilate da gennaio 2009 a dicembre 2014. Analisi dei dati: analisi descrittiva.

Risultati: Efficacia del sodio bicarbonato pari al 75% del totale delle disocclusioni, efficacia di altri interventi pari al 75% del restante delle disocclusioni non trattate con il sodio bicarbonato, incidenza della complicanza sia occlusiva che infettiva in linea con la letteratura esistente, incidenza dell'occlusione parziale maggiore rispetto a quella totale, sopravvivenza del catetere per tutta la durata del trattamento terapeutico.

ABSTRACT

Background: Occlusions, along with infections, are one of the most frequent complications related to the use of central venous catheters and one of the main causes of morbidity, mortality and rehospitalization. The debate is still open about the most appropriate method of unblocking.

Aim: To describe the effectiveness of sodium bicarbonate in the treatment of the occlusion of the central venous catheter lumen in children affected by blood cancer.

Methods: and instruments: A retrospective observational. Setting: Paediatric blood cancer unit at the Burlo Garofalo Maternal-Infants Research Hospital in Trieste. Sample: all the children affected by cancer cared for in the study setting, considering the inclusion and exclusion criteria. Tools: specific grid to collect data. Data collection: consultation of all the medical and nursing records completed from January 2009 and December 2014. Data analysis: descriptive analysis.

Results: An effectiveness of sodium bicarbonate in 75% of all the unblockings. Effectiveness of other interventions equal to 75% of the remaining unblockings not treated with sodium bicarbonate. Incidence of occlusive and infectious complications in line with the literature; incidence of partial occlusion higher than the total one; catheter use extended until the end of the treatment.

BACKGROUND

I cateteri venosi centrali (CVC) sono ritenuti, ormai da almeno trent'anni, strumenti indispensabili nell'esercizio della pratica clinica [1,2] tanto che si stima ne vengano posizionati ogni anno più di sette milioni

solo negli Stati Uniti[3]. Negli ultimi trent'anni l'uso del CVC a permanenza è incrementato specialmente per i pazienti pediatrici affetti da patologie onco-ematologiche. Si tratta di un dispositivo essenziale per il trattamento di tali pazienti in quanto consente di ricevere l'infusione di chemioterapici, terapie di supporto, emoderivati, nutrizione parenterale iperosmolare, nonché di ottenere campioni di sangue in modo rapido e atraumatico, portando ad un significativo miglioramento della qualità di vita[4-6]).
Per quanto i vantaggi associati all'impiego di questo tipo di presidio siano sostenuti da forti evidenze[7], è necessario tenere in considerazione che incannulamento e gestione delle vie centrali non possono essere considerate procedure esenti da rischio[8-11]. Secondo alcuni autori le complicanze catetere-correlate interessano più del 15% dei pazienti con linea infusiva centrale[12,13] e possono compromettere - in un numero di casi che può arrivare al 50% - il completamento della terapia impostata[8,14] rendendo necessaria - nel 10% dei casi circa - la rimozione del device[15].
Le occlusioni rappresentano la più comune complicanza non infettiva catetere-correlata(16) con un'incidenza - sul totale dei dispositivi posizionati - che si stima essere prossima al 25%[7,17-20].
Per quanto non risulti ad oggi individuata una definizione univoca e condivisa dagli autori(21,22), l'ostruzione della via venosa centrale viene genericamente descritta in letteratura come difficoltà o impossibilità di infondere liquidi e/o aspirare sangue dalla cannula[16,17,23].
Nello specifico si distingue normalmente tra occlusione parziale e completa: nel primo caso rimane conservata la pervietà del device all'infusione mentre risulta compromessa la possibilità di aspirazione, nel secondo invece il blocco appare evidente in entrambe le direzioni (prelievo e somministrazione)[8,23,24].
In relazione al meccanismo etiopatogenetico diventa pertanto possibile attribuire all'ostruzione della via un carattere meccanico, non trombotico (o chimico-fisico) e trombotico[8,25].
Ulteriore ricerca è necessaria per valutare l'efficacia e la sicurezza degli interventi sia chimici (sodio cloridrico, sodio bicarbonato, etanolo al 70%) che chirurgici che farmacologici utilizzati per trattare l'occlusione del lume del catetere venoso centrale[26].
La più grande sfida nel ripristino della pervietà del CVC è determinare l'eziologia dell'occlusione; fino a quando gli studi che determinano il modo "migliore" per diagnosticare l'occlusione non sono stati completati, la discussione sul trattamento sarà incompleta[27].
Gli autori sono dunque concordi nel riconoscere il ruolo cruciale del personale infermieristico nella diagnosi precoce e nella scelta - in collaborazione con il personale medico - del trattamento più appropriato per la gestione tempestiva del problema rilevato[25].

OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo primario dello studio è descrivere l'efficacia o l'inefficacia del sodio bicarbonato nel trattamento dell'occlusione del lume del catetere venoso centrale in bambini affetti da patologia oncoematologica.

Obiettivi secondari

- Stimare l'incidenza della complicanza occlusiva;
- Indagare il tipo di occlusione insorta (parziale/totale, meccanica/non trombotica/trombotica);
- Descrivere l'efficacia o l'inefficacia di altri interventi per ripristinare la pervietà del lume nel catetere venoso centrale;
- Determinare il periodo di sopravvivenza del catetere venoso centrale;
- Indagare l'insorgenza della complicanza infettiva e stimarne l'incidenza.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Studio osservazionale quantitativo, retrospettivo.

Setting

S.C. Oncoematologia pediatrica - I.R.C.C.S. materno infantile Burlo Garofolo - Trieste.

Campione

Tutti i bambini affetti da patologia oncologica e seguiti presso il setting considerato sono potenzialmente eleggibili per lo studio. I criteri di inclusione sono: portatore di catetere venoso centrale (tipo Broviac o Hickman) per il trattamento della patologia oncoematologica, età compresa tra 0 e 17 anni. Quelli di esclusione, invece, sono: portatore di catetere venoso centrale totalmente impiantabile (Port-a-Cath), trattamento con anticoagulanti (per via sottocutanea o sistemica), pregressa trombosi venosa profonda.

Strumenti

È stata costruita un'apposita scheda per la raccolta dei dati.

Modalità di raccolta dei dati
Consultazione di tutte le cartelle cliniche (medica ed infermieristica) compilate da gennaio 2009 a dicembre 2014. Ogni bambino verrà considerato come unico caso - valutando in questo modo il periodo di sopravvivenza del catetere venoso centrale. Nel caso in cui, viene incannulata una nuova vena centrale, il bambino potrà essere considerato come nuovo caso, dopo aver rivalutato l'eleggibilità secondo protocollo.

Analisi dei dati
Le schede di raccolta dati verranno trasferite in un database elettronico. L'analisi statistica condotta attraverso software statistici. I dati saranno presentati in maniera descrittiva (frequenze, percentuali, medie e deviazioni standard) e stratificati per le caratteristiche generali raccolte, per evidenziare eventuali differenze.

RISULTATI ATTESI

- Efficacia del sodio bicarbonato nel trattamento dell'occlusione del lume del catetere venoso centrale in bambini affetti da patologia oncoematologica pari al 75% del totale delle disocclusioni.
- Incidenza della complicanza occlusiva in linea con la letteratura esistente.
- Incidenza dell'occlusione parziale insorta maggiore rispetto a quella totale.
- Efficacia di altri interventi per ripristinare la pervietà del lume nel catetere venoso centrale pari al 75% del restante delle disocclusioni non trattate con il sodio bicarbonato.
- Sopravvivenza del catetere venoso centrale per tutta la durata del trattamento terapeutico.
- Incidenza della complicanza infettiva in linea con la letteratura esistente.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ DEL PROGETTO DI RICERCA		SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1	Raccolta dei dati	Project manager, coordinatore, tesista, project team	Marzo-aprile 2015
2	Sistematizzazione elettronica dei dati raccolti	Project manager, tesista	Marzo-maggio 2015
3	Analisi statistica	Project manager, statistico	Maggio 2015
4	Analisi dei risultati e discussione	Projet manager, statistico, tesista, coordinatore	Giugno-luglio 2015
5	Redazione elaborato finale in italiano ed in inglese	Project manager, coordinatore, tesista, statistico, project team, collaboratore esterno	Luglio-settembre 2015

DIAGRAMMA DI GANTT

	Marzo 2015	Aprile 2015	Maggio 2015	Giugno 2015	Luglio 2015	Agosto 2015	Settembre 2015
Raccolta dei dati							
Sistematizzazione elettronica dei dati raccolti							
Analisi statistica							
Analisi dei risultati e discussione							
Redazione elaborato finale in italiano ed in inglese							

BIBLIOGRAFIA

1. Lo Piccolo C, Lipari L, Cocorullo G, Valenza V, Carini F. Insights on central and peripheral venous catheterization: biology, anatomy, surgical aspects and nursing management (our experience). Res J Biol Sci 2009;4(12):1267-1279.
2. Kuter DJ. Thrombotic complications of central venous catheters in cancer patients. Oncologist 2004 Apr;9(2):207-216.
3. Richardson D. Vascular access nursing: standards of care and strategies in the prevention of infection: a primer on central venous catheters (Part 2 of a three-part series). JAVA 2007 Spring;12(1):19-27.

4. Carraro F, Cicalese MP, Cesaro S, De Santis R, Zanazzo G, Tornesello A, et al. Guidelines for the use of long-term central venous catheter in children with hemato-oncological disorders. On behalf of supPort-a-cathive therapy working group of Italian Association of Pediatric Hematology and Oncology (AIEOP). Ann Hematol 2013 Oct;92(10):1405-1412.
5. Cecinati V, Brescia L, Tagliaferri L, Giordano P, Esposito S. Catheter-related infections in pediatric patients with cancer. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2012 Nov;31(11):2869-2877.
6. Pinon M, Bezzio S, Tovo PA, Fagioli F, Farinasso L, Calabrese R, et al. A prospective 7-year survey on central venous catheter - related complications at a single pediatric hospital. Eur J Pediatr 2009 Dec;168(12):1505-1512.
7. Schilling S, Doellman, Hutchinson N, Jacobs BR. The impact of needleless connector device design on central venous catheter occlusion in children: a prospective, controlled trial. J Parenter Enteral Nutr 2006 Mar-Apr;30(2):85-90.
8. Baskin JL, Pui CH, Reiss U, Wilmas JA, Metzger ML, Ribeiro RC, et al. Management of occlusion and thrombosis associated with long-term inwelling central venous catheters. Lancet 2009 Jul 11;374(9684):159-169.
9. Cesaro S, Tridello G, Cavaliere M, Magagna L, Gavin P, Cucinato R, et al. Prospective, randomized trial of two different modalities of flushing central venous catheters in pediatric patients with cancer. J Clin Oncol 2009 Apr 22;27(12):2059-2065.
10. Fuentes i Pumarola C, Casademont Mercader R, Colomer Plana M, Cordón Bueno C, Sabench Casellas S, Félez Vidal M, et al. Estudio comparativo del mantenimiento de la permeabilidad de los catéteres venosos centrales de tres luces. Enferm Intensiva 2007 Feb-Mar;18(1):25-35.
11. Mayo DJ. Catheter-related thrombosis. J Intraven Nurs 2001 May/Jun;24 Suppl 3:13-22.
12. López-Briz E, Ruiz-García V. Heparina frente a cloruro sódico 0.9% para mantener permeables los catéteres venosos centrales. Una revisión sistemática. Farm Hosp 2005 Jul;29(4):258-264.
13. McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med 2003 Mar 20;348(12):1123-1133.
14. Turcotte S, Dubé S, Beauchamp G. Peripherally inserted central venous catheters are not superior to central venous catheters in acute care of surgical patients on the ward. Word J Surg 2006 Aug;30(8):1605-1619.
15. Debourdeau P, Kassab Chahmi D, Le Gal G, Kriegel I, Desruennes E, Douard MC, et al. 2008 SOR guidelines for the prevention and treatment of thrombosis associated with central venous catheters in patients with cancer: report from the working group. Ann Oncol 2009 Sep;20(9):1459-1471.
16. Ryder M. Evidence-based practice in the management of vascular access devices for home parenteral nutrition therapy. J Parenter Enteral Nutr 2006 Jan-Feb;30 Suppl 1:82-93,98-99.
17. Kerner JA, Garcia-Careaga MG, Fisher AA, Poole RL. Treatment of catheter occlusion in pediatric patients. J Parenter Enteral Nutr 2006 Jan-Feb;30 Suppl 1:73-81.
18. Jacobs BR, Schilling S, Doellman D, Hutchinson N, Rickey M, Nelson S. Central venous catheter occlusion: a prospective, controlled trial examining the impact of a positive-pressure valve device. J Parenter Enteral Nutr 2004 Mar-Apr;28(2):113-118.
19. Deitcher SR, Fesen MR, Kiproff PM, Hill PA, Li X, McCluskey ER, et al. Safety and efficacy of alteplase for restoring function in occluded central venous catheters: results of the cardiovascular thrombolytic to open occluded lines trial. J Clin Oncol 2002, 1;20(1):317-324.
20. Haire WD, Herbst SL. Use of Alteplase (t-PA) for the management of thrombotic catheter dysfunction: guidelines from a consensus conference of the National Association of Vascular Access Networks (NAVAN). Nutr Clin Pract 2000, 15(6):265-275.
21. Rummel MA, Donnelly PJ, Fortenbaugh CC. Clinical evaluation of a positive pressure device to prevent central venous catheter occlusion: results of a pilot study. Clin J Oncol Nurs 2001 Nov-Dec;5(6):261-265.
22. Delva R, Gamelin E, Lortholary A, Maillart P, Lenya de la Jarrige P, Girault C, et al. Suppression of heparinization of central venous catheters between cycles of chemotherapy. Results of a phase I study. Support Care Cancer 1998, 6(4):384-388.
23. Bowers L, Speroni KG, Jones L, Atherton M. Comparison of occlusion rates by flushing solutions for peripherally inserted central catheters with positive pressure luer-activated devices. J Infus Nurs 2008, 31(1):22-27.
24. Baranowski L. Central venous access devices: current technologies, uses and management strategies. J Intraven Nurs 1993, 16(3):167-194.
25. Andris DA, Krzywda EA. Central venous catheter occlusion: successful management strategies. Medsurg Nurs 1999 Aug;8(4):229-236.
26. van Miert C, Hill R, Jones L. Interventions for restoring patency of occluded central venous catheter lumens. Cochrane Database Syst Rev 2012 Apr 18;4:CD007119.
27. Bauman ME, Massicotte MP. Commentary on 'Interventions for restoring patency of occluded central venous catheter lumens'. Evid Based Child Health 2013 Mar 7;8(2):750-751.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

STILI DI VITA E BENESSERE DI INFERMIERI E STUDENTI INFERMIERI

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

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.10

TITOLO PROGETTO

Stile di vita, salute e benessere degli infermieri e degli studenti infermieri
Lifestyle, health and well-being of Italian nurses and student nurses

ABSTRACT

Background: Gli infermieri rappresentano la figura chiave del servizio sanitario per ottenere i migliori risultati nella promozione della salute. Nonostante ciò, la letteratura indica che l'esercizio delle competenze rispetto a stili di vita non è sempre adeguato.

Obiettivi: Lo studio mira a valutare comportamenti e conoscenze di stili di vita degli infermieri e studenti infermieri, con l'obiettivo di attuare strategie volte a trasferire la conoscenza agli utenti.

Metodi: Il progetto, di natura quasi-sperimentale, metodo misto, longitudinale prospettico, è diviso in più fasi interconnesse:

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

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

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

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

ABSTRACT

Background: Nurses have an absolutely key role to achieve best results in health promotion. Despite their role, expertise and professional knowledge on healthy lifestyle choices, research indicates that nurses do not apply to themselves this knowledge.

Objectives: The study aims to examine and evaluate nurses and nursing students' health behaviours and lifestyles as well as their knowledge on health promotion, with the aim of setting up strategies to enhance and transfer their knowledge to health services' users.

Methods: The project, quasi-experimental, mixed method approach, lengths 3 years:

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

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

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

BACKGROUND

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

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

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

b) *il ruolo delle malattie non trasmissibili nell'epidemiologia europea e mondi*ale

Le malattie non trasmissibili (MNT) - malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche e diabete sono responsabili della maggior parte delle morti nel mondo[4,5]. Il 63% dei decessi mondiali (36 milioni di persone) è ascrivibile alle malattie non trasmissibili. Le malattie non trasmissibili sono fortemente influenzate dalle abitudini di vita quali l'abitudine al fumo, le abitudini alimentari, l'inattività fisica e l'alcol e quindi sono evitabili attraverso la promozione di uno stile di vita sano. L'OMS identifica nove strumenti per combattere le MNT entro il 2015, tra questi nove, sette sono focalizzati sulla promozione e l'educazione alla salute, a) riduzione del consumo dannoso di alcol; b) attività fisica c) riduzione dell'assunzione di sale/iodio d) riduzione uso del tabacco e)riduzione della pressione alta f) diminuzione del numero di persone con il diabete e obese g) prevenzione di infarti e ictus.[4]
Anche il recente Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018[6] pone un fortissimo accento sulla necessità di operare al fine di ridurre il carico prevenibile ed evitabile delle MNT e potenziare al massimo le attività di promozione della salute adottando un approccio multidimensionale con strategie volte ad ampliare l'emporwement e le competenze dei diversi operatori e in particolare degli infermieri.

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

Ognuno dei target, qui brevemente ricordati, interessa i comportamenti quotidiani degli individui, comportamenti che hanno un impatto sulla salute e sul sistema sanitario in termini di costi e di prestazioni assistenziali. I cambiamenti sociali, culturali e tecnologici nei paesi occidentali in particolare, in Europa ed in Italia negli ultimi 60 anni, hanno prodotto una serie di cambiamenti nel modus vivendi dell'uomo, creando un uomo più sedentario e pigro, che consuma pasti poco sani e che ha sviluppato una dipendenza dal fumo e dall'alcool.[7]
Uno studio recente[8] sostiene che al momento sussiste un vero e proprio gap nella produzione scientifica; infatti esistono poche pubblicazioni su questo argomento e sul ruolo attivo degli infermieri per il raggiungimento del maggiore livello di benessere possibile. La ricerca ha posto la sua attenzione su elementi importanti che certamente influenzano la salute dell'infermiere (burnout, disagio emotivo, benessere or-

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

Obiettivi specifici

FASE A
1. Effettuare una revisione della letteratura, anche per la definizione degli strumenti di indagine.
2. Attraverso survey online (longitudinale) valutare le abitudini di vita degli infermieri e degli studenti infermieri e provvedere alla validazione degli strumenti;
   a. Descrivere similitudini e differenze regionali, culturali, sociali e di genere a livello nazionale;
   b. Identificare, attraverso gli strumenti di self-reporting, infermieri e studenti infermieri il livello di salute, qualità di vita e stili di vita;
   c. Valutare le conoscenze degli infermieri e degli studenti infermieri rispetto alle abitudini di vita, l'impatto che queste hanno sulla salute, le malattie non trasmissibili e le politiche di promozione della salute italiane;
3. Identificare strategie di valorizzazione del ruolo infermieristico in tema di promozione della salute e del benessere.

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

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

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

METODI E STRUMENTI

FASE A
Lo studio quasi sperimentale, si avvarrà di approccio metodologico misto, con strumenti quantitativi e qualitativi.

METODOLOGIA

Durante la fase A verranno effettuate una revisione bibliografica sull'argomento (obiettivo n. 1) e contemporaneamente una survey on line (obbiettivo n 2 sub let a) e b) e c) .
La revisione della letteratura (obbiettivo n.1 e n. 3) mirerà alla valutazione dello stato dell'arte sull'argo-

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

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

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

RISULTATI ATTESI

Il progetto proposto ha quattro principali risultati attesi:
- fornire un quadro il più possibile esaustivo e robusto dello stato di salute e sugli stili di vita degli infermieri

- identificare il livello di conoscenza degli infermieri rispetto alle MNT, la promozione della salute, le politiche sanitarie;
- produrre materiale ed coinvolgere svariati stakeholders in eventi formativi;
- contribuire a definire il ruolo dell'infermiere nell'ambito dell'educazione e promozione della salute per sé stessi e per la popolazione alla salute

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

PIANIFICAZIONE

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

DIAGRAMMA DI GANTT

	marzo – aprile 2015	aprile-giugno 2015	luglio – settembre 2015	ottobre - dicembre 2015	gennaio - marzo 2016	aprile - giugno 2016	luglio -settembre 2016	ottobre - dicembre 2016	gennaio - marzo 2017	aprile - giugno 2017	luglio - settembre 2016	ottobre - dicembre 2017
Definizione linee strategiche progetto	■											
Fase 1- Revisione della letteratura, strumenti e definizione survey	■	■										
Fase 1 - Messa in atto survey		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Fase 1- risultati preliminari			■									
Fase 2 – Aspetti etici e progettazione			■	■								
Fase 2 -Eventi formativi e eventi blended-online					■	■	■	■	■			
Fase 2 -Analisi di dei dati dello studio										■	■	■
Fase 3 -Definizione tools kit e linee di indirizzo specifiche									■	■	■	
Fase 3 - Report Conclusivo												■
Fase 3 –Invio pubblicazione scientifica												■
Fase 3 -Chiusura progetto												■

BIBLIOGRAFIA

1. Ipasvi, Federazione Nazionale Collegi. Codice deontologico dell'infermiere. 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www. ipasvi. it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deonto
2. ICN Nursing Matters: ICN on mobilising nurses for health. International Council of Nurses. 2009. Disponibile all'indirizzo:http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/21d_FSHealth_Promotion.pdf
3. American Nurses Association [Internet]. Healthly Nurse Definition; 2009. Disponibile all'indirizzo http://www.adha.org/
4. World Health Organization. Chronic diseases and health promotion. STEPwise approach to surveillance (STEPS) Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/chp/steps/en.
5. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases. Disponibile all'indirizzo: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/ 1/978924150 6236_eng.pdf?ua=1.
6. Ministero della Salute, Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. Disponibile a http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_045549_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%20ODG.pdf.
7. Malterud K, Ulriksen K. Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. Int J Qual Stud Health Well-being. 2011;6(4). doi: 10.3402/qhw.v6i4.8404. Epub 2011 Nov 22. PubMed PMID: 22121389; PubMed Central PMCID: PMC3223414.
8. Kemppainen V, Tossavainen K, Turunen H. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. Health Promot Int. 2013 Dec;28(4):490-501. doi: 10.1093/heapro/das034. Epub 2012 Aug 10.
9. Blake H, Malik S, Mo PK, Pisano C. 'Do as say, but not as I do': are next generation nurses role models for health? Perspect Public Health. 2011 Sep;131(5):231-9. PubMed PMID: 21999028.

10. Skaal L, Pengpid L. Obesity and health problems among South African healthcare workers: do healthcare workers take care of themselves S Afr Fam Pract 2011;53(6):563-567
11. Malik S, Blake H, Batt M. How healthly are our nurses? New and registered nurses compared British journal of nursing. 2011; 20(8):489:95.
12. Hick M, McDermott LL, Rouhana N. Nurse body size and public confidence in ability to provide health education. Journal Nursing Scholarship. 2003; 40(4):349-54 .
13. Aranda K, McGreevy D. Embodied empathy-in-action: overweight nurses' experiences of their interactions with overweight patients, Nursing Inquiry. 2014; 21:1.
14. Keogh K. Healthy eating campaign aims to improve nurses' wellbeing. Nursing Standard. 2014; 29(3): 7-7.
15. Lepage M, Renaud L, Champagne F, Rivard M. Strategies to increase the brief interventions in smoking cessation among nurses in hospital settings: experimental study. Rech Soins Infirm. 2014 Mar;(116):57-69. French.
16. Ochieng BM. Factors affecting choice of a healthy lifestyle: implications for nurses. Br J Community Nurs. 2006 Feb;11(2):78-81. Review.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

SELF-CARE NELLE MALATTIE CRONICHE

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

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.11

TITOLO PROGETTO

Self-care e qualità di vita negli anziani con malattie croniche
Self-care and quality of life in older adults with chronic diseases

ABSTRACT

***Background**:* L'invecchiamento e la crescente prevalenza di malattie croniche nella popolazione anziana rappresentano una sfida per la salute e per la sostenibilità futura dei sistemi sanitari. Lo sviluppo di capacità di self-care nelle persone anziane con malattie croniche e delle capacità dei caregiver di sostenere i pazienti nelle attività di self-care sono fattori fondamentali per la prevenzione delle complicanze e il miglioramento degli outcomes nel lungo periodo. Numerose ricerche hanno studiato il self-care nella broncopneumopatia conica ostruttiva (BPCO), diabete, scompenso cardiaco, e osteoporosi, tuttavia un numero limitato di studi ha descritto i comportamenti di self-care nelle persone anziane in presenza di comorbidità multiple.

Obiettivo: Lo scopo di questo studio longitudinale è quello di descrivere il self-care ed il contributo al self-care rispettivamente nei pazienti affetti da malattie croniche e nei loro caregiver e di valutare la relazione tra self-care e QDV nei pazienti e nei caregiver.

Metodi e strumenti: Una batteria di strumenti di misura del self-care e qualità di vita sarà somministrata ad un campione di 1000 pazienti con più di 65 anni e almeno una malattia cronica tra quelle in studio e ad un campione di rispettivi caregivers. Saranno effettuati dei follow-up a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'arruolamento.
Risultati attesi: I risultati dello studio contribuiranno a rispondere ad importanti quesiti sui comportamenti di self-care in presenza di malattie croniche multiple e rappresenteranno un indispensabile riferimento per lo sviluppo di interventi volti a sostenere le capacità di self-care dei pazienti e dei loro caregiver in linea con le raccomandazioni presenti nei piani socio-sanitari nazionali e regionali italiani.
Parole chiave: Self-care, qualità di vita, malattie croniche, caregiver.

ABSTRACT

Background: The ageing of the population and the growing prevalence of chronic diseases represent a challenge for health and for future health-care system sustainability. The development of self-care behaviours in people with chronic illness and the development of supporting abilities in their caregivers are crucial factors to prevent complications and to improve long-term outcomes. So far, many studies have considered self-care behaviours of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), diabetes, heart failure and osteoporosis but a limited number of studies have described self-care behaviours in older people with multiple morbidities.

Aim: The aim of this longitudinal study is to describe self-care and contribution to self-care in patients affected by chronic diseases and their caregivers respectively. Also this study aims to evaluate the associations between self-care and quality of life in patients and caregivers.

Methods: A battery of tools will be administered to a sample of 1000 patients over 65 years old with at least one of the chronic diseases considered in the study and to a sample of caregivers. Follow up evaluations will be performed at 3, 6, 9 and 12 months from the enrolment.

Expected results: The results of this study will contribute to answering important questions about self-care behaviours of older patients with multiple morbidities and will represent a fundamental framework to develop interventions to support patients' and caregivers' self-care abilities, following national and regional health policy recommendations.
Keywords: Self-care, quality of life, chronic diseases, caregivers.

BACKGROUND

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

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

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

Altra malattia cronica molto diffusa è il diabete mellito che ha una prevalenza media nella popolazione generale europea stimata intorno all'8,3% con un range che varia tra gli stati Europei tra il 3,5% e il 14%[6-8]. Si stima che oltre 70 milioni di persone saranno diabetiche in Europa nel 2035 con una prevalenza che arriverà al 10% nella popolazione generale e al 25% nella popolazione anziana. In Italia il 5.5% della popolazione è affetto da diabete e i dati disponibili stimano in 11 miliardi di euro l'anno la spesa sostenuta dal sistema sanitario nazionale per la cura del diabete e delle sue complicanze[9]. Lo Scompenso Cardiaco (SC) ha una prevalenza tra lo 0.5 ed il 2% nella popolazione occidentale[10] ed è in continuo aumento non solo a causa dell'invecchiamento della popolazione ma anche a causa dei progressi nel trattamento dell'infarto del miocardio. Lo SC determina un impatto importante sulla qualità di vita dei pazienti comparabile al cancro[11]. Inoltre, le ripetute ospedalizzazioni ed accessi ai servizi di emergenza sono responsabili del 2% della spesa ospedaliera[12].

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

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

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

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

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

Coordinatori permetterà un approccio integrato nel progetto proposto che non ha eguali anche nel panorama scientifico internazionale.
8) Esiste una interazione tra self-care e contributo al self-care, QDV e presenza di una o più malattie croniche negli anziani affetti da BPCO, diabete, scompenso cardiaco e osteoporosi?

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

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

METODOLOGIA

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

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

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

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

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

RISULTATI ATTESI

I risultati di questo progetto di ricerca triennale contribuiranno alla conoscenza delle problematiche connesse alle capacità di self-care nelle persone anziane affette da comorbilità multiple. Una descrizione dei livelli di self-care maintanance, monitoring e management nelle persone anziane con comorbilità consentirà di identificare aree di intervento per la promozione della salute, la prevenzione secondaria e l'educazione dei pazienti anziani con malattie croniche. L'impiego di strumenti generici e malattia-specifici aggiungerà importanti conoscenze alla limitata letteratura attualmente disponibile circa i comportamenti di self-care

dei pazienti con comorbidità, l'adesione a comportamenti e raccomandazioni multiple, talvolta conflittuali e l'associazione tra questi comportamenti e alcuni significativi esiti di salute. Lo studio del contributo fornito dai caregiver consentirà inoltre di studiare interventi di educazione, empowerment e supporto rivolti alle persone anziane con malattie croniche e ai loro familiari, in linea con le indicazioni incluse nei piani sanitari nazionali e regionali italiani e con le istanze legate alla futura sostenibilità dei sistemi sanitari. Infine i dati raccolti, consentiranno di integrare le evidenze sulla validità e affidabilità degli strumenti di misura del self-care utilizzati in questo studio.

PIANIFICAZIONE

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

DIAGRAMMA DI GANTT

ANNO 2015

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

ANNO 2016

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

ANNO 2017

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

BIBLIOGRAFIA

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

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.2.15.12

TITOLO PROGETTO

Effetto dell'intervento educativo mirato per migliorare il self-care maintenance e qualità di vita nelle donne in postmenopausa
Effect of tailored educational intervention to improve self-care maintenance and quality of life in postmenopausal women

ABSTRACT

L'osteoporosi è una patologia molto diffusa e colpisce prevalentemente le donne in postmenopausa. La maggior causa di disabilità della patologia è data dalle fratture da fragilità, che incidono negativamente sui costi sociali e sanitari. L'educazione terapeutica è fondamentale in quanto consente alle donne a rischio o affette da osteoporosi di ridurre il rischio di sviluppare complicanze dell'osteoporosi. È pertanto necessario integrare nel percorso diagnostico-terapeutico, pratiche assistenziali ed educative. L'infermiere è la figura professionale che, attraverso l'intervento educativo mirato, promuove nelle donne a rischio o affette da osteoporosi la riduzione dei fattori di rischio, l'adozione di un corretto stile di vita, l'autogestione della terapia farmacologica e il miglioramento della qualità di vita. Affinché la donna possa essere motivata al cambiamento degli atteggiamenti scorretti, è necessario che l'intervento educativo mirato sia continuo nel tempo, attraverso attività di counselling e follow-up. Gli scopi di questo progetto di ricerca sono: a) formare gli infermieri ad utilizzare la corretta metodologia per effettuare l'intervento educativo mirato nelle donne in postmenopausa a rischio o affette da osteoporosi; b) consentire alle pazienti di acquisire la capacità di assumere comportamenti corretti di self-care e di migliorare la qualità di vita. Questo progetto di ricerca è uno studio multicentrico quasi-sperimentale e interventistico di durata triennale. All'interno dello studio verranno arruolate donne in postmenopausa a rischio o affette da osteoporosi, degenti nelle unità operative o afferenti agli ambulatori. Per raccogliere i dati verranno utilizzati i seguenti strumenti: Sociodemographic questionnaire, Risk factors questionnaire, Self-Care of Osteoporosis Scale, Educational barriers questionnaire, Adherence to guidelines questionnaire, Quality of Life in Osteoporosis Scale. Questo progetto permetterà, attraverso un intervento educativo mirato, di far acquisire alle donne la capacità di self-care nella gestione della patologia e agli infermieri nuove competenze in materia di gestione dell'osteoporosi e delle fragilità.
Parole chiave: Osteoporosi, intervento educativo, fattori di rischio, self-care, qualità di vita.

ABSTRACT

Osteoporosis is a very common disease and affects mainly postmenopausal women. The major cause of disability of the disease is given by fragility fractures, which affect negatively on the health and social costs. In these patients, it is essential to integrate educational intervention to the diagnostic-therapeutic care. The nurse is the professional who, through tailored educational intervention, promotes in women at risk or suffering from osteoporosis the reduction of risk factors, the adoption of a healthy lifestyle, self-management of drug therapy and improve quality of life. The objectives of this research project are: a) to train nurses to use the correct methodology for carrying out tailored educational intervention in postmenopausal women at risk or suffering from osteoporosis; b) to improve patients' self-care and quality of life. The design of this three years research project is multicenter quasi-experimental. Postmenopausal women at risk or suffering from osteoporosis will be enrolled from hospital or ambulatory centers. To collect the data will be used the following instruments: sociodemographic questionnaire, risk factors questionnaire, self-care of osteoporosis scale, educational barriers questionnaire, adherence to guidelines questionnaire, quality of life scale in osteoporosis. This project will verify whether an educational intervention is able to improve the self-care management of osteoporotic patients and will provide to nurses new skills to manage osteoporosis.
Keywords: Osteoporosis, educational intervention, risk factors, self-care, quality of life.

BACKGROUND

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'osteoporosi è una patologia sistemica dello scheletro caratterizzata da una diminuzione della massa ossea e da una alterazione della microarchitettura ossea, con conseguente aumento della fragilità scheletrica e rischio di frattura[1].
L'osteoporosi è un problema di salute globale e la principale causa di morbilità e mortalità nei paesi industrializzati[2, 3]. Si stima che nel mondo ci siano più di 200 milioni di persone con l'osteoporosi e, nella popolazione con più di 50 anni, il 33% delle donne e il 12,5% degli uomini sono affetti da tale patologia[4, 5].
In Italia la malattia colpisce circa 5 milioni di persone, di cui l'80% sono donne in postmenopausa[6]. La manifestazione più insidiosa dell'osteoporosi è rappresentata dalle fratture da fragilità, che provocano invalidità permanente nel 30% delle persone e deterioramento della qualità di vita, con conseguenze in termini di costi sociali, economici e di salute[7-11]. Inoltre, una frattura da fragilità primaria aumenta il rischio di successive rifratture[12]. La maggior parte delle persone che ha avuto una frattura dovuta all'osteoporosi, è medicalmente trattata per la frattura, ma non riceve un intervento adeguato per migliorare i comportamenti di self-care, lo stile di vita e l'aderenza farmacologica[13, 14].
Pertanto, è necessario impostare interventi educativi che sono considerati cruciali per migliorare l'aderenza in pazienti con osteoporosi[15]. Una figura come l'infermiere può attuare gli interventi educativi, che mirano a promuovere nelle donne in postmenopausa a rischio o affette da osteoporosi uno stile di vita sano come una corretta dieta, esercizio fisico regolare e un corretto utilizzo della terapia farmacologica[15, 16].

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

METODOLOGIA

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

Modello concettuale
Il modello concettuale di riferimento è Middle-Range Theory of Self-care of Chronic Illness, dove i concetti chiave del self-care sono: self-care maintenance, self-care monitoring, and self-care management (Figura 1)[17]. Per questo studio è stato considerato solo il self-care maintenance, che include quei comportamenti che consentono alla paziente con una malattia cronica di preservare la salute e migliorare il benessere e il mantenimento di uno stato di stabilità fisica ed emotiva. Infatti, nelle malattie croniche, come l'osteoporosi, gli operatori sanitari incoraggiano le pazienti a migliorare i comportamenti di self-care maintenance[18]. Questi comportamenti sono fondamentali per promuovere e mantenere uno stile di vita sano, come smettere di fumare, trascorrere almeno 10-15 minuti all'aperto in una giornata di sole, seguire una dieta adeguata, fare esercizio fisico e prendere i farmaci regolarmente.

Figura 1

Strumenti
Sarà somministrato agli infermieri aderenti un questionario di ingresso per valutare le loro conoscenze e competenze in materia di osteoporosi e fragilità e metodologia del colloquio motivazionale.

Per raccogliere i dati verranno utilizzati i seguenti strumenti:

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

Analisi dei dati

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

Campionamento e criteri di inclusione/esclusione

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

Fasi della ricerca

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

RISULTATI ATTESI

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

Rilevanza

L'osteoporosi è, tra le malattie croniche, la più comune nella popolazione anziana e pertanto viene considerata un importante problema di sanità pubblica. Infatti, la prevalenza dell'osteoporosi aumenta progressi-

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

PIANIFICAZIONE

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

DIAGRAMMA DI GANTT

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Geneva, Switzerland: WHO, 1994.
2. Duquet N. Osteoporosis: treatment and pharmaceutical care. Journal de pharmacie de Belgique. 2014 Jun(2):14-24.
3. Rousiere M. The importance of taking care of osteoporosis. Presse medicale. 2011 Oct;40(10):900-9.
4. Tarantino U, Cannata G, Lecce D, Celi M, Cerocchi I, Iundusi R. Incidence of fragility fractures. Aging clinical and experimental research. 2007 Aug;19(4 Suppl):7-11.
5. Reginster JY, Burlet N. Osteoporosis: a still increasing prevalence. Bone. 2006 Feb;38(2 Suppl 1):S4-9.
6. Tarantino U, Cerocchi I, Celi M, Rao C. The current burden of osteoporosis in Italy. Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia. 2010;36:263-7.
7. Sack F. Fighting the fracture cascade: evaluation and management of osteoporotic fractures. Postgraduate medicine. 2008 Nov;120(4):51-7.
8. Piscitelli P, Brandi ML, Chitano G, Argentiero A, Neglia C, Distante A, et al. Epidemiology of fragility fractures in Italy. Clinical cases in mineral and bone metabolism : the official journal of the Italian Society of Osteoporosis, Mineral Metabolism, and Skeletal Diseases. 2011 May;8(2):29-34.
9. Hernlund E, Svedbom A, Ivergard M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, et al. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). Archives of osteoporosis. 2013;8(1-2):136.
10. Svedbom A, Hernlund E, Ivergard M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, et al. Osteoporosis in the European Union: a compendium of country-specific reports. Archives of osteoporosis. 2013;8(1-2):137.
11. Tarantino U, Iundusi R, Cerocchi I, Liuni FM, Feola M, Celi M, et al. Role of the orthopaedic in fragility fracture and in the prevention of a new fracture: SIOT 2009 recommendations. Aging clinical and experimental research. 2011 Apr;23(2 Suppl):25-7.
12. Dreinhofer KE, Anderson M, Feron JM, Herrera A, Hube R, Johnell O, et al. Multinational survey of osteoporotic fracture management. Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA. 2005 Mar;16 Suppl 2:S44-53.
13. Cotte FE, De Pouvourville G. Cost of non-persistence with oral bisphosphonates in post-menopausal osteoporosis treatment in France. BMC health services research. 2011;11:151.
14. Modi A, Sajjan S, Gandhi S. Challenges in implementing and maintaining osteoporosis therapy. International journal of women's health. 2014;6:759-69.
15. Gold DT. Understanding patient compliance and persistence with osteoporosis therapy. Drugs & aging. 2011, 1;28(4):249-55.
16. Chan MF, Ko CY. Osteoporosis prevention education programme for women. Journal of advanced nursing. 2006, 54(2):159-70.
17. Riegel B, Jaarsma T, Stromberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Advances in nursing science. 2012 Jul-Sep;35(3):194-204.
18. Ryan P. Integrated Theory of Health Behavior Change: background and intervention development. Clinical nurse specialist CNS. 2009, 23(3):161-70; quiz 71-2.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

LIBERA PROFESSIONE E COMPLESSITA' DELL'ASSISTENZA

COORDINATORE PROGETTO
F. Scerbo
C. Cervoni

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.13

TITOLO PROGETTO

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

Assessment of the ability of the NHS to respond for requests of health services in extra-institutional context and the nursing care performed by the independent nurse based in relation to required the complexity of care

ABSTRACT

L'assistenza infermieristica esercitata in regime libero-professionale rappresenta, nell'attuale contesto sanitario nazionale, un fenomeno in continua crescita, segno di ulteriore consolidamento della professione infermieristica nel tessuto sociale.
Secondo un'indagine presentata dal Censis realizzata per conto di Ipasvi ed Enpapi, un milione e 400mila italiani, nel 2012, hanno fatto ricorso a un infermiere privato per avere assistenza continuativa e 1,6 milioni per prestazioni una tantum. Totale: tre milioni di assistiti. Nell'assistenza territoriale le prestazioni sanitarie riferibili alle attività infermieristiche non sono identificabili e codificate in base alla tipologia di attività richieste per rispondere ai bisogni di assistenza del cittadino. Due sono le conseguenze negative della mancata individuazione delle prestazioni in numerose aree dei livelli essenziali di assistenza: a) la difficoltà di fissare standard qualitativi e quantitativi b) determinare la remunerazione degli erogatori.
Lo scopo di questo progetto di ricerca ha come obiettivo finale quello di valutazione la capacità del SSN nel rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extraistituzionale del cittadino e successivamente analizzare le prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infermiere in base alla complessità di cure richieste.
Parole chiave: Diagnosi infermieristiche, assistenza territoriale, assistenza domiciliare, bisogno di salute.

ABSTRACT

Nursing care practiced as an independent profession is a phenomenon that is spreading in the national healthcare context, and this is a sign that the nursing profession is consolidating itself within the social fabric. According to a survey presented by CENSIS, conducted on behalf of IPASVI and ENPAPI, 1.4 million Italians in 2012 contacted a private nurse for continued care, and 1.6 million for occasional care, adding up to a total of 3 million clients.
In community care, healthcare services related to nursing activities are not recognized and coded as activities required to meet the public's healthcare needs. The negative consequences of this lack of recognition in many areas of the essential levels of care are two: a) difficulty establishing qualitative and quantitative standards; and b) establishing the fees of the service providers.
The purpose of this research project is to assess the ability of the National Health Service to respond to the public's demand for healthcare services in the community, and subsequently analyse the nursing services provided by independent nurses based on the complexity of the care requested.
Keywords: nursing diagnosis, community care, home care, health needs.

BACKGROUND

L'assistenza infermieristica esercitata in regime libero-professionale rappresenta, nell'attuale contesto sanitario nazionale, un fenomeno in continua crescita, segno di ulteriore consolidamento della professione infermieristica nel tessuto sociale.
Secondo un'indagine presentata dal Censis[1] realizzata per conto di Ipasvi ed Enpapi, un milione e 400mila

italiani, nel 2012, hanno fatto ricorso a un infermiere privato per avere assistenza continuativa e 1,6 milioni per prestazioni una tantum. Totale: tre milioni di assistiti. Il valore monetario di queste prestazioni, secondo l'analisi Censis, è stato di oltre 850 milioni di euro. Il boom è legato soprattutto alle richieste di assistenza per i malati oncologici. Sempre secondo il Censis, di questa somma, 287 milioni sono quelli spesi da 958mila pazienti con patologie tumorali con una diagnosi da meno di cinque anni.
Questo significa che la sanità pubblica, che professa la centralità del paziente, fa sempre meno assistenza domiciliare gratuita e convenzionata, e a farne le spese sono innanzitutto cronici e, appunto, malati affetti da tumori. Sono quindi persone che improvvisamente hanno una mobilità ridotta, spesso allettati, che hanno un alta complessità assistenziale e necessitano di cure infermieristiche di elevata complessità e specificità. Anche il concetto di intensità, genericamente attribuito ai Piani Assistenziali Infermieristici (PAI) domiciliari, andrebbe in realtà misurato in funzione delle specifiche esigenze del singolo paziente/contesto. Potrebbe verificarsi l'esigenza di una bassa intensità degli interventi medici o infermieristici, ma di un'alta intensità di quelli assistenziali o riabilitativi; possono presentarsi elevate esigenze mediche ma ridotte necessità infermieristiche o assistenziali; in altre situazioni possono essere presenti circostanze gestibili, per esempio, con un maggiore impegno di figure attinenti all'ambito del volontariato o delle reti di comunità.
Attualmente il "Lea domiciliare" si presenta come una sorta di contenitore indistinto. Di fatto non si considera che pazienti, contesti e obiettivi degli interventi domiciliari possono essere molto diversi e non immediatamente confrontabili (case mix a differente complessità). Per esempio, il costo e gli esiti di un piano di cura centrato sulla educazione-informazione o trasferimento alla famiglia di conoscenze e competenze per atti di cura semplici, di per sé esauribile con pochi accessi di personale, sono diversi da quelli di un intervento terapeutico o palliativo ad alta o media intensità sanitaria e assistenziale, che coinvolge professionalità differenti, anche ad alta specializzazione. In altre situazioni invece il coinvolgimento di professionisti sanitari o infermieristico può essere ridondante per interventi delegabili a figure a minore contenuto professionale e minore costo.
Nell'assistenza territoriale le prestazioni sanitarie riferibili alle attività infermieristiche non sono identificabili e codificati in base alla tipologia di attività richieste per rispondere ai bisogni di assistenza del cittadino.
Due sono le conseguenze negative della mancata individuazione delle prestazioni in numerose aree dei livelli essenziali di assistenza:

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

Lo scopo di questo progetto di ricerca ha come obiettivo finale quello di Valutazione della capacità del SSN di rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extraistituzionale del cittadino e prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infermiere in base alla complessità di cure richieste.
L'analisi territoriale delle richieste non soddisfatte del cittadino da parte del SSN e l'identificazione delle prestazioni eseguite da parte dell'Infermiere nel rispondere a tale esigenze possono suggerire le strategie politiche sanitarie Nazionali per la presa in cura del paziente.

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

Obiettivi specifici
Costruzione e validazione questionario per la rilevazione delle attività sanitarie richieste ed erogate in regime extraistituzionale da parte della popolazione e del libero professionista infermiere. Al termine della validazione dello strumento, in una prima fase del progetto di ricerca si andranno a evidenziare prestazioni assistenziali richieste dal cittadino, nonché le attività assistenziali che i liberi professionisti erogano.
Verrà analizzato il contesto sanitario di riferimento (SSR) cercando di comprendere se le richieste di prestazioni sanitarie del cittadino sono dovute ad una scelta volontaria ed autonoma oppure tale richiesta è dovuta una carenza strutturale del SSN che non fornisce risposte esaustive alla richiesta di prestazione sanitaria/territoriale della popolazione.
In una seconda fase si evidenzieranno le prestazioni richieste dai cittadini ed erogate dai liberi professionisti per comprendere la tipologia di complessità assistenziale per tipologia di paziente. La complessità assistenziale delle prestazioni erogate non risulta, ad oggi, definita in maniera netta da parte del professionista.

Indicatori

- Questionario: indici di affidabilità e validità soddisfatti.
- classificazione delle prestazioni assistenziali richiedeste dal cittadino soddisfatte dal libero professionista maggiore o uguale all'80%.

- Classificazione della complessità assistenziale secondo l'Indice di Complessità Assistenziale ICA5, NAS6.

METODOLOGIA

Campione

- Infermieri libero-professionisti: Indagine su scala nazionale, campione di convenienza, i criteri di inclusione per la partecipazione allo studio prevedono che i partecipanti esercitino la loro attività presso ambulatori infermieristici, studi associati o tramite attività domiciliare.
- Pazienti: Indagine su scala nazionale, campione di convenienza, i criteri di inclusione per la partecipazione allo studio prevedono che i partecipanti abbiano ricevuto prestazioni sanitarie da parte di liberi professionisti.

Strumenti

Somministrazione di un questionario da validare.

RISULTATI ATTESI

Rilevanza

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

a) **Rilevanza per la popolazione**: riuscire ad identificare e valutare la capacità del SSN di rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie e quindi il possibile bisogni non soddisfatti di salute del cittadino da parte del Servizio Sanitario Nazionale (o Regionale). La programmazione Sanitaria territoriale e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono sempre più carenti e non concentrati sul reale bisogno di salute da parte del cittadino.
b) **Rilevanza per il professionista**: evidenzia l'importanza del professionista infermiere che operando in regime libero professionale riesce a rispondere alle richieste del cittadino limitando le carenze del Servizio Sanitario Nazionale. Nel palcoscenico attuale dove il professionista lavora per prestazioni, tale progetto di ricerca crea i presupposti per lavorare e ragionare nell'ottica delle complessità assistenziale, sdoganando l'infermiere dal mero concetto di "esecutore di mansioni o prestazioni" e orientandolo verso il professionista che lavora con scienza e coscienza sulle complessità assistenziali del paziente.

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

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo	Coordinatori	01/04/2015 - 01/06/2015
Costruzione Questionario	Project manager, Coordinatori	01/07/2015 - 31/10/2015
Test pilota e Validazione Questionario	Project manager e coordinatori e project team	01/11/2015 - 28/02/2016
Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	01/03/2016 - 30/09/2016
Analisi dei dati_1	Coordinatori e project team	01/09/2016 - 31/12/2016
Risultati_1	Coordinatori e project team	01/10/2016 - 31/12/2016
Pubblicazione finale_fase1	Project manager Coordinatori e project team	01/01/2017 - 30/04/2017
Analisi dei dati_2	Coordinatori e project team	01/05/2017 - 30/09/2017
Risultati_2	Coordinatori e project team	01/07/2016- 31/10/2017
Pubblicazione finale_fase2	Project manager Coordinatori e project team	01/10/2017 - 31/12/2017
Chiusura del progetto	Project manager Coordinatori e project team	31/12/2017

DIAGRAMMA DI GANTT

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

1. D'Agostino, F., Zega, M., Rocco, G., Luzzi, L., Vellone, E., & Alvaro R (2013). Impact of a nursing information system in clinical practice: a longitudinal study project. Annali di Igiene, 25(4), 329-341.
2. Zega, M., D'Agostino, F., Bowles, K. H., De Marinis, M. G., Rocco, G., Vellone, E., & Alvaro, R. (2014). Development and Validation of a Computerized Assessment Form to Support Nursing Diagnosis. International journal of nursing knowledge, 25(1), 22-29.
3. D'Agostino, F., Vellone, E., Tontini, F., Zega, M., & Alvaro, R. (2011). [Development of a computerized system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set]. Professioni infermieristiche, 65(2), 103-109.
4. Cavaliere, B., & Susmel, M. (2001). La qualità nell'assistenza infermieristica: uno strumento di rilevazione e di elaborazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA). Nursing Oggi, 2, 20-36.
5. Lastrucci, D., Carraretto, A., Fastelli, C., Ferrucci, V., Leone, A., Paglialunga, A., & Sivestri, A. (2012). La Scala NAS (Nursing Activities Score) per la rilevazione del carico di lavoro infermieristico. SCENARIO: Official Italian Journal of ANIARTI, 29(3); 12-17.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

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

COORDINATORE PROGETTO
M. G. De Marinis
M. Piredda

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.14

TITOLO PROGETTO

Sviluppo e validazione di un questionario per la valutazione della percezione della dipendenza dall'assistenza in pazienti oncologici
Development and psychometric testing of a measure of cancer patients' perception of care dependency

ABSTRACT

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

ABSTRACT

Objectives: To develop and test the psychometric properties of an instrument able to measure cancer patient's perception of care dependency.
***Background*:** Nursing care dependency is a multidimensional concept, and key focus of nursing. The condition of care dependency, consequence of health impairements, of their treatments and effects, can cause great patient suffering.
In particular, cancer patient's dependency is an increasingly frequent condition because of improvement of survival, ageing population and increase of comorbility and disability. Whilst the literature provides tools able to objectively evaluate care dependency, there are no measures of their subjective dimensions. This study aims at developing and validating an instrument able to provide information on the perception of dependency in cancer patient in order to improve the suffering attached to it.
***Materials and methods*:** The study is an instrument development and psychometric testing, following the international European guidelines of the Statistical System. The population consists of cancer patients admitted to oncology wards or accessing DH. The study will be multicenter involving the University Hospital Campus Bio-Medico, Rome as leading center, and other teaching hospitals and IRCCS in North, Center and South Italy.
***Results*:** Development of a valid and reliable instrument for the evaluation of the perception of care dependence by cancer patients.
Keywords: Nursing care dependency, cancer patient, patient' perception, instrument development, pre-field/field test, psychometric testing, factor analysis. .

BACKGROUND

La dipendenza è la conseguenza manifesta della fragilità dell'essere umano.[1] Tuttavia, se nella società pre-industriale, vulnerabilità e dipendenza erano concepiti come tratti universali solidalmente condivisi, nella società post-industriale si è abituati a pensare ai concetti di vulnerabilità e dipendenza in maniera negativa come propri di particolari gruppi: anziani fragili, donne, bambini e assistiti.[2] Il concetto di dipendenza sembra aver ormai perso ogni valenza positiva rispetto il passato e nella società contemporanea, la dipendenza è una dimensione fortemente stigmatizzata. Oggi è più spesso una mancanza, una sconfitta, la perdita dell'autonomia e della libertà.[3] Una tal visione negativa della dipendenza, tipica della cultura occidentale, può intensificare la sofferenza e l'umiliazione delle persone che diventano dipendenti dalle cure.[4, 5]
Per George et al (1991) la dipendenza è intesa in modo relazionale come "dipendenza da qualcuno per qualcosa".[6] Per Colombetti la dipendenza è una realtà relazionale, data dalla relazione tra un soggetto con un certo stato di salute e l'ambiente; modificando gli elementi in relazione, cambia il grado di disabilità.[7]
La dipendenza dalle cure è un concetto chiave per le scienze infermieristiche. L'assistenza infermieristica mira ad aiutare le persone a mantenere, riconquistare o accrescere la loro indipendenza e realizzare attività di autocura.[8, 9]
La *nursing care dependency* si ha quando un paziente è dipendente dalle cure infermieristiche per le diminuite capacità di *self care*[10] ed è un concetto multidimensionale e relazionale, fortemente influenzato dai contesti culturali. Il fenomeno è stato studiato sia in modo qualitativo, per esplorare la percezione della dipendenza dei pazienti, sia quantitativo per misurare il grado oggettivo di tale dipendenza. La consapevolezza degli infermieri, non solo del livello oggettivo di dipendenza, ma anche del suo impatto nella vita dei pazienti è un elemento cruciale per consentire agli infermieri stessi di aiutare la persona dipendente.[11] Una recente metasintesi degli studi qualitativi sulla dipendenza dei pazienti dalle cure infermieristiche ha prodotto un modello concettuale[12] che costituirà il framework del presente progetto.
Esistono diverse scale oggettive utili a valutare lo stato funzionale della persona assistita, ad esempio: l'Indice di Barthel (IB)[13], le scale Activities of Daily Living (ADL) e Instrumental Activities of Daily Living (IADL)[14], la scala Functional Independence Measure (FIM)[15], la Care Dependency Scale (CDS).[16] Tuttavia, sembra mancare uno strumento in grado di rilevare e valutare le percezioni dei pazienti sulla loro dipendenza dalle cure, nello scenario nazionale e internazionale. Un'estesa revisione bibliografica svolta sui principali *databases* non ha dato risultati significativi in tal senso.
Pertanto, l'obiettivo di questo studio è sviluppare e validare uno strumento atto a rilevare la percezione che i pazienti hanno della loro dipendenza dalle cure. Tra i possibili *setting* di cura, per la validazione è stato scelto quello oncologico. La motivazione risiede nel fatto che i pazienti oncologici possono affrontare livelli elevati di dipendenza. L'incidenza del cancro aumenta esponenzialmente, così come i progressi nel suo trattamento che, combinati con l'invecchiamento della popolazione, riducono la mortalità complessiva.[17] Ciò implicherà nel futuro un aumento del numero di pazienti di età avanzata, con comorbidità e disabilità cancro-correlata.[18]

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

Obiettivi specifici
1. Sviluppo di un questionario che misuri la percezione dei pazienti oncologici sulla dipendenza dalle cure infermieristiche.
2. Test delle proprietà psicometriche del questionario su un campione di pazienti oncologici di diversi centri oncologici del nord, centro e sud Italia.

Indicatori
1.1. Item del questionario risultati dal focus group con esperti
1.2. Risultati del pre-field test con pazienti oncologici
1.3. Risultati del field test con pazienti oncologici
2.1 Dati di validità del questionario (di costrutto, di facciata)
2.2 Dati di affidabiltà del questionario (coerenza interna, stabilità e affidabilità tra valutatori).

METODOLOGIA

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

Metodi

La strategia di sviluppo del questionario adottata nel nostro progetto segue le linee guida dell'European Statistical System [19] e si compone di cinque step consecutivi: *conceptualisation, questionnaire design, questionnaire testing, rev*ision e *data collection.*

I primi 4 step saranno condotti nella fase 1 (sviluppo del questionario) e l'ultimo step nella fase 2 (data collection per la validazione).

Fase 1: Sviluppo del questionario

Conceptualisation. La complessità del concetto teorico che intendiamo indagare attraverso lo sviluppo di un questionario *ex novo,* richiede l'individuazione e la selezione di specifici indicatori, considerati una fedele rappresentazione del concetto da studiare. Come sottolineato dall'European Statistical System[19], esistono diversi metodi per l'individuazione di questi indicatori. Per il presente studio verranno utilizzati i concetti teorici e gli indicatori scaturiti dagli unici studi qualitativi italiani sulla dipendenza dall'assistenza, condotti dal nostro gruppo di ricerca: una meta-sintesi qualitativa sulla dipendenza dei pazienti dalle cure infermieristiche[12], uno studio qualitativo fenomenologico effettuato con pazienti oncologici[20], un'analisi di quanto emerso in focus groups con infermieri dell'area di oncologia di un ospedale romano.[21] Saranno condotte circa 40 ulteriori interviste qualitative fenomenologiche con pazienti oncologici afferenti alle altre sedi coinvolte nello studio che serviranno ad ampliare e/o confermare i precedenti risultati necessari per la costruzione di una base concettuale sulla dipendenza dalle cure infermieristiche.

Questionnaire design. Una volta definita la base concettuale di partenza, si procede con la strutturazione del questionario. Gli *item* del questionario saranno formulati attraverso un focus group di esperti in materia che analizzerà i concetti teorici e gli indicatori ricavati nella fase precedente. Un esperto si occuperà della struttura e dell'impaginazione del questionario che dovrà rispondere alle caratteristiche *Paper and Pencil (PAPI) face-to-face interview* (questionario cartaceo compilato alla presenza di un intervistatore).

Questionnaire testing. Ottenuta la bozza del questionario, sarà necessario effettuare diversi test di valutazione al fine di evidenziare eventuali problemi nella lettura e/o compilazione dello stesso. La prima valutazione è qualitativa (*pre-field testing*) e verrà realizzata con quattro metodi: *informal test, expert review, observational interview* e *cognitive interview.* Il metodo *informal test* verrà effettuato dal gruppo di ricerca all'inizio dell'iter valutativo e prevede la consegna della bozza del questionario ad un gruppo di professionisti per raccogliere le loro opinioni sulle domande presentate.[22] L'*expert review* sarà condotta da due esperti in creazione e validazione di questionari e da un esperto nell'analisi statistica dei dati, e prevede l'utilizzo di una scheda valutativa strutturata utilizzata per analizzare in modo sistematico ogni domanda.[22, 23] L'*observational interview*[24] e la *cognitive interview* saranno effettuate successivamente da operatori esperti in psicologia clinica[25], attraverso la somministrazione della bozza del questionario ad un gruppo di 15 pazienti oncologici reclutati secondo caratteristiche cliniche e demografiche eterogenee. L'*observational interview* si avvarrà anche dell'uso di una videocamera per poter successivamente analizzare i comportamenti dei pazienti durante il processo di compilazione del questionario. Diversi metodi saranno utilizzati per la *cognitive interview*: *retrospective think aloud* (viene chiesto all'intervistato di elicitare tutti i pensieri che lo hanno portato alla risposta*), retrospective probing* (la risposta viene ulteriormente esaminata attraverso domande mirate da parte dell'intervistatore al fine di ottenere un maggior numero di informazioni)*, paraphrasing* (per capire se la domanda è stata correttamente interpretata, l'intervistato dovrà ripeterla utilizzando altre parole) e *response latency* (la misurazione del tempo utilizzato per fornire una risposta).

A partire dalle analisi dei dati forniti dal *pre-field test* il questionario, se necessario, verrà modificato e successivamente sottoposto ad un gruppo di circa 50 pazienti oncologici[26] per un ulteriore test quantitativo (*field test*) utilizzando il *behaviour coding scheme*[27] (codifica sistematica dell'atteggiamento dell'intervistatore e dell'intervistato al fine di ottenere informazioni sulla qualità del questionario come strumento di misura standardizzato) e il *respondent debriefing* (attraverso una serie di domande strutturate poste alla fine della sessione di somministrazione o attraverso il confronto con altri intervistatori, si vuole determinare se le domande sono state interpretate dagli intervistati così come si aspettavano i ricercatori). I risultati ottenuti dal *field-test* suggeriranno eventuali ulteriori modifiche al questionario.

La fase *pre-field e field test* sarà effettuata presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico; ai pazienti selezionati per questa fase dello studio sarà richiesto di firmare un consenso informato. Al termine della Fase 1 sarà disponibile la versione definitiva del questionario, cui seguirà lo studio di validazione.

Fase 2: Data collection per la validazione

La validazione del questionario sarà effettuata attraverso uno studio multicentrico su un campione di circa 400 pazienti oncologici in fase avanzata di malattia, selezionati secondo caratteristiche cliniche e demo-

grafiche eterogenee. Il reclutamento dei Pazienti sarà effettuato presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico (centro promotore), l'Istituto dei Tumori IRCCS Regina Elena (Roma), l'Istituto in tecnologie avanzate e modelli di cura in Oncologia IRCCS dell'Arcispedale Santa Maria Nuova (Reggio Emilia), l'Azienda Universitaria Careggi (Firenze) e l'Istituto Nazionale dei Tumori IRCCS Fondazione Pascale (Napoli).
Il questionario sarà somministrato in tutti i centri seguendo le procedure standard del *Paper and Pencil(PAPI) face-to-face interview,* in maniera da ridurre possibili *bias* dovuti a differenti modalità di somministrazione. Ai pazienti sarà richiesto di firmare un consenso informato per partecipare allo studio.

Campione e setting
I pazienti partecipanti saranno reclutati dalle Unità di Oncologia (reparti e DH) delle sedi coinvolte. La valutazione per il reclutamento prevede la presenza dei seguenti criteri d'inclusione:

- ≥ 18 anni
- Diagnosi di cancro
- Con esperienza di dipendenza dalle cure misurata con la "Care Dependency Scale" versione italiana (punteggio ≤ 68)
- Classificazione Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ≤ 3 o Karnofsky ≥40%
- Conoscenza sufficiente della lingua italiana a giudizio del valutatore
- Assenza di deficit cognitivi e percettivi tali da precludere la compilazione autonoma del questionario (o la partecipazione alle interviste).

Analisi statistiche
Saranno calcolate le statistiche descrittive delle variabili demografiche. La validità di costrutto sarà analizzata attraverso l'analisi fattoriale esplorativa e confermativa. L'affidabilità del questionario sarà valutata attraverso metodi tradizionali per la coerenza interna quali l'alfa di Cronbach e altre misure di valutazione della coerenza della soluzione fattoriale. Inoltre, su un sottocampione di 100 pazienti selezionati in maniera randomizzata, sarà valutata:

- L'attendibilità inter-rater: due intervistatori somministreranno il questionario allo stesso paziente ed allo stesso tempo, per valutare l'affidabilità tra diversi valutatori;
- L'attendibilità test-retest: verrà effettuato un retest a distanza di circa 7/10 giorni, per valutare l'affidabilità dello strumento in tempi diversi (stabilità).

Una volta che sarà determinata la validità e attendibilità dello strumento, sarà calcolata la media dei punteggi per determinare la percezione che i soggetti hanno della dipendenza dalle cure.
Per l'analisi statstica verranno utilizzati i software SPSS (versione 21.00, SPSS, Chicago) e MPlus (Muthèn & Muthèn 2012).

Considerazioni etiche
Lo studio verrà condotto in accordo con i principi della dichiarazione di Helsinki e nel rispetto della normativa vigente sulle sperimentazioni cliniche. Prima di iniziare lo studio, sarà ottenuta l'approvazione del Comitato Etico dell'Università Campus Bio-Medico di Roma.
I pazienti che rientrano nei criteri d'inclusione saranno contattati da un ricercatore e riceveranno informazioni orali e scritte dettagliate circa gli obiettivi e metodi dello studio e il loro potenziale coinvolgimento in esso. Avranno l'opportunità di discutere con i ricercatori e tempo per riflettere sullo studio e sulla loro eventuale partecipazione. I pazienti che danno il loro assenso allo studio firmeranno un consenso informato scritto.

RISULTATI ATTESI

La rilevanza del presente studio è notevole per:

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

I risultati saranno presentati a congressi per diffondere i risultati su scala nazionale e internazionale tra i professionisti sanitari impegnati in oncologia. Saranno inoltre presentati nel report scientifico del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica e nella conferenza dello stesso.

Le pubblicazioni scientifiche che saranno prodotte verranno inviate per pubblicazione alla rivista internazionale European Journal of Oncology Nursing o altre riviste internazionali del settore.
Ogni pubblicazione riporterà insieme all'autore/autori la specifica indicazione del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) negli spazi previsti.

PIANIFICAZIONE

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

DIAGRAMMA DI GANTT

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

Raccolta dati validazione													
Analisi ed elaborazioni dati													
Stesura report ricerca													
Pubblicazione finale													
Chiusura progetto													

BIBLIOGRAFIA

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

22. Biemer PP, Lyberg LE. Introduction to Survey Quality. Hoboken, New Jersey: John Wiley&Sons; 2003.
23. Lessler BH, Forsyth J. A Coding System for Appraising Questionnaires. In Answering questions. Methodology for determining cognitive and communicative processes in survey research. Schwarz N, Sudman S, editors. San Francisco (California): Jossey-Bass; 1996.
24. ABS. Pretesting in survey development. Australian Bureau Statistics ed. Canberra, Australia An Australian Bureau of Statistics perspective, Research Paper; 2001.
25. Willis G. Cognitive interviewing revisited: a useful technique, in theory? In Methods for testing and evaluating survey questionnaires. Presser S, Rothgeb JM, Couper MP, Lessler J, Martin JT, Martin J, et al., editors. New Jersey: Wiley; 2004.
26. Zukerberg AL, Von Thurn DR, Moore JC. Practical considerations in sample selection for behaviour coding pretests. Proceedings of the Section on Survey Research Methods. Alexandria, VA: American Statistical Association; 1995. p. 1116-21.
27. Oksenberg L, Cannell C, Kalton G. New strategies for pre-testing survey questions. In Journal of Official Statistics. 1991;7(3):349-65.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

DOLORE CRONICO E QUALITA' DI VITA

COORDINATORE PROGETTO
A. Paterniani
R. Latina

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.15

TITOLO PROGETTO

L'impatto del dolore cronico non oncologico sulla qualità di vita. Studio multicentrico sui centri di terapia del dolore della rete del comune di Roma
The impact of chronic non cancer pain on quality of life. Multicenter survey on pain clinics network in Rome

ABSTRACT

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

ABSTRACT

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

BACKGROUND

Il dolore cronico non oncologico (DC) è considerato un problema di salute pubblica che ha un forte impatto sulla qualità di vita delle persone e sul sistema sanitario[1]. Il dolore cronico è una esperienza multidimensionale che coinvolge e interagisce con le componenti del modello bio-psico -sociale di ogni soggetto che ne è affetto[2,3]. Il dolore cronico può essere considerato come un fattore stressante, che riduce le capacità di coping, può divenire fonte di grave invalidità e disabilità psico-fisica per la conseguente limitazione nello svolgimento dell'attività lavorativa per l'interferenza significativa sulle attività di vita quotidiana e che può influenzare negativamente la qualità della vita (QoL)[4,5,6,7]. L'OMS, definisce la QoL come "il modo in cui l'individuo percepisce la sua posizione nella vita. Il concetto di QoL comprende la salute del corpo, le condizioni psicologiche, il grado di autonomia, le relazioni sociali, le idee personali e il rapporto con l'ambiente[8]. Si stima inoltre che al 20% dei pazienti con DC sia stata diagnosticata una forma di depressione reattiva e che disturbi ansiosi siano presenti nel 40% dei casi[9]. Il DC si può associare a stress psicologico, ad un ridotto

livello di salute, può incrementare l'utilizzo dei servizi sanitari e ridurre la partecipazione della forza lavoro(10). Il DC, non più semplicemente sintomo di una malattia nota, ma malattia a sé stante, è caratterizzata da cambiamenti fisiopatologici, che determinano e mantengono il dolore nel tempo anche dopo la risoluzione della causa che lo ha determinato[11]. In Europa si stima una prevalenza di DC intorno al 19%, e in Italia del 27% [6] con una perdita di giorni di lavoro pari a 15,2 giorni/anno[12]. Realizzare un percorso diagnostico e terapeutico in un paziente affetto da dolore cronico è un processo complesso e non sempre chiaro, con un ricaduta anche sull'analisi dei risultati degli studi epidemiologici, che porta ad una dispersione dei risultati in termini di prevalenza e incidenza, ma anche in termini di impatto sul sistema di cura[13]. Il tempo di esordio della sintomatologia dolorosa è uno dei criteri utili ad effettuare diagnosi[14], oltre ad elementi semeiotici e diagnostici. In uno studio irlandese[15] l'esordio medio nel 42% della popolazione studiata sembra essere addirittura di 5 anni, fino a 15 anni nel 60% della popolazione europea studiata, e superiore a 21anni nel 20% della popolazione rimanente, con intensità di dolore severa nel 34% degli stessi[12]. Questi spazi temporali così lunghi fanno pensare ad una pesante ricaduta sullo svolgimento delle comuni attività di vita e sulla qualità di vita, sullo stato mentale delle persone che ne sono affette e sul grado di sofferenza[16]. Diventa pertanto prioritario focalizzarsi sulla limitazione del grado di sofferenza, e garantire un efficace controllo del dolore come diritto della persona[17,18] e come dovere di ogni operatore sanitario. Il trattamento del DC richiede un approccio globale e multidisciplinare e interdisciplinare, che si avvale di trattamenti farmacologici, complementari ed invasivi[19], con interventi commisurati ai bisogni assistenziali dei singoli pazienti[20]. Ciascun soggetto affetto da dolore è un caso unico, dove le caratteristiche psicologiche, quelle emozionali e cognitive sono parti integranti della propria percezione dello stesso dolore[21]. Ad oggi, in Italia, sembra ci sia poca adesione a regimi multidisciplinari tra i CTD, sia in merito alla valutazione, sia in merito ai trattamenti multidimensionali del dolore cronico benigno[22]. Al fine di monitorare gli esiti assistenziali dei singoli trattamenti, la valutazione e il reassessment del dolore sono componenti core per sviluppare e implementare un adeguato management del dolore e guidare la scelta dei trattamenti e di indirizzare il piano di cure basate sulle risposte dei pazienti[23], in particolare per determinare l'impatto del DC sulla qualità di vita[24]. Una valutazione valida e affidabile è essenziale per un trattamento del dolore efficace[12]. La valutazione è un processo complesso, che richiede competenze relazionali e tecniche, oltre che cliniche, in particolare quando si tratta di un fenomeno caratterizzato da una importante componente soggettiva legata al proprio vissuto con il DC. Alcuni studi forniscono prova in cui i pazienti hanno sperimentato il cosiddetto dolore totale[25,26], e descrivono la sofferenza come perdita di sé, derivante dalle limitazioni che il dolore impone, dall'isolamento sociale, dallo essere screditati, e di essere un peso per gli altri[27,28]. In Italia non ci sono studi che descrivono l'impatto del dolore cronico non oncologico sulla qualità di vita fisica e mentale dei soggetti che utilizzano i CTD, né tantomeno sul loro vissuto.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici

Lo studio si pone come obiettivi specifici quello della valutazione degli effetti dei trattamenti erogati nei CTD sul/la/le:

1. Sulla percezione che il paziente ha della sua QoL;
2. Condizioni fisiche e sul livello di dipendenza nello svolgere le attività di vita quotidiana (AVQ);
3. Benessere psicologico;
4. Sull'intensità/severità del dolore percepito
5. Sulle relazioni sociali e con i il personale curante;
6. Sulle condizioni lavorative con particolare attenzione all'assenteismo lavorativo
7. Sulla soddisfazione del paziente ai trattamenti ricevuti
8. Anni di vita aggiustati secondo la qualità (QALY)

Indicatori

Gli indicatori relativi agli obiettivi specifici sono rappresentati in ordine:

1) Riduzione del 20% dello Score totale degli strumenti utilizzati prima e dopo trattamento utili a misurare la percezione della QoL
2) Riduzione del 20% tra Score totale degli strumenti utilizzati prima e dopo trattamento utili a misurare la l'impatto nello svolgimento delle AVQ
3) Riduzione dello score totale del 20% degli strumenti utili ad misurare il benessere psicologico

4) Riduzione del 20% dell'intensità percepita (VAS) dopo il trattamento a 4 e 6 settimane
5) Grado di soddisfazione delle relazioni sociali e con gli operatori
6) Riduzione del 50% del numero di assenze a causa del dolore
7) Grado di soddisfazione dei trattamenti ricevuti
8) Determinazione delle QALY

METODOLOGIA

Disegno dello studio:

a) Quantitativo: Studio multicentrico osservazionale prospettico, per la misurazione dell'impatto del DC sulla QV fisica e mentale.

b) Qualitativo: approccio fenomenologico per descrivere il significato della sofferenza e della qualità di vita in presenza di dolore cronico e come percepiscono le loro esperienze di interazione con i professionisti della salute, alla ricerca dei fattori che potrebbero ottimizzare queste interazioni.

Caso Dolore cronico: Convenzionalmente, per questo studio, verranno identificati come soggetti affetti da dolore cronico tutti coloro per i quali sia documentata una sintomatologia dolorosa presente da oltre 6 mesi, o in cui sia stata diagnosticato e documentato il DC. Da una indagine italiana [16] su 1016 pazienti adulti, in età lavorativa, che afferiscono ai CTD, sono n. 1174 coloro che hanno provenienza dal Comune di Roma. Ai fini della determinazione della numerosità campionaria, in questo studio verranno monitorati n. 300 pazienti adulti individuati presso i vari Centri in misura proporzionale al loro volume di attività, utilizzando un campionamento probabilistico stratificato per età (Vedere tabella 1).

Tabella 1: Volume del campione (n. 300)

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

Campo d'indagine

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

Popolazione

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

Criteri inclusione della popolazione

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

Criteri esclusione della popolazione

- Soggetti con età inferiore a 18 anni;

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

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

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

- Valutazione dell'intensità del dolore e come questo interferisce sulle funzioni quotidiane. In questa fase possono essere utilizzati: la McGill Pain Questionnaire, la Short Form -36 (SF-36) utili a comprendere come il dolore interferisca con le Attività di Vita Quotidiana (ADL) e la Brief Pain Inventory (BPI), l'Indice di Barthel (IB) , le scale Activities of Daily Living (ADL) e Instrumental Activities of Daily Living (IADL), la scala Functional Independence Measure (FIM), la Care Dependency Scale (CDS). Per quanto riguarda l'intensità possono essere utilizzati la Numeric Rating Scale (NRS), Visual Analogue Scale (VAS).
- Misurazione dell'umore. Misurare l'umore nei soggetti affetti da dolore cronico ad ogni incontro con il clinico può essere considerato un elemento cruciale oltre agli altri parametri (pressione, peso, polso, ect). Il Patient Health Questionnaire (PHQ-9), la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Questi risultati indicano l'importanza di valutare e trattare i sintomi psicologici associati al dolore cronico.
- Misurazione degli effetti del dolore sul modello sonno-riposo. Il dolore può alterare il modello sonno–riposo, con l'insonnia. Una varietà di strumenti sono disponibili, es. la STO-BANG per valutare anche il rischio di apnea da effetti collaterali per l'uso terapeutico di sedativi e di oppiacei.
- Misurazione dei rischi. Si tratta di monitorare attentamente gli effetti dai potenziale dipendenza da farmaci, con la Opioid Risk Tool, SOAPP-R, COMM, e la DIRE Score (da selezionarne uno).
- Determinazione dei giorni di assenza dal posto di lavoro per causa del dolore cronico (intervista)
- Strumento ad hoc per la misurazione del grado di soddisfacimento dei trattamenti ricevuti.: American Pain Society Questionnaire.

1. Questionario: che raccoglie dati sugli aspetti socio demografici e lavorativi e sede dolore, qualità dolore.
2. Intervista libera per la indagine qualitativa di tipo fenomenologico.

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

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

RISULTATI ATTESI

Rilevanza

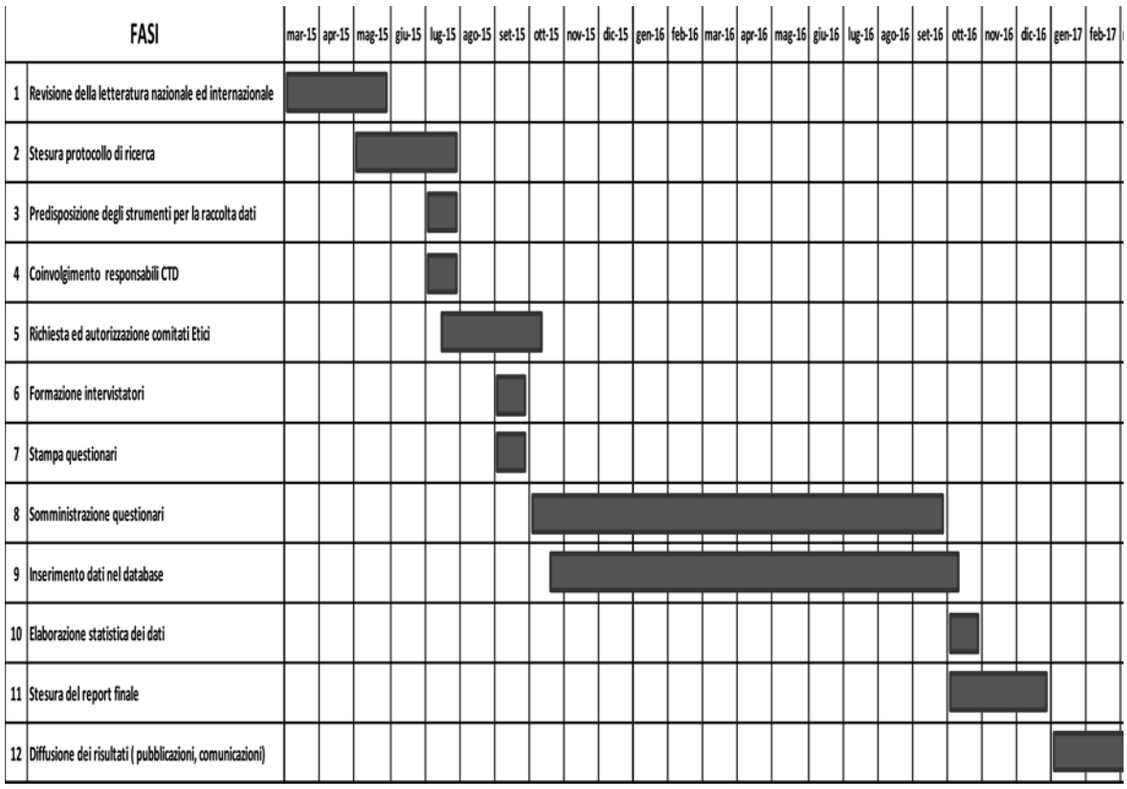
1. Significativo miglioramento della QoL nei pazienti con dolore cronico non oncologico trattati nei CTD
2. Acquisire elementi e dati conoscitivi validi e affidabili per valutare l'impatto del dolore cronico non oncologico sulla qualità di vita fisica e psichica dei pazienti che afferiscono ai CTD della rete del comune di Roma, finalizzati ad una prima descrizione del fenomeno.
3. Riduzione dei giorni di assenza dal lavoro dopo 4 settimane di regime terapeutico.
4. Riduzione della severità del dolore percepito conseguente al trattamento.

5. Descrivere la percezione della qualità di vita e le esperienze di interazione con i professionisti sanitari.
6. Individuare le variabili predittive degli esiti al fine di orientare interventi migliorativi e preventivi sulla conoscenza e sull'assistenza al dolore cronico.

PIANIFICAZIONE

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

DIAGRAMMA DI GANTT



BIBLIOGRAFIA

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

25. Clark, D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. Social Science & Medicine, 1999;49(6), 727–736.
26. Saunders, C. Spiritual pain. J Palliat Care, 1988;4(3), 29–32.
27. Mehta A, & Chan, LS. Understanding of the concept of "total pain": A prerequisite for pain control. J Hosp Pall Nurs, 2008;10(1), 26–32.
28. de Villiers M, Maree JE, van Belkum C.The Influence of Chronic Pain on the Daily Lives of Underprivileged South Africans. Pain Manag Nurs, Vol -, No - (--), 2014: pp 1-9
29. Giorgi A. The theory, practice and evaluation of phenomenological methods as a qualitative research procedure. J Phen Psych, 1997; 28(2):235-60.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

PATIENT CENTRE CARE

COORDINATORE PROGETTO
L. Sasso
A.M. Bagnasco

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.16

TITOLO PROGETTO

Patient Centre Care: il vissuto della persona con patologia respiratoria cronica

Patient and Family Centre Care: The experience of respiratory diseases patients

ABSTRACT

2. ABSTRACT

Background: La PFCC migliora la qualità e l'efficacia della comunicazione ed è un processo attivo e proattivo, non reattivo; questo approccio permette di prevenire problemi di disservizi trattando con tempestività situazioni complesse. L"implementazione di un sistema PFCC comporta costi iniziali imputabili alla formazione del personale e, costi successivi relativi a strutture, attrezzature e personale dedicato.

***Obiettivi*:** L'obiettivo centrale del presente progetto di ricerca è costruire una teoria emergente dai dati (grounded theory) sui processi psico-sociali di adulti/e e famiglie in relazione al Self-care terapeutico.

***Metodi*:** Un disegno di ricerca qualitativo è un progetto ambizioso che affonda le sue radici su due punti importanti: gli assunti ontologici/epistemologici e quelli metodologici esplorati attraverso la Grounded Theory (GT).

La GT prevede la trattazione abduttiva dei dati e l'induzione delle categorie interpretative, in condivisione con partecipanti.

Risultati attesi: Lo studio sarà utile per la comprensione profonda delle esperienze nella patologia respiratoria cronica, in particolare nelle malattie respiratorie.

Parole chiave: Esperienza del paziente, esperienza del familiare, teoria emergente.

ABSTRACT

2. ABSTRACT

Background: PFCC improves the quality and effectiveness of communication and it is an active and proactive process; not a reactive one. This approach enables to prevent problems and inconveniences by dealing with complex situation in a timely fashion. The implementation of a PFCC system involves initial costs for staff training and, subsequent costs for facilities, equipment and dedicated staff. The implementation of a PFCC ensures the reduction of negative outcomes.

***Aims*:** The main purpose of this research project is to build a grounded theory on the psychosocial processes of adults and families in relation to Therapeutic Self-care.

Methods: The design is an ambitious qualitative research based on two important points: ontological/epistemological assumptions and the methodological ones explored through

Grounded Theory (GT). GT entails the deductive treatment of data and the induction of the interpretative categories, shared with the participants. The process is not a-priori: after choosing the initial sample, the researcher is guided by the data and the categories that emerge, towards other participants or other contexts. This leads to situations that have different or even opposite characteristics, deeper explanations of the studied phenomenon and, finally, to timely identify the weaknesses of the epistemic structure, or to enter other interpretation routes founded on the data.

Expected results: This study will enable to gain a deep understanding of chronic illness experience, especially in the field of oncology and respiratory diseases.

Keywords: Patient experience, family member experience, theory building.

BACKGROUND

La letteratura evidenzia che ad oggi non esiste una definizione univoca di "Family Centred Care" (FCC)[1] definiscono la FCC come: " il supporto professionale fornito al bambino e alla famiglia, attraverso un

processo di coinvolgimento e partecipazione, sostenuto da empowerment e negoziazione. La FCC1[1] è caratterizzata dalla relazione tra operatori sanitari e famiglia, all'interno della quale, entrambe le parti si impegnano a condividere la responsabilita' per la cura del paziente".
La "Family Centred Care" rientra nel movimento di pensiero ed orientamento delle cure volto ad umanizzare tutto il processo assistenziale attraverso il coinvolgimento attivo e partecipe del paziente e della famiglia.
L'"Institute per la Patient and Family Centred Care"[2] dichiara che sono quattro gli elementi caratterizzanti la "Patient and Family Centred Care" (PFCC) :[3][4]

- Rispetto e dignità
- Condivisione delle informazioni
- Partecipazione.
- Collaborazione

La PFCC migliora la qualità e l'efficacia della comunicazione ed è un processo attivo e proattivo, non reattivo; questo approccio permette di prevenire problemi di disservizi trattando con tempestività situazioni complesse[5] . L"implementazione di un sistema PFCC comporta costi iniziali imputabili alla formazione del personale e, costi successivi relativi a strutture, attrezzature e personale dedicato. L"implementazione di un sistema PFCC comporta la riduzione di outcomes negativi relativi a:

- Comunicazione non riuscita,
- Perdita di fiducia dell'utente verso l'organizzazione,
- Outcome negativi per il paziente e la famiglia,
- Spreco di risorse,
- Contenziosi con l'utenza.

La letteratura evidenzia inoltre, che l'ammortamento dei costi iniziali, sostenuti per adeguare la struttura a supportare la presenza e la partecipazione delle famiglie e del paziente, sia dimostrato da tre principali indicatori:

- Diminuzione dei tassi di infezione correlati alle pratiche assistenziali e di autocura,
- Aumento dell'attrattività' della struttura (aumento dei ricoveri);
- Aumento della soddisfazione dell'utenza.

La FCC è direttamente correlabile agli obiettivi di Joint Commission International (JCI) [4] ; infatti la JCI propone la " continuum of care del paziente e della sua famiglia" attraverso :

- Comunicazione efficace,
- Cultural competence;
- Patient --Centered Care.

OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo centrale del presente progetto di ricerca è costruire una teoria emergente dai dati (grounded theory) sui processi psico-sociali di bambini/e e famiglie in relazione al Self-care terapeutico. In altri termini, si è scelto di studiare il fenomeno dell'apprendimento e dell'educazione (anche in termini di auto-educazione) del paziente (anche minorenne) affetto da malattia cronica e della famiglia in relazione alla dimensione emotiva e psicologica. In particolare, la ricerca qualitativa definirà un modello teorico di riferimento sugli stili di coping con la malattia durante e successivamente all'esperienza ospedaliera.
Infine, risultato atteso dello studio qualitativo è quello di costruire un modello operativo utile per i campi di indagine, ed eventualmente trasferibile a contesti diversificati, che possa apportare modifiche funzionali alla PCC per medici, infermieri, staff e famiglie.

METODOLOGIA

Un disegno di ricerca qualitativo è un progetto ambizioso che affonda le sue radici su due punti importanti: gli assunti ontologici/epistemologici e quelli metodologici. L'epistemologia/ontologia e la metodologia sono unite coerentemente tra di loro. Ciò che unisce loro è la domanda di ricerca e la natura del fenomeno cui la domanda si riferisce. La coerenza tra questi fattori in un disegno di ricerca qualitativo è importante per rendere ragione della natura auto-correggente della ricerca qualitativa. Non essendoci ipotesi da confermare ed essendo il percorso di ricerca non strutturato in dettaglio e imprevedibile a priori, è la sua coerenza interna, altrimenti denominata validità interna, a sancirne i criteri di correttezza, coerenza e possibilità di condivisione.

---

1 [2] Mikkelsen G, Frederiksen K, Family centred care of children in hospital - a concept analysis. J Adv Nurs (2011) 67(5) 1152–1162.
2 http://www.ipfcc.org Organizzazione no-profit universalmente riconosciuta per la sua mission di promozione della FCC
3 http://www.ipfcc.org
4 "Gli standard Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali" 4 Edizione –Joint commission international (in vigore da gennaio 2011).
5 Glaser BG & Strauss AL, The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research, Chicago, Aldine Publishing Company (1967).

Si attraverserà un disegno di ricerca di natura qualitativa, ma metodologicamente complesso in quanto complesso è il fenomeno da indagare. Infatti, l'area di indagine e la domanda di ricerca chiamano in causa una molteplicità di livelli: quello educativo, quello psicologico, quello medico e quello valoriale.

Metodo

La Grounded Theory (GT, nel testo) è un "metodo generale"[5] di ricerca, per lo più utilizzato in ambito qualitativo come strumento per la costruzione di teorie e di modelli interpretativi fondati sui dati riguardanti processi psico-sociali. La GT prevede la trattazione abduttiva dei dati e l'induzione delle categorie interpretative, in condivisione con partecipanti. Il procedere non è a-priori: dopo aver scelto il campione inziale, il ricercatore viene guidato dai dati e dalle categorie che emergono, verso altri partecipanti o altri contesti, per trovare situazioni dalle caratteristiche differenti e persino contrarie, spiegazioni maggiormente profonde del fenomeno di studio e, infine, per individuare tempestivamente i punti deboli dell'impianto epistemico o per imboccare altre vie di interpretazione fondata nei dati. In altri termini, viene messo in campo il campionamento teorico, un particolare tipo di selezione dei partecipanti che viene costruito durante il percorso di ricerca.

L'interpretazione non è la meta ultima della GT che ambisce a costruire una teoria che funzioni, sia aderente ai dati, e sia rilevante. La teoria non è predeterminata, bensì si costruisce progressivamente e in maniera continua attraverso la raccolta e l'analisi dei dati, seguendo un modo di ragionare che è abduttivo. Una volta raccolti i dati questi vengono sottoposti a codifiche e concettualizzazioni. Ogni nuova informazione è poi comparata con le categorie già a disposizione, arricchendo così le proprietà della teoria che a poco a poco si forma. In una seconda fase, più di analisi che di raccolta dati, le formulazioni precedenti di categorie vengono costruite in dialogo con le altre categorie, in modo tale da creare un corpo più coerente di teorizzazioni, di concetti di livello superiore, basati non più sul linguaggio ordinario, bensì sulla terminologia dello studioso e, grazie all'apporto della letteratura, della comunità scientifica.

L'analisi dei dati raccolti avverrà grazie all'utilizzo di NVivo 10, software per l'analisi qualitativa dei dati.

Domanda di ricerca

La domanda di ricerca nasce dal bisogno di definire i processi emotivi e psicologici del Self-care terapeutico. In particolare, la domanda di ricerca (qualitativa) per quanto ampia non è vaga: serve per permettere un procedere induttivo e aperto. Che cosa avviene quando un paziente la sua famiglia convive con la malattia cronica durante e dopo l'esperienza ospedaliera?

Sedi della ricerca

Ambulatori patologie respiratorie – Ospedali di Roma.

Popolazione di studio: criteri di selezione

Pur non potendo definire a priori i criteri di selezione del campionamento durante tutto il processo di ricerca, si definiscono di seguito le tipologie di partecipanti che faranno parte del campionamento iniziale.

- Adulti con patologia respiratoria cronica 18 – 65 anni
- Pazienti e/o clienti segnalati da medici, psicologi o altre categorie di professionisti
- Professionisti sanitari

I partecipanti saranno indicati dai responsabili delle strutture sedi della ricerca.

Il progetto prevedrà anche la partecipazione di minorenni. Pur trattandosi di un progetto fortemente qualitativamente orientato, è possibile determinare la tipologia dei soggetti che lungo il percorso saranno coinvolti: partecipanti affetti da malattia cronica, presi in carico dalle strutture sedi della ricerca. I partecipanti selezionati saranno in regime di degenza ospedaliera.

È comunque plausibile prevedere la partecipazione delle famiglie dei pazienti, stakeholder tra cui medici, infermieri e soggetti (anche terzi) coinvolti nel processo.

Numero dei partecipanti

L'unità di analisi del presente disegno di ricerca sarà il paziente e la sua rete di relazioni famigliari e di cura. Ci si aspetta di coinvolgere un massimo di 30 unità. Il numero effettivo dei partecipanti andrà riconsiderato durante il processo di ricerca e potrà coinvolgere un massimo di 100 individui.

Raccolta dati

I dati della ricerca saranno di tre tipi:

- Dati qualitativi, provenienti da interviste non strutturate, individuali e di gruppo, per ciascun partecipante dell'unità di analisi;
- Osservazioni del comportamento dei soggetti durante le interviste;
- Dati documentali e di sfondo, provenienti dai contesti delle sedi di ricerca.

L'intervista non strutturata avrà una durata di 40-60 minuti ciascuna. Sarà audio o videoregistrata previo

consenso dei partecipanti e del comitato etico di riferimento. Successivamente verrà trascritta verbatim e processata attraverso l'ausilio di un software per l'analisi dei dati, NVivo 10. Ai partecipanti verrà chiesta la possibilità di un secondo momento di incontro per:

- Chiarimenti rispetto all'intervista;
- Discussione dei risultati dell'analisi.

L'intervista non strutturata potrà avere la forma dell'intervista in profondità e di narrazione autobiografica. Perché il partecipante possa sentirsi a proprio agio, si prevede la possibilità di utilizzare altre tipologie di raccolta dati quali: raccolta di diari, somministrazione di compiti di scrittura o di narrazione.
L'intervista non strutturata andrà a riflettere sui seguenti punti:

- Esperienza del paziente della permanenza in ospedale, anche in termini di aspettative
- Esperienza famigliare della permanenza in ospedale, anche in termini di aspettative
- Racconti in prima persona della malattia e della relativa terapia, anche in termini di vissuti emotivi
- Il ritorno alla vita domestica dopo l'esperienza ospedaliera, anche in termini di vissuti emotivi

Ai dati avranno accesso i partecipanti e i ricercatori coinvolti nell'analisi.
Ai dati raccolti verrà garantito l'anonimato e l'impossibilità di recuperare, da parte di esterni alla ricerca, la natura della fonte.
Nonostante le garanzie dell'anonimato, come ben delineato nel consenso informato predisposto, i possibili partecipanti possono, nel caso non dovessero trovarsi a proprio agio con la ricerca e con la richiesta di rispondere alle domande di ricerca, in ogni momento lasciare lo studio, senza alcun tipo di conseguenza.
Conservazione e sicurezza dei dati raccolti e dei risultati della ricerca
I dati raccolti non saranno disponibili a nessuno a parte i ricercatori. Le registrazioni delle interviste verranno archiviate con un codice identificativo e nessuno ne avrà accesso a parte i ricercatori. I risultati della ricerca in forma anonima saranno letti e commentati dai ricercatori del gruppo di ricerca delineato in apertura. I risultati di ricerca saranno inseriti in pubblicazioni scientifiche, anche in inglese.

RISULTATI ATTESI

Lo studio sarà utile per la comprensione profonda delle esperienze nella patologia cronica, in particolare in area oncologica e nelle malattie respiratorie. Lo sviluppo sello studio permetterà di sviluppare una teoria sul miglioramento della qualità di vita nelle patologie croniche respiratorie.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTI DI RICERCA		SOGGETTI COIVOLTI	DURATA
1	Revisione della letteratura scientifica	Coordinatori	Aprile Maggio 2015
2	Elaborazione progetto	Coordinatori e Project team	Aprile Maggio 2015
3	Richiesta autorizzazione comitato etico	Coordinatori	Maggio Giugno 2015
4	Reclutamento, selezione campione e rilevazione	Coordinatori e Project team	Giugno-ottobre 2015
7	Stesura report ricerca	Coordinatori, Project team	Novembre 2015
7	Pubblicazione finale	Project manager, Coordinatori e Project team	Ottobre-Dicembre 2015
8	Chiusura progetto	Project manager, Coordinatori e Project team	Dicembre 2015

DIAGRAMMA DI GANTT

	Apr. 15	Mag. 15	Giu. 15	Lu 15	Ago 15	Set 15	Ott 15	Nov 15	Dic 15
Revisione della letteratura scientifica									
Elaborazione progetto									

Richiesta autorizzazione comitato etico		■							
Reclutamento, selezione campione e rilevazione			■	■	■	■	■		
Stesura report di ricerca								■	
Pubblicazione finale							■	■	■
Chiusura progetto									■

BIBLIOGRAFIA

1 Chen Y.C., Effectiveness of hand-washing teaching programs for families of children in paediatric intensive care units. Journal of Clinical Nursing 2007; 16(6): 1173-1179.
2 Charmaz K., Grounded Theory. Objectivist and Constructivist Methods, in Denzin NK & Lincoln YS, (Eds.), Handbook of qualitative research 2000; 2nd ed., 509-535.
3 Boothman C., Amy C., Blackwell Darrell A. Campbell Jr. et al. A Better Approach to Medical Malpractice Claims? The University of Michigan Experience Journal of Health and Life Science Law 2009; 2 (2).
4 Brook R., Can the Patient-Centered Outcomes Research Institute Become Relevant to Controlling Medical Costs and Improving Value? JAMA 2011; 306(18) 20-21.
5 Epstein R.M.., Franks P., Fiscella K., Shields C.G., Meldrum S.C., Kravitz R.L., et al. Measuring patient-centered care in patient-physician consultation: Theoretical and practical issues. Social Science and Medicine 2005. 61, 1516–1528.
5 Glaser B.G., Strauss A.L. The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research, Chicago, Aldine Publishing Company 1967.
7 Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley, J., & Delbanco, TL(Eds.). Through the patient's eyes: Understanding and promoting patient-centered care. San Francisco: Jossey-Bass 1993.
8 Glasper E.A., Telehealth care - where is it going? British Journal of Nursing 2011; 20 (12) 714.
9 KirK S. "Methodological and ethical issues in conducting qualitative research with children and young people: a literature review" – International Journal of Nursing Studies 2007; 44: 1250-1260.
10 Mikkelsen G., Frederiksen K. Family centred care of children in hospital - a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 2011 67(5) 1152–1162.
11 Morse JM. Designed Funded Qualitative Research Handbook of Qualitative Research, Sage Publications, Thousand Oaks, California 1994; 220-235.
12 Radwin EL, Ananian L, Cabral HJ, Keeley A Currier PF. Effect of a patient / family centered practice change on the quality and cost of intensive care. Journal of Advanced Nursing 2010; 67(1), 215-224.
13 Robinson JH. et all Patient – centered care and adherence : definitions and applications to improve outcomes. Journal of American Academy of Nurse Practitioners 2010; 20, 600-607.
14 Sidani S, Epstein D & Miranda J. Eliciting patient treatment preferences: A strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. Worldviews on Evidence-Based Nursing. Third Quarter 2006; 116–123.
15 Strauss A & Corbin J. Basics of Qualitative Research: Grounded Theory. Procedures and Techniques, Newbury Park, Sage 1998.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

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

COORDINATORE PROGETTO
I. Dall'Oglio

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.17

TITOLO PROGETTO

Assistenza centrata sulla famiglia in neonatologia e soddisfazione dei genitori, nuovi metodi per la valutazione nel tempo
Family-centered care in neonatology and parents satisfaction, new methods for the evaluation over time

ABSTRACT

***Background**:* E'stato validato in italiano il questionario Empathic-N per esplorare la soddisfazione e l'esperienza dei genitori (SG) dei neonati dimessi dalla Terapie Intensiva Neonatale (TIN), rispetto all'assistenza centrata sulla famiglia (FCC) .
Una recente ricerca europea indica come II priorità di ricerca in area critica neonatale, l'ambito della FCC. Sempre più attenzione hanno i sistemi on-line, per valutare sistematicamente la soddisfazione dei pazienti e delle famiglie rispetto ai servizi offerti.

Obiettivi: Valutare la qualità della FCC in TIN tramite la somministrazione di una versione ridotta dell'Empathic-N per esplorare l'esperienza e la SG dei neonati ricoverati in TIN, utilizzando un sistema on-line , rispetto alla rilevazione con moduli cartacei.

Metodi e strumenti: Studio di coorte osservazionale multicentrico, integrato con una sezione qualitativa. La popolazione sono i genitori dei neonati dimessi o trasferiti dalle TIN a cui verrà somministrato il questionario Empathic-N in forma cartacea o on-line. Il personale sanitario impegnato nella raccolta e analisi dei dati e i rappresentanti dei genitori, parteciperanno a focus group per esplorare la percezione delle due modalità di rilevazione.

***Risultati attesi**:* La valutazione in merito alla fattibilità e la compliance dei genitori dell'uso del sistema on-line per il monitoraggio costante della qualità della FCC in TIN, rilevata tramite l'Empathic-N in versione ridotta.

Parole chiave: Assistenza centrata sulla famiglia, genitori, soddisfazione dei pazienti, assistenza intensiva neonatale, indicatori di qualità, internet, sistemi on-line, survey.

ABSTRACT

Background: The Italian version of the Empathic-N questionnaire, which explores the experience and the satisfaction of parents of infants discharged from Neonatal Intensive Care Units (NICU) regarding family-centered care (FCC) has been validated. A recent European research describes FCC as the 2nd most important NICU research priority. Moreover, online systems are increasingly important for the systematic evaluation of the satisfaction of patients and their families with the services offered.

Aims: To assess the quality of FCC in the NICU by administering a reduced version of Empathic-N to explore the experience and satisfaction of the parents of the infants discharged from the NICU, using an on-line system, compared to paper surveys.

Method and materials: A multicenter observational cohort study, integrated with a qualitative section. The population includes the parents of newborns discharged or transferred from the NICU. The health personnel involved in the collection and analysis of the data and representatives of the parents, will participate in the focus groups to explore the perception of the two ways of conducting the surveys.

Expected results: The assessment of the feasibility and compliance of parents in the utilization of the on-line system for the continued monitoring of the quality of FCC in the NICU, detected through the short form of Empathic-N

Keywords: Family centered care, parents, patient satisfaction, intensive care-neonatal unit, quality indicators, internet, on-line systems, survey.

BACKGROUND

La nascita pretermine (<37 settimane) interessa in Europa tra il 5% e il 12% dei neonati[1]. In particolare quelli nati con un peso <1500 gr. necessitano di assistenza intensiva. In Italia, nel 2013 sono nati 514.000 bambini, considerando la tendenza degli ultimi anni si ipotizza una percentuale di nati prematuri intorno al 7% del totale, di cui circa l'1% ha un peso inferiore a 1.500 grammi ed il 6,2% tra 1.500 e 2.500 grammi[2]. Inoltre, le terapie intensive neonatali (TIN) sono poco più di 100[3].
L'assistenza centrata sul paziente rappresenta uno dei sei obiettivi del miglioramento della qualità di un'organizzazione sanitaria[4] e va perseguita anche in contesti peculiari, come l'area critica neonatale, dove è indirizzata al neonato e alla sua famiglia[5]. La soddisfazione dei pazienti ha avuto un crescente riconoscimento come criterio di valutazione della qualità del servizio offerto in ambito sanitario[6] nonché orienta eventuali interventi di miglioramento. Essa riflette le preferenze personali e le aspettative del consumatore, nonché la realtà dell'assistenza ricevuta[7].
Già nel 2005, Nicholas et al., avevano descritto numerose esperienze di survey mirate alla valutazione sistematica della percezione della soddisfazione dei pazienti, o dei loro genitori, rispetto all'assistenza ricevuta in ospedale[8]. E' stata anche sottolineata l'importanza di questo processo continuo di ratings of quality, proprio ai fini del miglioramento continuo[9]. Inoltre, l'esplorazione della customer satisfaction permette anche di individuare ambiti cruciali che determinano le scelte dei pazienti, a cui alle volte non si attribuisce il giusto valore, ma che, altresì, rappresentano elementi importanti per chi usufruisce di un servizio[10].
Più recentemente, è stato descritto peraltro l'uso di strumenti on-line, per valutare i diversi servizi sanitari offerti, come, ad esempio, l'accessibilità del pediatra[11].
Tornando alla FCC, anche in TIN, essa si esplica attraverso diversi livelli, quali la presenza, la partecipazione, il coinvolgimento e la partnership dei genitori nel piano di cura del neonato, sottesi dall'empowerment e dalla negoziazione[12].
Da una recente ricerca condotta con il metodo Delphi, a livello europeo, diversi esperti infermieri, nell'ambito dell'assistenza intensiva neonatale, hanno indicato le priorità di ricerca per i prossimi anni. Tra queste, una di quelle che ha ottenuto uno dei punteggi più elevati (ranking tra 1 e 6), è stata "i bisogni dei genitori e la famiglia" (media 5.04; SD 1.23). Sono inoltre stati desunti i diversi domini a cui afferivano suddette priorità di ricerca e quello relativo alla FCC, ha raggiunto il II posto, in termini di punteggio complessivo (media 4.84; SD1.29). E' da notare la differenza tra il punteggio medio di 4.89 nelle regioni del Nord Europa, versus il punteggio medio di 4.50 delle regioni del Sud Europa[13]. Gli stessi autori, infine, invitano all'inclusione dei genitori nella ricerca, come elemento essenziale per permettere un processo di empowerment e di coinvolgimento nell'assistenza.
Con tali premesse, la valutazione sistematica della soddisfazione e dell'esperienza dei genitori che hanno avuto un neonato in TIN, assume una valenza particolare, in quanto indicatore dell'efficacia dei diversi interventi di miglioramento dell'assistenza rivolta ai bambini e alle loro famiglie in contesti così critici e complessi.
In letteratura è descritto come, al di là degli impegni teorici, la reale applicazione dell'assistenza centrata sulla famiglia non sia sempre così lineare e costante [14,15,16].
Ancora oggi si discute a livello italiano ma anche internazionale, sui requisiti di base per la messa in pratica dell'assistenza centrata sulla famiglia, quali la presenza dei genitori, il timing d'ingresso e il ruolo che essi possono svolgere quando sono accanto al neonato[17,18].
La valutazione della soddisfazione dei genitori in una realtà complessa come la TIN, richiede strumenti mirati e validi che permettano di misurare la loro esperienza, in considerazione anche del fatto che i genitori attribuiscono a numerosi ambiti dell'assistenza un'importanza maggiore che non quella espressa da infermieri e medici[19].
Diverse sono le modalità con le quali finora è stata esplorato il grado di soddisfazione dei genitori dei neonati ricoverati in TIN, ed essi indicano generalmente elevate livelli di soddisfazione, anche se la rigorosità della metodologia utilizzata non è stata approfondita[20].
In questo panorama, il fatto stesso di valutare sistematicamente la soddisfazione indiretta (perché tramite i genitori) dei soggetti centrali del processo assistenziale assume diverse valenze: permette di comprendere "a che punto stiamo", indica gli ambiti di miglioramento e può suggerire le direzioni del cambiamento, ci

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

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

7. Esplorare l'eventuale associazione tra la soddisfazione dei genitori e le variabili relative alla modalità di compilazione del questionario, rispetto ad alcune caratteristiche cliniche del neonato o socio-culturali dei genitori

Indicatori:
Indicatori di processo:
- Costituzione del gruppo di ricerca
- Revisione della letteratura relativa alla tematica della rilevazione della soddisfazione dei pazienti con sistemi on-line
- N. incontri gruppo di ricerca (anche via web) e report di sintesi
- Elaborazione protocollo di studio e domanda al Comitato Etico
- Conduzione dello studio nel rispetto del timing descritto nel diagramma di Gannt, con al massimo tre mesi di scarto (tale timing è giustificato dalla variabilità della tempistica del processo autorizzativo interno da parte dei centri partecipanti)

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

METODOLOGIA

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

Popolazione
Lo studio verrà condotto in almeno 10 TIN, in riferimento alla numerosità dei pazienti dimessi/anno. Ai fini di questo studio e della numerosità della popolazione disponibile, si prevede di includere i genitori di almeno 600 neonati in totale.
Le TIN partecipanti verranno individuate su base volontaria, considerando inoltre che siano rappresentative in prima istanza delle TIN laziali o regioni limitrofe e in caso delle diverse aree geografiche italiane (in relazione alla disponibilità a partecipare senza oneri di spesa, indicativamente tre per ogni zona: Nord, Sud e Isole). Andrà esplorata la possibilità di coinvolgimento di TIN afferenti ad altri paesi.
I soggetti coinvolti saranno selezionati con criterio del cluster sampling (i primi due mesi verrà proposto il questionario Empathic-N in forma cartacea e i due mesi successivi verrà proposto l'analogo questionario in formato on-line) e dovranno rispettare i seguenti criteri:
1. Genitori dei neonati che hanno avuto un ricovero nelle TIN partecipanti allo studio.

Nei mesi in cui è previsto l'arruolamento del campione di genitori per l'utilizzo del sistema on-line, saranno arruolati i genitori con possibilità di accesso a un personal computer o in possesso di smartphone o similari. Verranno esclusi i genitori dei pazienti ricoverati in TIN che sono deceduti. Verranno inoltre esclusi i genitori che non abbiano una sufficiente conoscenza dell'italiano tale da permettere la comprensione e la compilazione del questionario.

2. Personale infermieristico, medico e altro personale sanitario coinvolto nel processo di somministrazione e/o imputazione dei dati, in servizio presso le TIN partecipanti, nonché i coordinatori infermieristici e i responsabili delle UU.OO. di TIN. Verrà escluso il personale di sostituzione.
3. Ove disponibili, verranno coinvolti i rappresentanti dei genitori presenti nella TIN, relativamente al processo di somministrazione dei questionari, imputazione e analisi dei dati.

Raccolta dati
Strumenti:
- Versione ridotta del questionario Empathic-N in italiano, in formato cartaceo o on-line.
- Scheda di rilevazione dati anagrafici e clinici del neonato (per es. diagnosi, età gestazionale, peso alla nascita, durata degenza), comprendente anche alcuni dati socio demografici dei genitori.
- Questionario per esplorare i dettagli della modalità di compilazione del questionario (per es. durata della compilazione, momento in cui è stato compilato il questionario, supporto utilizzato se personal computer o smartphone o similari, etc.).

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

Procedure:

- I neonati verranno arruolati al termine del ricovero del neonato in TIN, o comunque ad una distanza non superiore a 30 gg. e verrà somministrato il questionario ai genitori con le diverse modalità previste (cartaceo o on-line).
- Contestualmente all'arruolamento dei neonati verrà compilata la scheda clinica del neonato, comprendente anche i dati socio demografici dei genitori.
- Il questionario relativo alla modalità di compilazione del questionario e la soddisfazione in relazione al metodo utilizzato, sarà somministrato contestulamente all'Empathic-N.
- Tutti i materiali verranno testati in una fase pilota dello studio presso il centro coordinatore.
- Al termine del periodo di somministrazione dei questionari previsto, i ricercatori afferenti al centro coordinatore condurranno per ogni TIN partecipante, un focus group in presenza o via computer con il personale sanitario che si occupa della somministrazione dell'Empathic-N e dell'imputazione e analisi dei dati. Verranno coinvolti nel focus group i rappresentanti dei genitori, ove disponibili .
- Suddette procedure verranno condotte per la durata di almeno due mesi (o fino al raggiungimento di almeno 300 questionari compilati), in cui verrà utilizzata la modalità cartacea e poi per altrettanti altri due mesi (o fino al raggiungimento di almeno 300 questionari compilati) in cui verrà utilizzata la modalità on-line.

Trattamento ed elaborazione

I dati raccolti tramite questionario cartaceo verranno imputati su apposito data base (Excel), specificatamente elaborato.
I dati raccolti tramite questionario on-line verranno imputati direttamente dal sistema.
L'analisi statistica sarà condotta utilizzando STATA 12.0 (Stata Corp College Station, Texas USA), o altri software adeguati per la tipologia dei dati da trattare.
La statistica descrittiva prevederà il conteggio e le proporzioni per le variabili categoriche, e le medie, mediane , deviazione standard e range per le variabili continue.
Per l'analisi dei dati tra le due diverse fasi dello studio (modalità cartacea e poi on-line), verranno valutate mediante test per dati appaiati, la differenza delle risposte fornite per i singoli items e per i relativi domini previsti dall'Empathic-N.
La comparazione tra i sottogruppi verrà effettuata applicando il test Chi quadro o il Fisher test, dove appropriati. Per i dati continui, verranno applicati il test di Student e il Mann-Whitney test non parametrico. L'analisi logistica multivariata verrà usata per esplorare le associazioni tra i dati socio demografici dei genitori e clinici dei neonati, con il grado di soddisfazione espresso tramite il questionario e con le diverse modalità di somministrazione.
Tecniche di analisi qualitative verranno usate per le risposte alle domande aperte del questionario dei genitori.
I focus group verranno registrati e trascritti, verrà poi condotta l'analisi dei contenuti tramite utilizzo del software NVivo e verrà condotta la triangolazione dei dati ai fini dell'individuazione dei temi e sottotemi.

Aspetti etici

Verrà richiesto il parere al comitato etico di riferimento.

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

Interpretazione dei risultati

I risultati dello studio verranno discussi in riferimento a precedenti esperienze analoghe disponibili in let-

teratura in merito all'utilizzo di sistemi on-line per la rilevazione della soddisfazione dei pazienti.
I risultati saranno discussi in relazione a:

- L'efficacia e la compliance alle due diverse modalità di somministrazione del questionario.
- Il grado di soddisfazione espresso dai genitori. Dal punto di vista dei genitori, il questionario Empathic-N, permette di riflettere in modo completo sul concetto di FCC offerto dal servizio.
- Inoltre, verranno trasmessi ai singoli centri partecipanti i propri risultati dei questionari Empathic-N, al fine di discuterli all'interno dell'UU.OO. e di evidenziare eventuali spunti di miglioramento, da implementare ove necessario.

Modelli di diffusione dei risultati

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

RISULTATI ATTESI

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

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

Indicatori della qualità scientifica:

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

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

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

Rilevanza:

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

PIANIFICAZIONE

I ANNUALITA'

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

DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Giu 15	Lug 15	Ago 15	Set 15	Ott 15	Nov 15	Dic 15	Gen 16	Feb 16	Marzo 16	Apr 16	Mag 16
Analisi di sfondo e costituzione gruppo di lavoro	■											
Revisione bibliografia	■	■										
Elaborazione versione ridotta del Questionario Emphatic-N	■											
Predisposizione domanda Comitato Etico	■	■										

Percorso autorizzativo presso i centri partecipanti			■	■	■							
Elaborazione data base per modalità cartacea			■									
Sviluppo sistema on-line		■	■	■								
Raccolta dati (cluster sampling modalità cartacea)		■	■	■								
Imputazione dati					■	■	■	■				
Conduzione focus group (relativo alla fase cartacea) e successiva analisi dei dati qualitativi								■				
Raccolta dati (cluster sampling modalità on-line)								■	■	■		
Conduzione focus group (relativo alla fase on-line) e successiva analisi dei dati qualitativi											■	
Analisi statistica											■	
Discussione dei risultati con il gruppo di lavoro												■
Presentazione pubblica degli strumenti sviluppati												■
Stesura report di ricerca e stesura pubblicazione sullo studio												■

BIBLIOGRAFIA

1. EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT & EURONEOSTAT. European. Perinatal Health Report Data from 2004. Euro-Peristat; 2008 Disponibile all'indirizzo: http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf; ultima consultazione 31/1/2013.
2. UFFICIO STAMPA SIN Società Italiana di Neonatologia. XX Congresso Nazionale SIN, settembre 2014. Disponibilie al sito: http://www.neonatologia.it/upload/1785_CS_XX%20CONGRESSO%20SIN_2014%20-%20NETWORK%20NEONATALE.pdf, consultato il 28-2-2015.
3. Ronconi A., Corchia C., Bellù R., Gagliardi L., Mosca F., Zanini R., Donati S. Esiti dei neonati di basso peso nelle Terapie Intensive Neonatali partecipanti all'Italian Neonatal Network nel 2008. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/44).
4. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. The National Academy Press,Washington, D.C., 2001.
5. Davidson J., Powers K., Hedayat K.M., Tieszen M., Kon A.A., Shepard E. et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005 Crit Care Med. 2007, 35(2): 605-622.
6. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payerprofit, and patient satisfaction. JAMA 2001; 286: 2578-2585.

7. Ware J.E., Snyder M.K.,Wright W.R., Davies A.R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning, 6(3–4), 247–263.
8. Castle G., Brown J., Kimberly A. Hays R. Review of the Literature on Survey Instruments Used to Collect Data on Hospital Patients' Perceptions of Care. Health Services Research Volume 40, Issue 6 p2, pages 1996–2017, December 2005.
9. Gourdji I., McVey L., Loiselle C. Patients' satisfaction and importance ratings of quality in an Outpatient Oncology Center. Journal of Nursing Care Quality. January/February/March 2003 - Volume 18 - Issue 1 - pp 43-55.
10. Anderson RT., Camacho FT. e Balkrishnan R. Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. BMC Health Services Research 2007, 7:31. Disponibile al sito: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/31 (consultato 28-2-2015).
11. Hanauer DA., Zheng K., Singer DC., Gebremariam A., Davis MM. Parental awareness and use of online physician rating sites. Pediatrics 2014 Oct;134(4): e966-975.
12. Smith L., Coleman V., Bradshaw M. Familiy centred care. Palgrave 2002.
13. Wielenga JM., Tume LN., Latour JM., van den Hoogen A. European neonatal intensive care nursing research priorities: an e-Delphi study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2015 Jan;100(1): F 66-71.
14. Latour JM. Is family-centred care in critical care units that difficult? A view from Europe. Nurs Crit Care. 2005 Mar-Apr;10(2):51-53.
15. Bruce B., Ritchie J. (1997). Nurses' practices and perceptions of family-centered care. Journal of Pediatric Nursing; 12: 214–222.
16. Petersen MF., Cohen J., Parsons V. Family-centered care: do we practice what we preach? Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing; 33: 421–427.
17. Greisen G., Mirante N., Haumont D., Pierrat V., Pallás-Alonso CR., Warren I. et al. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight European countries. Acta Paediatr. 2009; 98(11):1744-1750.
18. Pallás-Alonso CR., Losacco V., Maraschini A., Greisen G., Pierrat V., Warren I. et al. Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: a policy survey in eight countries. Pediatr Crit Care Med. 2012; 13(5):568-577.
19. Latour JM., Hazelzet JA., Duivenvoorden HJ., van Goudoever JB. Perceptions of parents, nurses, and physicians on neonatal intensive care practices. J Pediatr. 2010; 157(2):215-220.
20. Butt ML., McGrath JM., Samra HA., Gupta R. An integrative review of parent satisfaction with care provided in the neonatal intensive care unit. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 2013, 42(1): 105-120.
21. Latour JM., Duivenvoorden HJ., Hazelzet JA., van Goudoever JB. Development and validation of a neonatal intensive care parent satisfaction instrument. Pediatr Crit Care Med. 2012; 13(5):554-559.
22. Wild D., Grove A., Martin M., Eremenco S., McElroy S., Verjee-Lorenz A., Erikson P., ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation: Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value Health 2005, 8: 94-104.
23. Dall'Oglio I, Portanova A, Fiori M, Gawronski O, Cocchieri A, Rocco G, Tiozzo E, Latour JM. Translation and cultural adaption of the Dutch Empathic-N questionnaire for italian NICU settings to measure parents satisfaction. Pediatr Crit Care Med 2014; 15, 4(Suppl.): 143.
24. Dall'Oglio I., Portanova A., Fiori M., Gawronski O., Fida R., Cocchieri A., Rocco G., Tiozzo E., Latour JM., Italian Empathic-N Study Group. Implementing the family-centered care model, parents' satisfaction and experiences in neonatology. Italian Journal of Pediatrics 2014, 40 (Suppl 2): A47.
25. Latour JM., van Goudoever JB., Duivenvoorden HJ., Albers MJ., van Dam NA., Dullaart E., van Heerde M., de Neef M., Verlaat CW., van Vught EM., Hazelzet JA. Construction and psychometric testing of the EMPATHIC questionnaire measuring parent satisfaction in the pediatric intensive care unit. Intensive Care Med. 2011; 37(2): 310-318.
26. Latour JM., Duivenvoorden HJ., Tibboel D., Hazelzet JA. EMPATHIC Study Group. The shortened EMpowerment of PArents in THe Intensive Care 30 questionnaire adequately measured parent satisfaction in pediatric intensive care units. J Clin Epidemiol. 2013 Sep;66(9):1045-1050.
27. Harrington JW., Bai R., Perkins AM. Screening children for autism in an urban clinic using an electronic M-CHAT. Clin Pediatr (Phila). 2013; 52(1): 35-41.

28. Hun-Sung Kim, Wona Choi, Eun Kyoung Baek, Yun A Kim, So Jung Yang, In Young Choi, Kun-Ho Yoon, Jae-Hyoung Cho. Efficacy of the Smartphone-Based Glucose Management Application Stratified by User Satisfaction. Diabetes. Metab J 2014; 38:204-210.
29. Semple JL., Sharpe S., Murnaghan ML., Theodoropoulos J., Metcalfe KA. Using a mobile app for Monitoring Post-Operative Quality of Recovery of Patients at Home: A Feasibility Study. JMIR mHealth uHealth 2015;3(1):e18).
30. Wallace L.S. A systematic review of smartphone applications for chronic pain available for download in the United States.2014 63-8, J Opioid Manag. 2014; 10(1):63-8. doi: 10.5055/jom.2014.0193.
31. Reynoldson C. Assessing the quality and usability of smartphone apps for pain self-management. 2014; Pain Med 10.1111
32. Surveymonkey. Disponibile al sito: https://it.surveymonkey.com/mp/patient-satisfaction-survey/ consultato il 28-2-2015.
33. DrScore. Disponibile al sito: all.http://www.drscore.com/ consultato il 28-2-2015.

Polo per la Ricerca

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

APPRENDERE DAGLI ERRORI

COORDINATORE PROGETTO
A. Sili

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.18

TITOLO PROGETTO

Apprendere dagli errori: uno studio sull'*error management* nel contesto infermieristico
Learning from errors: a study on error management in nursing setting

ABSTRACT

Background: Le organizzazioni con una cultura elevata della gestione degli errori adottano norme e pratiche comuni, come la comunicazione degli errori, la rapida rilevazione, analisi e correzione degli errori, e l'apprendimento dalle azioni sbagliate per il futuro. Questo approccio culturale è fondamentale per la riduzione delle conseguenze negative degli errori e per aumentare le conseguenze positive degli errori. Nelle organizzazioni complesse, la cultura della gestione degli errori è estremamente rilevante per via dell'elevata probabilità di commettere errori (la sola prevenzione non è sufficiente) e le conseguenze degli errori sono solitamente pesanti.

Obiettivo: In questo studio, il nostro scopo è di esaminare la cultura della gestione degli errori nelle attività infermieristiche: a) verificando la sua validità anche nei contesti sanitari; b) analizzando il ruolo dei diversi fattori organizzativi correlati agli stili di leadership e alla gestione delle risorse umane; c) attraverso le pratiche riflessive sull'orientamento della cultura degli errori e di conseguenza sugli esiti organizzativi (per es. la performance del reparto, gli errori, l'apprendimento, la soddisfazione del paziente).

Metodo: Se le nostre ipotesi saranno confermate, riusciremo a comprendere meglio il processo che, da una cultura della gestione dell'errore, porta all'adozione di pratiche riflessive che a loro volta miglioreranno l'apprendimento organizzativo degli errori, riducendo la loro occorrenza e migliorando la performance del reparto.

Risultati: In futuro questo ci consentirà di disegnare una guida gestionale per implementare questo tipo di cultura e a gestire gli errori in modo più fruttuoso.

Parole chiave: Error management, health organization, risk management

ABSTRACT

Background: Organizations high in error management culture adopt norms and common practices in organizations such as communicating about errors, detecting, analysing, correcting errors quickly, learning from the wrong actions for the future. This cultural approach is pivotal to the reduction of negative error consequences and to the enhancing of positive error consequences. In complex organizations the error management culture is extremely relevant because the probability of making mistakes is high (the only prevention is not enough) and the mistakes' consequences are usually heavy.

Aim: In this study we aim to focus on the error management culture in nurses practices: a) verifying its validity also in health contexts, b) analysing the role played by different organizational factors related to leadership styles and human resources management, and c) by analysing reflexive practices on the error culture orientation and consequently, on organizational outcomes (e.g. ward performance, errors, learning, patients satisfaction).

Method: If our hypotheses will be confirmed, we expect to better understand the process that, from an error management culture, leads to the adoption of reflexive practices that, in turn, will enhance the organizational learning about errors, reducing their occurrence and improving the ward performances.

Results: This study will allow, in the future, to depict some management guide to implement this kind of culture and to cope with errors in a more fruitful way.

Keywords: Error management, health organization, risk management

BACKGROUND

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

La presente ricerca si propone di studiare il costrutto dell'error culture in ambito sanitario perseguendo due obiettivi generali:
Obiettivo 1– studiare la dimensionalità del costrutto, verificando la validità interna e predittiva della scala di *Error culture* elaborata da van Dyck et al. (2005) anche in relazione a outcome oggettivi (procedure di reporting, errori assistenziali). Nello specifico si intende:

1a Validare la scala di error culture in ambito infermieristico, contribuendo inoltre a verificare la sua stabilità cross-culturale;

1b Costruire una scala di errori effettivi in ambito infermieristico, a partire dalla rassegna della letteratura esistente (Katz-Navon Naveh & Stern 2009) e dal confronto in un pool di esperti, che tenga conto delle diverse possibili tipologie di errore di tipo assistenziale (slips, lapses, mistakes, violazioni), verificandone le caratteristiche psicometriche in termini di validità interna e di costrutto (relazione con altre variabili).

Obiettivo 2– comprendere il processo di *error management* che, a partire da aspetti gestionali più ampi, promuove un orientamento verso l'efficace gestione degli errori, favorendo in tal modo la performance dei reparti (es. outcome oggettivi; riduzione degli errori, error reporting, apprendimento organizzativo, soddisfazione dei pazienti), e influenzando atteggiamenti e comportamenti degli infermieri (es. engagement, turnover).

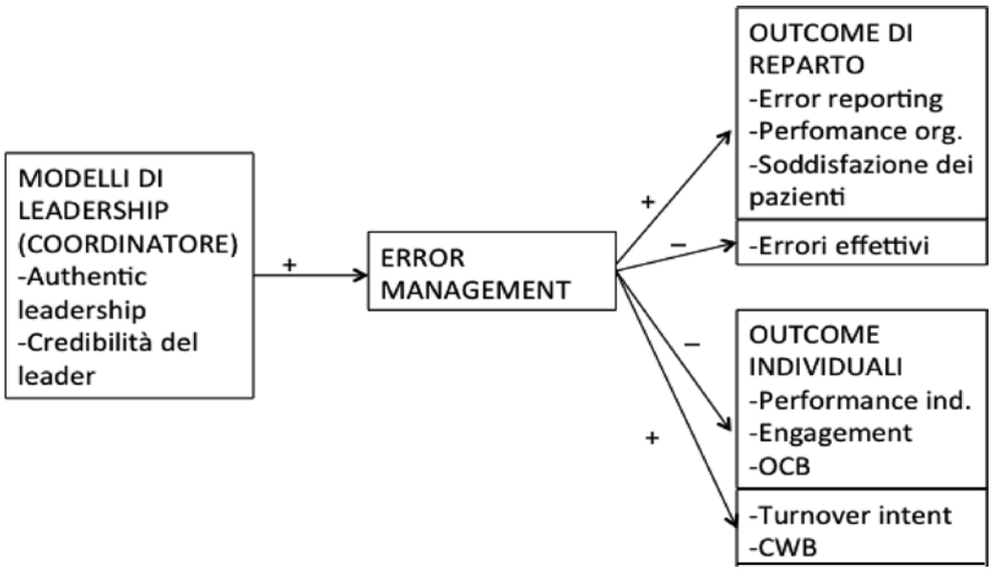
Nello specifico si intende:

2a Costruire di un questionario per la rilevazione dell'*error culture* e dei diversi fattori antecedenti (modelli di leadership) e outcome di livello individuale e di reparto, individuati a partire dalla rassegna della letteratura specialistica;

2b Testare il modello ipotizzato (vedi fig.1) per descrivere il processo di sviluppo di un orientamento culturale all'*error management*, attraverso la somministrazione del questionario a un ampio numero di infermieri (600) operanti in diversi reparti di diversi ospedali, al fine di confrontare contesti diversi per ambito di lavoro e modalità di gestione.

2c A partire dai risultati emersi, definire un modello di gestione delle risorse umane che, attraverso interventi formativi (es. su modalità di leadership) e/o pratiche organizzative (es. di riflessività), sostenga un orientamento culturale all'*error management,* e conseguentemente migliori prestazioni dei reparti.

Figura 1: Modello ipotizzato.



METODI E STRUMENTI

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

Fase 1: Rassegna della letteratura e costruzione delle scale

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

Durata: 1 mese.

Fase 2: Rilevazione: analisi del processo di error management
Campione: Lo studio è centrato sull'ambito sanitario, che rappresenta uno dei settori maggiormente "sfidanti" rispetto alla tematica dell'errore in quanto costituito da organizzazioni operanti in condizioni di elevata incertezza (alta complessità sia interna sia ambientale). Si prevede di coinvolgere circa 600 infermieri.
Procedura: Somministrazione di un questionario self-report.
Strumenti di misura: Le dimensioni di interesse per lo studio saranno esaminate con le seguenti scale:
- Error culture: *error management e error aversion* (Van Dyck et al. 2005).

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

Esiti:
- Prestazione individuale, engagement (UWES, Schaufeli et al. 2002), OCB-Organizational Citizenship Behavior (Smith et al. 1983), turn over intent, CWB-Counterproductive Work Behavior (Spector et al., 2006)
- Prestazioni del reparto (van Dyck et al. 2005)
- Soddisfazione dei pazienti (Laschinger 1996)
- Errori effettivi (scala costruita ad hoc)
- Error reporting (Probst & Graso 2013)

Analisi previste:
- Analisi delle proprietà psicometriche della scala di Errori Effettivi, attraverso analisi fattoriale esplorativa (EFA) e confermativa (CFA) e analisi dell'attendibilità delle dimensioni emerse;
- Analisi delle proprietà psicometriche della scala di *Error Culture*, attraverso analisi fattoriale esplorativa (EFA) e confermativa (CFA) e analisi dell'attendibilità delle dimensioni emerse;
- Analisi della validità di costrutto dell'*Error Culture* mediante regressioni volte ad analizzare i nessi d'influenza tra le dimensioni di error culture emerse e altri fattori antecedenti e conseguenti;
- Analisi di verifica delle caratteristiche psicometriche delle altre scale utilizzate;
- Per analizzare i nessi di influenza di ciascuna delle dimensioni latenti considerate (error management e error aversion) con le altre dimensioni considerate, sarà testato un modello di equazioni strutturali con il software Mplus (Muthén & Muthén, 1998-2010). Specificamente, si ipotizza che:

H1 e H2) uno stile di leadership "autentico" e la credibilità del coordinatore, abbiano un'influenza significativa positiva sull'*error management*;
H3 e H4) l'*error managemen*t abbia un'influenza significativa positiva sugli outcome "positivi" individuali (performance, engagement, OCB) e organizzativi (performance, error reporting, soddisfazione pazienti);
H5 e H6) l'*error management* abbia un'influenza significativa negativa sugli outcome "negativi" individuali (turnover, CWB) e organizzativi (errori).
Durata: 6 mesi.

Fase 3: Restituzione e approfondimento qualitativo
Condivisione dei risultati emersi all'interno di alcuni gruppi di discussione, rappresentativi delle diverse realtà operative analizzate.
In ipotesi, si prevede di realizzare 5-6 focus group al fine di:
- Condividere i principali risultati emersi
- Approfondire la conoscenza di alcuni dei fenomeni indagati (es. motivazioni all'*error reporting /under-reporting*)
- Attivare un confronto sull'interpretazione dei risultati (lettura del processo di gestione dell'*error management*)
- Delineare un possibile modello di gestione delle risorse umane orientato all'*error management*.

Partecipanti:
6 gruppi di circa 8 partecipanti ciascuno (2 focus con coordinatori, 3-4 focus group con infermieri di diverse tipologie di reparto e diverse caratteristiche socio-anagrafiche)
Metodologia: focus group
Analisi previste: Le narrazioni saranno registrate e sui testi raccolti sarà svolta l'analisi dei contenuti.
Durata: 3 mesi.

RISULTATI ATTESI

La ricerca in oggetto si propone di comprendere quali sono i fattori più rilevanti che entrano in gioco nel processo di gestione degli errori che legano aspetti di cultura generale e di definizione del ruolo, con pro-

cessi di gestione della conoscenza e di clima di gruppo, al fine di promuovere le conseguenze positive degli errori e, conseguentemente, la performance e l'innovazione organizzativa.

PIANIFICAZIONE E DIAGRAMMA DI GANTT

12 MESI ATTIVITÀ DI RICERCA	SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
Fase 1- Rassegna della letteratura e costruzione delle scale		
1. Background del progetto di ricerca: Analisi della letteratura scientifica recente sul tema dell'*error management* e sulla misura della percezione degli errori nella pratica infermieristica.	Team	Aprile 2015
2. Preparazione degli strumenti di indagine: traduzione della scala di Error Culture (van Dyck al, 2005) e costruzione della scala di Errori Effettivi (*slips*, *lapses*, *mistakes*, violazioni) in ambito infermieristico.	Team	Maggio 2015
Fase 2- Rilevazione: analisi del processo di error management		
3. Predisposizione della procedura e dello strumento di indagine (questionario)	Team	Giugno 2015
4. Effettuazione della prima fase di ricerca: somministrazione del questionario.	Team	Luglio-Settembre 2015
5. Elaborazione dei dati: inserimento, analisi statistiche, stesura del documento di sintesi per i partecipanti ai focus.	Team	Ottobre-Novembre 2015
Fase 3- Restituzione e approfondimento qualitativo		
6. Predisposizione della procedura di indagine (progettazione e organizzazione dei focus group).	Team	Dicembre 2015
7. Effettuazione della seconda fase di ricerca: realizzazione dei focus group e trascrizione.	Team	Gennaio 2015
8. Elaborazione dei dati: analisi del contenuto e sintesi dei risultati di ricerca.	Team	Febbraio 2015
9. Chiusura del progetto di ricerca.	Team	Marzo 2015

BIBLIOGRAFIA

1. Aiken LH., Clarke SP., Sochalski J., & Silber J. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA, 288, 1987–1993.
2. Avolio B. & Gardner W. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership- The Leadership Quartely, 16, 315–338.
3. Bauer J. & Mulder R. (2007). Modelling learning from errors in daily work. Learning in Health and Social Care, 6(3), 121–133.
4. Bovbjerg RR., Miller RH., & Shapiro DW. (2001). Paths to Reducing Medical Injury: Professional Liability and Discipline vs. Patient Safety, and the Need for a Third Way. J Law, Medicine & Ethics, 29, 369-380.
5. Brady AM., & Fleming S. (2009). A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. J Nursing Management, 2009, 17, 679–697.
6. Cannon M., & Edmondson E. (2001). Confronting failure: antecedents and consequences of shared beliefs about failure in organizational work groups. J Organizational Behavior, 22, 161–177.
7. Cannon M., & Edmondson E. (2005). Failing to learn and learning to fail (intelligently): how great organizations put failure to work to innovate and improve. Long Range Planning, 38, 299–319.
8. Carmeli A., Atwater L., & Levi A. (2011). How Leadership Enhances Employee's Knowledge Sharing at Work: The Intervening Roles of Relational and Organizational Identification. J Technology Transfer, 36(3), 257–274.
9. Dean B., Schachter M., Vincent C., & Barber N. (2002). Causes of prescribing errors in hospital inpatients: A prospective study. The Lancet, 359, 1373–1378.
10. Drach-Zahavy A., & Pud D. (2010). Learning mechanisms to limit medication administration errors. J Adv Nurs, 66(4), 794–805.
11. Edmondson A. (2004). Learning from failure in health care: Frequent opportunities, pervasive barriers. Qual Saf Health Care, 13(II), ii3-ii9.
12. Edmondson A. (1996). Learning form mistakes is easier said than done: Group and organizational influences on the detection and correction of human error. J Applied Behavioral Science, 32(1), 5–28.
13. Edmondson A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. Administrative Science Quarterly, 44, 350–383.
14. Gelfand M., Frese M., & Salmon E. (2011). Cultural influences on errors: prevention, detection and management. In: D. Hofmann & M. Frese (Eds) Errors in organizations, pp. 317–326. New York (NY): Psychology Press (Taylor & Francis Group).
15. Hammond, MH., & Farr, JL. (2011). The role of errors in the creative and innovative process. In. D. Hofmann & M. Frese (Eds.), Errors in Organizations, pp. 67–96. New York (NY): Psychology Press (Taylor & Francis Group).
16. Helmreich RL., Wilhelm JA., Klinect JR., & Merritt AC. (2001). Culture, error and Crew Resource Management. In E. Salas, C.A. Bowers, & E. Edens (Eds.), Applying resource management in organizations: A guide for professionals, pp. 305–331. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
17. Hofmann D., & Frese M. (2011). Errors, error taxonomies, error prevention, and error management: Laying the groundwork for discussing errors in organizations. In: D. Hofmann & M. Frese (Eds) Errors in organizations, pp. 1–43. New York (NY): Psychology Press (Taylor & Francis Group).
18. Johnson C. (2002). The causes of human error in medicine. Cognition, Technology & Work, 4, 65–70.
19. Kath LM., Marks KM., Ranney J. (2010). Safety climate dimensions, leader-member exchange, and organizational support as predictors of upward safety communication in a sample of rail industry workers. Safety Science, 48, 643–650.
20. Katz-Navon T., Naveh E., & Stern Z. (2009). Active learning: when is more better? The case of resident physicians' medical errors. J Applied Psychology, 94(5), 1200–1209.
21. Kohn LT., Corrigan JM., Donaldson MS. (Eds.) (1999). To err is human. Buiding a safer health system, Washington (DC): National Academy Press.
22. Laschinger HK. (1996) A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: A review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations. Nursing Administration Quarterly, 20, 25–41.
23. Mayer R., Davis J. (1999). The effect of the performance appraisal system on trust management: a field quasi-experiment. J Applied Psychology, 84(1), 123–136.
24. McKeon C., Fogarty G., & Hegney D. (2006). Organizational factors: impact on administration violations in rural nursing. Nursing and Healthcare Management and Policy, 115–123.
25. Muthén LK., & Muthén BO. (1998-2010) Mplus User's Guide. Sixth Edition. Los Angeles (CA): Muthén & Muthén.

26. Probst TM. & Graso M. (2013). Pressure to produce = Pressure to reduce accident reporting? Accident Analysis & Prevention, 59, 580–587.
27. Reason J. (1990). Human error. Cambridge, England: Cambridge University Press.
28. Schaufeli WB., Salanova M., Gonzalez-Roma V., & Bakker AB. (2002). The measurement of engagement and burnout: A confirmative analytic approach. J Happiness Studies, 3, 71–92.
29. Sitkin SB. (1996). Learning through failure: The strategy of small losses. In M. Cohen & U. Sproull (Eds.), Organizational learning, pp. 541–577. Thousand Oaks, CA: Sage.
30. Smith C., Organ D., & Near J. (1983). Organizational Citizenship Behavior: Its nature and antecedents. J Applied Psychology, 68, 653–663.
31. Spector PE., Fox S., Penney LM., Bruursema K., Goh A., & Kessler S. (2006). The dimensionality of counterproductivity: Are all counterproductive behaviors created equal? Journal of Vocational Behavior, 68(3), 446–460.
32. Stock G., McFadden K., & Gowen C. (2007). Organizational culture, critical success factors and the reduction of hospital errors. International Journal of Production Economics, 106, 368–392.
33. Thomas EJ., & Brennan TA. (2000). Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population-based review of medical records. BMJ, 320, 741–744.
34. Tjosvold D., Yu Z., & Hui C. (2004). Team learning from mistakes: The contribution of cooperative goals and problem-solving. J Management Studies, 41(7), 1223–1245.
35. Vahey DC., Aiken LH., Sloane DM., Clarke SP., &Vargas D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. Medical Care, 42, 57–66.
36. Van Dyck C., Frese M., Baer M., & Sonnentag S. (2005). Organizational error management culture and its impact on performance: A two-study replication. J Applied Psychology, 90(6), 1228–1240.
37. West MA., Guthrie JP., Dawson JF., Borril CS., & Carter M. (2006). Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. J Organizational Behavior, 27, 983–1002.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

FRAGILITA' E SERVIZI SOCIO-SANITARI

COORDINATORE PROGETTO
R. Alvaro - S. Mancinelli
M.G. Proietti - L. Palombi

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.19

TITOLO PROGETTO

La fragilità come determinante dell'uso dei servizi socio-sanitari
Frailness as a determinant of the use of social-healthcare services

ABSTRACT

L'invecchiamento delle nostre popolazioni pone una questione sempre più urgente di programmazione e gestione dell'assistenza sociosanitaria in relazione ai crescenti bisogni assistenziali ed alla cura delle malattie croniche.
In questo contesto l'identificazione precoce dell'anziano fragile rappresenta un punto di partenza ormai condiviso a livello internazionale. Esiste infatti un ampio e crescente consenso sulla necessità di approntare interventi integrati di sanità pubblica centrati sullo screening sistematico della fragilità dell'anziano.
Nel corso del 2014 il Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata in collaborazione con il Collegio IPASVI, ha condotto la prima indagine sulla valutazione del grado di fragilità e del fabbisogno di assistenza continuativa degli ultrasessantaquattrenni nel Lazio. L'obiettivo dello studio è stato quello di dimensionare e caratterizzare la popolazione anziana fragile attraverso uno screening della fragilità condotto con l'utilizzo di strumenti validati a livello internazionale
L'indagine è stata realizzata su un campione di 1.333 persone delle quali è stato raccolto il consenso informato sugli obiettivi della ricerca ed all'utilizzo dei dati. I principali risultati dell'indagine mostrano una popolazione anziana fragile, da inserire in programmi di prevenzione, e molto fragile, bisognosa di un aiuto urgente, pari rispettivamente al 14% ed al 7,6% (21,6% complessivamente). Le principali caratteristiche di queste popolazioni sono l'età superiore ai 74 anni, la presenza di malattie neurologiche, la disabilità e l'isolamento sociale; la condizione di fragilità si associa maggiormente al contesto urbano piuttosto che a quello del paese con meno di 20.000 abitanti.
Per favorire la programmazione di interventi integrati ed innovativi per la popolazione anziana fragile risulta fondamentale definire l'attuale carico assistenziale socio-assistenziale ed i relativi costi. Obiettivo generale dello studio è quello di definire l'impatto determinato dalla popolazione anziana fragile sul sistema sociosanitario regionale e comunale.

ABSTRACT

The aging of our populations is becoming an increasingly urgent for the planning and management of social-healthcare services due to the increasing healthcare needs and number of chronically-ill patients.
In this context, the early identification of frail older people is a starting points shared by the international community. In fact, the is a wide and growing consensus on the need to prepare integrated public health interventions based on systematic screening of older people's frailness.
In 2014, the Department of Biomedicine and Prevention of the University of Rome "Tor Vergata", in collaboration with the IPASVI Board of Nursing, conducted the first survey on the evaluation of the degree of frailness and the need for continuing care in people aged over 64 years. The aim of this study was to measure and describe the frail elderly population through a screening of frailness conducted using internationally validated tools.
The survey was conducted on a sample of 1,333 people from which we obtained the informed consent on the objectives of the research and use of personal data. The main results of the survey described a frail elderly population, to be included in prevention programmes, and very fragile, in need of urgent help, respectively 14% and 7.6% (21.6% in total). The main characteristics of these populations were being aged over 74 years, the presence of neurological diseases, disability and social isolation; the condition of frailness was associated mainly to the metropolitan context, rather than small towns with less than 20,000 inhabitants.
To facilitate the planning of integrated and innovative interventions for the frail elderly population it is essential to define the current welfare social welfare burden and related costs. The general objective of

the study is to define the impact that the frail elderly population has on the regional and municipal health system.

BACKGROUND

L'invecchiamento delle nostre popolazioni pone una questione sempre più urgente di programmazione e gestione dell'assistenza sociosanitaria in relazione ai crescenti bisogni assistenziali ed alla cura delle malattie croniche.
In questo contesto l'identificazione precoce dell'anziano fragile rappresenta un punto di partenza ormai condiviso a livello internazionale (Scarcella 2005). Esiste infatti un ampio e crescente consenso (Fried 2001, 2004; Gobbens 2007, 2010; Levers 2006; Markle-Reid 2003) sulla necessità di approntare interventi integrati di sanità pubblica centrati sullo screening sistematico della fragilità dell'anziano (De Vries 2011; Pialoux 2012; Bouillon 2013; Rodriguez Manas 2014).
Nel corso del 2014 il Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata in collaborazione con il Collegio Ipasvi di Roma, ha condotto la prima indagine sulla valutazione del grado di fragilità e del fabbisogno di assistenza continuativa degli ultrasessantaquattrenni nel Lazio. L'obiettivo dello studio è stato quello di dimensionare e caratterizzare la popolazione anziana fragile attraverso uno screening della fragilità condotto con l'utilizzo di strumenti validati a livello internazionale (Scarcella 2005).
L'indagine è stata realizzata su un campione di 1.333 persone delle quali è stato raccolto il consenso informato sugli obiettivi della ricerca ed all'utilizzo dei dati. I principali risultati dell'indagine mostrano una popolazione anziana fragile, da inserire in programmi di prevenzione, e molto fragile, bisognosa di un aiuto urgente, pari rispettivamente al 14% ed al 7,6% (21,6% complessivamente). Le principali caratteristiche di queste popolazioni sono l'età superiore ai 74 anni, la presenza di malattie neurologiche, la disabilità e l'isolamento sociale; la condizione di fragilità si associa maggiormente al contesto urbano piuttosto che a quello del paese con meno di 20000 abitanti.
I risultati dell'indagine fanno luce su una situazione che potrebbe essere gestita in maniera proattiva e preventiva programmando servizi adeguati agli bisogni rilevati ed in grado di incidere sui costi. Una valutazione dell'attuale impatto della fragilità dell'anziano sul sistema sociosanitario locale, possibile attraverso l'utilizzo della base dati costituita e disponibile, costituirebbe il completamento del percorso di analisi sulla fragilità dell'anziano nella nostra regione.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
L'identificazione precoce dell'anziano fragile rappresenta un punto di partenza ormai condiviso a livello internazionale. Esiste, infatti, un ampio e crescente consenso sulla necessità di approntare interventi integrati di sanità pubblica centrati sullo screening sistematico della fragilità dell'anziano.
Obiettivo generale dello studio è quello di definire l'impatto determinato dalla popolazione anziana fragile sul sistema sociosanitario regionale nel Lazio e comunale di Roma.

Obiettivi specifici
Le principali caratteristiche di queste popolazioni di anziani fragili sono l'età superiore ai 74 anni, la presenza di malattie neurologiche, la disabilità e l'isolamento sociale; la condizione di fragilità si associa maggiormente al contesto urbano piuttosto che a quello del paese con meno di 20.000 abitanti.
Per favorire la programmazione di interventi integrati ed innovativi per la popolazione anziana fragile risulta fondamentale definire il carico assistenziale socio-assistenziale ed i relativi costi.

METODOLOGIA

Campione
Il campione è costituito da 1333 soggetti inclusi nell'indagine sulla fragilità degli anziani in Regione Lazio svolta durante il 2014 dall'IPASVI 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), 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 decrittografati cosicché nessuna informazione potrà essere ricollegata al nome e cognome del soggetto ma solo alle informazioni già raccolte ed autorizzate con l'indagine già realizzata. Il data base costruito sarà quindi anonimo. Su questa base e' in corso la richiesta di autorizzazione al comitato etico e successivamente alla Regione ed al Comune di Roma per l'accesso alle banche dati. Le fonti sono costituite dai flussi informativi dei servizi sanitari delle Ausl (ricoveri, pronto soccorso, assistenza ambulatoriale, farmaceutica, assistenza domiciliare, esenzioni ticket per invalidità), e dei servizi sociali (assistenza domiciliare integrata, indennità di invalidità e di accompagnamento, supporto al reddito ed all'alloggio).

RISULTATI ATTESI

Sulla base del dimensionamento effettuato relativo alle prestazioni di carattere sanitario e sociale del campione esaminato, sarà possibile definire la spesa sostenuta dal sistema dei servizi sociali e sanitari regionali e comunali per il campione di anziani selezionato, 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.
Programmi recenti per l'analisi dei bisogni assistenziali basati sull'integrazione dei flussi informativi sanitari e sociali sono stati approntati negli Stati Uniti quale base per il case funding dei programmi di gestione dell'assistenza di pazienti fragili e/o con bisogni complessi di salute. Anche in Italia con le stesse metodologie sono state condotte di recente esperienze dalla Regione Veneto e attraverso un progetto di rilevazione del rischio di fragilità nella città di Ravenna. Il progetto di ricerca ha anche l'obiettivo di verificare la fattibilità di un sistema informativo sociosanitario derivante dall'integrazione di diverse banche dati sociali e sanitarie nella nostra regione per la definizione dei livelli di fragilità e la programmazione socio-sanitaria integrata.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1. Preparazione alla ricerca (messa a punto della scheda per la raccolta dei dati) 2. Parere del comitato etico 3. Autorizzazioni all'accesso alle banche dati)	Coordinatore, project manager, comitato organizzativo	01/04/2015-01/07/2010
4. Ricerca sui database regionale e comunali, raccolta ed inserimento dati, verifica fattibilità sistema integrato flussi informativi	Project manager, operatori	01/07/2015 -31/127/2015
5. Elaborazione del rapporto di ricerca, azioni di disseminazione	Coordinatore, project manager, comitato organizzativo	01/01/2016 -28/02/2016

DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	Apr 15	Mag 15	Giu 15	Lug 15	Ago 15	Set 15	Ott 15	Nov 15	Dic 15	Gen 16	Feb 16
Preparazione alla ricerca (messa a punto della scheda per la raccolta dei dati) Parere del comitato etico Autorizzazioni all'accesso alle banche dati											

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. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Gobbens RJ et al. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. J Am Med Dir Assoc 2010; 11: 338-343.
8. Levers MJ, Estabrooks CA, Ross Kerr JC. Factors contributing to frailty:Literature review. J Adv Nurs 2006;56:282-291.
9. Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. J Adv Nurs 2003;44:58-68.
10. Pialoux T, Goyard J, Lesourd B. Screening tools for frailty in primary health care: a systematic review. Geriatr Gerontol Int. 2012 Apr;12(2):189-197.
11. Regione del Veneto. Relazione finale del progetto di sperimentazione del sistema ACG – Adjusted Clinical Groups. Luglio 2014 disponibile.
12. 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.
13. 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 mulidimensional evaluation. Arch Gerontol Geriatr. 2005 Mar-Apr;40(2):147-156.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

RISK MANAGEMENT NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI ENDOVENOSI

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

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.15.20

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.
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 società2.
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. 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 perspectives2. Medication safety in ICUs can be compromised because of the complexities of patient conditions, the number of medications administered, the frequent changes in medication orders, the need for weight-based dosages, potential for incompatibilities of intravenous (IV) medications, and the calculation of infusion rates for IV medications. Nursing is responsible for most of these errors and prior studies have shown that lack of knowledge and training, incorrect behaviors (e.g. poor hand washing) and attitudes put ICU patients at risk. Therefore, the aim of this study is to describe which elements of nurses' knowledge, training, behavior, and attitude prevent errors in intensive care units during preparation and administration of intravenous medications.

BACKGROUND

La sicurezza dei pazienti rappresenta un problema in tutti i sistemi sanitari avanzati; tale preoccupazione è condivisa e sottolineata dall'OMS che dal 2001 sollecita interventi urgenti da parte delle organizzazioni sanitarie stesse (Ministero Salute, 2012). Gli eventi avversi sono di gran lunga più numerosi di quelli ipotizzati o di quelli che recano un reale danno al paziente. Tali eventi portano inevitabilmente ad una cattiva qualità delle cure, intesa sia in termini di efficacia (aspetto clinico), sia in termini di aumentati costi sostenuti

dalla struttura sanitaria (aspetto gestionale - organizzativo), sia come perdita di fiducia dei pazienti nei confronti dell'Azienda (perdita di immagine).
Una revisione narrativa della letteratura stima che la percentuale degli errori di terapia farmacologica sia compresa tra il 12% e il 20% del totale degli errori[3]. 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[4], dal numero di farmaci somministrati, dalle frequenti variazioni delle prescrizioni, dalla necessità di definire il dosaggio in base al peso del paziente, dalle potenziali incompatibilità tra i farmaci endovenosi e dalla velocità di somministrazione[5].
Rothschild JM, et al. sostengono che gli errori di terapia farmacologica rappresentano il 78% degli errori clinici nelle unità di terapia intensiva/rianimazione, e i pazienti sperimentano in media 1,75 errori ogni giorno durante la permanenza in terapia intensiva. Circa il 20% degli errori di terapia farmacologica mettono il paziente in pericolo di vita, mentre il 40% richiedono un trattamento[6].
Gli errori di terapia farmacologica nelle unità di terapia intensiva/rianimazione possono mettere a rischio la salute dei pazienti ricoverati o provocarne il decesso[1].
Secondo la definizione proposta dal National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), per errore di terapia farmacologica si intende ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente[7]. Tale episodio può essere dovuto ad errore di prescrizione, di trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezionamento o denominazione, allestimento, dispensazione, distribuzione, somministrazione, educazione, monitoraggio ed uso[7].
I danni iatrogeni correlati ad errori di terapia farmacologica sono considerati un "evento sentinella", ovvero un evento avverso di particolare gravità, rappresentando un indicatore della qualità delle cure erogate, che può causare gravi danni al paziente determinando anche una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Sistema Sanitario[8,9].
Sebbene gli errori possano verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco e pertanto ai fini della prevenzione10 si deve prendere in considerazione l'intero sistema di gestione delle terapie, la letteratura riporta che la fase di somministrazione rappresenta il momento più critico del processo.[11]
Gli eventi avversi possono verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione, monitoraggio (Ministero della Salute, Raccomandazione n. 7, marzo 2008, per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica)[8].
L'atto della somministrazione della terapia farmacologica rappresenta il 40% dell'attività clinico-assistenziale di un Infermiere[12].
Gli errori provocati dalla somministrazioni multiple di farmaci possono essere particolarmente comuni in terapia intensiva[13]. I pazienti critici ricevono quasi il doppio dei farmaci rispetto ai pazienti ricoverati in unità operative generali, e la maggior parte dei farmaci comportano calcoli per la somministrazione in bolo o in infusione continua.[14,15]
Alcuni farmaci sono soggetti al pericolo di scambio e sono identificati con la sigla LASA, acronimo inglese delle parole Look-Alike e Sound-Alike. I farmaci LASA sono farmaci confondibili tra loro per somiglianza o per assonanza.[16]
Tra gli errori in terapia, quello dello scambio dei farmaci incide per circa il 40% dei casi[17].
Gli errori di terapia farmacologia che interessano gli infermieri e che possono accadere sono:

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

In letteratura si evidenzia che sono 4 le variabili osservate considerate come fattori che possono influenzare gli errori di terapia farmacologica: conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi. La letteratura ci dice che una conoscenza e formazione inadeguata degli infermieri sull'utilizzo dei farmaci endovenosi può essere segnalata come causa di errore[18]. Alcuni autori sono d'accordo che comportamenti profession-

ali sbagliati (come ad esempio un lavaggio delle mani non corretto) possono essere la causa di errori di terapia farmacologica[2], così come le attitudini professionali che Leape considera l'approccio migliore per identificare gli errori[19].
Allo stato attuale delle conoscenze non sono ancora disponibili dati certi riferiti agli errori di terapia farmacologica negli adulti ricoverati in terapia intensiva/rianimazione.
Pochi sono gli studi che correlano conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri agli errori di somministrazione dei farmaci E.V.
Dalla revisione della letteratura da noi effettuata e dai documenti reperiti non esistono strumenti in grado di valutare se conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri che lavorano nelle terapie intensive/rianimazioni sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive determinano un errore di terapia farmacologica.

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

Obiettivi specifici
- Valutare la tipologia di errori di terapia farmacologica e la corrispondenza con la letteratura di riferimento.
- Verificare la correlazione tra errori di terapia farmacologica e conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri che lavorano nelle terapie intensive/rianimazioni.
- Verificare la correlazione tra criticità organizzative nelle terapie intensive/rianimazioni ed errori di terapia farmacologica.
- Identificare interventi per la prevenzione degli errori di terapia farmacologica nelle terapie intensive/rianimazioni.
- Verificare la validità e affidabilità dello strumento basato sugli indici psicometrici del campione.

Indicatori

- N° dei Dirigenti Infermieri presenti nella riunione di convocazione per la presentazione del Progetto / su N° invitati *100 (< 10%)
- N° delle unità operative di terapia intensiva/rianimazioni italiane di maggiore rilevanza nazionale aderenti al Progetto / N° dei partecipanti all'incontro informativo *100 (< 10%)
- N° dei partecipanti all'evento formativo
- N° strutture che consolidano l'esperienza / strutture partecipanti *100 (< 10%)

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

METODOLOGIA

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

La ricerca si articola in 8 fasi:

- Fase 1: revisione sistematica della letteratura;
- Fase 2: preparazione del questionario;
- Fase 3: invio di notifica al Comitato etico;
- Fase 4: coinvolgimento (somministrazione) di un numero limitato di infermieri, per verificare la comprensibilità delle domande e delle risposte (fase pilota) presso 4/6 unità operative dei maggiori ospedali romani;
- Fase 5: immissione dei dati raccolti in un data base appositamente costruito, analisi statistica dei dati e validazione del questionario;
- Fase 6: pubblicazione del primo rapporto di ricerca;
- Fase 7: somministrazione estesa anche agli infermieri che lavorano presso le più rappresentative unità operative del nord Italia e del sud Italia ed elaborazione dei dati;
- Fase 8: pubblicazione del secondo rapporto di ricerca.

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

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 UU.OO. 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	RESP	DURATA
1. Fase Pilota 1.1. Coinvolgimento (somministrazione) di un numero limitato di infermieri, per verificare la comprensibilità delle domande e delle risposte (fase pilota) presso 4/6 unità operative dei maggiori ospedali romani.	XX gg stagista	Gruppo di progetto	Gennaio – Marzo 2015
2. Analisi dei dati e validazione 2.1. Immissione dei dati raccolti in un data base appositamente costruito; 2.2 analisi statistica dei dati e validazione del questionario.	XX gg statistico XX gg stagista	Gruppo di progetto	Aprile – Giugno 2015
3. Pubblicazione 3.1. Interpretazione dei risultati ottenuti e stesura del primo rapporto (studio pilota).	Materiale di progetto XX gg stagista	Gruppo di progetto	Luglio – Ottobre 2015
4. Attuazione 4.1. somministrazione estesa anche agli infermieri che lavorano presso le più rappresentative unità operative del nord Italia e del sud Italia.	XX gg stagista	Gruppo di progetto	Novembre 2015 – Settembre 2016
5. Pubblicazione 5.1. Analisi dei dati raccolti, interpretazione dei risultati ottenuti e stesura del rapporto finale; 5.2. Consensus conference con le aziende che hanno aderito al progetto di ricerca; 5.3. Pubblicazione del rapporto di ricerca; 5.4. Realizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca.	XX gg stagista Editing Evento	Gruppo di progetto	Ottobre 2016 – Giugno 2017

FASI	GEN15	FEB15	MAR15	APR15	MAG15	GIU15	LUG15	AGO15	SET15	OTT15	NOV15	DIC15
FP												
AD												
PPR												
SE												

LEGENDA

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

FASI	GEN16	FEB16	MAR16	APR16	MAG16	GIU16	LUG16	AGO16	SET16	OTT16	NOV16	DIC16
SE												
AD												

FASI	GEN17	FEB17	MAR17	APR17	MAG17	GIU17	LUG17	AGO17	SET17	OTT17	NOV17	DIC17
AD												
PU												

LEGENDA

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

BIBLIOGRAFIA

1. Frith KH. Medication errors in the intensive care unit: literature review using the SEIPS model. AACN Adv Crit Care. 2013 Oct-Dec;24(4):389-404.
2. Dennison RD. A medication safety education program to reduce the risk of harm caused by medication errors. J Contin Educ Nurs. 2007;38(4):176-184.
3. Alvaro R, Bagnasco A, Del Negro L, Lancia L, Rubbi I, Sasso L et al. La sicurezza nella somministrazione della terapia farmacologica: una revisione narrativa della letteratura. L'Infermiere 2009;53(3):22-26.
4. Kiekkas P, Karga M, Lemonidou C, Aretha D, Karanikolas M. Medication errors in critically ill adults: a review of direct observation evidence. Am J Crit Care. 2011 Jan;20(1):36-44
5. Moyen E, Camiré E, Stelfox HT. Clinical review: medication errors in critical care. Crit Care. 2008;12(2):208.
6. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, Kaushal R, Lockley SW, Burdick E, Stone PH, Lilly CM, Katz JT, Czeisler CA, Bates DW. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. Crit Care Med. 2005 Aug;33(8):1694-700.
7. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention – NCCPMERP disponibile alla pagina www.nccmerp.org (data ultimo accesso: 31-05-2014).
8. Ministero della Salute. Dipartimento della qualità Direzione generale della programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - ufficio III, Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologia. Raccomandazione n. 7, Marzo 2008.
9. Ministero della Salute. Dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III. Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.

10. Cullen DJ, Sweitzer BJ, Bates DW, Burdick E, Edmondson A, Leape LL. Preventable adverse drug events in hospitalized patients: a comparative study of intensive care and general care units. Crit Care Med. 1997;25(8):1289-1297.
11. Krahenbuhl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krahenbuhl S. Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. DrugSaf. 2007;30(5):379-407.
12. Armitage G, Knapman H. Adverse events in drug administration: a literature review. J Nurs Manage. 2003;11(2):130-140.
13. van den Bemt PM, Fijn R, van der Voort PH, Gossen AA, Egberts TC, Brouwers JR. Frequency and determinants of drug administration errors in the intensive care unit. Crit Care Med. 2002 Apr;30(4):846-850.
14. Hussain E, Kao E. Medication safety and transfusion errors in the ICU and beyond. Crit Care Clin. 2005;21(1):91-110.
15. Jones SW. Reducing medication administration errors in nursing practice. Nurs Stand 2009 Aug19-25;23(50):40-46.
16. Ministero della Salute, raccomandazione n.12: "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike";12 Agosto 2010.
17. AIFA, L'errore terapeutico, quando umano e quando diabolico. Bollettino di informazione sui farmaci, 2005.
18. Abbasinazari M, Zareh-Toranposhti S, Hassani A, Sistanizad M, Azizian H, Panahi Y. The effect of information provision on reduction of errors in intravenous drug preparation and administration by nurses in ICU and surgical wards. Acta Med Iran. 2012 Nov;50(11):771-7.
19. Leape LL. Error in medicine. JAMA. 1994 Dec 21;272(23):1851-1857.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

FORMAZIONE BLENDED PER L'INFERMIERISTICA

COORDINATORE PROGETTO
A. Quagliata
M.G. Proietti

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.15.1

TITOLO PROGETTO

Formazione blended per l'infermieristica
Blended education for nursing

ABSTRACT

"Formazione blended per l'infermieristica" è un progetto formativo che propone 2 edizioni di un percorso di apprendimento rivolto a infermieri e finalizzato a costituire uno staff di I-tutor. I due corsi, ognuno della durata di 5 settimane tra presenza e rete, saranno realizzati secondo il modello operativo della formazione blended, che favorisce la continuità tra le attività formative svolte in aula e quelle realizzate online; in particolare le attività online, sviluppate secondo il modello dell'I-learning (vedi metodologia), rappresentano un ponte di apprendimento di tipo metacognitivo, cognitivo e relazionale tra le fasi in presenza del progetto.

Parole chiave: Formazione blended, I-tutor, I-learning

ABSTRACT

"Blended education for nursing" is an educational project with 2 editions of a course for nurses and aimed to establish a staff of I-tutors. The two courses, each lasting 5 weeks between frontal and online lessons, will be carried out according to the model of blended education, which promotes the continuity between the educational activities carried out in the classroom and those available online. In particular the online activities of this project, developed according to the model of the I-learning (see methodology), represent a bridge between the metacognitive, cognitive and relational learning phases.

Keywords: Blended education, I-tutor, I-learning

BACKGROUND

La formazione blended risulta particolarmente efficace per le organizzazioni del lavoro distribuite sul territorio che non possono offrire alle proprie risorse professionali, per evidenti motivi di carattere organizzativo e di "servizio", corsi di formazione in presenza eccessivamente lunghi, e che non vogliono limitare la loro offerta formativa a percorsi di solo e-learning. La "formula" blended si dimostra poi particolarmente gradita ai partecipanti, che possono disporre di tempi ampi e distesi per costruire una propria rete di significati coerente con le loro competenze professionali e le loro storie di vita e hanno l'opportunità di partecipare a molteplici occasioni di confronto e condivisione con i docenti, gli I-tutor e i colleghi, opportunità che favorisce la costruzione di una solida relazione educativa e lo sviluppo di forme di apprendimento significativo. Un contesto organizzativo che ponga la relazione al centro dei percorsi formativi e valorizzi la narrazione come prassi educativa, rispettando i tempi di apprendimento delle persone e favorendo momenti di confronto e di costruzione condivisa di elementi della conoscenza, si prende cura delle proprie risorse ed è sulla buona strada per riconoscersi come un sistema complesso, una "fabbrica di storie" in cui si incontrano e si integrano ricorsivamente le tante biografie delle persone coinvolte, ognuna delineata da componenti cognitive e affettivo-relazionali. Per quanto riguarda il rapporto tra educazione e storie, molteplici studi condotti nell'ambito delle neuroscienze, come ad esempio quello di Roger Schank Tell Me a Story. Narrative and Intelligence (Evanston 1995), sottolineano l'importanza della narrazione nei processi di apprendimento. Howard Gardner, nel suo Sapere per Comprendere (1999), sostiene che gli approcci narrativi nella didattica favoriscono l'utilizzo integrato delle varie dimensioni dell'intelligenza. Jerome Bruner, nel suo lavoro Cultura e sviluppo umano: una nuova prospettiva (1995), scrive che "le storie e i loro stati intenzionali preservano l'importare, inteso come rilevanza, mentre le descrizioni oggettive non lo fanno; […] è fondamentale progettare attività che siano importanti per chi le pratica, che 'stiano a cuore' ai destinatari: in questo senso le storie, che richiamano emozioni e stati d'animo, esaltano la rilevanza delle riflessioni e degli artefatti cognitivi, mentre le descrizioni 'oggettive', proprie di un percorso di apprendimento tradi-

zionale, non riescono a farlo. […] la narrazione è indispensabile perché, diversamente dalla logica, non è paralizzata dalla contraddizione". All'interno di ogni percorso formativo, la creazione di una storia digitale sollecita processi di riflessione intorno a problematiche di diversa natura che coinvolgono i singoli e la comunità, favorendo una comprensione contestualizzata degli elementi di conoscenza presentati all'interno della cornice narrativa.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

- Progettare percorsi di formazione orientati alla didattica costruttivista
- Realizzare percorsi di apprendimento centrati sulla relazione e sulla costruzione condivisa della conoscenza
- Evidenziare il ruolo dell'intelligenza etica nella pratica formativa

Obiettivi specifici

- Favorire la costituzione di uno staff di I-tutor.
- Utilizzare la piattaforma di apprendimento online Moodle e il software Prezi.
- Condurre gruppi di lavoro in percorsi di formazione blended.
- Valorizzare la centralità della narrazione nei processi di apprendimento.

Indicatori

Nella formazione online, come peraltro nella formazione tradizionale in presenza, la valutazione si esprime generalmente attraverso un approccio prevalentemente quantitativo. E' infatti convinzione diffusa che per la formazione online si possano realizzare azioni di valutazione facendo ricorso a strumenti di verifica di tipo oggettivo e alla funzione di tracciamento che tutte le piattaforme di e-learning offrono: si tratta di una forma automatica di rilevamento e monitoraggio, utile per comprendere la frequenza delle presenze online della comunità e di ogni suo "abitante", ma inefficace a rendere conto della complessità propria di ogni processo di apprendimento, anche online. Al fine di sviluppare un nuovo modello di valutazione che abbia maggiore coerenza con il contesto dell'apprendimento in Rete, si rende necessaria una rielaborazione progressiva delle pratiche e degli strumenti della valutazione per la formazione online che permetta di andare oltre i vincoli che derivano da un uso esclusivo delle prove oggettive di verifica. La formazione in Rete e blended deve riconsiderare le forme della valutazione: dall'analisi dei risultati di apprendimento, il focus si orienta prevalentemente sulla natura del percorso che presiede al raggiungimento di quei risultati, valorizzando il processo di apprendimento almeno quanto il prodotto. Il sistema valutativo proposto (di seguito viene riportata una prima ipotesi di griglia per valutare il contributo individuale nell'ambito delle attività formative blended) consente di monitorare una pluralità di indicatori quali/quantitativi che indagano sia le forme di comprensione del soggetto che apprende, sia le modalità relazionali e di leadership da lui agite nelle attività di comunicazione e di collaborazione avviate durante le fasi operative del lavoro di gruppo.

Descrittore	Livello			
Comunicazione in Rete	Sufficiente	Discreto	Buono	Molto buono
Significatività dei contributi forniti nel forum *tutti*				
Efficacia della partecipazione al processo negoziale				
Significatività dei contributi rispetto allo sviluppo delle attività formative online				
Approfondimento della ricerca sui lavori sviluppati				
Utilizzo delle risorse digitali	Sufficiente	Discreto	Buono	Molto buono
Originalità dei materiali selezionati in Rete				
Qualità dei materiali prodotti				
Realizzazione dei lavori	Sufficiente	Discreto	Buono	Molto buono
Capacità di sollecitare ed esprimere forme di creatività				
Efficacia nella progettazione e realizzazione dei lavori di gruppo				
Pratica della Leadership	Sufficiente	Discreto	Buono	Molto buono
Capacità di sollecitare e sostenere il gruppo dal punto di vista cognitivo				
Capacità di sollecitare e sostenere il gruppo dal punto di vista organizzativo				
Capacità di sollecitare e sostenere il gruppo dal punto di vista relazionale				

METODOLOGIA

La formazione realizzata durante lo svolgimento del progetto è di tipo blended: si utilizzerà quindi una modalità di allestimento didattico che prevede un'integrazione virtuosa tra attività formative agite in presenza e attività formative sviluppate in Rete. Il modello didattico-formativo alla base del percorso di formazione proposto è quello dell'I-learning, un innovativo modello operativo ispirato alla cornice metodologica del costruttivismo sociale e messo a punto dal "Laboratorio di I-learning e Digital Storytelling" coordinato dal prof. Alberto Quagliata presso il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università Roma Tre. Il modello didattico-formativo dell'I-learning è stato sperimentato con esiti positivi in diversi contesti, all'interno di corsi universitari e post lauream, nell'offerta formativa curricolare ed extracurricolare di istituti comprensivi e della scuola secondaria superiore e in percorsi di formazione realizzati in organizzazioni del lavoro pubbliche e private. L'espressione 'I-learning' rende operativa l'interpretazione dell'e-learning come 'sistema che apprende', fondato sull'integrazione tra dimensione relazionale e responsabilità individuale in un processo di apprendimento; oltre che alla rete Internet, la 'I' di I-learning rimanda infatti alla responsabilità del soggetto che apprende: nella proposta formativa del progetto, l'io ('I') esce dall'anonimato e dall'isolamento dell'apprendimento tradizionale e si fa protagonista consapevole, motivato e creativo dell'intelligenza collettiva della Rete. Il modello didattico dell'I-learning sollecita processi formativi ecologicamente ed eticamente responsabili, costruiti intorno alla centralità della relazione e alla valorizzazione della narrazione come prassi educativa. Il modello dell'I-learning prevede il ricorso ad alcuni costrutti pedagogici fondamentali: l'amalgama delle differenti competenze individuali, la condivisione delle esperienze, il costante ricorso allo scaffolding, l'interpretazione delle differenze come risorsa delle comunità di apprendimento e di pratica, la valorizzazione delle attività di metacognizione e autovalutazione, il ricorso convinto alle tecnologie intese come amplificatori delle relazioni e delle forme di collaborazione. L'I-learning descrive un sistema di persone che condividono un obiettivo di apprendimento comune; in questo scenario, l'I-tutor è una figura professionale fondamentale per sostenere un adeguato sviluppo dei processi di apprendimento e delle attività formative, in particolare facilitando le relazioni tra i componenti dei gruppi online e accompagnando il processo di elaborazione condivisa dei contenuti di apprendimento. La collaborazione di Rete è alimentata dunque dalle capacità di guida e supporto dell'I-tutor, figura professionale esperta che seguirà ogni gruppo di lavoro degli infermieri in formazione, contribuendo allo sviluppo delle attività proposte. Progettando le attività formative online in coerenza con il modello dell'I-learning, la formazione blended intende valorizzare i suoi due momenti costitutivi, quello tradizionale in presenza e quello online: entrambi sono funzionali al perseguimento di obiettivi che siano coerenti con la più generale impostazione costruttivista, e la loro interazione virtuosa costituisce un importante valore aggiunto. Le situazioni della didattica tradizionale, sia in aula che online, sono caratterizzate da una presenza spesso debole di quelle attività esperienziali e relazionali necessarie alla costruzione di un apprendimento significativo: chi frequenta un percorso di formazione tradizionale vive prevalentemente momenti di insegnamento più che di apprendimento. Diversamente, in presenza di ambienti esperienziali per la costruzione condivisa di elementi di conoscenza, come quelli resi possibili dalla piattaforma per la formazione in Rete Moodle, in coerenza con l'epistemologia socio-costruttivista, la proposta formativa assume un andamento circolare, reticolare, come avviene nella formazione d'aula quando prevale l'apertura all'interazione virtuosa tra docente e corsisti e si va oltre il modello tradizionale della lezione frontale.

RISULTATI ATTESI

L'obiettivo sovra ordinato del progetto consiste nel formare un nucleo di I-tutor esperti.
Definiamo I-tutor una nuova figura professionale, con il duplice obiettivo di:

- Porre l'attenzione sulla responsabilità che compete al tutor. In modo analogo al singolo corsista, l'I-tutor contribuisce all'evoluzione del lavoro di gruppo, con il compito specifico di calibrare le dinamiche intragruppali e con una particolare attenzione a quelle abilità sociali e interpersonali grazie alle quali i partecipanti sviluppano conoscenze, competenze e attitudini che sono, appunto, il risultato di un'interazione di gruppo;
- Enfatizzare le qualità "polisemiche" di questa figura professionale, intesa come un praticante delle relazioni educative e di cura della persona. L'I-tutor è un "nutritore dell'apprendimento" che sollecita attività riflessive utili a valorizzare le istanze creative e metacognitive del soggetto che apprende; indirizza le domande provenienti dai partecipanti verso i partecipanti stessi, per stimolare l'attività cognitiva e favorire il processo di generazione di conoscenza; pone domande aperte che avviano la comunità al pensiero creativo.

In sintesi, l'I-tutor:

- Motiva i partecipanti, in particolare quando la tensione collaborativa del gruppo di lavoro decade
- Aiuta i corsisti nella gestione del tempo e delle fasi di lavoro

- Fornisce chiarimenti di natura concettuale, qualora i temi del corso rientrino nel suo dominio di conoscenza
- Contribuisce alla elaborazione dei lavori di gruppo
- Risolve problemi di natura tecnica
- Fornisce il suo contributo alla fase di valutazione:
  - o nella valutazione individuale di ogni partecipante, elaborata "a doppia firma" dal docente e dal tutor
  - o nella valutazione del gruppo.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Progettazione attività didattiche	Proietti – Quagliata – Ascione – Brizio - Cusmai	4 settimane
Presentazione, obiettivi e primi contenuti del percorso "formazione blended per l'infermieristica"	Quagliata – Ascione – Brizio – Cusmai	8 ore in presenza
I fase attività online	Quagliata – Ascione – Brizio – Cusmai	2 settimane online
Presentazioni lavori prima fase online	Quagliata – Ascione – Brizio – Cusmai	4 ore in presenza
II fase attività online	Quagliata – Ascione – Brizio – Cusmai	3 settimane online
Presentazione lavori II fase online	Quagliata – Ascione – Brizio - Cusmai	4 ore in presenza

DIAGRAMMA DI GANTT

	Giu 15	Lug 15	Ago15	Set 15	Ott 15	Nov15	Dic15
Progettazione attività didattiche							
Realizzazione delle due edizioni dei percorsi di apprendimento							

BIBLIOGRAFIA

- Barthes R., Introduzione all'Analisi strutturale dei racconti, in AA.VV., L'analisi del racconto, Bompiani, Milano 1969.
- Bateson, G. 1984, Mente e natura, Adelphi, Milano.
- Bateson, G. 1988, Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano.
- Bateson, G., Bateson, M.C. 1989, Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro, Adelphi, Milano.
- Bruner J., Cultura e sviluppo umano: una nuova prospettiva, in Pontecorvo C., Ajello A.M., - Zuccher-maglio C. (a cura di), I contesti sociali dell'apprendimento, LED, Milano 1995.
- Bruner J., La mente a più dimensioni, Editori Laterza, Bari 1997a.
- Bruner J., La cultura dell'educazione, Feltrinelli, Milano 1997b.
- Campbell J., L'eroe dai mille volti, Feltrinelli, Milano 1984.
- Havelock E. A., La musa impara a scrivere. Riflessioni sull'oralità e l'alfabetismo, Laterza, Roma-Bari 1986.
- Fontana A., Manuale di Storytelling. Raccontare con efficacia prodotti, marchi e identità d'impresa, Etas, Milano 2009.
- Gardner, H. 1999, Sapere per comprendere, Feltrinelli, Milano.
- Gardner, H. 2007, Cinque chiavi per il futuro, Feltrinelli, Milano.
- Lambert J., Digital Storytelling: Capturing lives, creating community, Digital Diner Press, Berkeley 2009.
- Ong W., Oralità e scrittura. Le tecnologie della parola, il Mulino, Bologna 1986
- Petrucco C., De Rossi M., Narrare con il Digital Storytelling a scuola e nelle organizzazioni, Carocci, Roma 2009.

- Quagliata A., I-Learning. Storie e riflessioni sulla relazione educativa, Armando Editore, Roma 2014.
- Salmon C., Storytelling, la fabbrica delle storie, Fazi Editore, Roma 2008.
- Telfener U., Casadio L. (a cura di), Sistemica. Voci e percorsi nella complessità, Bollati Boringhieri, Torino 2003.
- Vogler C. 1999, Il viaggio dell'eroe, Dino Audino editore, Roma.
- von Foerster, H. 1987, Sistemi che osservano, Astrolabio, Roma.
- von Foerster, H., Pörsken, B. 2001, La verità è l'invenzione di un bugiardo, Meltemi, Roma
- Vygotskij, L.S. 1980, Il processo cognitivo, Boringhieri, Torino.
- Wenger, E. 2006, Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità, Raffaello Cortina editore, Milano.

.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

L'INFERMIERE E LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NEL MONDO DELL'INFORMAZIONE DIGITALE

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.15.2

TITOLO PROGETTO

Corso itinerante: l'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale
A travelling course: Nurses and bibliographic research in the world of digital information

ABSTRACT

Coerentemente con la mission del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura, e fondato sul concetto di "conoscenza scientifica" (scholarship), si presenta il corso "L'infermiere e la ricerca bibliografica", con lo scopo di contribuire all'offerta formativa nazionale con una formula completamente nuova, che vada ad incidere profondamente sull'apprendimento del professionista, mirato al conseguimento di un core scientifico di alto livello per il reperimento e l'elaborazione pratica di conoscenze scientifiche disciplinari attraverso le banche dati biomediche, offerte peraltro dal Collegio Ipasvi di Roma ai propri iscritti.
Il corso vuole offrire a tutti i professionisti che lo frequenteranno informazioni specifiche ed operative per il recupero e l'analisi della letteratura scientifica necessaria ad implementare le innovazioni in tutti i settori dove gli infermieri operano: clinica, formazione, gestione, territorio.
In particolar modo verranno affrontate le modalità di recupero e consultazione offerte dalla rete e dalle banche dati che il Collegio IPASVI mette a disposizione di tutti gli iscritti, attraverso la Biblioteca digitale. La diffusione delle informazioni sull'utilizzo delle risorse del WEB è una delle linee di sviluppo della disciplina infermieristica, infatti solamente diminuendo il divario tra mondo della ricerca e settori della formazione e della pratica clinica si otterrà più velocemente lo sviluppo auspicato.
Parole chiave: Ricerca bibliografica, banche dati, Cinahl, OvidSP, Pubmed.

ABSTRACT

In line with the mission of the Centre of Excellence for Nursing Scholarship, built on the synergy between research and culture, and founded on the concept of Scholarship, the aim of the Course 'Nurses and bibliographic research' is to contribute to a new way of learning for professionals on a national basis, so that nurses may build a solid core of high-level scientific knowledge by learning how to access biomedical databases, the access to which is offered by the IPASVI Nursing Board of Rome to all its registrants.
This course provides specific practical information on how to retrieve and analyse scientific literature, so that they may then innovate all the areas where nurses work: clinical practice, education, management, and community care. In particular, the Course will show how to retrieve and consult the web and the databases that the IPASVI Nursing Board freely offers to all its registrants though its digital library. Explaining how to use the resources offered on the Web is one of the core policies for a faster development of nursing, because this reduces the gap between research, education, and clinical practice.
Keywords: Bibliographic research, databases, Cinahl, OvidSP, Pubmed.

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.

Obiettivi specifici
- Capacità di reperire l'informazione scientifica attraverso le banche dati Cinahl, PubMed, ILISI, e Ovid-SP.
- Abilità tecnico-pratiche per l'accesso alle fonti bibliografiche e la revisione della letteratura.

Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di navigare in modo autonomo nel web e nelle banche dati infermieristiche offerte dal Collegio Ipasvi di Roma.
Indicatori
- numero di partecipanti al corso di formazione: 60 (minimo 50).
- frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%).
- rispetto dei tempi previsti nel diagramma di Gantt.

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 alla biblioteca digitale del Collegio IPASVI di ROMA
- Aumento degli accessi alle banche dati biomediche
- Aumento dell'uso dei vocabolari controllati (appropriatezza delle interrogazioni)
- Aumento dell'appropriatezza degli accessi in biblioteca
- Riduzione dei tempi di permanenza in biblioteca

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio direttivo	gennaio – marzo 2015
1	Realizzazione lezioni accreditamento ECM	Comitato scientifico, docenti,	febbraio-maggio 2015

2	Realizzazione dei corsi di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	febbraio 2015 – dicembre 2015
3	Disseminazione dei risultati dell'intervento formativo	Comitato Scientifico	Dicembre 2015

DIAGRAMMA DI GANTT

2015	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen 2016
Fase 0													
Fase 1													
Fase 2													
Fase 3													

BIBLIOGRAFIA

- 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.
- Fain J.A. (2004). La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla. Mc Graw-Hill: Milano.
- Hamer S, Collison G. (2002), Evidence based practice. Ed. it. Chiari P.. Santullo A. (a cura di). Evidence-based practice. Assistenza basata su prove di efficacia. Mc Graw-Hill: Milano.
- Lo Biondo-Wood G., Haber J. (1997). Metodologia della ricerca infermieristica. Mc Graw-Hill: Milano.
- Lo Palco P..L., Tozzi A.E. (2003). Epidemiologia facile. Il Pensiero Scientifico Editore: Torino.
- Sackett D.L., Straus S.E., Richardson S.W., Rosemberg W., Haynes B.R. (2002). La medicina basata sulle evidenze scientifiche. Centro Scientifico Editore:. Torino.
- Vellone E., Piredda M. (2009), La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria. Mc Graw-Hill: Milano.
- Vellone E., Sciuto M. (2001). La ricerca bibliografica. Applicazione nel nursing e nelle scienze sanitarie. Mc Graw-Hill: Milano.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

CORSO DI INGLESE SCIENTIFICO

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti
M. Napolano
A. Stievano

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.15.3

TITOLO PROGETTO

Corso di inglese scientifico per il nursing 3 livelli: base – pre-intermedio – intermedio

A course of scientific english for nurses in 3 levels: basic – pre-intermediate – intermediate

ABSTRACT

La pratica clinica potrebbe essere enormemente migliorata se l'infermiere avesse le piene competenze per comunicare in altre lingue in un mondo sempre più complesso, interconnesso e globalizzato dove la professione infermieristica nei contesti dinamici e instabili che caratterizzano la post-modernità si contraddistingue per mutamenti profondi e sostanziali che concernono sia il contributo epistemologico e fattuale specifico all'interno dei sistemi sanitari, sia la relazione con il cittadino [1, 2].
L'avvento della "società complessa", in altre parole plurale, dismorfica, asimmetrica, non lineare, dinamica, multidimensionale, il suo irrompere in forme, modelli e tendenze che la fanno somigliare spesso ad un'immensa rete di significati, pone la necessità della riflessione e del confronto per riformulare le scelte dell'operatore sanitario, per riposizionare l'infermiere e le sue competenze all'interno delle organizzazioni sanitarie. La società plurale, caratterizzata dal superamento delle visioni unilineari dell'esistenza, dal superamento della frammentarietà dei singoli saperi, dall'approccio interdisciplinare alla soluzione dei problemi, dal profondo cambiamento dell'esperienza del tempo e dello spazio per tutti gli abitanti del nostro pianeta, dall'aumento vertiginoso delle comunicazioni con la crescita delle reti digitali, dall'interdipendenza economica sempre più accentuata e dal rimodellamento continuo delle identità personali e collettive, oltre a cambiare senza soluzione di continuità, produce nuove identità, sempre in divenire, anche in relazione alle maggiori possibilità di contatto con le diversità portate da individui provenienti da tutto il mondo. Questa situazione impone al professionista infermiere di sviluppare nuove competenze linguistiche per rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica della persona e per lavorare a fianco di colleghi provenienti da molti paesi diversi [3]. Il nostro mondo simultaneo frutto della rivoluzione informatica, e dell'interdipendenza dei paesi poveri da quelli opulenti occidentali ha proiettato le persone portatrici di culture "altre" al nostro fianco.
Inoltre, in ambito sanitario oggi più che mai, conoscere l'inglese significa avere accesso al patrimonio immenso della letteratura scientifica internazionale e a tutta una serie di informazioni preziose ed eventi formativi all'estero, che spesso sono preclusi proprio perché espresse in una lingua che si padroneggia in modo insufficiente.
Questi corsi di inglese scientifico [(4)] di base – pre-intermedio – intermedio – avanzato, dedicati agli infermieri nascono dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese per poter effettuare un'assistenza culturalmente e linguisticamente attenta ai bisogni complessi dell'altro.

Parole chiave: Inglese, linguaggio, grammatica.

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 citizens1,2.
With the advent of the so-called 'complex society' (i.e. a pluralistic, dysmorphic, asymmetrical, non-linear, dynamic, and multidimensional society), swarming with forms, models and tendencies that make it re-

semble to an enormous network of meanings, calls for reflection and exchange to reformulate the choices of the health workers, thus repositioning nurses and their competences within the healthcare organizations. The pluralistic society - characterised by the end of the one-sided visions of existence, by the end of knowledge silos, by the interdisciplinary approach to problem solving, the radical change of the way of experiencing time and space for all the inhabitants of our planet, the boom of communication through the development of digital networks, by the increasing financial interdependence, and by the continued remodelling of single and collective identities – produces an ongoing change of identities, also due to the greater opportunities that allow to get into contact with people with different backgrounds from all over the world. This situation obliges nurse professionals to develop new linguistic skills in order to meet the healthcare needs of their patients and work alongside with peers coming from different countries. This simultaneous world resulting from the IT revolution and from the interdependence of the poorer countries with the richer countries of the Western World, has put us into contact with people with 'different' cultural backgrounds.
In addition, in the field of healthcare, today more than ever, knowing English is essential to access the immense patrimony of international scientific literature, as well as a wealth of precious information and international educational events, which nurses often do not attend because of their poor English skills.
These courses of scientific English for nurses are divided into four levels: basic, pre-intermediate, intermediate, and advanced. Their purpose is to teach English to nurses so that they may meet the complex needs of people with different cultural and linguistic backgrounds.

Keywords: English, language, grammar.

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 70%)
- Produzione di un resoconto per ogni edizione: 12

METODOLOGIA

Disegno dello studio

- Ampia accessibilità: 12 edizioni nel 2015 (sui 4 livelli).
- Accreditamento ECM
- Minimo contributo economico da parte partecipanti (120 Euro) per la partecipazione ad ogni livello. Sede del corso di formazione: Collegio IPASVI di Roma.

Requisiti richiesti dal committente

- Il Comitato Scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'utilizzo degli strumenti e l'applicazione delle metodologie proposte.
- Il corso realizza contestualmente l'apprendimento di teoria e prassi per l'inglese scientifico legato al nursing. li obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e dei Poli per la Formazione dei Ricercatori, per la Ricerca e per la Pratica Clinica.

RISULTATI ATTESI

Un più diffuso interesse per l'inglese finalizzato alla miglior pratica clinica, e alla migliore comprensione delle realtà assistenziali in funzione di una comunicazione esperta e consapevole che possa garantire un miglior outcome assistenziale per il cittadino. Al termine di ognuno dei quattro livelli verrà rilasciato un attestato di conoscenza per la lingua inglese per il nursing. Tale aumentato interesse si può verificare con i seguenti indicatori:

- aumento del grado di conoscenza della lingua inglese tramite test di valutazione.
- miglior servizio ai cittadini la cui lingua madre è l'inglese o che comprendono l'inglese (immigrati, turisti, visitatori occasionali, personale estero in servizio in Italia, etc.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	gennaio 2015
1	Accreditamento ECM	Comitato Scientifico	gennaio 2015
2	Realizzazione delle 12 edizioni del corso	Comitato scientifico, docentir	febbraio-dicembre 2015
3	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni dei crediti ECM	Comitato Scientifico	Dicembre 2015

DIAGRAMMA DI GANTT

	gen-mar 2015	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic 2015
Fase 0										
Fase 1										
Fase 2										
Fase 3										

BIBLIOGRAFIA

1. Cipolla C. (2003). Introduzione. Verso il nursing care. In Cipolla C., Artioli G. (a cura di), La professionalità del care infermieristico. Franco Angeli: Milano, p. 9-40.
2. Malaguti A., Parini B., Roberts (2006). English for nurses and healthcare providers. Ambrosiana, Milano.
3. Aleo G., Sasso L. (2010). Pubblicare nella letteratura scientifica internazionale. McGraw-Hill: Milano.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

CORSO DI FONETICA E CONVERSAZIONE

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti
M. Napolano
A. Stievano

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.15.4

TITOLO PROGETTO

Parlare e comprendere l'inglese contemporaneo (3 livelli)
Speaking and comprehension of 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*):

- *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*.
- *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*". [1]

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 2015
Accreditamento ECM
Minimo contributo economico da parte partecipanti (quota di iscrizione = €120,00).
Sede del corso di formazione: Collegio IPASVI di Roma.

Requisiti richiesti dal committente

Il Comitato scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'utilizzo degli strumenti e l'applicazione delle metodologie proposte.

Il corso realizza contestualmente l'apprendimento di teoria e prassi per l'inglese scientifico legato al nursing.

Gli obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e dei Poli per la Formazione dei Ricercatori, per la Ricerca Scientifica e per la Pratica Clinica.

RISULTATI ATTESI

Un più diffuso interesse per la comunicazione corretta in inglese, e alla migliore comprensione delle realtà assistenziali in funzione di una comunicazione esperta e consapevole che possa garantire un miglior outcome assistenziale per il cittadino. Al termine del primo livello del corso verrà rilasciato un attestato di partecipazione ed ECM. Tale aumentato interesse si può verificare con i seguenti indicatori [4, 5]:

- 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 2015
1	Accreditamento ECM	Gennaio 2015	Gennaio 2015
2	Realizzazione di 3 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti tutor	Gennaio- Dicembre 2015
3	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni e dei crediti ECM	Comitato Scientifico	Dicembre 2015

DIAGRAMMA DI GANTT

	gen/feb 2015	mar	apr	mag	giu	lug	set	ott	nov	dic 2015
Fase 0			■							
Fase 1				■						
Fase 2					■	■	■	■	■	
Fase 3										■

BIBLIOGRAFIA

1 Aleo G., Sasso L. (2010), *Pubblicare nella letteratura scientifica internazionale*, McGraw Hill, Milano.
2 Carter R., McCarthy M. (2006). *Cambridge grammar of English: A comprehensive guide. Spoken and written English grammar and usage.* Cambridge: CUP
3 Roach P. (2009). *English phonetics and phonology: A practical course* (4th ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
4 Rotatori A. (2014). *L'inglese medico-scientifico: pronuncia e comprensione all'ascolto*. Napoli: EdiSES.
5 Wells J. (2008). *Longman pronunciation dictionary* (3rd ed.). Harlow: Pearson Longman.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

CONSULENZA PER LA RICERCA INFERMIERISTICA

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.15.5

TITOLO PROGETTO

Servizio di consulenza per la ricerca infermieristica
A consulting service for nursing research

ABSTRACT

La consulenza è una prestazione lavorativa professionale da parte di un consulente ovvero una persona che, avendo accertata qualifica in una materia, consiglia e assiste il proprio cliente o committente nello svolgimento di cure, atti, bisogni, pratiche o progetti fornendo o implementando informazioni, pareri o soluzioni.
Diverse sono caratteristiche del servizio svolto: a) Le prestazioni del consulente di fiducia riguardano rapporti fondati sulla stima che una persona/l'istituzione riscuotono per competenze e percorso professionale e di esperienze, b) Il mentoring può essere definito "una relazione di coppia che assume la forma di colloqui periodici per lo più situati in un orizzonte temporale compreso tra uno e due anni, in cui uno dei due soggetti mette a disposizione la propria esperienza e conoscenza al fine di guidare e sostenere l'altro in un percorso di apprendimento e crescita in particolari momenti della sua esperienza professionale che corrispondono a significativi transizioni o richiedono lo sviluppo del suo patrimonio di conoscenze" (Piccardo 1998, p.37).

Parole chiave: Consulenza, infermieristica, ricerca

ABSTRACT

Consulting is a professional job performed by a consultant or a person who, having gained a qualification in a subject, advises and assists your customer or client in carrying out treatments, actions, needs, practices or projects by supplying or implementing information, advice or solutions.
There are various features to the service provided: a) the performance of a trusted advisor concerning relations based on estimates that a person/institution gains for skills, professional background and experience, b) mentoring can be termed "a relationship that takes the form of periodic discussions mostly within a period of one or two years, where one of the two subjects offers his/her experience and knowledge to guide and support the other in a process of learning and development at particular times of their professional experience in correspondence with significant transitions or requiring the development of one's wealth of knowledge" (Picardo 1998, p. 37).

Keywords: Consulting, nursing, research

BACKGROUND

La consulenza è una prestazione lavorativa professionale da parte di un consulente ovvero una persona che, avendo accertata qualifica in una materia, consiglia e assiste il proprio cliente o committente nello svolgimento di cure, atti, bisogni, pratiche o progetti fornendo o implementando informazioni, pareri o soluzioni.
Compito del consulente è quindi, una volta acquisiti gli elementi che il cliente possiede già, di aggiungervi quei fattori di sua esperienza, conoscenza e professionalità che possono promuoverne sviluppi nel senso desiderato; in tale contesto è sostanziale il rapporto di fiducia tra il committente e chi fornisce consulenza. Tale fiducia può fondarsi su un rapporto consolidato, sulla notorietà del consulente, sulla competenza e capacità dimostrate, sui titoli accademici e professionali che egli possiede.

Caratteristiche del servizio
Il consulente di fiducia
Le prestazioni del consulente di fiducia riguardano rapporti fondati sulla stima che una persona/l'istituzi-

one riscuotono per competenze e percorso professionale e di esperienze.
Consulenza per la applicazione della metodologia della ricerca nella compilazione di tesi, progetti di lavoro, progetti di studio, ecc.
Consulenza educativa quale processo di aiuto ai professionisti in difficoltà nella relazione con il proprio gruppo di lavoro e col gruppo dei pari e/o all'interno della organizzazione di riferimento.
Consulenza quale tutor di formazione, particolare lavoratore della conoscenza (knowledge worker, che accompagna gli studenti nel processo di apprendimento della metodologia della ricerca. Il tutor favorisce l'assimilazione e la personalizzazione degli aspetti della metodologia della ricerca da parte dei professionisti e favorisce l'eventuale recupero e il rinforzo delle competenze acquisite.
Il tutor è il punto di riferimento e guida nel percorso di apprendimento di un neoassunto oppure di una persona su cui l'organizzazione ha deciso di "puntare", in altre parole un potenziale in crescita (Reggiani 2000). Scopo del tutoring è permettere alla persona di acquisire delle conoscenze tecnico-specialistiche e gestionali approfondite per ricoprire in modo più consapevole il proprio ruolo lavorativo.
La peculiarità del tutoring, come scrive Intonti (2000) "è di essere incentrato, non tanto sullo sviluppo delle capacità relazionali, di comunicazione ed esplicitamento delle capacità, bensì proprio sulle competenze lavorative, sulle specifiche capacità richieste dal ruolo che si svolge all'interno dell'azienda". L'apprendimento passa soprattutto tramite incontri di confronto che possono essere richiesti dal professionista in caso di difficoltà.

Attività di mentoring
Il mentoring può essere definito "una relazione di coppia che assume la forma di colloqui periodici per lo più situati in un orizzonte temporale compreso tra uno e due anni, in cui uno dei due soggetti mette a disposizione la propria esperienza e conoscenza al fine di guidare e sostenere l'altro in un percorso di apprendimento e crescita in particolari momenti della sua esperienza professionale che corrispondono a significativi transizioni o richiedono lo sviluppo del suo patrimonio di conoscenze" (Piccardo 1998, p.37).
A differenza del tutoring, il mentoring ha lo scopo, non solo di permettere all'allievo di ampliare le sue conoscenze, ma anche di integrarsi nella cultura aziendale e di fornirgli supporto psicologico. Generalmente è rivolto ai neoassunti per aiutarli nella fase di ingresso nell'organizzazione. Le funzioni principali del mentoring sono tre (Cortese 1997):

- Aiutare l'allievo nel suo percorso di apprendimento: identificazione dei suoi punti di forza e di debolezza e delle discrepanze rispetto alle capacità richiesta dal ruolo,ricerca delle opportunità per migliorare;
- Trasmettere all'allievo la cultura organizzativa (Piccardo, Benozzo 1996), intesa, secondo la formulazione di Schein (1990, p.35) come "insieme di assunti di base inventati, scoperti o sviluppati da un gruppo determinato quando impara ad affrontare i propri problemi di adattamento con il mondo esterno e di integrazione al suo interno, che si è rivelato così funzionale da essere considerato valido e, quindi, da essere indicato a quanti entrano nell'organizzazione come il modo corretto di percepire, pensare e sentire in relazione a quei problemi";
- Facilitare il percorso di iniziazione dell'individuo e contribuire a renderlo integrato in modo ottimale, evitando l'insorgere di malintesi e incomprensioni con colleghi e collaboratori.

Come ricorda Reggiani (2000), la parola mentore è di origine antica e deriva dalla mitologia greca: Mentore è il fidato consigliere alle cui cure Ulisse affida il figlio Telemaco prima di partire per la guerra di Troia. Il mentore, quindi è qualcosa di più di un capo che addestra un subordinato, ma è più una guida che si prende in carico l'allievo nella sua globalità e offre un sostegno e una comprensione profondi. Per questo motivo i contatti tra mentor-allievo sono molto più frequenti e continui rispetto al tutoring. Come nel tutoring il ruolo di mentore può essere ricoperto da un superiore diretto oppure da un collega più anziano ed esperto, ma esterno: probabilmente questa seconda ipotesi è preferibile perché evita la difficoltosa situazione del capo che deve valutare di fronte ad altri le prestazione di colui che fino a quel momento si è impegnato ad aiutare in modo così profondo.
Per quanto riguarda lo svolgimento dell'attività di mentoring, Piccardo (2000) afferma che in un percorso "ideale"di mentoring ci sono 10 fasi, dalla fase iniziale di definizione degli obiettivi, delle risorse e dei vincoli di progetto, alla fase finale di bilancio dei risultati dell'attività svolta. In mezzo, la scelta dei candidati sia per il ruolo di mentore che per quello di mentee
Per quanto riguarda i vantaggi, quelli del mentoring sono diversi e riguardano sia l'allievo che il mentore che l'organizzazione (Quaglino e Cortese 1997).
Per l'allievo i vantaggi sono sia di ordine professionale (apprendimento di competenze, facilitazione della carriera, integrazione culturale nell'organizzazione), sia di ordine personale (aumento della motivazione,

rapporto di sostegno emotivo e incremento della comprensione del significato del proprio lavoro). Forse il vantaggio maggiore del mentoring è che favorisce la crescita professionale dell' "allievo", che è messo in grado di trarre dalle occasioni professionali offerte il massimo apprendimento e al tempo stesso di imparare sull'esempio di una persona di successo (Cecchinato e Di Pietro 1998).
Per il mentore i vantaggi non sono così intuitivi, ma sono comunque rilevanti: un rinnovamento di interessi e motivazioni lavorative, dovuto anche all'ampliamento delle relazione e del prestigio goduto all'interno dell'azienda la soddisfazione di poter trasferire ad altri le proprie competenze, la possibilità di riflettere su temi considerati "acquisiti".
Per le organizzazioni i vantaggi sono principalmente la riduzione dei costi della formazione tradizionale, il miglioramento delle performance dei collaboratori, l'aumento della soddisfazione e il miglioramento del clima lavorativo (Reggiani 2000).
In definitiva l'obiettivo finale è potenziare il rapporto e il confronto tra gli iscritti e l'organizzazione IPASVI e CECRI.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Potenziare il rapporto e il confronto tra gli iscritti e l'organizzazione IPASVI e CECRI. Fornire all'iscritto consulenza in ambito clinico, assistenziale, manageriale-organizzativo attraverso consulenze specifiche alle sue esigenze.

Obiettivi specifici
Realizzare una attività di servizio agli iscritti con la finalità di :

1. Potenziare la conoscenza e partecipazione degli iscritti alle attività del collegio ;
2. Mettere a disposizione degli iscritti le competenze professionali dei componenti del consiglio direttivo ed esperti del Centro di Eccellenza;
3. Favorire la applicazione di metodologia scientifica nelle elaborazioni personali di test, progetti di lavoro, progetti di ricerca, anche in rispondenza al mandato del 3°polo del Centro di Eccellenza;
4. Promuovere la partecipazione degli iscritti a progetti di ricerca già attivati dal Centro di Eccellenza

METODOLOGIA

Organizzazione del servizio

- Disponibile per infermieri iscritti al collegio Ipasvi di Roma.
- Attivabile su richiesta.
- Persone coinvolte: Consiglieri che propongono la propria disponibilità , esperti del CECRI, consulenti esterni secondo le necessità.
- Un consulente per il primo contatto per la comprensione delle reali esigenze, consulenza vera e propria o orientamento ad altro consulente (secondo calendario specifico di disponibilità).
-

Tempi

- Una volta a settimana per tre ore – Giovedì dalle ore 16.00 alle ore 19.00.

RISULTATI ATTESI

Un più diffuso interesse, rapporto e confronto tra gli iscritti e l'organizzazione IPASVI e CECRI fornendo all'iscritto consulenza in ambito clinico, assistenziale, manageriale-organizzativo attraverso consulenze specifiche alle sue esigenze. Tale aumentato interesse si può verificare con i seguenti indicatori:

- Almeno 20 consulenze nell'anno 2015.
- Almeno 2 progetti di ricerca inseriti nelle linee guida del CECRI.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Aprile 2015
1	Stesura programma e inizio attività	Project Team	Maggio 2015
2	Realizzazione del servizio di consulenza	Project Team	Giugno-novembre 2015
3	Pubblicazione dei report servizi offerti	Project Team	Dicembre 2015

DIAGRAMMA DI GANTT

2015	mar	apr	mag	giu	lug	set	ott	nov	dic
Fase 0									
Fase 1									
Fase 2									
Fase 3									

BIBLIOGRAFIA

- Maran A. Leadership e immagine dell'eccellenza. FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Biggio G. Counselling. Metodi e applicazioni. Gangemi Editore, Roma, 2012.
- Intonti P. L'arte dell'individual coaching. FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Quaglino G.P. Scritti di formazione (1991-2002). FrancoAngeli, Milano, 2006.

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.4.15.1

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 alla ricerca delle evidenze che, dall'interno dei contesti clinici, cureranno il processo di cambiamento e fungeranno sia da esperti metodologici che da punto di riferimento clinico per i loro colleghi. Una formazione degli infermieri clinici specifica in EBP è fondamentale, quindi, per iniziare tale processo di cambiamento.
Il progetto formativo presentato si inserisce nel progetto complessivo relativo alla formazione dei clinical nurse leader (CNL) che, tra le varie fasi, prevede 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
1. Identificare e formare infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti di pratica clinica
2. Accrescere le competenze degli infermieri clinici esperti in EBP

Indicatori
- Sono individuati i requisiti che gli infermieri clinici esperti devono possedere per partecipare al progetto (esperienza clinica consolidata, qualità e quantità di esperienza professionale, conoscenza della lingua inglese, percorsi di formazione specifica nell'area di pratica clinica).
- Sono selezionati gli infermieri clinici esperti, coinvolgendo i dirigenti dei servizi infermieristici delle ASL-AO-policlinici universitari-IRCCS e le associazioni professionali individuate.
- Sono organizzati corsi sull'EBN base ed avanzato con la collaborazione dell'AISLEC.
- 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 il centro studi EBN di S.Orsola di Bologna e/o l'AISLEC.
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'EBN.

Strumenti
Sono previsti corsi di formazione sull'EBN di due moduli (corso base e corso avanzato) i cui docenti saranno esperti nazionali di EBP.

Procedure
Il progetto si basa principalmente sulla formazione, attraverso vari edizioni ripetute del corso, di un gruppo di infermieri esperti clinici, in grado di avviare attività di implementazione della evidence based practice nei loro contesti clinici.

RISULTATI ATTESI

Saranno formati almeno 20 infermieri con competenze in EBN.

Indicatori
- Sono individuate le caratteristiche che devono possedere gli infermieri per essere arruolati come potenziali agenti di cambiamento;

- almeno il 90% degli infermieri individuati partecipano ad entrambi i moduli del corso di formazione in EBN.
- Almeno il 50% degli infermieri che hanno partecipato al corso di formazione certificano le loro competenze in EB.P

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 al centro studi EBN bolognese e/o all'AISLEC. I docenti dovranno essere esclusivamente esperti di EBN riconosciuti a livello nazionale.	5 esperti in ricerca	2 giorni
2	Definizione dei criteri di selezione degli infermieri da avviare alla formazione. Tali criteri terranno conto, tra l'altro, dell'esperienza clinica, delle caratteristiche di leadership, del curriculum professionale e delle attività formative, nonché della conoscenza della lingua inglese.	Componenti poli 3 e 4	2 giorni
3	Comunicazione dei criteri ai dirigenti dei servizi selezionati durante un incontro organizzato nella sede del collegio o presso le direzioni infermieristiche delle aziende o attraverso contatto telefonico o lettera	Direttore polo 4	1 giorno
4	Comunicazione al responsabile del polo, da parte dei dirigenti dei servizi, dei nominativi di possibili candidati, anche tramite e-mail (almeno 40 infermieri).	1 amministrativo	2 giorni
5	Pianificazione di una edizione del corso sull'EBN della durata di 4 giorni, suddiviso in base ed avanzato, nell'anno 2014, con la collaborazione del polo 3.	Componenti poli 3 e 4	2 giorni
6	Realizzazione di un evento formativo nel 2014.	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 DI GANTT

	Ap. 2015	Mag. 2015	Giu. 2015	Lug. 2015	Sett. 2015	Ott. 2015	Nov. 2015	Dic. 2015
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

EBP E PRATICA CLINICA: FANTASIA O REALTA'?

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato - C. Lorenzetti
N. Mazzitelli . C. Puleio

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.15.2

TITOLO PROGETTO

EBP e pratica clinica: fantasia o realtà?
EBP and clinical practice: fantasy or reality?

ABSTRACT

Esistono numerose evidenze a livello internazionale che riconoscono l'importanza di traslare i risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica. Diverse le strategie che in questi ultimi anni sono state sperimentate per stimolare i professionisti a utilizzare l' Evidence Best Practice.
Una recente revisione della letteratura suggerisce che per promuovere il cambiamento verso una assistenza d'eccellenza sono efficaci interventi che prevedano il coinvolgimento diretto degli operatori.
L'importanza dell'influenza dei fattori umani sulla produzione e sul trasferimento delle conoscenze scientifiche ha aperto la strada a esperienze di utilizzo di "professionisti intermediari", infermieri clinici presenti nei propri setting di lavoro. Tali figure rappresentano un importante riferimento professionale per i colleghi, in quanto capaci di veicolare le conoscenze al gruppo di pari e di applicare i risultati della ricerca nella pratica clinica quotidiana.
A livello internazionale queste nuove figure professionali sono presenti nei contesti di pratica clinica, con lo scopo di stimolare gli operatori sanitari a ricercare, valutare ed applicare le migliori evidenze scientifiche nel loro processo decisionale clinico. Assumono denominazioni diverse, come ad esempio, clinical nurse leader, clinical nurse educator, staff development educator, practice developer, clinical nurse specialist, con differenze legate all'area di competenza.
Le revisioni sistematiche e i clinical audit rappresentano importanti strumenti metodologici per migliorare l'efficacia e l'appropriatezza nella pratica clinico-assistenziale e dare avvio a processi di cambiamento della clinical governance.
Per questo motivo si è deciso di dare avvio ad una serie di "giornate formative itineranti" che coinvolgano professionisti di diverse strutture sanitarie, allo scopo di diffondere la cultura dell'EBP nella pratica infermieristica quotidiana.
Parole Chiave: EBN, evidenza scientifica, pratica clinica, ricerca traslazionale.

ABSTRACT

It does exist diverse strategies that, in the last years, have been put in place to prompt healthcare professionals to utilise evidence based practice.
A recent systematic review spreads the evidence that to have quality outcomes it is necessary to involve healthcare professionals.
The importance of persons in the production and on the translation of knowledge ignites the use of "intermediate professionists", clinical nurses operating in their workplaces. These workers represent a reliable source of knowledge for peers, because they are able to apply the research in the daily clinical practice.
At the international level these new roles are common in the clinical environments and they have the main aim to stimulate, evaluate and apply the best knowledges in the care plan. They have different titles, as an example, clinical nurse leaders, clinical nurse educators, staff development educators, practice developers, clinical nurse specialists, with differencies connected to the area of practice.
Systematic reviews and clinical audit represent important methodological instruments to improve the effectiveness of the clinical practice and prompt changes in the clinical governance.
For this reason, it has been decided to foster a series of educational events where healthcare professionals of different healthcare organizations are involved. The final aim is to promote evidence based practice in the daily clinical activities
Key Words: EBN, scientific evidence, clinical practice, translational research.

BACKGROUND

La letteratura internazionale suggerisce che per migliorare la pratica clinica sono maggiormente efficaci gli interventi che prevedono il coinvolgimento diretto degli operatori nei processi di cambiamento, come ad esempio interventi di esperti che incontrano i professionisti nel loro ambiente di lavoro. L'importante influenza dei fattori umani sulla produzione e trasferimento delle conoscenze ha aperto la strada a esperienze di utilizzo di figure di professionisti "intermediari", cioè di infermieri clinici presenti nell'ambiente di pratica clinica che si trovano nella posizione di influenzare i loro colleghi su specifici obiettivi, collegando conoscenze e pratica. Essi sono competenti dal punto di vista clinico nella loro area di pratica e possiedono conoscenze ed abilità che permettono loro di facilitare l'utilizzo della ricerca nei setting di pratica.
In Italia sono molto limitate le esperienze di utilizzo nelle unità operative di figure intermediarie, cioè portatrici di competenze esperte nell'ambito dell'applicazione dei risultati della ricerca.
Per questo motivo si è deciso di dare avvio al processo di formazione di tali figure contribuendo attraverso appositi corsi di base ed avanzati in Evidence Based Practice (EBP) a fornire loro le competenze per poter operare nei loro contesti di pratica clinica. Parallelamente si è deciso di organizzare giornate di formazione itineranti allo scopo di diffondere conoscenze apprese ed esperienze già realizzate in altre Aziende sanitarie.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Migliorare la pratica clinica infermieristica promuovendo l'utilizzo dei risultati della ricerca scientifica.

Obiettivi specifici
1) Promuovere l'acquisizione di competenzedi base 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 di base che promuovano il cambiamento attraverso l'applicazione nella pratica clinica 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 3 edizioni da svolgersi nelle seguenti strutture: Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I; Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini; Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata.

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
E' 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 I

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Definizione del programma del corso ed individuazione dei relatori/sostituti	Coordinatori e gruppo di progetto	4 giorni
2	Incontro con i relatori/sostituti	Coordinatori e gruppo di progetto	1 giorno
3	Individuazione della data e della sede delle giornate itineranti	Coordinatori di progetto	1 giorno
4	Accreditamento ECM	Consigliere delegato all'accreditamento	1 giorno

5	Pianificazione di almeno 3 edizioni del corso della durata di 1 giorno	Coordinatori di progetto	1 giorno
6	Realizzazione di almeno 3 eventi formativi nel 2015.	9 docenti	3 giorni

DIAGRAMMA DI GANTT

	Marzo 2015	Aprile 2015	Giugno 2015	Settembre 2015	Ottobre 2015	Novembre 2015
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.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

SCOMPENSO CARDIACO

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato - C. Lorenzetti
N. Mazzitelli - C. Puleio

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.15.3

TITOLO PROGETTO

Il processo infermieristico nella presa in carico del paziente affetto da scompenso cardiaco dall'ospedale al territorio: opportunità nella Regione Lazio

The nursing process in caring for the heart failure patients from the hospital to the community: Opportunities in the Lazio Region

ABSTRACT

Quasi tutta la documentazione bibliografica internazionale per lo scompenso cardiaco sottolinea la carenza di comunicazione tra ospedale e territorio. Nella letteratura scientifica infermieristica molte sono le esperienze positive, nelle quali ospedali e strutture territoriali (ambulatori infermieristici, servizi di assistenza domiciliare, unità di degenza Infermieristica, ecc.) hanno definito e condiviso percorsi clinico-assistenziali (standard e individualizzati) per la presa in carico della persona malata affetta da patologia cronica. Al riguardo la Direzione della Regione Lazio ha intrapreso un complesso programma di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, che, partendo dalla ridefinizione della rete ospedaliera, vuole potenziare l'offerta dei servizi sanitari nel territorio. Gli ospedali sono, dunque, centri di cura per la sola acuzie, mentre al territorio è demandata la presa in carico dei pazienti in fase post-acuta e soprattutto con patologie croniche.

L'infermiere, per la sua formazione e per il suo specifico professionale, può rispondere adeguatamente a questa nuova sfida adottando modelli di management centrati sulla presa in carico della persona malata (case manager, care manager, bed manager, ecc.). Tali modelli sono applicabili anche nell'assistenza a persone affette da Scompenso Cardiaco, nelle quali la prevenzione, attraverso una corretta ed adeguata informazione al paziente, la sua partecipazione al processo di cura, l'adozione di corretti stili di vita e l'adesione alle prescrizioni terapeutiche, sono le "leve" per migliorare la qualità di vita ed evitare inutili, ripetuti, ricoveri ospedalieri. Mettere insieme le esperienza maturate ed attualmente attive in alcuni contesti della Regione Lazio servirà a diffondere un nuovo modello di assistenza integrata, nella quale ospedali e territorio avranno pari dignità perché, entrambe, serviranno a soddisfare i bisogni di salute del cittadino.

Diventa quindi obiettivo primario del corso itinerante diffondere le conoscenze per creare, nel prossimo futuro, una sinergica collaborazione tra le varie professionalità (medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali, MMG, infermieri ed altri professionisti della sanità) e le diverse istituzioni socio/sanitarie coinvolte.

Parole Chiave: Scompenso cardiaco, patologie croniche degenerative, qualità di vita, paziente fragile, continuità assistenziale, ambulatorio infermieristico.

ABSTRACT

Almost all the international literature on heart failure underlines the lack of communication between hospitals and the community. In the literature, there are many nursing positive experiences, in which hospitals and territorial structures (nursing clinics, home care services, inpatient Nursing units, etc.) have defined and shared clinical care pathways (standard and individualized) for taking care of sick people suffering from chronic disease. In relation to this, the Directorate of the Lazio Region has undertaken a complex program for reorganization of the regional health service, which, starting from the redefinition of the hospital network, intends to increase the provision of health services in the community. Hospitals are, therefore, only acute care centres, while the community services will be in charge of caring for patients in the post-acute phase and especially with chronic conditions.

Nurses, thanks to their specific professional education can adequately respond to this new challenge by adopting models of management focused on taking charge of the sick person (as case managers, care managers, bed managers, etc.). These models are also applicable when caring for people affected by heart failure, in whom prevention, through proper and adequate information to the patient, participation in the care process, the adoption of healthy lifestyles and adherence to treatment, are the "levers" to improve the quality of life and avoid unnecessary, repeated hospital admissions. Merging the past and current experience in some contexts of the Lazio Region will serve to promote a new model of integrated care, in which hospitals and the community will have equal dignity because, both, will have the goal to meet the health needs of the public.
Therefore, the primary objective of the itinerant course is to spread knowledge to create, in the near future, a synergistic collaboration between the various health professionals (hospital physicians and outpatient specialists, GPs, nurses and other healthcare professionals) and the various social and healthcare institutions involved.
Key Words: Heart failure, degenerative chronic diseases, quality of life, vulnerable patient, continuity of care, nursing-led outpatient.

BACKGROUND

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è oggi nel mondo occidentale una delle patologie croniche a più alto impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità di vita dei pazienti e sull'assorbimento di risorse. Se i notevoli miglioramenti delle conoscenze hanno ridotto la mortalità, ritardato la progressione della malattia e consentito un'accettabile qualità di vita, la prognosi dello SC rimane infausta, peggiore di molte neoplasie.
I sintomi dello SC sono associati ad una riduzione della Qualità di Vita (QdV) del paziente (Azevedo et al. 2007; Blinderman et al. 2008; Zambroski et al. 2005), ma il rispetto di comportamenti orientati al mantenimento dello stato di salute ha effetti positivi sul miglioramento della QdV (Zhang et al. 2015)
Evidenze scientifiche indicano che un volume molto alto di pazienti con scompenso cardiaco cronico vengono riospedalizzati (Rico et al. 2015), ed il rischio di riospedalizzazione varia a secondo delle comorbilità (Health at a Glance 2012): nei pazienti con almeno una comorbilità il rischio di riospedalizzazione è a 90 giorni dalla dimissione (Hewner et al. 2015).
Altre evidenze scientifiche dimostrano che le comorbilità nello SC ne compromettono la prognosi (Martel et al., 2015) e che le comorbilità aumentano con l'età, richiedendo un trattamento assistenziale complesso (Ahluwalia et al. 2015; Martel et al. 2015).
Lo SC è associato alla fragilità del paziente e la prevalenza della patologia aumenta all'aumentare dell'età: la fragilità influenza il grado di self-care del paziente (Uchmanowicz et al. 2015).
Lo SC incide per il 2% sulla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (Ministero della Salute, 2010)
Una possibile soluzione può essere rappresentata dall'istituzione e dal mantenimento di Servizi di continuing care rivolti a pazienti anziani e fragili con SC, che potrebbero favorire:

- La riduzione della degenza ospedaliera
- La riduzione del tasso di ospedalizzazione ed istituzionalizzazione
- Il miglioramento dello stato funzionale
- Il miglioramento della qualità di vita
- Il contenimento dei costi (Scardi et al. 2007; Tibaldi 2010; Ricauda et al. 2004; Stessmann et al.1996).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Diffondere le conoscenze per creare, nel prossimo futuro, una sinergica collaborazione tra le varie professionalità (medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali, MMG, infermieri ed altri professionisti della sanità) e le diverse istituzioni socio/sanitarie coinvolte.

Obiettivi specifici

1. Promuovcere la presa in carico del paziente affetto da scompenso cardiaco;
2. Fornire strumenti idonei per la pianificazione del processo di nursing del paziente;
3. Promuovere i modelli assistenziali del bed manager, del case manager e del care manager applicati al paziente con scompenso cardiaco;
4. Favorire la conoscenza di modelli organizzativi come l'ambulatorio specialistico a gestione infermieristica volta alla continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

METODOLOGIA

Lezioni magistrali, presentazione di esperienze di realtà regionali con momenti di discussione e confronto.

RISULTATI ATTESI

Sarà realizzata 1 edizione da svolgersi presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma dove verranno formati 50 infermieri.

Rilevanza
Il corso è finalizzato a far acquisire/consolidare le conoscenze e le competenze per la presa in carico della persona affetta da scompenso cardiaco.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Individuazione e costituzione del Comitato Scientifico	Componenti Polo 4 CECRI	2 gg
2	Progettazione contenuti, individuazione relatori	Comitato Scientifico	1 mese
3	Individuazione della sede dell'evento e organizzazione	Componenti Polo 4 CECRI.	1 mese
4	Realizzazione dell'evento	Tutti i relatori e la segreteria organizzativa	1 giorno

DIAGRAMMA DI GANTT

	Maggio 2015	Luglio 2015	Ottobre 2015
Fase 1			
Fase 2			
Fase 3			
Fase 4			

BIBLIOGRAFIA

1. La Rete dell'Emergenza n.3 Regione Lazio (DGR n.420/2007).
2. Pochini A, Augellone E, Enei R, Gaetani L, Paolucci S, Ursumando D, Mitello L. Dal team accoglienza al bed management ospedaliero. Professioni Infermieristiche 2013, 2: 85-98.
3. Destro C, Sicolo N (a cura di), La continuità di cure e assistenza al paziente complesso. Manuale pratico sull'organizzazione dei percorsi di cura integrati, Edizione Medico-Scientifiche, Milano, 2009.
4. Casati G, Vichi M C, Il Percorso assistenziale del paziente in ospedale, McGraw-Hill, Milano, 2002.
5. Costa G, Gubitta P, Pittino D, Organizzazione aziendale, McGraw-Hill, Milano, 2014.
6. Pennini A, Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie, McGraw-Hill, Milano, 2013.
7. Silvestro A, Maricchio R, Montanaro A, Molinar Min M, Rosetto P, La complessità assistenziale. Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa, McGraw-Hill, Milano, 2009.
8. Vaccari R, Riprogettare la sanità. Modelli di analisi e sviluppo, Carocci, Roma, 2012.
9. Damiani P., Ricciardi W., Manuale di organizzazione e programmazione sanitaria IIedizione, Idelson-Gnocchi Edizioni Scientifiche, Napoli, 2010.
10. Ågren SS, Evangelista L, Davidson T, Strömberg A. Cost-effectiveness of a nurse-led education and psychosocial programme for patients with chronic heart failure and their partners. Journal of Clinical Nursing 2013, 22(15/16): 2347-2353.
11. Anfuso A, Gentile AM. La sanità d'iniziativa in Toscana e l'assistenza al malato cronico nella Città di Prato. Mondo Sanitario 2012; 19(6): 8-12.
12. Bui V, Chiari P. Un modello ambulatoriale per la gestione del paziente con scompenso cardiaco: il case management infermieristico. L'infermiere 2008; 52(6):26-29.
13. Cockayne S, Pattenden J, Worthy G, Richardson G, Lewin R. Nurse facilitated Self-management support for people with heart failure and their family carers (SEMAPHFOR): a randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies 2014, 51(9): 1207-1213.
14. Gilmour J, Strong A, Chan H, Hanna S, Huntington A. Primary health care nurses and heart failure education: a survey. Journal of Primary Health Care 2014, 6(3): 229-237.
15. Gonçalves F, de Albuquerque D. Health education of patients with heart failure. Revista Enfermagem UERJ 2014, 22(3): 422-428.
16. Iavazzo F, Cocchia P. Qualità di vita nella persona con scompenso cardiaco: ruolo del telenursing. Professioni infermieristiche 2011; 64(4): 207-212.

17. Pepe S, Calandrella C. L'autocura nel paziente con scompenso cardiaco: Progettazione di uno strumento dedicato all'educazione sanitaria. Infermiere Oggi 2012; 22(3):17-20.
18. Rete infermieri GISSI HF. Rapporto finale dello studio QDF (Qualità di vita, Depressione e Funzioni cognitive) nei pazienti con scompenso cardiaco. Assistenza infermieristica e ricerca 2009; 28(1): 5-38.
19. Rozzini R. La presa in carico del paziente anziano: il modello dello scompenso cardiaco tra ospedale e territorio. L'Arco di Giano 2006 (49): 97-112.
20. Spatola CF, D'Agostino F, Alvaro R, Vellone E. Gli effetti del telemonitoraggio sulla riospedalizzazione e sulla mortalità nei pazienti con scompenso cardiaco: una revisione della letteratura. Scenario 2014; 31(3): 34-41.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE NELLA GESTIONE DELLE MAXI-EMERGENZE IN SANITA'

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato - C. Lorenzetti
N. Mazzitelli - C. Puleio

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.15.4

TITOLO PROGETTO

Le competenze infermieristiche nella gestione delle maxi-emergenze in sanità. Realtà civile e militare a confronto.

Nursing competencies in managing maxi healthcare emergencies: a comparison between civil and military realities

ABSTRACT

Le maxiemergenze sono eventi dannosi, inattesi e imprevedibili, che determinano gravissimi danni alle popolazioni colpite. Possono essere causate dall'uomo (atti terroristici, operazioni belliche, manifestazioni di massa, trasporti, dispersione di rifiuti inquinanti, tossici o radioattivi …), o avere origini naturali (terremoti, eruzioni, inondazioni, valanghe, incendi …).
Possono interessare vaste estensioni di territorio, richiedendo interventi tempestivi e l'utilizzo di risorse straordinarie, coordinate in maniera capillare, al fine di operare bene ed in fretta per trattare il maggior numero di vittime e limitare le perdite.
I disastri richiedono ai sistemi di soccorso modalità di intervento diverse da quelle utilizzate nelle situazioni ordinarie. È necessaria un'accurata programmazione che definisca i compiti e le modalità d'intervento per ciascuna delle diverse componenti della catena dei soccorsi: quella sanitaria (costituita dal personale del Sistema di Emergenza del 112 e degli Enti di Soccorso), quella tecnica (Vigili del Fuoco e gruppi locali di Protezione Civile) e quella costituita dalle Forze dell'Ordine e dalle Forze Armate.
Un ruolo fondamentale nella gestione delle maxiemergenze lo rivestono le Forze Armate.
Il sistema sanitario militare deve essere capace di fornire un adeguato sostegno in situazioni di crisi sia in tempo di pace che di guerra, in Patria e all'estero. Non si occupa solo di affrontare le problematiche emergenziali in Patria ma è aperto a tutte le popolazioni del mondo, con specifici ruoli di interoperatività in particolar modo dai paesi membri della NATO, dell'ONU e dell'Unione Europea.
All'interno di un sistema organizzativo sanitario integrato, in coordinazione con altri Paesi che si occupano delle maxi emergenze e al fine di garantire un'ottima preparazione degli operatori per un adeguato intervento operativo nell'assistenza alle popolazioni vittime di disastri, vengono scambiate esperienze con i paesi alleati (NATO) confrontando e valutando i risultati. I mezzi moderni di comunicazione rendono possibile consultazioni e scambi di conoscenze in tempo reale.
Gli infermieri militari contribuiscono con competenza alla gestione degli scenari emergenziali nel caso di disastri naturali, incidenti industriali, pericolo di inquinamenti ambientali, atti terroristici. Essi operano nella prevenzione, protezione, salvataggio, ricerca e cura delle popolazioni civili, e, nelle missioni umanitarie all'estero, nelle costruzione e nel mantenimento della pace, fornendo un adeguato sostegno per ridurre gli effetti sociali e sanitari negativi, e portando il necessario supporto assistenziale attraverso l'applicazione di adeguati protocolli militari.
Parole chiave: Maxiemergenze, sistema di emergenza pubblico, sistema di emergenza militare, bioterrorismo.

ABSTRACT

Maxi-emergencies are unexpected and unpredictable harmful events, which result in serious damage to the affected populations. They can be caused by man (terrorism, warfare, mass demonstrations, transportation, dispersion of toxic or radioactive waste pollutants, ...), or can have a natural origin (earthquakes, volcanic eruptions, floods, avalanches, fires etc.).
They may affect vast tracts of territory, requiring timely interventions and the consumption of extraordinary resources, coordinated in a capillary in order to operate well and rapidly deal with the largest number of victims and limit losses.

Disasters require relief systems to adopt intervention approaches that are different from those used in ordinary situations. Careful planning is required to define the tasks and modes of intervention for each of the different components of the chain of emergency assistance: health (established by the staff of the 112 Emergency System and rescue authorities), technical (Fire brigades and local civil protection groups) and of the police and the military.
A key role in the management of Maxi-emergencies is played by the Armed Forces. The military health care system must be able to provide adequate support in crisis situations both in times of peace and war, at home and abroad. They not only deal with homeland emergencies, but also for all peoples of the world, with specific roles of interoperability especially from NATO Member States, the UN and the European Union.
Within an integrated organizational health system, in coordination with other countries dealing with maxi emergencies and to ensure an excellent preparation for an adequate operational action in assisting victims of disasters, experiences are exchanged with the Western allies (NATO) by comparing and evaluating results. Modern means of communication make it possible to conduct consultations and exchange knowledge in real time.
Military nurses competently contribute to managing emergency scenarios in case of natural disasters, industrial accidents, environmental pollution, and terrorism. They work to provide prevention, protection, rescuing, searching and treating civilian populations, and, in humanitarian missions abroad, in construction and in peacekeeping by providing appropriate support to reduce negative health and social effects, and providing the necessary healthcare support through the application of appropriate military protocols.
Keywords: Maxi-emergencies, public emergency system, military emergency system, bioterrorism.

BACKGROUND

Catastrofi e maxiemergenze accadono ogni giorno in qualche parte del mondo con un impatto drammatico sulle sanità pubblica in termini di morti, feriti, danni alle infrastrutture e agli impianti. Che la catastrofe sia un incendio di un'abitazione oppure uno tsunami che devasta un'intera comunità, è la qualità della vita ad essere minacciata. Il World Disaster Report del 2007 evidenzia un aumento del 60% di disastri o incidenti maggiori nel decennio 1997–2006 rispetto al precedente e il numero di decessi è cresciuto da 600.000 unità a più di 1,2 milioni. Il numero di persone interessate da disastri o incidenti maggiori è cresciuto da 230 milioni a 270 milioni con un aumento del 17% (1). "Secondo l'United Nation's Bureau of Crisis Prevention and Recovery, circa il 75% della popolazione mondiale vive in area che sono state colpite almeno una volta da un terremoto, un ciclone tropicale, un'alluvione o dalla siccità tra il 1980 ed il 2000" . I disastri naturali sono aumentati negli ultimi 50 anni, con la più grande crescita e picco negli ultimi 10 anni. Analizzando i dati elaborati dall'Università di Louvain in Belgio si nota che nel periodo preso in esame i decessi sono in calo ma il numero di disastri e il numero di persone colpite sono in aumento arrivando rispettivamente a più di 400 disastri e a quasi 250 milioni di persone coinvolte. Più fluttuante l'andamento dei disastri di natura tecnologica che presenta dei picchi, nel periodo di osservazione di 300 disastri per anno, 10.000 deceduti ed un numero di persone coinvolte tra le 100.000 e le 300.000 unità. Dal 1998 al 2008, circa 1 milione di persone hanno perso la vita in caso di catastrofi, 3,3 milioni sono rimaste ferite e 2 miliardi sono stati colpite. I sistemi sanitari, comprese le risorse umane e le infrastrutture fisiche anche se essenziali per la sopravvivenza della popolazione sono molto vulnerabili alle gravi emergenze e calamità.
Un discorso a parte meritano le missioni umanitarie all'estero per soccorrere le popolazioni civili vittime di guerre politiche e religiose, che determinano un numero crescente di morti e di feriti. Il risultato finale è rappresentato da migrazioni di massa di civili che fuggono dalla fame, dalle malattie e dalle rappresaglie dei "signori della guerra".

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale
Migliorare la pratica clinica infermieristica nell'affrontare le maxi-emergenze.

Obiettivi specifici

1) Promuovere l'acquisizione di conoscenze per la gestione delle maxiemergenze, sia in ambito civile, che militare;
2) Far conoscere il ruolo dei professionisti sanitari nell'utilizzo delle più moderne innovazioni tecnologiche nei teatri operativi;
3) Supportare il processo decisionale clinico-assistenziale attraverso la conoscenza e il confronto di scenari emergenziali diversi.

METODOLOGIA

Lezioni magistrali, lezioni interattive con momenti di discussione in cui è prevista la presentazione di esperienze di emergenza sanitaria sia in ambiti civili che militari.

RISULTATI ATTESI

Sarà realizzata 1 edizione da svolgersi in occasione del SANIT presso il Palazzo dei Congressi EUR in Roma, dove verranno formati 200 infermieri.

Rilevanza
Il corso è finalizzato a sensibilizzare/far acquisire/consolidare le conoscenze e le competenze infermieristiche nella gestione delle Maxi emergenze sia in ambito civile che militare.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Definizione del programma del corso ed individuazione dei relatori/sostituti	Coordinatori e gruppo di progetto	4 giorni
2	Incontro con i relatori/sostituti	Coordinatori e gruppo di progetto	1 giorno
3	Individuazione della data e della sede delle giornate itineranti	Coordinatori di progetto	1 giorno
4	Accreditamento ECM	Consigliere delegato all'accreditamento	1 giorno
5	Pianificazione di almeno 1 edizione del corso della durata di 1 giorno	Coordinatori di progetto	1 giorno
6	Realizzazione di almeno 1 evento formativo nel 2015.	9 docenti	3 giorni

DIAGRAMMA DI GANTT

	Giugno 2015	Luglio 2015	Settembre2015	Novembre2015
Fase 1				
Fase 2				
Fase 3				
Fase 4				
Fase 5				
Fase 6				

BIBLIOGRAFIA

1. Atto intesa stato-regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992.
2. DM 15 maggio 1992 n. 121 "Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi in emergenza".
3. Dipartimento della Protezione Civile: "Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxiemergenza" – 1998.
4. Dipartimento Protezione Civile: "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari in caso di catastrofi" – 2001.
5. Ashkenazi I, Ohana A, Azaria B, Gelfer A, Nave C, Michaelson M, et al. Assessment of hospital disaster plans for conventional mass casualty incidents following terrorist explosions using a live exercise based upon the real data of actual patients. European Journal of Trauma & Emergency Surgery 2012, Apr; 38(2): 113-117.
6. Brisebois R, Hennecke P, Kao R, McAlister V, Po J, Tien H, et al. The role 3 multinational medical unit at Kandahar airfield 2005-2010. Canadian Journal of Surgery 2011, 54(6): S124-9.
7. Corcoran S, Niven A, Reese J. Critical care management of major disasters: A practical guide to disaster preparation in the intensive care unit. Journal of Intensive Care Medicine 2012, 27(1): 3-10.
8. Davies K. Disaster management. Disaster preparedness and response: more than major incident initiation. British Journal of Nursing 2005, 8; 14(16): 868-871.
9. Enis W. Disaster management, triage-based wound care, and patient safety: reflections on practice following an earthquake. Ostomy Wound Management 2010, 56(11): 61-69.
10. Fabi F, Magnanti M, Cerqua G. Massiccio afflusso di feriti in seguito a disastro ferroviario. Emergency Oggi 2007;13(7): 12-13.

11. Franc J, Ingrassia P, Verde M, Colombo D, Della Corte F. A simple graphical method for quantification of disaster management surge capacity using computer simulation and process-control tools. Prehospital & Disaster Medicine 2015, 30(1): 9-15.
12. Gupta R. Disaster management. International Journal of Nursing Education 2015, 7(2): 100-105.
13. Halpern P, Goldberg S, Keng J, Koenig K. Principles of emergency department facility design for optimal management of mass-casualty incidents. Prehospital & Disaster Medicine 2012, 27(2): 204-212.
14. Janousek J, Jackson D, De Lorenzo R, Coppola M. Mass casualty triage knowledge of military medical personnel. Military Medicine 1999, 164(5): 332-335.
15. Kenar L, Karayilanoglu T. Medical preparedness against chemical and biological incidents for the NATO Summit in Istanbul and lessons learned. Prehospital & Disaster Medicine 2006, 21(4): 268-271.
16. Lumini E, Fortuna M, Capuzzi T, Senes G, Cozza M, Pedi E, et al. Cives: 10 anni di infermieristica in protezione civile. L'infermiere 2008; 52(3): 16-18.
17. Tevermer A. International disaster humanitarian assistance for nurses. Annual Review of Nursing Research 2012, 30: 209-224.

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