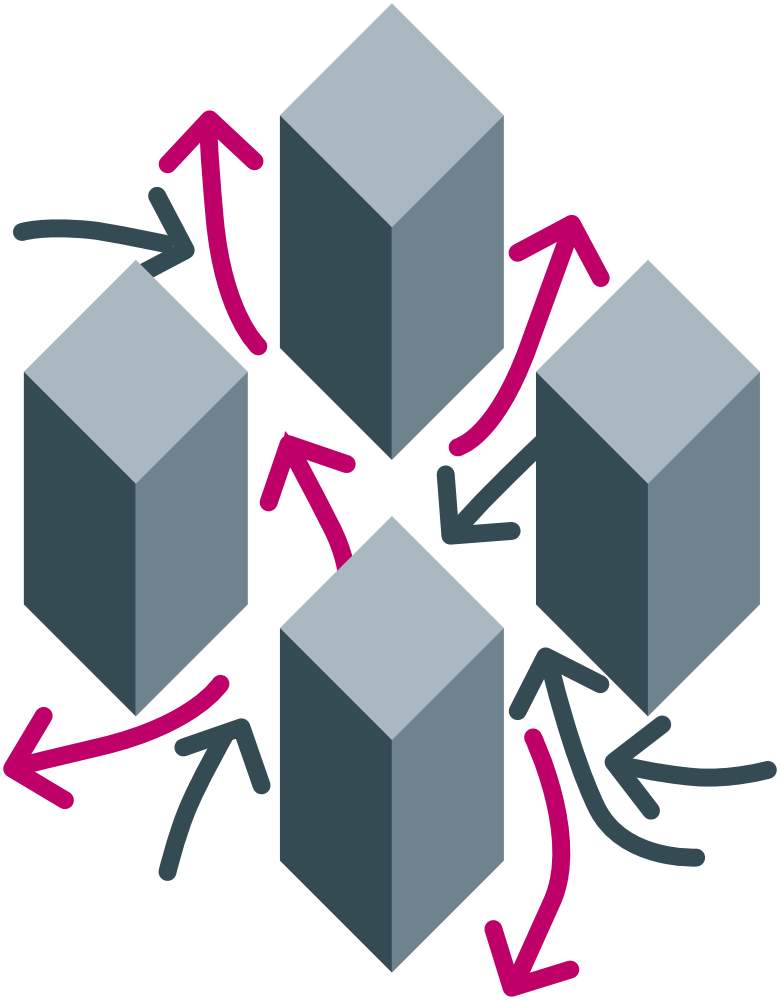
OPI ROMA



Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

SCIENTIFIC ANNUAL REPORT

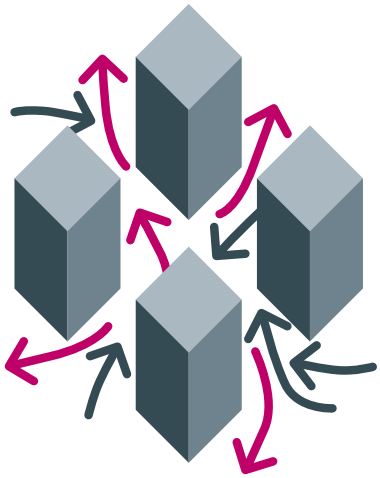
2021

OPI ROMA
Ordine delle Professioni Infermieristiche

Centro di Eccellenza per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica

SCIENTIFIC ANNUAL REPORT

2021



INDICE

INDICE p. 2

PRESENTAZIONI DEL XI ANNUAL SCIENTIFIC REPORT p. 5

POLO PER L'ISTRUZIONE

1.21.1 UN MODELLO PER LA VALUTAZIONE DEL CORE COMPETENCE INFERMIERISTICO E PER LA PROGETTAZIONE DELL'ESAME DI ABILITAZIONE PROFESSIONALEE p. 6

1.21.2 "ANLAIDS LAZIO INCONTRA GLI STUDENTI" - CAMPAGNA DI IN/FORMAZIONE E PREVENZIONE SULL'INFEZIONE DA HIV/AIDS/IST PER LA PROMOZIONE DEI COMPORTAMENTI NON A RISCHIO E PER UNA SESSUALITÀ CONSAPEVOLE, RIVOLTA AI GIOVANI p. 13

1.21.3 LA FORMAZIONE DEGLI STUDENTI INFERMIERI SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA p. 19

1.21.4 DIMINUIRE L'INSUCCESSO ACCADEMICO CON UN INTERVENTO DI MENTORSHIP NEI CORSI DI LAUREA IN INFERMIERISTICA p. 26

1.21.5 DIDATTICA A DISTANZA NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA: IMPATTO SULLA CONOSCENZA E SUL SENSO DI APPARTENENZA ALLA PROFESSIONE p. 32

POLO DELLA RICERCA

2.21.1 LA FRAGILITÀ NELLA POPOLAZIONE ANZIANA ULTRAOTTANTENNE: UN TRIAL PRAGMATICO p. 37

2.21.2 L'IMPATTO DEL TELE-NURSING SUI COMPORTAMENTI DI SELF-CARE DEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO p. 43

2.21.3 PANDEMIA DIGITALE: IL MONDO INFERMIERISTICO ATTRAVERSO LO SGUARDO DEL WEB p. 49

2.21.4 EFFICACIA DI UN INTERVENTO EDUCATIVO PER MIGLIORARE LA PREPARAZIONE DEI CAREGIVER DI PAZIENTI CON ICTUS CEREBRALE (EDUSTROKE) p. 54

2.21.5 RIDUZIONE DELLO STRESS NEI CAREGIVER DI PAZIENTI AFFETTI DA CRONICITÀ. REALTÀ VIRTUALE E TECNOLOGIA PER LA PROSSIMITÀ DI CURA p. 63

2.21.6 LE CURE E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE DOMICILIARE: L'INFERMIERE DI FAMIGLIA COME MEDIATORE TRA FAMIGLIA E ASSISTENTE FAMILIARE p. 69

2.21.7 L'IMPATTO DI GENERE SULL'IDENTITÀ DELLA FIGURA INFERMIERISTICA E RAPPORTI INTERPROFESSIONALI p. 76

2.21.8 REVISIONE, AGGIORNAMENTO E VALUTAZIONE DEL PROFESSIONAL ASSESSMENT INSTRUMENT VERSION 3.0 p. 84

2.21.9 VALUTAZIONE DELLA HEALTH LITERACY IN UN NURSING MINIMUM DATA SET (NMDS) p. 90

2.21.10 ANALISI DEL VALORE AGGIUNTO DELL'ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE DI UN CENTRO DI RICERCA SECONDO STANDARD INTERNAZIONALI: UNA SCOPING REVIEW E SUA APPLICAZIONE p. 99

2.21.11 PROPOLI PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLA MUCOSITE ORALE DEI PAZIENTI IN CURE PALLIATIVE p. 103

2.21.12 COMPETENZE DEGLI INFERMIERI ITALIANI NELLA GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI: INDAGINE TRASVERSALE CON SVILUPPO E VALIDAZIONE DI QUESTIONARI (IN-VAD) p. 112

2.21.13 IL CONTRIBUTO DEL CAREGIVER FAMILIARE AL SELF-CARE DELLA PERSONA AFFETTA DA BPCO: UNO STUDIO DESCRITTIVO QUALITATIVO p. 118

2.21.14 EFFICACIA DEL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE NEL MIGLIORARE IL SELF-CARE DEL PAZIENTE E IL CONTRIBUTO DEL FAMILIARE AL SELF-CARE NELLE MALATTIE CRONICHE MULTIPLE p. 123

2.21.15 LE COMPETENZE RICHIESTE AGLI INFERMIERI DELL'AMBULANZA IN ITALIA: UNO STUDIO DELPHI p. 129

2.21.16 VALIDAZIONE LINGUISTICA E CULTURALE NEL CONTESTO ITALIANO DELLA AMBULANCE NURSE COMPETENCE SCALE (ANCS) p. 133

2.21.17 ARTE E SALUTE: DA FLORENCE NIGHTINGALE AI GIORNI NOSTRI p. 138

2.21.18 ANALISI DELL'IMPATTO DEL CECRI SULL'AVANZAMENTO DELLA RICERCA INFERMIERISTICA IN ITALIA p. 143

2.21.19 LA PRESERVAZIONE DEL PATRIMONIO VENOSO: UNO STUDIO SPERIMENTALE PROSPETTICO RANDOMIZZATO p. 147

2.21.20 L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ: STUDIO MIXED-METHOD SULL'IMPLEMENTAZIONE DELLA FIGURA E SULLO STATUS PROFESSIONALE NEL CONTESTO ITALIANO p. 154

2.21.21 EFFETTO DEL DIARIO DI TERAPIA INTENSIVA SULLA PEDIATRIC POST-INTENSIVE CARE SYNDROME DEL BAMBINO/ADOLESCENTE E SUI LORO CAREGIVER: STUDIO PILOTA p. 160

2.21.22 IL CLINICAL SPECIALIST NURSE NELLA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE CRONICHE ATTRAVERSO LA CONSULENZA INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA p. 167

2.21.23 L'INFERMIERE E IL MODELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE DELLA ASL ROMA 4: PROGETTO "A SCUOLA CON SALUTE" p. 174

2.21.24 LA PERCEZIONE DEL BENESSERE SPIRITUALE NELLE RELAZIONI DI CURA INFERMIERISTICA NON CONVENZIONALE TRA GLI INFERMIERI E GLI STUDENTI INFERMIERI p. 180

2.21.25 VALIDAZIONE LINGUISTICA E CULTURALE AL CONTESTO ITALIANO DELLA NURSE HEALTH EDUCATION COMPETENCE INSTRUMENT (NHECI) p. 185

POLO DEL MANAGEMENT

3.21.1 LA LEADERSHIP INFERMIERISTICA NELLA PRATICA CLINICA: EFFICACIA E IMPATTO SUI NURSING SENSITIVE OUTCOMES. STUDIO CORRELAZIONALE TRASVERSALE p. 190

3.21.2 LA SCALA DEL RISPETTO PROFESSIONALE INFERMIERISTICO: STUDIO DI VALIDITÀ DELLA VERSIONE ITALIANA p. 198

3.21.3 VALUTAZIONE DELLA LEADERSHIP TRASFORMAZIONALE NEI LEADER INFERMIERISTICI DI DUE AZIENDE SANITARIE, PER INTRAPRENDERE UN PROGRAMMA DI FORMAZIONE SPECIFICA. UNO STUDIO OSSERVAZIONALE p. 203

3.21.4 LO STILE DI LEADERSHIP DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO: IMPATTO SU SE STESSO SUL TEAM DEI COLLABORATORI E SULLA QUALITÀ DELLE CURE p. 208

POLO PER LA PRATICA CLINICA

4.21.1 L'APPLICAZIONE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE FINALIZZATA ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE INFERMIERISTICHE PER LA GESTIONE EXTRA ED INTRA OSPEDALIERA DEL PAZIENTE USTIONATO p. 217

4.21.2 L'INFERMIERE CLINICO ESPERTO IN EVIDENCE-BASED PRACTICE COME AGENTE DI CAMBIAMENTO NELLA PRATICA CLINICA p. 224

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

Presentazione dell' XI Annual Scientific Report

di Maurizio Zega e Gennaro Rocco

L'infermieristica è una scienza dinamica, foriera di progressi scientifici, cioè, precorritrice di continui avanzamenti e affermazioni scientifiche che si sviluppano incessantemente mentre scriviamo ma anche nelle proiezioni assistenziali a medio e lungo termine. Tali progressi, che nelle ultime decadi, in Italia, sono avvenuti in campo educativo, organizzativo, clinico ed anche epistemologico, stanno maturando in direzione della pratica specialistica avanzata, così, come sta avvenendo nei Paesi più all'avanguardia. In questo senso, ambiti di sviluppo si auspicano per il futuro: il riconoscimento delle competenze avanzate specialistiche con percorsi accademici appropriati, lo sviluppo di ambiti specialistici clinici avanzati nelle diverse realtà sanitarie che permetteranno un'offerta assistenziale di qualità sempre più centrata sui bisogni dei cittadini, il forte sviluppo dell'assistenza di famiglia e comunità che permetterà di rispondere in maniera più puntuale e vicino ai cittadini alle sfide delle patologie trasmissibili e non trasmissibili e all'invecchiamento delle popolazione.
In questo quadro dinamico di cambiamento demografico, le attività di ricerca e di life-long learning per i professionisti sono attività cardine per una professione in crescita e che si sta inserendo con sempre maggior autorevolezza nei contesti accademici ed organizzativi nazionali ed internazionali.
In tale ottica, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma ha attivato anche nel 2021, 36 progetti di ricerca e formazione, alcuni come continuazione dell'anno 2020, con un importante coinvolgimento da parte della componente professionale infermieristica ma anche con la collaborazione di altre professioni sanitarie.
Con questo XI Annual Report, che illustra lo stato dell'arte dei progetti per il 2021, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI), vista l'esperienza maturata, aspira ad essere un punto di riferimento importante per l'intera professione infermieristica italiana, europea ed internazionale.
È, quindi, con grande orgoglio che, attraverso questa pubblicazione, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma mette a disposizione di tutti i colleghi gli studi presentati ed approvati nel 2021. La pubblicazione di questo *Annual Scientific Report* registra lo stato dei progetti del 2021.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

Valutazione del Core Competence infermieristico

A model for the evaluation of Nursing Core Competence

COORDINATORE PROGETTO
A. Marchetti

RESP. DEL POLO
A. M. Pulimeno

COD.1.21.1

TITOLO PROGETTO

Un modello per la valutazione del Core Competence infermieristico e per la progettazione dell'esame di abilitazione professionale

A model for the evaluation of Nursing Core Competence and for the design of the professional qualification exam

ABSTRACT

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

ABSTRACT

The national and international debate on the concept of competence involves all professions, including nursing, engaged in a profound reflection on the competencies that the modern nurse must possess. In Italy, many of the problems identified in nursing education are related to the lack of a univocal definition of the basic competencies and, consequently, to a lack of definition of learning outcomes; this does not make it clear what the actual educational background of new graduates is at the time of the qualification exam.
In recent years, the OPI of Rome has been engaged in the development of an experimental model for the definition of the nursing Core Competence. It developed both an evaluation model of the core competencies investigated at the time of the qualification exam for use by the OPI Commissioners and of the guidelines for use by didactic directors for the structuring of the qualification exam that takes into account the Directives issued by the European Community.
The objectives of the project are to develop and provide OPI Representatives with an application (App) that replaces the paper form for monitoring the practical test in the professional qualification exam; the updating of the guidelines for the qualification examination for use by teachers of Nursing, Pediatric Nursing and Didactic Directors and its dissemination; the development of a proposal to "harmonize" the practical tests of the qualifying examination of the Degree Courses in Nursing of the Faculty of Medicine of the OPI territory of Rome.

BACKGROUND

Ormai da qualche anno il concetto di competenza riveste un ruolo da protagonista nel dibattito che si è aperto in ambito nazionale ed internazionale[1], in tutte le professioni, compresa quella infermieristica, impegnata in una profonda riflessione sulla professionalità dell'infermiere moderno, sulle competenze che egli deve possedere e sulle modalità che permettono di valutarne l'effettiva acquisizione[2].
In questo panorama, il mondo accademico è chiamato in causa a pieno titolo nell'avviare quel processo di trasformazione e ampliamento delle proprie proposte formative, che devono divenire un "[…]intreccio funzionale fra gli obiettivi formativi del corso, le attese del territorio, le competenze agite dallo studente, le esperienze didattiche da promuovere e le proposte didattiche del corpo docente[3]. Più specificatamente, il Processo di Bologna prevede l'adozione di un sistema di titoli accademici fondato su tre cicli formativi, facilmente comprensibili e comparabili all'interno della Comunità Europea attraverso la cooperazione di tutti i paesi nella valutazione della qualità, trasparenza e leggibilità dei percorsi formativi erogati[3,4,5].
La necessità di implementare la dimensione europea della formazione ha sollecitato gli Stati della Comunità alla decisiva realizzazione di quello Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore per concretizzare il processo di armonizzazione e sintonizzazione delle finalità formative intrapreso nel 1999 con il Processo di Bologna[4,5,6].
Una guida concreta alla realizzazione delle politiche di indirizzo del Processo è offerta dal Progetto *Tuning Educational Structures in Europe*, finanziato dalla Commissione Europea nel quadro del programma 'Apprendimento permanente', avviato nel 2000 e che consiste in una metodologia volta a progettare, sviluppare, attivare e valutare i corsi di studio secondo la nuova riforma dei cicli[7,8]. Il *Tuning* appartiene ad uno 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 competenze (competencies) e risultati di apprendimento (Learning Outcomes). Per la definizione delle competenze generali e specifiche, nel 2000 si costituirono vari gruppi di alcune discipline pilota. Uno dei gruppi più attivi è stato quello infermieristico che ha contribuito a identificare 47 competenze infermieristiche generalizzabili a tutti i percorsi formativi universitari degli Stati che si riconoscono nel Processo di Bologna[9].
Nel 2005 è stato elaborato un primo documento volto ad indentificare il core competence di diverse discipline[10], testo ampliato nel 2010 con il 'Tuning Eductional Structures in Europe 2010' e che ha portato nel 2012 alla pubblicazione sul sito del Tuning dei profili di competenza di 13 discipline accademiche tra cui il nursing[11]. Tali documenti hanno sollecitato molti paesi a ripensare e riformare il percorso infermieristico universitario: nel Regno Unito, ad esempio, la stessa riforma degli studi si è conclusa con l'accoglimento completo e articolato delle competenze Tuning nei piani di studio infermieristici[12,13]. Lo strumento *Tuning Nursing Educational* è un questionario di self-report indirizzato ai formatori e docenti del settore infermieristico. È costituito da 47 item che rappresentano le competenze specifiche individuate dal gruppo di progetto *Tuning*, suddivise in 4 domini[11].
Per la definizione dei risultati di apprendimento, nel 2016 la Commissione Europea ha dato avvio alla seconda fase del Progetto *Tuning* chiamato *Monitoring and Comparing the Achivement of learning Outcomes in Higher Education in Europe* (CALOHEE) che ha l'obiettivo di sviluppare un framework per la definizione dei risultati di apprendimento degli studenti a livello di Bachelor e Master in modo che soddisfi le esigenze della Comunità Europea[14].
La declinazione delle competenze in risultati di apprendimento e il loro utilizzo è fondamentale perché non solo offrono alle istituzioni informazioni utili per verificare se i loro studenti stanno raggiungendo standard condivisi al livello internazionale e possono essere considerati sufficientemente pronti a ricoprire un ruolo nella società ma forniscono anche agli studenti stessi indicazioni chiare sugli obiettivi dei programmi, le competenze che dovranno acquisire, stimolando proattività nel processo di apprendimento[14].
Al livello europeo già esistono da tempo due riferimenti autorevoli in merito: *Qualification Framework* (QF) dell'*European Higher Education Area* (EHEA)[15] e l'*European Qualification Framework for Lifelong Learning* (EQF for LLL)[16]. Il QF – EHEA fu definito nel 1999, mentre lo sviluppo dell'EQF venne avviato soltanto nel 2005. I due quadri presentano nette somiglianze e sovrapposizioni: entrambi sono infatti meta-quadri e sono volti a migliorare la trasparenza relativa alle qualifiche in Europa. Nonostante queste ovvie somiglianze, si possono scorgere anche alcune differenze per quanto concerne gli obiettivi e i descrittori. Il QF-EHEA mira infatti ad armonizzare i sistemi utilizzando i Descrittori. Essi definiscono 5 livelli per i tre cicli previsti dal Processo di Bologna. Si propone come uno strumento che descrive in termini di conoscenze e competenze attese i titoli rilasciati dalle istituzioni d'istruzione superiore (una scheda descrittiva dei titoli)[15].
L'EQF non è uno strumento per l'armonizzazione delle qualifiche o di parti di sistemi di qualificazione, ma intende collegarli tra loro, cioè fungere da "dispositivo di traduzione" utile a rendere più chiara la correlazione fra le qualifiche e i diversi sistemi. I risultati di apprendimento sono definiti in termini di Conoscenze, Abilità e Competenze. Il risultato complessivo è un indice, compreso tra 1 ed 8, che si propone di identificare in modo veloce ed univoco il livello di approfondimento raggiunto in un certo

ambito[16]. Il Tuning CALOHEE intende creare una fusione tra i due sistemi; in particolare, il modello si muove tra l'*application of knowledge* del QF dell'EHEA e i descrittori *skills* dell'EQF per poter definire, a partire dalle competenze specifiche, i risultati di apprendimento disciplinari con più chiarezza e trasparenza[14].
Molti dei problemi individuati in Italia nella formazione infermieristica sono legati alla mancanza di una definizione univoca delle competenze core dell'infermiere e, di conseguenza, ad una mancata definizione di risultati apprendimento, non rendendo chiaro quale sia l'effettivo bagaglio formativo dei neo-laureati al momento dell'esame di abilitazione. Nonostante gli sforzi di uniformare contenuti, modalità e tempi dell'esame[17,18], tutt'oggi esso risente di programmi e metodologie didattiche diverse utilizzati nei vari atenei italiani e dall'ambiente sanitario in cui la pratica professionale viene formata e valutata[19,20,21,22,23].
Individuare le competenze core dell'infermiere al livello nazionale e definire i relativi risultati di apprendimento permetterebbe non solo un 'dialogo' più fluido con l'Europa su standard condivisi di formazione ma consentirebbe (a ritroso) di modificare anche la progettazione formativa che sposta il focus dall 'obiettivo formativo' al 'risultato di apprendimento', nel rispetto di quella 'centratura dello studente' a cui il Processo di Bologna e lo stesso progetto *Tuning* mirano[4,13].
In questi anni l'OPI di Roma si è impegnato nello sviluppo di un modello sperimentale per la definizione del Core Competence infermieristico, sviluppando sia un modello valutativo delle competenze core indagate al momento dell'esame di abilitazione ad uso dei Commissari OPI, sia delle linee guida ad uso dei Direttori didattici per la strutturazione dell'esame di abilitazione che tengano conto delle Direttive emanate dalla Comunità Europea. Poiché l'esame di abilitazione ha l'obiettivo di proteggere i cittadini regolando l'accesso alla professione dei laureandi, è indicatore del grado di integrazione/dialogo raggiunto tra Corsi di Laurea, Ordini Professionali e Servizi Sanitari rispetto al livello atteso dall'infermieristica ed è rivelatore delle competenze che i neolaureati devono possedere per entrare nel mondo del lavoro, è auspicabile che la progettazione sia uniforme sul territorio nazionale.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

1. Identificare le competenze indagate durante gli esami di abilitazione professionali degli anni accademici 2017 - 2018, 2018 – 2019 e 2019 - 2020 provenienti dalla compilazione delle schede cartacee con un riferimento specifico per gli esami di abilitazione svolti durante il periodo pandemico;
2. Sviluppare uno strumento di monitoraggio (App) che supporti i Rappresentanti OPI nella valutazione dell'esame di abilitazione (quali competenze, modalità valutative e livelli di performance);
3. Formazione dei Rappresentanti OPI di Roma all'uso dello strumento di monitoraggio in sostituzione della scheda cartacea;
4. Partecipazione attiva del Team Project italiano al progetto Tuning CALOHEE con incontri periodici con i coordinatori europei di progetto;
5. Aggiornare e diffondere una prima linea guida pratica ad uso dei Direttori didattici e dei Docenti di Infermieristica e Infermieristica pediatrica del territorio romano perché si giunga ad assicurare qualità e accuratezza nella progettazione e realizzazione della prova pratica in accordo con la normativa vigente (MIUR, 2012) e con le linee di indirizzo della FNOPI;
6. Condividere con i Presidenti dei CdL in Infermieristica del territorio romano i relativi risultati di apprendimento secondo il framework europeo proposto dal *Tuning* CALOHEE e formulare una proposta di prove abilitanti da sperimentare congiuntamente, anche facendo riferimento alle prove TECO.

Indicatori

1. Stesura e pubblicazione di un articolo descrittivo sulle competenze indagate e le tipologie di prove

utilizzate durante gli esami di abilitazione professionali degli anni accademici 2017 - 2018, 2018 – 2019 e 2019 – 2020;

2. Sviluppo e fornitura App che sostituisca la scheda cartacea per il monitoraggio della prova pratica nell'esame di abilitazione professionale;
3. Aggiornamento del manuale "Costruzione di un modello per la valutazione delle Competenze infermieristiche nell'esame di abilitazione professionale";
4. Corsi di formazione per i Rappresentanti OPI e Direttori didattici;
5. Proposta di prova abilitante che allinei i CdL del territorio romano ad un esame di abilitazione con alti livelli di omogeneità.

METODOLOGIA

Disegno del progetto

La ricerca iniziata nel 2010, articolata in un programma di ricerca di 10 anni, prevede 6 fasi. Ad oggi il gruppo di lavoro ha raggiunto la 5° fase. Di seguito sono riportate le attività relative a ciascun obiettivo specifico articolati nelle due restanti fasi e calendarizzate nel GANTT.

Fase 5

1. Analisi statistica delle schede cartacee compilata dai Rappresentati dell'OPI di Roma per gli anni accademici 2017-2018, 2018-2019 e 2019 – 2020;
2. Stesura e pubblicazione di un articolo descrittivo sulle competenze indagate e le tipologie di prove utilizzate durante gli esami di abilitazione professionali degli anni accademici 2017 - 2018, 2018 – 2019 e 2019 – 2020;
3. Sviluppo dell'App: vedere Allegato 1 - Progetto per sviluppare un'applicazione (App) con cui raccogliere i dati agli esami di abilitazione;
4. Giornate di formazione ed incontri dedicati, partecipazione a Workshop;
5. Partecipazione attiva al Progetto Tuning CALOHEE secondo indicazioni del Board europeo;
6. Declinazione delle competenze infermieristiche in risultati di apprendimento secondo il framework europeo proposto dal Tuning CALOHEE per il CdL magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche;
7. Aggiornamento del manuale ad uso dei Direttori didattici e Docenti di Infermieristica e Infermieristica pediatrica del territorio romano per la qualità e accuratezza nella progettazione e realizzazione della prova pratica. L'aggiornamento verrà effettuato inserendo: dati dell'esame finale relativo agli anni accademici 2017-2018 e 2018-2019 con un riferimento specifico per gli esami di abilitazione svolti durante il periodo pandemico, scheda cartacea trasformata in App, linea guida ad uso dei Direttori e Docenti, tabelle RAD del CdL magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche per la qualità e accuratezza nella progettazione e realizzazione della prova pratica.

Fase 6 (obiettivo specifico numero 7)

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

Analisi dei dati

I dati quantitativi descrittivi verranno utilizzati con software statistico SPSS.

RISULTATI ATTESI

RISULTATI ATTESI

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

riconoscersi e sviluppare il proprio "Portfolio di competenze professionali".

DIAGRAMMA GANTT

		2021											
	ATTIVITÀ	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
FASE 5	Analisi statistica delle schede cartacee compilata dai Rappresentati dell'OPI di Roma per gli anni accademici 2017-2018, 2018-2019 e 2019 – 2020												
	Stesura e pubblicazione di un articolo descrittivo sulle competenze indagate e le tipologie di prove utilizzate durante gli esami di abilitazione professionali degli anni accademici 2017 - 2018, 2018 – 2019 e 2019 – 2020												
	Sviluppo dell'App												
	Giornate di formazione ed incontri dedicati, partecipazione a Workshop												
	Partecipazione attiva del Team Project italiano al progetto Tuning CALOHEE												
	Declinazione delle competenze per il CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche												
	Aggiornamento del manuale												
	Diffusione dei risultati												

		2022											
	ATTIVITÀ	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
FASE 5	Lavoro di consenso sulla proposta di armonizzare l'esame abilitante tra i presidenti dei CdL in Infermieristica e Infermieristica pediatrica												
	Lavoro di consenso sul Framework Tuning sui Learning outcomes tra i presidenti e coordinatori dei CdL afferenti all'OPI di Roma												
	Analisi del lavoro TECO in termini di metodologia, contenti e risultati												
	Lavoro di piccolo gruppo con i presidenti e coordinatori per la selezione di alcune prove da realizzare congiuntamente nell'esame di abilitazione												
	Partecipazione attiva del Team Project italiano al progetto Tuning CALOHEE												
	Diffusione dei risultati												

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1.	Sviluppare e fornire ai Rappresentanti dell'OPI un'applicazione (App)	Project manager, Coordinatori, Project team	marzo - luglio 2021
2.	Aggiornamento delle linee guida per l'esame di abilitazione ad uso dei Docenti di Infermieristica e Direttori didattici e la sua divulgazione	Coordinatori, Project team	gennaio– luglio 2021
6.	Sviluppo di una proposta per "armonizzare" le prove pratiche dell'esame di abilitazione dei Corsi di Laurea in Infermieristica delle Facoltà di Medicina del territorio dell'OPI di Roma	Project manager, Coordinatori, Project team	gennaio 2022 – dicembre 2022

BIBLIOGRAFIA

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

Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio IPASVI di Roma.

19. AACN. Hallmarks of quality and patient safety: Recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines to ensure high-quality and safe patient care. Journal of Professional Nursing, 2006; 4:(22); 329-330.
20. Ausili D., Baccin G., Sironi C. & Talamona A. Una proposta per l'insegnamento delle scienze infermieristiche nel corso di laurea in infermieristica. Professioni Infermieristiche, 2009; (1); 9-16.
21. Bobay K., Gentile D.L. & Hagle, M.E. The relationship of nurses' professional characteristic to levels of clinical nursing expertise. Applied Nursing Research, 2009; 1 (61); 48-53.
22. Cronenwett L., Sherwood G., Barnsteiner J., Disch J., Johnson J. & Mitchell P. Quality and safety education for nurses (QSEN). Nursing Outlook, 2007; 3 (55); 122-131.

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.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

AIDS E PEER EDUCATION

COORDINATORE PROGETTO
L. Fabriani
G. Romigi
P. Ferri
R. Galipò

RESP. DEL POLO
A. M. Pulimeno

COD.1.21.2

TITOLO PROGETTO

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

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

ABSTRACT

Dai dati statistico-epidemiologici e di letteratura emerge la necessità di porre estrema attenzione alle infezioni trasmesse per via sessuale, e tra queste l'infezione da HIV**,** soprattutto tra la popolazione giovanile che, per l'età e per la bassa percezione del rischio, appare come una fascia esposta maggiormente al rischio. ***Anlaids Lazio Onlus*** da anni promuove, infatti, attraverso il Progetto nelle Scuole, l'informazione e la prevenzione sull'infezione da HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmesse (IST) coinvolgendo ogni anno numerose Scuole Secondarie di Secondo grado della Regione Lazio e migliaia di studenti.
La presente proposta progettuale intende, per il secondo anno consecutivo, continuare a identificare e formare un pool di Infermieri esperti nel settore delle infezioni a trasmissione sessuale e nel campo della formazione scolastica sui temi proposti, coinvolgendoli attivamente nelle equipe multidisciplinari del Progetto Scuole di Anlaids Lazio e nei programmi di informazione e prevenzione rivolto sia agli studenti delle Scuole Superiori di Secondo Grado, ma soprattutto negli incontri di In/Formazione con gli studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica. Il progetto che ha già coinvolto nell'anno precedente alcuni infermieri con una formazione ad hoc e un tirocinio formativo svoltosi durante gli incontri del Progetto Scuole 2017/2018, prevede, per le attività future, il loro coinvolgimento agli incontri di In/Formazione che si terranno nei Corsi di Laurea in Infermieristica. In parallelo, verranno formati nuovi infermieri e realizzati corsi di aggiornamento del programma ECM rivolti a 100/150 professionisti infermieri, in vista dell'ampliamento dello stesso progetto ad altre scuole e ai Corsi di Laurea in Infermieristica. L'efficacia del programma viene valutata attraverso lo studio di ricerca, già attivato con somministrazione di uno specifico test prima e dopo l'intervento educativo rivolti agli studenti.

ABSTRACT

From the statistical-epidemiological and literature data emerges the need to pay extreme attention to sexually transmitted infections, and among these HIV+ infection, especially among the young population which, due to their age and low risk perception, appears as a group most exposed to risk. Anlaids Latium Onlus has been promoting information and prevention on HIV infection and other sexually transmitted infections (STIs) through its School Project that involves numerous Secondary Schools of the Latium Region and thousands of students.
The project intends to continue to identify and train a pool of nurses, experienced in the field of sexually transmitted infections and in the field of school education, on the mentioned topics, actively involving them in the multidisciplinary teams of the Latium Anlaids Schools Project. The project that has already

involved some nurses with ad-hoc training and a training internship during the previous years of the project, foresees, for future activities, their involvement in the In/Training meetings that will take place. In parallel, new nurses will be trained and continuing education program refresher courses will be organized for 100/150 nursing professionals, in view of the extension of the same project to other schools and to Nursing Degree Courses. The effectiveness of the program will be assessed via a research study with the administration of a specific test before and after the educational intervention.

BACKGROUND

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

I dati principali:

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

Un dato importante è l'aumento, seppur lieve, delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV in fase clinica avanzata (bassi CD4 o presenza di sintomi) e delle persone con nuova diagnosi di AIDS che scopre di essere HIV positiva nei pochi mesi precedenti la diagnosi di AIDS. Una diagnosi tardiva riduce notevolmente l'efficacia della terapia, aumentando la resistenza ai farmaci. Oggi, infatti, l'infezione se scoperta in tempo e con la terapia adeguata diviene cronica permettendo alla persona con HIV di avere prospettive di vita simili a quella delle persone sieronegative.
Si ritiene infine che le diagnosi tardive incidano per oltre il 20% sulla diagnosi di nuove infezioni.

Epidemiologia HIV in Italia

Tra le nazioni dell'Unione Europea l'Italia si colloca, al pari della Grecia, al 13° posto in termini di incidenza delle nuove diagnosi HIV. L'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è diminuita lievemente tra il 2012 e il 2016.
Le regioni con l'incidenza più alta sono state il Lazio, le Marche, la Toscana e la Lombardia. In Piemonte, Emilia Romagna e nelle Provincie Autonome di Trento e Bolzano l'esecuzione del test di avidità anticorpale permette con una buona approssimazione di identificare le infezioni recenti. Questo ha evidenziato che nel 2016 il 16,8% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV aveva verosimilmente acquisito l'infezione nei 6 mesi precedenti la prima diagnosi di HIV positività. Il 30,7% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV aveva eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV-correlati, il 27,5% in seguito a un comportamento a rischio e il 12,2% in seguito a controlli di routine.
9 sono state le diagnosi con modalità "trasmissione verticale" (neonati) nel 2016.

Diagnosi di AIDS in Italia

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

Questi dati confermano la necessità di riporre particolare attenzione all'infezione da HIV e delle altre IST, soprattutto con una campagna mirata verso i giovani. Al fine di raggiungere questo obiettivo, si ritiene utile non solo fornire le informazioni corrette mediante la consulenza di esperti, ma coinvolgere attivamente gli studenti nell'opera di prevenzione e di educazione alla salute attraverso programmi specifici di informazione e formazione dei loro pari.
Si ritiene altresì opportuno valorizzare l'infermiere, quale figura professionale il cui potenziale operativo è ampiamente riconosciuto nella sua natura tecnica, relazionale ed educativa. Le principali funzioni sono infatti la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati nonché l'educazione sanitaria". Entra perciò di merito nelle equipe multidisciplinari che si recano nelle scuole per gli interventi informativi ed educativi.
La Scuola, inoltre, è un luogo strategico dove progettare interventi che vedano protagonisti gli adolescenti e i giovani in generale. Essa ha assunto nel tempo un ruolo fondamentale, non più solo come contesto di insegnamento/apprendimento ma anche come contesto di socializzazione, scambio culturale e interazione sociale, finalizzato alla mediazione tra contenuti e forme di cultura e tra stili di insegnamento/apprendimento, e alla pluralità di percorsi culturali. È dunque un luogo di costruzione e non semplicemente di trasmissione della cultura; è luogo di interazioni, collocate su due piani: quello delle relazioni formali, costituito da prestazioni specifiche e regolate da norme finalizzate al mantenimento dell'ordine; quello delle relazioni informali, che avvengono per lo più nel gruppo tra pari.
Il Progetto Scuole Anlaids Lazio promosso dal 2003 nella Regione Lazio si svolge principalmente su Roma, Latina e Viterbo con l'adesione di oltre 60 Scuole ogni anno. In 15 anni sono stati incontrati circa 100.000 studenti.
Il Progetto Scuole ha dunque il fine di sensibilizzare una particolare fascia di popolazione che si ritiene più a rischio, perché è l'età in cui si iniziano le prime esperienze sessuali e non si ha spesso la percezione del rischio.
L'adolescenza peraltro può rappresentare un periodo di profondi cambiamenti fisici e psicologici, durante il quale i giovani imparano ad assumere il controllo delle proprie azioni e a prendere decisioni responsabili in considerazione delle conseguenze per sé stessi e per gli altri.
Nel tempo il Progetto Scuole si è adattato all'evoluzione della scuola stessa e di un'adolescenza che per definizione è dinamica e in continuo cambiamento. Alcune Sezioni del Progetto sono state realizzate anche grazie alla collaborazione con altre Istituzioni, come ad esempio l'Ordine Opi di Roma, e altre associazioni che si occupano di Aids o istituzioni molto vicine alla tematica delle infezioni sessualmente trasmissibili. Da circa 3 anni sono state coinvolte anche le sedi di formazione universitaria e organizzate delle giornate di prevenzione all'interno di spazi universitari. A conclusione dell'anno scolastico e sulla base dei dati raccolti dalla somministrazione dei pre e post test agli Studenti partecipanti sono state elaborati e pubblicati i risultanti dati statistici.
Il modello privilegiato di questo progetto è risultato essere la Peer Education adattata di volta in volta ai diversi contesti. La Peer Education è una metodologia che si basa sull'attivazione di percorsi di apprendimento e di conoscenza in grado di incidere a cascata nel contesto sociale di riferimento attraverso le abilità e le competenze sviluppate dai leader formati. Assumendo il ruolo di "esperti", i leader tentano di indurre un cambiamento nelle conoscenze, atteggiamenti, norme, credenze e comportamenti dei loro colleghi e coetanei. Nel campo specifico dell'HIV/AIDS/IST, dove inevitabilmente si viene in contatto con il tema della sessualità, dell'affettività e delle relazioni, si assiste, nel gruppo dei pari, alla presenza di maggiori "permessi" nel raccontare e scambiare esperienze personali e nel proporre soluzioni rispetto a problematiche comportamentali ed emotive. Ciò rende l'azione formativa più "attrattiva" nei confronti del gruppo oltre che più efficace. La centralità della comunicazione, dei linguaggi e dei saperi comuni, propria della peer education, consente ai soggetti coinvolti di attivare e sviluppare abilità e competenze, di incrementare il proprio senso di autoefficacia e di attivare fattori protettivi.
Il progetto disegna così un percorso informativo/formativo che ha un duplice bersaglio: un gruppo di Infermieri selezionato (bersaglio ristretto) e l'universo dei giovani studenti appartenenti alle scuole medie superiori e alle Università coinvolte nel progetto (bersaglio allargato).
Uno dei punti di forza del progetto è appunto l'equipe multidisciplinare formata da infermieri, medici, psicologi biologi, e volontari opportunamente formati.

METODOLOGIA

- Corsi accreditati ECM rivolti a circa 100/150 infermieri sul tema delle malattie a trasmissione sessuale ed in particolare sull'infezione da HIV/AIDS.
- Corsi accreditati ECM per infermieri selezionati e motivati da inserire nelle equipe e/o di aggiornamento per infermieri già selezionati.

- Incontri In/Formativi per gli Studenti dei Corsi di Laura in Infermieristica attraverso seminari In/Formativi, programmi mirati e somministrazione pre e post test.
- Incontri In/Formativi per gli Studenti delle Scuole Secondarie di Secondo Grado (bersaglio dell'intervento educativo) attraversi seminari In/Formativi, programmi mirati e somministrazione pre e post test.
- Supervisione periodica con le equipe per il monitoraggio e la condivisione delle varie attività.
- Organizzazione Evento Finale (Giornata Internazionale dell'Infermiere).

TARGET
Studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica inseriti nel territorio di OPI Roma e Provincia.
Studenti delle Scuole Secondarie di Secondo Grado della Regione Lazio.

RISULTATI ATTESI

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

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Supervisione e inserimento degli infermieri già formati nelle varie attività	Coordinatori, Equipe di 4/5 formatori/educatori/tutor	Da Gennaio a Maggio 2021
Formazione di un gruppo "core" infermieristico di Esperti – Corsi ECM	Coordinatori, Equipe di 4/5 formatori/educatori/tutor	Da Maggio a Settembre 2021
Attivazione Incontri In/Formativi Elaborazione strumenti di indagine e PRE-TEST	Project manager e coordinatori e project team	Da Settembre 2019 a Maggio 2020
Laboratori In/Formativi con gli studenti universitari	Coordinatori e project team, Gruppo core di Esperti	Ottobre 2019-Maggio 2020
Monitoraggio, supervisione e POST TEST ...elaborazioni statistiche Stesura report	Coordinatori	Gennaio – Maggio 2020
Organizzazione della Giornata finale della prevenzione e "Restituzione finale"	CONSULENTI ...Project manager Coordinatori e project team...con tutti gli attori del progetto!!	Gennaio-Aprile 2020
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori	Giornata internazionale dell'infermiere Maggio 2020

DIAGRAMMA GANTT

MESE	GEN 2019	FEB 2019	MAR 2019	APR 2019	MAG 2019	GIU 2019	LUG 2019	AGO 2019	SET 2019	OTT 2019	NOV 2019	DIC 2019	GEN 2020	FEB 2020	MAR 2020	APR 2020	MAG 2020	GIU 2020
Supervisione e inserimento degli infermieri già formati nelle varie attività																		
Formazione di un gruppo "core" infermieristico di Esperti																		

MESE	GEN 2019	FEB 2019	MAR 2019	APR 2019	MAG 2019	GIU 2019	LUG 2019	AGO 2019	SET 2019	OTT 2019	NOV 2019	DIC 2019	GEN 2020	FEB 2020	MAR 2020	APR 2020	MAG 2020	GIU 2020
Attivazione Incontri In/Formativi Elaborazione strumenti di indagine e PRE-TEST																		
Laboratori con gli studenti universitari																		
Monitoraggio, supervisione post-test																		
Report ed Elaborazioni statistiche																		
Organizzazione della Giornata finale della prevenzione e "Restituzione finale"																		

BIBLIOGRAFIA

1. Albarracin, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. Psychological bulletin, 127(1), 142.
2. Auslander, B. A., Perfect, M. M., Succo, P. A., & Rosenthal, S. L. (2007). Perceptions of Sexual Assertiveness among Adolescent Girls: Initiation, Refusal, and Use of Protective Behaviors. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 20(3), 157–162.
3. Bungay V, Masaro C, Gilbert M (2014) Examining the scope of public health nursing practice in sexually transmitted infection prevention and management: what do nurses do?. Journal Of Clinical Nursing. [Epub ahead of print].
4. Camoni L, Boros S, Regine V, Ferri M, Santaquilani M, Pugliese L, Suligoi B (2013) Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2012. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 26(9, Suppl. 1), 3-47.
5. Camoni L, Regine V, Stanecki K, Salfa M, Raimondo M, Suligoi B (2014). Estimates of the Number of People Living with HIV in Italy. Biomed Research International, 2014, 1-6.
6. Campbell, S. A. (1992). Women, men, and condoms. Psychology of Women Quarterly,16(3), 273.
7. Dunn L, Ross B, Caines T, Howorth P (1998) A school-based HIV/AIDS prevention education program: Outcomes of peer-led versus community health nurse-led interventions. Canadian Journal of Human Sexuality, 7(4), 339-46.
8. Fettig J, Swaminathan M, Murrill C, Kaplan J (2014) Global Epidemiology of HIV. Infectious Disease Clinics of North America, 28(3), 323-37.
9. Fonner V, Armstrong K, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M (2014) School Based Sex Education and HIV Prevention in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. Plos One, 9(3), 89692.
10. Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. Psychological Bulletin, 119(3), 390.
11. Goldman, J. A., & Harlow, L. L. (1993). Self-perception variables that mediate AIDS preventive behavior in college students. Health Psychology, 12(6), 489.
12. Gong, J., Stanton, B., Lunn, S., Deveaux, L., Li, X., Marshall, S., et al. (2009). Effects through 24 months of an HIV/AIDS prevention intervention program based on protection motivation theory among preadolescents in the Bahamas. Pediatrics, 200823631.
13. Guaita F. (cur.). (2011). Manuale pratico per operatori conduttori di moduli in classe. Indicazioni operative per l'applicazione del modulo didattico di prevenzione dell'aids negli istituti scolastici. Centro stampa ULSS 13.
14. Hogan D, Baltussen R, Hayashi C, Lauer J, Salomon J (2005) Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries. British Medical Journal, 331(7530), 1431-7.
15. Johnson-Mallard V, Lengacher C, Kromrey J, Campbell D, Jevitt C, Daley E, Schmitt K (2007) Increasing

knowledge of sexually transmitted infection risk**.** The Nurse Practitioner, 32(2), 26-32.

16. Lanciotti, E. (2012). Igiene per le professioni sanitarie (pp. 134-138). Milano: McGraw-Hill.
17. Lema V (2013) Sexual dysfunction among HIV patients: three case reports and review of literature: case report**.** African Journal of Reproductive Health: Special Edition On HIV/AIDS: Special Edition. 4(17), 161-70.
18. Maartens G, Celum C, Lewin S (2014) HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. The Lancet, 384(9939), 258-71.
19. Manago, A. M., Ward, L. M., Lemm, K. M., Reed, L., & Seabrook, R. (2015). Facebook involvement, objectified body consciousness, body shame, and sexual assertiveness in college women and men. Sex Roles, 72(1-2).
20. Onuoha, F. N., & Munakata, T. (2005). Correlates of adolescent assertiveness with HIV avoidance in a four-nation sample. Adolescence, 40(159), 525-532.
21. Oppong Asante, K., Meyer-Weitz, A., & Petersen, I. (2014). Substance use and risky sexual behaviours among street connected children and youth in Accra, Ghana. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 9, 45.
22. Painter, C. (2000). Sexual health, assertiveness and HIV (2. ed.). Cambridge (UK): Daniels Publishing
23. Puharić, D., Borovac, J., & Petrov, B. (2015). Attitudes of adolescents towards sexual health in three cities from Croatia and Bosnia and Herzegovina. International Nursing Review, 62(3), 294-302.
24. Rickert, V., Sanghvi, R., & Wiemann, C. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? Perspectives On Sexual & Reproductive Health, 34(4), 178-183.
25. Royce, R. A., Sena, A., Cates Jr, W., & Cohen, M. S. (1997). Sexual transmission of HIV New England Journal of Medicine, 336(15), 1072-1078.
26. Sacco W. P., Levine B., Reed D. L., & Thompson K. (1991). Attitudes about condom use as AIDS-Relevant Behavior: their factor structure and relation to condom use. A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3 (2), 267-272.
27. Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2013). Predictors of sexual assertiveness: the role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse. Arch Sex Behav, 42(6), 1043-1052.
28. Schmid, A., Leonard, N. R., Ritchie, A. S., & Gwadz, M. V. (2015). Assertive Communication in Condom Negotiation: Insights From Late Adolescent Couples' Subjective Ratings of Self and Partner. Journal of Adolescent Health, 57, 94-99.
29. Scott-Sheldon, L. A. J., Walstrom, P., Harrison, A., Kalichman, S. C., & Carey, M. P. (2013). Sexual risk reduction interventions for HIV prevention among southafrican youth: A meta-analytic review. Current HIV Research, 11(7), 549-558
30. Spauwen, L. W. L., Niekamp, A. -., Hoebe, C. J. P. A., & Dukers-Muijrers, N. H. T. M. (2015). Drug use, sexual risk behaviour and sexually transmitted infections among swingers: A cross-sectional study in the netherlands. Sexually Transmitted Infections, 91(1), 31-36.
31. Valdiserri, R. O., Arena, V. C., Proctor, D., & Bonati, F. A. (1989). The relationship between women's attitudes about condoms and their use: implications for condom promotion programs. American Journal of Public Health, 79(4), 499–501.
32. Wang, B., Stanton, B., Deveaux, L., Li, X., Koci, V., & Lunn, S. (2014). The Impact of Parent Involvement in an Effective Adolescent Risk Reduction Intervention on Sexual Risk Communication and Adolescent Outcomes. AIDS Education & Prevention, 26(6), 500-520.
33. Widman, L., Noar, S. M., Choukas-Bradley, S., & Francis, D. (2014). Adolescent Sexual Health Communication and Condom Use: A Meta-Analysis. Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 33(10), 1113–1124.
34. Yesmont, G. A. (1992). The relationship of assertiveness to college students' safer sex behaviors. Adolescence, 27(106), 253.
35. Zak-Place, J., & Stern, M. (2004). Health belief factors and dispositional optimism as predictors of STD and HIV preventive behavior. Journal of American College Health, 52(5), 229-236.
36. Notiziario Istituto Superiore Sanità Vol 28; N.2; febbraio_2015.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

LA FORMAZIONE DEGLI STUDENTI INFERMIERI

COORDINATORE PROGETTO
G. Ciliento

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.21.3

TITOLO PROGETTO

La formazione degli studenti infermieri sulle infezioni correlate all'assistenza

The training of nursing students on health care-associated infections

ABSTRACT

Background:
L'infermiere è colui che mette al servizio del malato le sue conoscenze e competenze per ripristinare una condizione di benessere. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono un problema di salute pubblica con risvolti negativi sul benessere dei pazienti e per i costi del servizio sanitario nazionale. Le ICA sono fra i numerosi esiti sensibili alle cure infermieristiche, per le quali sono state dimostrate correlazioni statisticamente significative con l'assistenza infermieristica erogata. Sono un esito di cura sensibile allo staffing infermieristico, inteso come *skill mix* di conoscenze e competenze, e le ore infermiere paziente. Questo gravoso problema è strettamente correlato alle conoscenze e competenze specifiche sulle ICA, argomento che deve sempre più trovare spazio e essere inserito nella formazione universitaria di base.

Obiettivi:
Fornire agli studenti del corso di laurea in Infermieristica uno spazio formativo sulle attività di prevenzione e gestione sulle ICA, orientare la consapevolezza dell'agire professionale sulla tematica di rischio infettivo. Realizzare un modello di collaborazione tra Università e la Società Scientifica Nazionale Infermieri Specialisti nel Rischio Infettivo (ANIPIO).

Metodi e strumenti:
Formazione con strategie e tecniche interattive e/o utilizzo di piattaforme per modalità di lezioni in remoto sincrono e asincrono. Utilizzo di terminali per la gestione informatica, internet, con accesso ai motori di ricerca, e materiale didattico per le attività pratiche e interattive fornito dai docenti.

Risultati attesi:
Al termine dell'attività didattica lo studente sarà in grado di comprendere le problematiche sulle ICA, di identificare le attività assistenziali a rischio infettivo.
Realizzare un modello collaborativo nel campo della formazione universitaria dei corsi base, tra università e società scientifica infermieristica.

ABSTRACT

Background:
Nursing care protects the greatest gift, your health. The nurse is the one who places his or her knowledge and skills at the service of the patient to restore a state of well-being. When we talk about healthcare associated to infections (HCAI) we are talking about our knowledge and skills, how our actions can be instrumental in increasing or reducing this risk. HCAIs are a public health problem with negative implications for the well-being of patients and for National Health Care Service costs. HCAIs are among the

many nursing-sensitive outcomes studies, for which statistically significant correlations with the nursing care provided have been demonstrated. They are a care outcome sensitive to nurse activity, intended as a skill mix of knowledge and skills, and nurse-patient hours. This burdensome problem is closely related to specific knowledge and skills on HCAIs, a topic that must increasingly find its place and be included in basic university education.

Objectives:
To provide the students of the degree course in Nursing with an educational space on the prevention and management activities on HCAIs, to direct the awareness of the professional action on the topic of infectious risk.
To create a model of collaboration between the University and the National Scientific Society of Infectious Risk Specialists Nurses (ANIPIO).

Methods:
An interactive seminar will be performed with problem solving strategies and techniques and/or use of platforms for synchronous and asynchronous remote teaching modalities. Use of terminals for computer management, internet, with access to search engines, and teaching materials for practical and interactive activities provided by the teachers will be granted to nursing students.

Expected results:
At the end of the didactic activity the student will be able to understand the issues related to HCAIs, to identify the care activities that pose an infectious risk. To create a collaborative model in the field of university education of basic courses, between universities and the scientific nursing society.

BACKGROUND

La sicurezza delle cure "patient safety" è una dimensione della qualità essenziale e irrinunciabile per i sistemi sanitari. Essa deve essere garantita da parte dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie. Si tratta di misure che, anche in tempi di revisione e riduzione dei costi, non devono venire derogate, perché garantire la sicurezza è un dovere deontologico da parte dei professionisti nei confronti delle persone assistite; nonché un diritto costituzionalmente garantito.(1) All'interno del capitolo della sicurezza delle cure una tematica particolarmente rilevante (rappresenta fino al 40% degli eventi avversi) è quella della prevenzione del rischio infettivo e delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).(1) Il rischio infettivo correlato all'assistenza è stato definito dall'European Centers Disease Control (ECDC) un problema di sanità pubblica, per l'elevato impatto clinico, di sicurezza delle cure ed economico.(2) Le infezioni associate all'assistenza sanitaria (ICA) sono un problema di salute pubblica che aumenta i costi dell'assistenza sanitaria.(3)(4) La letteratura sul contributo infermieristico agli esiti dei pazienti è notevolmente aumentata. Nell'ambito del Progetto "Registered Nurse Forecast" è stata correlata la mortalità ospedaliera a 30 giorni dall'ammissione alle variabili dello staff infermieristico: carico di lavoro e "formazione di base".(5) Fra i numerosi esiti sensibili alle cure infermieristiche studiati vi sono anche le infezioni correlate all'assistenza. Una revisione della letteratura pubblicata nel 2017 ha messo in evidenza le correlazioni tra le caratteristiche dello staff infermieristico e l'incremento delle ICA. Tali studi sono fondamentali per i dirigenti infermieristici, contribuiscono a valutare correttamente il fabbisogno numerico e di competenze dello staff infermieristico, al fine di aumentare la sicurezza delle cure dei pazienti ricoverati.(6) La sicurezza delle cure e la prevenzione e controllo delle ICA sono tematiche trasversali a tutte le pratiche assistenziali. Esse devono essere patrimonio di tutti i professionisti e caratterizzare il loro agire fin dal primo momento in cui entrano come studenti (fase pre-laurea) presso le organizzazioni sanitarie per accompagnarli lungo tutto il ciclo lavorativo attraverso aggiornamenti basati sulle evidenze scientifiche e sulle nuove tecnologie che si rendono disponibili.
La formazione dei professionisti sanitari sulla sicurezza delle cure e sulla prevenzione e controllo delle ICA è uno dei requisiti costantemente raccomandati in tutti i documenti ufficiali ma è, spesso, anche uno dei più carenti. La letteratura scientifica però indica che proprio sulla sfida di modificare conoscenze, attitudini e comportamenti dei professionisti sanitari si gioca la possibilità di ridurre in modo significativo i rischi di errore e quelli legati alle ICA. Per superare questa carenza è necessario adottare un efficace programma formativo su sicurezza delle cure e prevenzione e controllo delle ICA capace di garantire una omogeneità di comportamenti tra professionisti in tutte le articolazioni dei sistemi sanitari.(7) Nei corsi di laurea in infermieristica, non sono omogeneamente attivi corsi dedicati esclusivamente al rischio infettivo, la formazione su questa tematica è ancora frammentaria ed eterogenea per diverse università. L'apprendimento specifico di questo argomento è soprattutto demandato a corsi di specializzazione, master e laurea magistrale. La formazione universitaria degli studenti in infermieristica deve comprendere tematiche specifiche sul rischio infettivo, sulla prevenzione e gestione delle ICA. La formazione nei corsi di studio deve fornire le basi scientifiche e la preparazione teorico-pratica all'esercizio della professione,

nonché all'autonomia professionale, decisionale e operativa. La tematica della sicurezza delle cure è quindi un capitolo fondamentale della formazione. In tale ambito le competenze devono derivare dall'integrazione orizzontale e verticale dei saperi e devono basarsi su un metodo di insegnamento prevalentemente centrato sulla capacità di affrontare problemi (*problem-based learning*, PBL) fornendo anche strumenti per la loro risoluzione (*problem solving*) e su modalità quanto più interattive.(1)(8) Risulta per quanto detto necessaria e doverosa una attività formativa specifica per gli infermieri ed erogata da infermieri specialisti in rischio infettivo.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

- Analizzare il livello di conoscenza e competenza degli studenti del terzo anno del corso di laurea infermieristica sulle le infezioni correlate all'assistenza e in particolar modo: gli aspetti epidemiologici del fenomeno, il ruolo, le responsabilità, le esperienze, le strategie e opportunità degli infermieri nel contrastare le infezioni correlate l'assistenza.
- Realizzare un modello di formazione e apprendimento mediante una collaborazione tra università e il mondo esperienziale della professione (società scientifica ANIPIO) sul tema delle infezioni correlate all'assistenza, illustrando esperienze operative di prevenzione, controllo e sorveglianza oltre l'epidemiologia internazionale e nazionale, le principali raccomandazioni scientifiche sulle buone pratiche e il ruolo degli infermieri di clinica nel contrastare le infezioni correlate all'assistenza.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Analizzare le ore dedicate al rischio infettivo nelle varie discipline;
- Analizzare e descrivere il livello di apprendimento e le competenze acquisite dagli studenti sul rischio infettivo;
- Attuare strategie collaborative e tracciare percorsi formativi tra il mondo Universitario e il mondo esperienziale della società scientifica ANIPIO;
- Realizzazione incontri formativi a tema come laboratorio di studio di strategie per la formazione e apprendimento delle tematiche legate alle infezioni correlata all'assistenza;
- Implementare strumenti di valutazione tra pari per analizzare il bisogno formativo sulle infezioni correlate all'assistenza.

INDICATORI

Fase conoscitiva

- Ore formative dedicate sul rischio infettivo per anno di corso.
- Tematiche affrontate sul rischio infettivo per anno di corso.
- Discipline che affrontano le tematiche del rischio infettivo per anno di corso.
- Metodologie, strategie, tecniche e strumenti didattici utilizzati sulla tematica del rischio infettivo correlato all'assistenza per ogni Universitaria coinvolta nel progetto.

Fase collaborativa

- Sedi universitarie che aderiscono al progetto sul totale delle università coinvolte.
- Numero delle sedi coinvolte per ogni singola Università.

Fase Formativa

- Numero di discenti formati sul totale dei discenti coinvolti.
- Numero percentuale di domande positive sul totale delle domante somministrate tra il pre e post test.
- Numero di eccellenti sul numero di test di gradimento somministrati.
- Livello di giudizio espresso dai discenti sull'operato del docente.

Fase Post formativa

- Numero di progetti realizzati dai discenti sulle nuove strategie per contrastare il rischio infettivo correlato all'assistenza.
- Livello di competenza dimostrata nella conduzione e presentazione dei progetti.

METODOLOGIA

Il progetto è articolato su quattro fasi e ha una durata biennale.

Fase conoscitiva

In questa fase vengono contattati i direttori didattici dei CdL di infermieristica delle sedi universitarie, ubicate sul territorio di Roma Capitale, con corsi attivi di laurea in Infermieristica.
Il contatto con le università avviene in due tempi:

- Telefono: ha lo scopo di presentare in modo esplicativo il progetto ed acquisire un consenso preliminare.
- E-mail: fornire il materiale informativo necessario per illustrare il progetto, inviare la scheda strutturale per raccogliere le informazioni descritte negli indicatori e programmare gli eventuali incontri in conference call.

Fase Collaborativa

In questa fase vengono pianificati una serie di conference call per concordare, pianificare e calendarizzare la fase formativa e quella post formativa, oltre a verificare le informazioni ricavate sulla scheda strutturale.
Il progetto prevede la preparazione del materiale didattico, gli strumenti e le modalità di erogazione concordati con i direttori didattici. Il materiale didattico viene preparato alla luce delle evidenze scientifiche attualmente disponibili e delle conoscenze di base acquisite dagli discenti rispetto al curriculum formativo.
I coordinatori del progetto procedono alla calendarizzazione degli incontri formativi pianificati con i direttori didatti e, in accordo con il team dei formatori, definiscono la distribuzione delle attività.
Il direttore didattico del CdL o suo delegato provvede, dopo accettazione della data prescelta per la Fase Formativa, alla disponibilità delle aule necessarie per la lezione didattica, qualora sia possibile effettuare formazione in presenza.

Fase Formativa

La terza fase del progetto prevede l'attuazione delle strategie formative su modelli interattivi come: gruppi di discussione, analisi dei casi di studio, gruppi di riepilogo, sessioni di domande e risposte e dimostrazioni pratiche. I formatori facenti parte del team sono ISRI o soci ANIPIO (Società Scientifica di Infermieri Specialisti in Rischio Infettivo) e garantiscono la qualità della formazione erogata. La modalità di erogazione prevista per questa fase è di circa 20 incontri in presenza, tuttavia, in considerazione dell'attuale emergenza pandemica e delle attuali norme di sicurezza potrà essere decisa in concertazione con le sedi universitarie, la realizzazione di più giornate formative o in alternativa erogazione tramite formazione a distanza (webinar) e nel caso si rendesse necessario anche blended learning. Questa fase verrà condotta possibilmente da due formatori, tenendo conto delle contingenze del periodo e delle indicazioni istituzionali per il contenimento dell'emergenza pandemica. Al fine di garantire la massima sicurezza nello svolgimento dei seminari, si assicura che ogni formatore è stato vaccinato secondo le indicazioni del piano vaccinazione anti Covid-19 della regione Lazio.
Il progetto formativo prevede il monitoraggio e la valutazione per ogni modulo formativo per ogni gruppo classe per sede di Corso di Laurea in Infermieristica ed una valutazione finale al termine del calendario annuale di formazione. Prima dello svolgimento di ogni incontro, si prevede la somministrazione di un questionario di ingresso anonimo costruito ad hoc per la valutazione del livello appropriato di performance (LAP) d'ingresso sia del singolo studente che complessivamente del gruppo classe. Al termine dell'attività formativa sarà segnato una attività di gruppo mediante un specifico mandato, da presentare nella fase post-formazione, e somministrato il questionario d'uscita che valuterà l'acquisizione dei contenuti didattici affrontati e il LAP di uscita. Inoltre, sarà somministrato un breve questionario di gradimento dell'attività fin qui svolta, espresso in forma anonima dagli studenti del gruppo classe.

Fase Post-formativa

In questa ultima fase gli studenti sono invitati a presentare in gruppo i loro elaborati. Tale attività verrà pianificata in presenza o in webinar in considerazione delle norme di sicurezza per l'emergenza pandemica e le esigenze organizzative dell'università. Gli elaborati verranno presentati in power point, ogni diapositiva deve contenere la sintesi del pensiero critico di ogni componente del gruppo, il numero delle diapositive equivalgono al numero dei componenti di un gruppo. I formatori hanno il compito di moderare l'esposizione, il tempo degli interventi verrà concordato con ogni singolo gruppo per un tempo massimo non superiore a 3 minuti per singolo studente. Ogni elaborato presentato sarà valutato dagli studenti mediante una griglia di valutazione da compilare on-line. Gli elementi valutati sono: la conoscenza del tema trattato, la padronanza dell'argomento, la padronanza e significato della

terminologia adottata e in fine un giudizio generale di ogni singolo studente con nota esplicativa. Al termine della fase Post-formativa gli studenti potranno verificare in tempo reale la valutazione finale di ogni gruppo e commentare il risultato.

CAMPIONE

Il progetto è rivolto a studenti del terzo anno dei corsi di laurea in infermieristica. L'attività didattica è rivolta agli studenti del terzo anno in quanto hanno già acquisito, nel curriculum universitario, l'esperienza di pratica clinico/assistenziale nei vari setting di assistenza e le nozioni di base in materia di igiene, infettivologia e sanità pubblica, necessarie per affrontare tematiche sulle infezioni correlate l'assistenza.

Le sedi didattiche interessate sono le sedi Universitarie ubicate sul territorio di Roma Capitale.

EVENTUALI STRUMENTI DA UTILIZZARE

Le Risorse Umane coinvolte nel progetto prevedono la partecipazione di un Project manager che si occupa della parte di pianificazione ed organizzativa, i coordinatori del gruppo dei formatori che si occupano della parte gestionale del progetto, la calendarizzazione delle attività, e il team dei formatori che attuano la fase formativa e post-formativa. Tutta la parte gestionale e organizzativa sarà supportata dalla segreteria nazionale di ANIPIO.

Le risorse materiali e tecnologiche utilizzate per la realizzazione il progetto sono:

- Terminali per la gestione informatica, con accesso ai motori di ricerca, quali Google o/e YouTube.
- Videoproiettori, e materiale di cancelleria.
- Materiale didattico specifico sul rischio infettivo; prevenzione e gestione ICA, ruolo attivo dell'infermiere di clinica/assistenza e ISRI.
- Piattaforme per attività in webinar.

ANALISI DEI DATI

Le verifiche del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici vengono effettuate tramite un monitoraggio per singola sede, al termine delle attività formative e al termine del progetto.

È prevista una ulteriore valutazione del gradimento da parte degli studenti del seminario interattivo per la valutazione dei contenuti erogati, gli strumenti utilizzati, e i formatori.

L'analisi dei dati viene effettuata mediante l'utilizzo di statistica descrittiva, i dati saranno raccolti tramite moduli di Google e analizzati tramite software Excel.

INDICAZIONI ETICHE

Il progetto rispetta tutte le finalità etiche legate al percorso formativo degli studenti infermieri regolate dagli Ordinamenti Didattici Universitari, nonché le finalità etiche garantite dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche.

Il progetto presenta la rilevanza precipua per garantire standard professionali di alta competenza alla luce delle nuove sfide emergenti, in un mondo sempre più globalizzato, dove la mobilità professionale e le situazioni di emergenza (pandemie, etc), costituiscono il punto cardine delle attività sanitarie.

RISULTATI ATTESI

L'emergenza sanitaria pandemica ha evidenziato quanto la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale e del bisogno di salute del cittadino richiedano, non solo di una forte organizzazione ma anche di professionisti preparati, consapevoli, competenti e formati sul rischio infettivo. Abbiamo sicuramente bisogno di "spazi" formativi per il rischio infettivo correlato all'assistenza nella pianificazione formativa dei corsi universitari per Infermieri. Il progetto propone di analizzare il livello di conoscenze degli studenti al terzo anno di infermieristica sulla tematica delle infezioni correlate all'assistenza e di implementare un modello di collaborazione tra università e società scientifiche che trattano quella particolare tematica.

Tale attività si prefigge di attuare percorsi di offerta formativa dove il modo lavorativo, esperienziale e specialistico degli infermieri impiegati nella lotta contro le infezioni correlate all'assistenza si congiunge ai corsi di laurea in infermieristica. In questo modo, l'infermiere con il suo bagaglio esperienziale e di competenze oltre a far crescere la propria comunità scientifica, contribuisce ad arricchire le conoscenze degli infermieri laureandi su tematiche di rischio infettivo. Il risultato sul singolo studente sarà la consapevolezza del ruolo agito nella prevenzione e gestione del rischio infettivo, in considerazione dell'acquisizione delle conoscenze di base, le evidenze scientifiche e le migliori strategie di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza nei vari setting assistenziali. Inoltre, i dati elaborati nel progetto potranno, oltre che mappare le conoscenze di base degli studenti, evidenziarne i punti di forza e di debolezza e rivelare i bisogni formativi specifici.

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

Il progetto formativo acquista una rilevanza nazionale in funzione della possibilità di riduzione del rischio infettivo. Esso rappresenta una opportunità di poter fornire agli studenti dei corsi di Laurea delle Università delle sedi di Roma (eterogenee nella identificazione dei bisogni formativi e relativi contenuti didattici) un modello formativo esportabile su tutto il territorio regionale e nazionale.

I risultati del progetto potranno essere un punto di partenza per una riflessione più ampia (a livello locale nelle Università e a livello centrale Ministeriale) nell'ambito della formazione e implementare l'attività di revisione degli ordinamenti didattici universitari e degli stessi contenuti volti alla valorizzazione della formazione specialistica erogata dagli Infermieri per gli Infermieri.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Progettazione e sviluppo	Project Manager	01/04/2021 -01/05/2021
Pianificazione docenze	Project manager, Coordinatori	01/05/2021 – 01/07/2021
Pianificazione con le sedi Didattiche	Project Manager , Coordinatori	01/05/2021 – 01/12/2021
Preparazione materiale didattico	Coordinatori e project team	01/05/2021 – 01/07/2021
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test e post test	Coordinatori e project team	01/05/2021 – 01/07/2021
Preparazione dei corsi su piattaforma, dei seminari in presenza	Coordinatori e project team	01/05/2021 – 01/07/2021
Erogazione Formazione	Coordinatori e Project Team	01/09/2021 – 31/12/2022
Elaborazione dati progetto/ report 2021/2022	Coordinatori e Statistico	01/01/2022 -01/02/2023
Realizzazione Pubblicazione finale	Project manager e coordinator e project team	01/03/2023 – 01/04/2023
Pubblicazione e Chiusura progetto 2021	Project manager e coordinatori e project team	01/04/2023

DIAGRAMMA GANTT 2021

MESE	APR 21	MAG 21	GIU 21	LUG 21	AGO 21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DIC 21
Progettazione e sviluppo									
Pianificazione docenze									
Pianificazione con le sedi Didattiche									
Preparazione materiale didattico									
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test e post test									

MESE	APR 21	MAG 21	GIU 21	LUG 21	AGO 21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DIC 21
Realizzazione dei corsi su piattaforma, preparazione dei seminari in presenza									
Erogazione Formazione									

DIAGRAMMA GANTT 2022/2023

MESE	GEN 22	FEB 22	MAR 22	APR 22	MAG 22	GIU 22	LUG 22	AGO 22	SET 22	OTT 22	NOV 22	DIC 22	GEN 23
Erogazione Formazione													
Elaborazione dati 2021/2022													
Realizzazione Pubblicazione													
Pubblicazione, Chiusura progetto													

BIBLIOGRAFIA

1. Agodi A, Auxilia F, Brusaferro S, Chiesa R, D'Alessandro D, D'Errico MM, et al. Education and training in patient safety and prevention and control of healthcare associated infections | La formazione in tema di sicurezza delle cure e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Epidemiol Prev. 2014;38(6):153–7.
2. Report S. Annual epidemiological report for 2015 SURVEILLANCE REPORT 2. 2017;(December):1–10. Available from: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2015-healthcare-associated-infections_0.pdf.
3. Barlow G, Duffy S, Monnet D, Lim T-A, Cassini A, Craig D, et al. Economic evaluations of interventions to prevent healthcare-associated infections literature review. [Internet]. 40 p. Available from: www.ecdc.europa.eu.
4. Zarb P, Coignard B, Griskeviciene J, Muller A, Vankerckhoven V, Weist K, et al. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance report - Point prevalence survey of healthcareassociated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Eurosurveillance. 2012;17(46):1–16.
5. Sasso L, Bagnasco A, Zanini M, Catania G, Aleo G, Santullo A, et al. The general results of the RN4CAST survey in Italy. J Adv Nurs. 2017;73(9):2028–30.
6. Seligardi M, Bassi M MM. Esiti sensibili alle cure infermieristiche e staffing:le infezioni correlate all'assistenza.Revisione della letteratura. Assist Inferm e Ric. 2017;36(4):172–8.
7. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 13]. Available from: http://apps.who.int/bookorders.
8. Cristofori E DPA. Il laboratorio professionale nella formazione. Vol. 1: Teorie e metodi. II. CEA, editor. 2017. 700 p.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

MENTORSHIP NEI CORSI DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

MENTORSHIP SUPPORT IN NURSING BACHELOR'S DEGREE

COORDINATORE PROGETTO
A. Fierro

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.21.4

TITOLO DEL PROGETTO

Diminuire l'insuccesso accademico con un intervento di mentorship nei Corsi di Laurea in Infermieristica

Decreasing the academic failure with a mentorship support in Nursing bachelor's degree

ABSTRACT

Background: Il *fallimento accademico* (FA) è un fenomeno di grande interesse per i sistemi sanitari e le università.
Obiettivi generali: L'obiettivo generale di questo progetto è quello di sperimentare una strategia di mentorship per contrastare il *FA* nei Corsi di Laurea in Infermieristica.
Obiettivi specifici: a) Valutare, in seguito all'intervento di mentorship, la percentuale di studenti che riportano FA, le loro caratteristiche sociodemografiche, psicosociali ed accademiche e le motivazioni per cui hanno riportato FA; b) Valutare i predittori del FA.
Metodi: sono stati pianificati due disegni di studio: cross sectional e longitudinale. Gli studenti verranno reclutati all'interno dei Corsi di Laurea in Infermieristica. Il gruppo di ricerca procederà in 3 fasi: 1) Costruzione di due database LANE 2 (Longitudinal Assessment Nursing Evaluation) e AFNS (Academic Failure Nursing Student) 2) Messa in atto un *intervento di mentorship,* 3) Valutazione dell'efficacia dell'*intervento di mentorship*.
Risultati attesi: I risultati intermedi previsti sono la costruzione dei due database (LANE2 e AFNS). Il risultato finale prevede la valutazione dell'efficacia di un *intervento di mentorship* attraverso i seguenti indicatori: percentuale di studenti con successo accademico, percentuali di studenti che abbandonano o cambiano corso, performances degli studenti nelle valutazioni all'esame di tirocinio e di abilitazione.

Parole chiave: Studenti Infermieri, fallimento accademico, abbandono degli studi, mentorship.

ABSTRACT

Background: Academic failure (AF) is a phenomenon of great interest for health systems and universities.
General objectives: To experiment a mentorship support for reducing AF in Nursing bachelor's degree.
Specific objectives: a) To assess, after the mentorship support, the percentage of students reporting AF, their socio-demographic, psychosocial and academic characteristics and the reasons for which they reported AF; b) to evaluate the predictors of AF.
Methods: Two study designs were planned: cross sectional and longitudinal. Students will be recruited in the Nursing bachelor's degree. The research group will proceed in 3 phases: 1) Construction of two database LANE 2 (Longitudinal Assessment Nursing Evaluation) and AFNS (Academic Failure Nursing Student) 2) Implementation of a mentorship support, 3) Evaluation of the effectiveness of the intervention of mentorship.
Expected results: The intermediate results are the construction of the two databases (LANE2 and AFNS).

The final result provides for the evaluation of the effectiveness of a mentorship intervention through percentage of students with academic success, percentage of students who drop out or change course, student performance in the clinical training and professional qualification exams.

Key words: Nursing students, academic failure, drop out, mentorship.

BACKGROUND

Il fallimento accademico (FA) degli studenti è un fenomeno di grande interesse per la professione infermieristica, il sistema accademico e la società. La domanda di infermieri sul mercato del lavoro è aumentata nel tempo in tutti i paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (1) sia per il numero di infermieri che ogni anno si ritira dalla propria attività per raggiunti limiti di età, sia perché gli infermieri stanno ampliando sempre più i propri ambiti di esercizio (2). In Italia, la forza lavoro infermieristica è rappresentata da 6.1 infermieri ogni 1000 abitanti comparata alla media dei Paesi Europei che si attesta su 8.6 infermieri (3). Per questa ragione il governo Italiano ha deciso di aumentare i posti disponibili negli Atenei Italiani per la formazione infermieristica (4) permettendo, in questo modo, una pianificazione della forza lavoro in linea con la domanda del mercato (5). Il FA accresce i costi che l'Università deve sostenere per la formazione (6) e dal 2010 con il Decreto Ministeriale 22 settembre 2010 n 17 (7) è un parametro di valutazione dell'efficienza di un corso che viene preso in considerazione per accedere a fondi stanziati dal governo (8, 9). Le Università inoltre possono essere danneggiate dal fenomeno del FA nella loro reputazione e prestigio con una perdita di potenziali "clienti" (8-10). Infine un corso di studi di alta qualità, in grado di supportare gli studenti nel proprio percorso formativo, è un fattore cruciale per prevenire l'esclusione sociale (11), promuovere lo sviluppo umano e accrescere il capitale sociale e culturale del Paese, creando le condizioni per lo sviluppo economico e il progresso della società (12).
Pertanto il FA dovrebbe essere preso in considerazione sia dai sistemi sanitari sia dalle università, che devono cercare di laureare un numero di infermieri in linea con la domanda del mercato e contenere i costi della formazione (10, 13). Tuttavia, sebbene sia disponibile letteratura su questo argomento da vari paesi, il fenomeno non è stato sufficientemente studiato in Italia (14, 15).
Il FA in letteratura è stato definito in diversi modi. Alcuni autori lo definiscono sulla base della media dei voti (GPA) raggiunta a vari livelli del percorso (16, 17), altri autori lo definiscono utilizzando i punteggi ottenuti nel corso di fisiopatologia (18), nella pratica clinica (16), nei corsi teorici relativi alla disciplina infermieristica (16), nell'esame di abilitazione a livello nazionale (NCLEX / RN) (19), nel passaggio all'anno di corso successivo o calcolando la percentuale di studenti che non completa il corso (16, 17). Per questo progetto si è scelto di definire il FA come l'incapacità dello studente di completare il proprio percorso di studi nei tempi stabiliti in base a quanto già definito dalla normativa italiana (D.M. n.17/2010) e da altri autori del contesto nazionale (12, 15, 20).
Il FA riporta percentuali che variano tra l'8,9% (21) al 38,8% (12). Accanto agli studenti che non terminano il percorso nei tempi stabiliti vi sono anche studenti che abbandonano il corso la cui percentuale si aggira per gli studenti infermieri intorno al 19-20% (22) mentre, secondo stime della FNOPI (23), il tasso complessivo di insuccesso accademico, comprendente gli abbandoni, si attesterebbe intorno al 35-37%. Solitamente uno studente infermirere abbandona nei primi 18 mesi del percorso (24) ma anche tardivamente (25).
Molte variabili sono associate al FA quali l'età (15, 26), il sesso maschile (15), la condizione di studente lavoratore per più di 16 ore settimanali (26) e gli impegni familiari (es. prendersi cura dei bambini) (15). Anche il voto di maturità (15, 17), il tipo di maturità (20), il punteggio del test di pre-ammissione (15), la qualità del rapporto con i i docenti e la qualità delle sedi di tiroicnio (14, 15), l'autoefficacia percepita (27) e la motivazione (28, 29) sono fortemente associate al FA.
Tra gli interventi proposti in letteratura per contrastare il fenomeno del FA troviamo il supporto nella pratica clinica e formativa, interventi di counselling che potrebbero aiutare gli studenti ad identificare le ragioni di discontinuità nei percorsi formativi (30), una buona relazione con lo staff accademico e un tutor personale di riferimento sia per il percorso teorico sia nelle aree di tirocinio (31). Infine l'autoefficacia e la motivazione sono variabili che,se potenziate attraverso strategie di supporto/mentorship (32), possono contrastare il FA.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

L'obiettivo generale di questo progetto è quello di approfondire il fenomeno del FA (abbandoni, fuori corso, laurea oltre i tempi stabiliti) nei Corsi di Laurea in Infermieristica e sperimentare una *strategia di mentorship* per contrastare questo fenomeno.

OBIETTIVI SPECIFICI ED INDICATORI

1) Valutare la percentuale di studenti che riportano FA (abbandoni, fuori corso e laurea oltre i tempi previsti), le loro caratteristiche sociodemografiche, psicosociali ed accademiche e le motivazioni per cui hanno riportato FA;
2) Valutare i predittori del FA;
3) Valutare l'efficacia di un intervento di mentorship per contrastare il FA.

METODOLOGIA

Disegno del progetto

Disegno di studio cross sectional e longitudinale.

CAMPIONE E SETTING

Gli studenti verranno reclutati all'interno dei Corsi di Laurea in Infermieristica. Saranno inclusi coloro che si sono immatricolati dall'anno accademico 2020/2021 per lo studio longitudinale mentre per lo studio cross sectional saranno reclutati studenti che sono iscritti o stati iscritti dall'anno accademico 2006/2007 al 2018/2019.

FASI DEL PROGETTO

Il gruppo di ricerca procederà in 3 fasi:

1) Approfondimento del fenomeno del FA in un contesto internazionale e nazionale e costruzione di due database per evidenziare le variabili associate al FA tra gli studenti infermieri: LANE 2 (Longitudinal Assessment Nursing Evaluation) e AFNS (Academic Failure Nursing Student);
2) Impostazione di un *Intervento di mentorship* nei confronti degli studenti che si avvale di un *Tutor Didattico di anno di corso* che coadiuva il Direttore Didattico nelle attività di:

- Inserimento dello studente nel contesto accademico attraverso evento di Orientamento;
- Orientamento al tirocinio con incontri seriali e condivisione delle Linee Guida di Tirocinio e Competenze cliniche di anno;
- Tutorato clinico attraverso simulazioni, piattaforme online, casi clinici;
- Tutorato di gruppo su aree cliniche od individuale su richiesta dello studente con debriefing periodici per raccogliere le loro esperienze, supportarli nel loro percorso e monitorare gli esiti di apprendimento e supervisione dei processi di apprendimento d'aula e attraverso colloqui individuali pianificati e su richiesta dello studente;
- Collaborazione nella valutazione finale delle competenze raggiunte in tirocinio. Analisi delle situazioni in cui si prevedono esiti negativi insieme al Coordinatore/Referente Clinico, Coordinatore Gestionale;
- Predisposizione della continuità didattica tra i vari anni attraverso consegne periodiche al Tutor Didattico dell'anno successivo;

3) Valutazione dell'efficacia dell'*Intervento di mentorship* attraverso:

- Numero di studenti che riportano FA;
- CFU maturati;
- Valutazioni medie riportate all'esame di tirocinio;
- Numero studenti che falliscono l'esame di tirocinio.

Procedure per la raccolta dati

I dati saranno raccolti utilizzando il database LANE 2 e AFNS.

Dimensione campionaria

Considerando che il progetto prevede una valutazione degli studenti iscritti ai Corsi di Laurea in Infermieristica si stima un campione di circa 800 studenti per un periodo di follow up di almeno 3 anni accademici per lo studio longitudinale. Per lo studio cross-sectional si attende un campione di circa 250 soggetti.

ANALISI DEI DATI

- *Nella seconda fase* del progetto si prevede la valutazione delle variabili di esito (numero di studenti fuori corso, abbandoni, ritiri, CFU maturati, valutazioni medie riportate all'esame di tirocinio, numero studenti che falliscono l'esame di tirocinio) attraverso una statistica descrittiva comprensiva di indici di frequenza, percentuali ed indici di centralità quali la media, la moda, mediana e la deviazione standard. Saranno validati tutti gli studenti inseriti nel database LANE2 attraverso analisi di validità di costrutto (analisi fattoriale esplorativa, confermativa), di criterio e di affidabilità. La valutazione delle variabili associate ed interagenti con il FA verrà effettuata attraverso analisi di regressione, mediazione e moderazione.
- *Nella terza fase* si analizzeranno le caratteristiche sociodemografiche, psicosociali ed accademiche

degli studenti che hanno riportato FA, attraverso una statistica descrittiva comprensiva di indici di frequenza, percentuali ed indici di centralità quali la media, la moda, mediana e la deviazione standard. Saranno validati tutti gli studenti inseriti nel database AFNS attraverso analisi di validità di costrutto (analisi fattoriale esplorativa, confermativa), di criterio e di affidabilità. La valutazione delle variabili associate ed interagenti con il FA verrà effettuata attraverso analisi di regressione, mediazione e moderazione.

RISULTATI ATTESI

L'obiettivo generale di questo progetto è quello di approfondire il fenomeno del FA nei Corsi di Laurea in Infermieristica e sperimentare una *strategia di mentorship* per contrastare questo fenomeno. I risultati di questo studio permetteranno di diminuire i costi della formazione per le Università ma anche per le famiglie degli studenti, e faciliteranno la programmazione, da parte del sistema sanitario, della forza lavoro infermieristica. L'Università inoltre potrà presentare parametri di efficacia ai fini della valutazione ANVUR.
Nella prima fase i *risultati intermedi previsti sono una revisione integrativa della letteratura che verrà pubblicata su rivista internazionale.* Saranno quindi costruiti due database, il LANE2 ed il AFNS; *I risultati intermedi previsti sono una serie di pubblicazioni su rivista internazionale di validazione degli strumenti inseriti nei due database e pubblicazioni relative alle caratteristiche dello studente che ha riportato FA, le motivazioni riportate, le variabili associate e che predicono il FA. Nella seconda fase verrà messo in atto un intervento di mentorship e nella terza* ci si attende di valutare l'efficacia di questo interventi. Gli esiti a cui si farà riferimento saranno la percentuale di studenti che riportano FA, i CFU maturati ogni anno e le performance accademiche (media delle valutazioni all'esame di tirocinio dei 3 anni e di abilitazione). Gli indicatori di efficaci saranno confrontati con i risultati provenienti dal database amministrativo che riporta i dati di un campione di studenti infermieri frequentanti dall'anno accademico 20011/12 fino al 2014/2015. Ci si attende che:

1) **il successo accademico nell'a.a. 2021/2022 sarà almeno del 35%; si ridurranno le percentuali di studenti che abbandonano o cambiano corso.** Attualmente, secondo il database amministrativo, il 30.6% degli studenti raggiunge il successo accademico, il 7.8% cambia corso, il 10.5% lo abbandona ed il 55.4% si laurea con un tempo maggiore rispetto a quello stabilito (33).
2) **gli studenti mantengono le medie di valutazione sia all'esame di tirocinio sia a quello di abilitazione.** Attualmente, secondo il database amministrativo, tra gli studenti di successo le medie di valutazioni all'esame di tirocinio sono di 26.5 ± 2.9 (18-30L) al 1° anno di corso, 27.2 ± 2.9 (18-30L) al 2 anno, e 27.9 ± 2.8 (18-30L) al 3 anno. La media riportata all'esame di abilitazione è di 102.5 ± 6.7 (76-111) (33).

Il risultato consisterà in un report di ricerca intermedio e finale (disponibile a 24 e 36 mesi dall'inizio dello studio). I risultati finali dello studio consisteranno, nei mesi successivi, anche nella pubblicazione di articoli su riviste internazionali.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ 2021-2024	DURATARISORSE IMPEGNATE
1.	Aprile 2021Coordinatori, p**roject teamRevisione int**egrativa della letteratura
2.	Maggio 2021Coordinatori, project teamDatabase AFNS
3.	Luglio 2021Coordinatori, project teamDatabase LANE2
4.	Maggio 2021-Febbraio 2022 **Coordinatori, proj**ect teamRaccolta dati AFNS
5.	Febbraio 2022-Settembre 2024 **Coordinatori, proje**ct teamRaccolta dati LANE2
6.	Aprile 2021-Settembre 2024 **Coordinatori, project teamPubblicazioni relative** al database LANE 2 e AFNS
7.	Febbraio 2023- Marzo 2024 C**oordinatori, project teamReport intermedio e** finale di ricerca finale

DIAGRAMMA GANTT

ATTIVITÀ	2021			2022	2023	2024
	APR	MAG	LUG	FEB	FEB	MAR
Revisione integrativa della letteratura						
Database AFNS						
Database LANE2						
Raccolta dati AFNS						
Raccolta dati LANE2						
Pubblicazioni relative al database LANE 2 e AFNS						
Report di ricerca intermedio e finale						

BIBLIOGRAFIA

1. OECD. Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places. OECD Health Policy Studies, editor. Paris: OECD Publishing; 2016.
2. Daniel KM, Smith, C.Y,. Present and future needs for nurses. Journal of Applied Biobehavioral Research. 2018;23(1):e12122.
3. OECD/European Observatory on Health Systems Policies. Italia: Profilo della sanità 2017. Paris: OECD Publishing; 2017.
4. Mastrillo A. Lauree Triennali delle professioni sanitarie. Dati sull'accesso ai corsi e programmazione posti nell' A.A. 2012-13. Relazione alla Conferenza Nazionale dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, Portonovo di Ancona. 2012 [Available from: http://www3.med.unipmn.it/lf/ps/Report_Mastrillo_11nov2012.pdf].
5. Gaynor L, Gallasch T, Yorkston E, Stewart S, Turner C. Where do all the undergraduate and new graduate nurses go and why? A search for empirical research evidence. The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation. 2006;24(2):26-32.
6. Ministero Italiano dell'Università e della Ricerca (MIUR). Decreto autovalutazione, accreditamento iniziale e periodico delle sedi e dei corsi di studio e valutazione periodica, Roma, 30 gennaio 2013 n. 47. 2013.
7. Decreto Ministeriale 22 settembre 2010 n 17. Requisiti necessari dei corsi di studio. 2010.
8. Altbach P. G. The Globalization of College and University Rankings. Change: The Magazine of Higher Learning. 2012;44:26-31.
9. Hazelkorn E. Reflections on a Decade of Global Rankings: What we've learned and outstanding issues. European Journal of Education. 2013;49:12-28.
10. Cameron J, Roxburgh M, Taylor J, Lauder W. Why students leave in the UK: an integrative review of the international research literature. Journal of clinical nursing. 2011;20(7-8):1086-96.
11. Freeman JC, All A. Academic Support Programs Utilized for Nursing Students at Risk of Academic Failure: A Review of the Literature. Nursing education perspectives. 2017;38(2):69-74.
12. Lancia L, Petrucci C, Giorgi F, Dante A, Cifone MG. Academic success or failure in nursing students: results of a retrospective observational study. Nurse education today. 2013;33(12):1501-5.
13. Hazelkorn E. Rankings and the battle for world-class excellence: Institutional strategies and policy choices. Journal of Higher Education Policy and Management. 2009;21:2-21.
14. Dante A, Valoppi G, Saiani L, Palese A. Factors associated with nursing students' academic success or failure: a retrospective Italian multicenter study. Nurse education today. 2011;31(1):59-64.
15. Dante A, Fabris S, Palese A. Predictive power of individual factors and clinical learning experience on academic success: findings from a longitudinal study. Nurse educator. 2015;40(3):E1-6.
16. Pitt V, Powis D, Levett-Jones T, Hunter S. The influence of personal qualities on performance and progression in a pre-registration nursing programme. Nurse education today. 2014;34(5):866-71.
17. 17. Wambuguh O, Eckfield M, Van Hofwegen L. Examining the Importance of Admissions Criteria in Predicting Nursing Program Success. International journal of nursing education scholarship. 2016;13(1).

18. Salamonson Y, Andrew S, Everett B. Academic engagement and disengagement as predictors of performance in pathophysiology among nursing students. Contemporary nurse. 2009;32(1-2):123-32.
19. Ali PA, Naylor PB. Association between academic and non-academic variables and academic success of diploma nursing students in Pakistan. Nurse education today. 2010;30(2):157-62.
20. Lancia L, Caponnetto V, Dante A, Mattei A, La Cerra C, Cifone MG, et al. Analysis of factors potentially associated with nursing students' academic outcomes: A thirteen-year retrospective multi-cohort study. Nurse education today. 2018;70:115-20.
21. Seago JA, Keane D, Chen E, Spetz J, Grumbach K. Predictors of students' success in community college nursing programs. The Journal of nursing education. 2012;51(9):489-95.
22. Destrobecq A, Destefani C, Sponton A. [Abandonment of nursing courses: a survey regarding the motivations which lead the students to the abandonment of the nursing degree course]. Professioni infermieristiche. 2008;61(2):80-6.
23. Federazione Nazionale Collegio IPASVI. Indagine sulla forma zione universitaria degli infermieri. Rapporto 2007/2008. 2010 [Available from: http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/62/Indagine%202007-2008.pdf.
24. White J, Williams WR, Green BF. Discontinuation, leaving reasons and course evaluation comments of students on the common foundation programme. Nurse education today. 1999;19(2):142-50.
25. Bakker EJM, Verhaegh KJ, Kox J, van der Beek AJ, Boot CRL, Roelofs P, et al. Late dropout from nursing education: An interview study of nursing students' experiences and reasons. Nurse education in practice. 2019;39:17-25.
26. Everett B, Salamonson Y, Trajkovski S, Fernandez R. Demographic and academic-related differences between standard-entry and graduate-entry nursing students: a prospective correlational survey. Nurse education today. 2013;33(7):709-13.
27. Richardson M, Abraham C, Bond R. Psychological correlates of university students' academic performance: a systematic review and meta-analysis. Psychological bulletin. 2012;138(2):353-87.
28. Dieci E, Ryan RM. Cognitive evaluation theory." Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. Boston: Springer; 1985. 43-85 p.
29. Mitchell JV. Interrelationships and predictive efficacy for indices of intrinsic, extrinsic, and self-assessed motivation for learning. Journal of Research & Development in Education. 1992;25(3):149-55.
30. McSherry W, Marland GR. Student discontinuations: is the system failing? Nurse education today. 1999;19(7):578-85.
31. 31. Last L, Fulbrook P. Why do student nurses leave? Suggestions from a Delphi study. Nurse education today. 2003;23(6):449-58.
32. Schunk DH, Zimmerman BJ. Influencing children's self-efficacy and self-regulation of reading and writing through modeling. Reading & Writing Quarterly: Overcoming Learning Difficulties. 2007;23(1):7-25.
33. Bulfone G MR, Cocco M, Maurici M, Anastasia M, Macale L, Sili A, Vellone E, Alvaro R. Which academic variable predict academic success? – a longitudinal study in a Nursing Bachelor Degree. Annali d'Igiene. 2021;under review.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

DIDATTICA A DISTANZA NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

DISTANCE LEARNING IN NURSING EDUCATION

COORDINATORE PROGETTO
C. Cervoni

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.21.5

TITOLO PROGETTO

Didattica a distanza nella formazione infermieristica: impatto sulla conoscenza e sul senso di appartenenza alla professione

Distance learning in nursing education: impact on knowledge and on the sense of belonging to the profession

ABSTRACT

Background: Il passaggio da una didattica *face-to-face* a quella online non è stato semplice e potrebbe aver avuto un impatto negativo sull'apprendimento dello studente.

Obiettivi educativi: comprendere l'impatto della didattica online sullo studente.

Obiettivi generali: sviluppare uno strumento in grado di valutare l'impatto della formazione a distanza sulle conoscenze e sul senso di appartenenza alla professione degli studenti.

Obiettivi specifici: analizzare se lo studente preferisce un insegnamento on-line o in presenza e la percezione relativamente all'apprendimento.

Metodo: Lo studio, cross sectional, prevede la costruzione dello strumento, la valutazione delle sue proprietà psicometriche, la somministrazione del questionario a studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica, e l'analisi dei dati. Si prevede un campione di circa 1000 studenti. Il progetto si articolerà in 2 anni.

Strumenti di valutazione: la costruzione del Nursing Knowledge and Sense of Belonging to the Profession with Online Learning (NKSBPOL), avverrà dopo una revisione della letteratura ed un focus group organizzato con gli studenti.

Risultati attesi: I risultati intermedi del progetto saranno: lo sviluppo di uno strumento, un report sulle percezioni degli studenti. Il risultato finale consisterà in un report di ricerca completo e nella pubblicazione di articoli su riviste internazionali.

Parole chiave: e-learning, studenti infermieri, valutazione della percezione

ABSTRACT

Background: The transition from face-to-face to online teaching was not easy and could have had a negative impact on student learning.

Educational objectives: to understand the impact of online teaching on the student.

General objectives: to develop an instrument for assessing the impact of distance learning on students' knowledge and sense of belonging to the profession.

Specific objectives: to analyze whether the student prefers online or face-to-face teaching and the perception about learning.

Methods: The cross-sectional study provides the development of the instrument, the assessment of its psychometric properties, the administration of the questionnaire to students of the Nursing Bachelor Degree, and data analysis. A sample of about 1000 students is expected. The project will take place over 2 years.

Evaluation tools: the construction of the Nursing Knowledge and Sense of Belonging to the Profession with Online Learning (NKSBPOL), will take place after a literature review and a focus group organized with students.

Expected results: The intermediate results of the project will be: the development of an instrument, a report on students' perceptions. The final result will consist of a research report and publications in international journals.

Keywords: e-learning, nursing students, perception assessment

BACKGROUND

La pandemia da SARS-CoV-2 ha coinvolto verificatesi a Wuhan, in Cina, ha coinvolto tutto il mondo in un fenomeno di estrema gravità: la pandemia (1). Molte persone sono state infettate in 216 paesi, aree e territori di tutto il mondo. Al 1/03/2021 i casi erano 114.719.234 con 21.756.357 casi ed i decessi 2.543.954 (1). Molte persone sono state infettate in 216 paesi, aree e territori di tutto il mondo, con 21.756.357 casi e la malattia da coronavirus si trasmette attraverso contatto diretto o ravvicinato tra le persone (3), e l'allontanamento sociale è stato uno delle regole dettate per prevenire la trasmissione e diffusione del virus. Pertanto, è stata disposta la riduzione dei contatti sociali, la chiusura delle attività commerciali e delle sedi formative in tutto il mondo. Così, le attività di milioni di studenti e insegnanti sono cambiate improvvisamente e sono state sostituite dalla formazione a distanza affinché fosse garantita la continuità dell'apprendimento degli studenti (4, 5).

Anche la formazione degli operatori sanitari ha subito una vera rivoluzione in quanto gli Atenei si sono trovati a dover organizzare non solo le lezioni frontali ma anche i laboratori pre-clinici per lo sviluppo di skills ed il tirocinio. Gli studenti di area sanitaria, quindi, a causa della pandemia, si hanno visto venir meno il loro normale coinvolgimento nella cura dei pazienti, per l'inadeguatezza dei dispositivi di protezione individuale e la diffusione massiccia dei casi. Le lezioni teoriche e pratiche sono state immediatamente adattate per la loro realizzazione virtuale con uno sforzo significativo per docenti e studenti. L'e-learning non si limita solo a sessioni di videoconferenza o alla condivisione di diapositive, video e documenti ma anche ad un ruolo attivo ed interattivo tra docente e studente fornendo allo studente l'opportunità di leggere, scrivere, discutere, pensare, porre domande, risolvere problemi, e analizzare nuovi contenuti ed apprendimenti (6). Questo ha imposto ai docenti l'organizzazione di didattica clinica online, la creazione e l'utilizzo di casi clinici virtuali. L'utilizzo di piattaforme che propongono casi clinici virtuali può abilitare e promuovere un apprendimento profondo soprattutto quando adeguatamente organizzati e accompagnati da discussione in gruppo (debriefing). Tuttavia, questi grandi cambiamenti per i docenti hanno reso difficile rispondere adeguatamente alle esigenze degli studenti senza contare gli svantaggi dell'e-learning quali un feedback limitato dagli studenti, la dipendenza dalla disponibilità di Internet e il costo di tali sistemi (7).

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

L'obiettivo generale di questo progetto è quello di valutare l'impatto della didattica online sull'apprendimento dello studente.

OBIETTIVI SPECIFICI ED INDICATORI

1. sviluppare uno strumento in grado di valutare la percezione degli studenti infermieri dei 3 anni di corso rispetto alla formazione on-line. La costruzione del Nursing Knowledge and Sense of Belonging to the Profession with Online Learning (NKSBPOL), avverrà dopo una revisione della letteratura ed un focus group organizzato con gli studenti;
2. valutare le proprietà psicometriche dello strumento;
3. somministrare lo strumento agli studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica dei tre anni di corso. Si distingueranno tre gruppi di studenti: 1° e 2° anno che hanno usufruito esclusivamente di didattica a distanza, 3° anno che ha utilizzato didattica a distanza ed in presenza;
4. analizzare l'impatto della formazione a distanza sulle conoscenze e sul senso di appartenenza alla professione degli studenti. In particolare, si analizzerà:
   a) la preferenza, per lo studente, di un insegnamento on-line o in presenza per le lezioni teoriche e precliniche;
   b) la percezione dello studente rispetto all'efficacia delle lezioni teoriche on-line in relazione al materiale condiviso dal docente, le metodologie utilizzate e la modalità di esame;
   c) la percezione dello studente rispetto all'efficacia della didattica on-line su casi clinici simulati e alla modalità di discussione (debriefing);

d) le difficoltà riscontrate rispetto alla tecnologia richiesta e alla modalità di studio;
e) la percezione dello studente rispetto al livello di apprendimento.

METODOLOGIA

DISEGNO DI STUDIO

Disegno di studio cross sectional.

CAMPIONE E SETTING

Saranno inclusi gli studenti dei tre anni dei Corsi di Laurea in Infermieristica. Si distingueranno tre gruppi: 1 e 2 anno che hanno usufruito esclusivamente di didattica a distanza, 3 anno che ha utilizzato didattica a distanza ed in presenza.

STRUMENTI

Il gruppo di ricerca procederà allo sviluppo di uno strumento in grado di valutare la percezione degli studenti infermieri dei 3 anni di corso rispetto alla formazione on-line.

PROCEDURA PER LA RACCOLTA DATI

I dati saranno raccolti utilizzando un database dedicato allo studio con accesso tramite link.

DIMENSIONE CAMPIONARIA

Considerando il numero di accesso degli studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica si prevede un campione di circa 1000 soggetti. Il progetto si articolerà in 2 anni.

ANALISI DEI DATI

Nella la prima fase, per testare la validità di contenuto dello strumento verrà utilizzato il Content Validity Index (Lynn, 1986). Un gruppo di esperti nella formazione infermieristica valuterà la rilevanza degli item rispetto alle finalità generali e specifiche dello strumento utilizzando una scala Likert a 5 punti. È prevista una seconda fase in cui verrà valutata la validità di facciata dello strumento con un gruppo di 30 studenti, 10 del 1, 10 del 2 anno e 10 del 3 anno di corso.

Nella la seconda fase del progetto si utilizzeranno tecniche statistiche descrittive (media, SD, mediana, moda, asimmetria e curtosi) per analizzare i punteggi dei singoli item dello strumento e per descrivere il campione. Inoltre, verrà valutata la validità di costrutto attraverso l'analisi fattoriale esplorativa e confermativa e la validità di criterio; infine verrà analizzata l'affidabilità attraverso l'alfa di Cronbach ed il factor score determinacy. Per valutare le differenze tra le percezioni degli studenti verrà utilizzato il test dell'ANOVA.

RISULTATI ATTESI

I risultati di questo studio ci permetteranno di comprendere l'impatto della formazione a distanza sulle conoscenze e sul senso di appartenenza alla professione degli studenti. Si avranno indicazioni relativamente alle difficoltà nello studio e nell'apprendimento tra gli studenti che hanno usufruito principalmente di didattica online e di quelli invece che hanno usufruito sia di didattica face-to-face sia di didattica online. Sarà utile anche comprendere la percezione dello studente sulle attività precliniche e la discussione di casi clinici organizzati online, sulle lezioni teoriche e il materiale e gli strumenti utilizzati dai docenti. Tutto ciò permetterà di avere delle informazioni che saranno utili per eventuali interventi di miglioramento prima dell'inserimento dei neo-infermieri nel mondo del lavoro.
Da questo progetto ci si attende di sviluppare uno strumento che valuta la percezione degli studenti infermieri dei 3 anni di corso rispetto alla formazione on-line; si procederà poi alla valutazione delle sue proprietà psicometriche.
L'intero progetto potrà essere valutato con risultati intermedi e finali.
I risultati intermedi saranno una revisione sistematica della letteratura e l'elaborazione dello strumento; un report sulle percezioni degli studenti. Il risultato finale consisterà in un report di ricerca completo (disponibile a 24 mesi dall'inizio dello studio) e nella pubblicazione di articoli su riviste internazionali.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ 2 ANNI (2021-2022)	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Revisione della letteratura	Coordinatori, project team	Aprile-Luglio 2021
Costruzione dello strumento	Coordinatori, project team	Luglio-Agosto 2021
Analisi di contenuto e facciata dello strumento	Coordinatori, project team	Novembre 2021
Somministrazione dello strumento	Coordinatori, project team	Dicembre-Marzo 2021 - 2022
Analisi dei dati	Coordinatori, project team	Aprile 2022
Preparazione ed invio articolo di revisione sistematica	Coordinatori, project team	Maggio 2022
Preparazione ed invio articolo di validazione	Coordinatori, project team	Giugno 2022
Preparazione ed invio articolo finale	Coordinatori, project team	Luglio-Dicembre 2022
Scrittura report di ricerca	Coordinatori, project team	Marzo 2023

DIAGRAMMA GANTT

ATTIVITÀ	2021					2022							2023
	APR	LUG	AGO	NOV	DIC	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	OTT	DIC	MAR
Revisione della letteratura	■	■											
Costruzione dello strumento		■	■										
Analisi di contenuto e facciata dello strumento				■									
Somministrazione dello strumento					■	■							
Analisi dei dati							■						
Preparazione ed invio articolo di revisione sistematica								■					
Preparazione ed invio articolo di validazione									■				
Preparazione ed invio articolo finale										■	■	■	
Scrittura report di ricerca													■

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. What is Coronavirus 2020 [Available from: *https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses*.
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic 2020 [Available from: *https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019*.
3. Repici A, Maselli R, Colombo M, Gabbiadini R, Spadaccini M, Anderloni A, et al. Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know. Gastrointestinal endoscopy. 2020;92(1):192-7.
4. Moreno JM, Gortazar L. Schools' readiness for digital learning in the eyes of principals. An analysis from PISA 2018 and its implications for the COVID19 (Coronavirus) crisis response. Education for Development Blog, Washington, DC: The World Bank. 2020.

5. Ozer M. Educational Policy Actions by the Ministry of National Education in the times of COVID-19 Pandemic in Turkey. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2020;28:1124-9.
6. Zayapragassarazan Z. COVID-19: Strategies for Engaging Remote Learners in Medical Education. Online Submission. 2020;9(273):1-18.
7. Cook DA. Web-based learning: pros, cons and controversies. Clinical medicine (London, England). 2007;7(1):37-42.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

VALUTAZIONE DELLA FRAGILITÀ

ASSESSMENT OF FRAILTY

COORDINATORE PROGETTO
S. Gentili

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.1

TITOLO PROGETTO

La fragilità nella popolazione anziana ultraottantenne: un trial pragmatico

The frailty on Community-Dwelling older Adults: a pragmatic trial

ABSTRACT

Background: La fragilità multidimensionale associata all'aumento delle patologie cronico-degenerative pone sfide in termini di sanità pubblica e programmazione assistenziale sempre più rilevanti. La necessità di rispondere in maniera adeguata ai bisogni di salute della popolazione ultraottantenne, per prevenire l'insorgenza degli esiti negati di salute, è diventata nel corso degli anni il fulcro dell'assistenza dell'Infermiere di Comunità. Nonostante l'interesse nazionale ed internazionale legato a questo campo pochi sono tutt'ora gli studi che si concentrano sulla promozione di interventi e sulla rilevanza degli stessi in termini di sanità pubblica nei confronti della popolazione ultraottantenne residente a domicilio.

Obiettivi: L'obiettivo di questo studio è quello di portare rilevanza scientifica a modelli assistenziali-educativi nella gestione della popolazione fragile ultraottantenne.

Metodi e strumenti. Sarà condotto un trial pragmatico. Il campione sarà formato da due gruppi 200 persone per il gruppo dei casi a cui sarà effettuato l'intervento da parte dell'infermiere di comunità e 200 per i controlli. Saranno somministrati questionari a T0 e a T1.

Risultati attesi. Lo studio porterà ad avere inizialmente un quadro determinato dal livello di fragilità al fine di predire il rischio di mortalità, ospedalizzazione e istituzionalizzazione. Dopo l'intervento, la valutazione della fragilità e i fattori ad essa associati daranno un quadro più dettagliato per indirizzare e soddisfare adeguatamente i bisogni di salute.

ABSTRACT

Background: The multidimensional frailty associated with the increase of chronic diseases, highlights significant challenges in terms of public health and care planning. Over the years, the need to adequately respond to the health needs of community-based elderly people to prevent adverse health outcomes has become the cornerstone of community nursing care. Despite the national and international interest linked to this field, there are still few studies that focus on the promotion of interventions and their relevance in terms of public health towards Community-Dwelling older Adults.

Objectives: The objective of this study is to bring scientific relevance to proactive models in the management of the frail over 80 population.

Methods and tools: A pragmatic trial will be conducted. The sample will consist of two groups: 200 cases, to which the intervention by the community nurse will be carried out, and 200 controls. Questionnaires will be administered at T0 and T1.

Expected results: The study will initially lead to an assessment of the level of frailty to predict the risk of mortality, hospitalization, and institutionalization. After the intervention, the assessment of frailty and associated factors will provide a more detailed framework to address and adequately meet health needs.

BACKGROUND

L'invecchiamento rappresenta il fenomeno cardine del XXI secolo, tanto che il WHO ha stimato che entro il 2050 la popolazione anziana (>60 anni) raggiungerà il 22%(1). Questo fenomeno ci pone davanti a sfide importanti in termini di sanità pubblica, soprattutto in risposta al cambiamento dei bisogni di salute. Gli ultra75enni in Italia son l'11.7% del totale della popolazione, di cui il 42.3% soffre di tre o più patologie croniche(2).

In questo contesto si inserisce il paradigma della fragilità che non è più legata al solo deterioramento fisico(3), ma che diventa un processo dinamico in cui vi è la perdita di uno o più domini (fisico, psichico, sociale ed economico) assumendo così un valore multidimensionale(4).

A livello internazionale è sempre più opinione comune che uno screening precoce della fragilità, correlato con un intervento integrato di sanità pubblica possa ridurre gli esiti negativi, quali ospedalizzazione, istituzionalizzazione e mortalità(5,6).

La valutazione precoce della fragilità, quale strumento predittivo di esiti negativi(7), permette una rielaborazione e integrazione dei servizi sociosanitari per rispondere in maniera più adeguata alla domanda assistenziale della popolazione anziana a partire dal rafforzamento dell'assistenza territoriale e di comunità(6,8,9). Da una parte, quindi, la casa assume una valenza "terapeutica" se non contribuisce all'isolamento sociale che è fattore di rischio per la mortalità degli anziani, dall'altra risulta necessario ripensare i servizi con un approccio proattivo guidato dall'infermiere di comunità in grado di integrare la sfera sociale e sanitaria(10).

Inoltre, lo sviluppo di piani personalizzati e modelli di prevenzione sui bisogni specifici del paziente anziano risultano necessari anche per far fronte a situazioni emergenziali, quali l'attuale pandemia da COVID-19(11) e le ondate di calore(12), che aumentano il rischio di esiti negativi a causa del predominante isolamento sociale(13,14) di questa fascia di popolazione.

L'infermiere di comunità, assume un ruolo chiave(15), poiché con approccio proattivo coopera con tutti i professionisti della salute(16) migliorando la qualità di vita(17) dei pazienti anziani fragili e contribuendo allo sviluppo del benessere bio-psico-sociale(18).

Da 18 anni è attivo sul territorio Nazionale il programma comunitario di monitoraggio attivo "Viva gli anziani!" (VVA) per contrastare l'isolamento sociale(10). L'isolamento sociale è un aspetto fondamentale della fragilità e strettamente correlato alla qualità della rete sociale attorno all'individuo. Il programma VVA è rivolto ai cittadini di età superiore ai 74 anni con un'attenzione particolare agli ultraottantenni, questo perché è stato studiato che la fragilità è tre volte superiore tra gli over 74 rispetto alla fascia di età 65-74 anni(6).

Nonostante il tema sempre più attuale dell'infermiere di comunità, pochi studi(16,19,20) hanno analizzato l'impatto della fragilità e l'intervento dell'infermiere di comunità in termini di sanità pubblica e di predittività degli outcome negativi di salute.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

Costituire un modello innovativo di rete sociosanitaria attorno all'anziano, che contrasti l'isolamento sociale e rallenti il declino funzionale, rappresenta l'obiettivo primario del modello.

OBIETTIVI SPECIFICI

a. Fornire uno screening della fragilità tramite valutazione multidimensionale della fragilità di I livello.
b. Fornire uno screening della fragilità tramite valutazione multidimensionale della fragilità di II livello per identificare i bisogni specifici di assistenza e organizzare le priorità di invio alla rete sanitaria.
c. Intervento a sostegno del paziente per migliorare il supporto sociale.
d. La prevenzione del ricovero in casa di riposo/RSA.
e. La riduzione di incidenza di eventi acuti tali da portare all'accesso al sistema dell'emergenza o al ricovero ospedaliero.
f. Il contenimento degli incrementi di mortalità in occasione di crisi epidemiche o ambientali.
g. La riduzione del rischio di ridotta compliance alle terapie.

INDICATORI

a. Percentuale di cittadini ultra80enni residenti nell'area di intervento e percentuale di soggetti effettivamente presi in carico dal servizio tra quelli che ne avrebbero avuto bisogno.
b. Percentuale di piani di assistenza individualizzati sul totale dei "molto fragili" (>90%) e dei fragili (>50%).
c. Riduzione del 30% dei soggetti isolati socialmente.
d. Incidenza dell'istituzionalizzazione.
e. Incidenza di ricoveri ospedalieri.
f. Riduzione del Tasso di mortalità.

g. Percentuale di pazienti con elevata aderenza alla terapia (>95%) dei farmaci assunti correttamente) sul totale dei pazienti educati.

METODOLOGIA

Disegno dello studio: verrà condotto un "Pragmatic Trial", confrontando una popolazione di anziani che partecipano al programma "Viva gli Anziani!" con una popolazione che usufruisce di servizi standard previsti dal Sistema Sanitario Nazionale. Questa metodologia di ricerca permetterà di svolgere l'intervento all'interno dell'attività di routine del programma.

CAMPIONE

La popolazione oggetto d'indagine sarà costituita da 400 ultraottantenni, residenti nella regione Lazio. Saranno suddivisi in maniera casuale in due gruppi: casi (200), a cui verrà effettuato un intervento preventivo di educazione sanitaria, e controlli (200), che effettueranno cure standard previste dal Sistema Sanitario Nazionale.

EVENTUALMENTE STRUMENTI DA UTILIZZARE

Verranno utilizzati i seguenti strumenti:

- Functional Geriatric Evaluation (FGE)(21,22) e Short Functional Geriatric Evaluation (SFGE)(23) per la valutazione multidimensionale della fragilità e altamente predittivo di esiti negativi, quali l'ospedalizzazione, l'istituzionalizzazione e la mortalità nella popolazione anziana. Il questionario sarà somministrato a T0 (Baseline) e T1 sia nel gruppo dei casi che nel gruppo dei controlli.
- Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)(24) per la valutazione del supporto sociale, la scala verrà somministrata T0 sia nel gruppo dei casi che nel gruppo dei controlli.
- Conley Scale(25,26), per la valutazione del rischio di caduta nel gruppo dei casi. La scala verrà somministrata a T0 e a T1.
- Medication Assessment Questionnaire (MGL)(27), questionario per la valutazione della aderenza terapeutica nella popolazione anziana. La valutazione verrà effettuata a T0 e T1.
- Mini Nutritional Assessment (MNA)(28–30), questionario per la valutazione dello stato nutrizionale nella popolazione anziana. Lo strumento verrà somministrato a T0 e T1.

ANALISI DEI DATI

Saranno effettuate analisi descrittive per rappresentare la conformazione sociodemografica, sia del gruppo dei casi che dei controlli, usando misure di tendenza centrale. Inoltre, saranno effettuate analisi inferenziali per stimare i tassi di mortalità e ospedalizzazione, e impostati modelli predittivi a partire dalla valutazione continua della fragilità. L'analisi dei dati sarà fatta sia a T0 che a T1.
Le analisi statistiche saranno effettuate con il software IBM SPSS Statistic versione 26.0 e R versione 4.03.

INDICAZIONI ETICHE

Tutti i dati raccolti nello studio saranno trattati secondo i standard etici della dichiarazione di Helsinki del 1965 e tutte le successive modifiche. A tutti i partecipanti arruolati nello studio verrà richiesto il consenso scritto per l'utilizzo dei dati sensibili. Inoltre, sarà garantito l'anonimato dei partecipanti attribuendo un codice identificativo per l'analisi dei datI.

RISULTATI ATTESI

I risultati attesi di questo progetto di ricerca potranno contribuire a identificare i bisogni assistenziali della popolazione ultraottantenne a domicilio a partire dalla valutazione continua della fragilità. Inoltre, si cercherà di mettere in luce quali fattori determinano un aumento del rischio di ospedalizzazione, istituzionalizzazione e ospedalizzazione, analizzando le differenze tra i due gruppi in esame. In aggiunta a quanto detto, verrà analizzato quanto un intervento svolto dall'infermiere di comunità possa migliorare fattori quali l'aderenza terapeutica e il rischio di caduta e se questo modifichi il rischio di eventi avversi rispetto alla popolazione generale.

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

Lo studio assume una particolare rilevanza in ambito della Sanità Pubblica e nella pianificazione delle politiche sanitarie Nazionali. Questo studio tenterà di apportare un contributo a livello Nazionale e Internazionale sia per l'integrazione dell'infermiere di comunità all'interno della pianificazione delle attività assistenziali sia per migliorare i modelli predittivi di esiti di salute negativi a partire dalla valutazione della fragilità multidimensionale. I risultati saranno presentati in convegni e congressi Nazionali ed Internazionali, sia a tema Infermieristico che di Sanità Pubblica. Inoltre, si procederà con la pubblicazione dei risultati dello studio intermedi e finali.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Definizione del cronoprogramma e identificazione del gruppo di ricerca	Coordinatori e Project Team	Marzo 2021-Aprile 2021
Definizione degli strumenti e formazione del personale per la somministrazione	Project manager, Coordinatori e Project Team	Marzo 2021-Aprile 2021
Somministrazione questionari a T0	Coordinatori e Project Team	Maggio 2021- Dicembre 2021
Elaborazioni statistiche	Coordinatori e Project Team	Gennaio 2022- Aprile 2022
Inizio dell'intervento dell'Infermiere di Comunità e somministrazione questionari a T1	Coordinatori e Project Team	Marzo 2022- Dicembre 2022
Elaborazioni statistiche	Coordinatori	Gennaio 2023- Giugno 2023
Stesura report di ricerca	Coordinatori e Project Team	Luglio 2023- Ottobre 2023
Pubblicazione finale	Coordinatori	Settembre 2023- Dicembre 2023
Chiusura progetto	Coordinatori	Dicembre 2023

DIAGRAMMA GANTT

FASE 1

MESE	GEN FEB 21	MAR APR 21	MAG GIU 21	LUG AGO 21	SET OTT 21	NOV DIC 21	GEN FEB 22	MAR APR 22	MAG GIU 22	LUG AGO 22	SET OTT 22
Analisi di sfondo											
Elaborazione strumenti di indagine											
Formazione del personale											
Somministrazione questionari T0											
Elaborazioni statistiche T0											
Stesura report di ricerca risultati intermedi											
Pubblicazione paper risultati intermedi											

FASE 2

MESE	MAR APR 22	MAG GIU 22	LUG AGO 22	SET OTT 22	NOV DIC 22	GEN FEB 23	MAR APR 23	MAG GIU 23	LUG AGO 23	SET OTT 23	NOV DIC 23
Intervento Infermiere di comunità e somministrazione questionari a T1											

MESE	MAR APR 22	MAG GIU 22	LUG AGO 22	SET OTT 22	NOV DIC 22	GEN FEB 23	MAR APR 23	MAG GIU 23	LUG AGO 23	SET OTT 23	NOV DIC 23
Elaborazioni statistiche T1											
Stesura report di ricerca finale											
Pubblicazione paper											
Chiusura progetto											

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Integrated care for older people Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. 2017. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981.
2. Istituto Nazionale di Statistica. Aspetti di vita degli over 75. Condizioni di salute, vicinanza ai figli, disponibilità di spazi esterni all'abitazione, cani in casa. Statistiche Today. 2020. Available from: https://www.istat.it/it/files/2020/04/statisticatoday_ANZIANI.pdf.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3).
4. Gobbens RJJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA. Towards an integral conceptual model of frailty. J Nutr Heal Aging. 2009;14(3):175–81.
5. Liotta G, O'Caoimh R, Gilardi F, Proietti MG, Rocco G, Alvaro R, et al. Assessment of frailty in community-dwelling older adults residents in the Lazio region (Italy): A model to plan regional community-based services. Arch Gerontol Geriatr. 2017 Jan 1;68:1–7.
6. Liotta G, Gilardi F, Orlando S, Rocco G, Proietti MG, Asta F, et al. Cost of hospital care for the older adults according to their level of frailty. A cohort study in the Lazio region, Italy. PLoS One. 2019 Jun 1;14(6):e0217829.
7. Coelho T, Paúl C, Gobbens RJJ, Fernandes L. Frailty as a predictor of short-term adverse outcomes. PeerJ. 2015;2015(7).
8. European Commission. European innovation partnership on active and healthy ageing replicating and Tutoring Integrated Care for Chronic Diseases, Including Remote Monitoring at Regional Level a compilation of good practices-Second Edition. Brussels: EC; 2013.
9. Wen YC, Chen LK, Hsiao FY. Predicting mortality and hospitalization of older adults by the multimorbidity frailty index. PLoS One. 2017 Nov 1;12(11).
10. Marazzi MC, Chiara Inzerilli M, Madaro O, Palombi L, Scarcella P, Orlando S, et al. Impact of the Community-Based Active Monitoring Program on the Long Term Care Services Use and In-Patient Admissions of the Over-74 Population. Adv Aging Res. 2011;4:187–94.
11. Palombi L, Liotta G, Orlando S, Emberti Gialloreti L, Marazzi MC. Does the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Call for a New Model of Older People Care? Front Public Heal. 2020 Jun 18;8.
12. Liotta G, Inzerilli MC, Palombi L, Madaro O, Orlando S, Scarcella P, et al. Social Interventions to Prevent Heat-Related Mortality in the Older Adult in Rome, Italy: A Quasi-Experimental Study. Int J Environ Res Public Health. 2018 Apr 11;15(4).
13. Liotta G, Marazzi MC, Orlando S, Palombi L. Is social connectedness a risk factor for the spreading of COVID-19 among older adults? The Italian paradox. PLoS One. 2020 May 1 ;15(5).
14. Freer K, Wallington SL. Social frailty: The importance of social and environmental factors in predicting frailty in older adults. Br J Community Nurs. 2019 Oct 2;24(10):486–92.
15. Terracciano E, Gentili S, Madaro O, Curti E, Inzerilli MC, Albanese L, et al. The effect of community nurse on mortality and hospitalization in a group of over-75 older adults: a nested case-control study. Ann di Ig Med Prev e di comunità. 2020.
16. Deschodt M, Laurent G, Cornelissen L, Yip O, Zúñiga F, Denhaerynck K, et al. Core components and impact of nurse-led integrated care models for home-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2020;105:103552.

17. Renne I, Gobbens RJJ. Effects of frailty and chronic diseases on quality of life in dutch community-dwelling older adults: A cross-sectional study. Clin Interv Aging. 2018 Feb;13:325–34.
18. Kojima G, Iliffe S, Jivraj S, Walters K. Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. J Epidemiol Community Health. 2016;70(7):716–21.
19. Ofori-Asenso R, Chin KL, Sahle BW, Mazidi M, Zullo AR, Liew D. Frailty confers high mortality risk across different populations: Evidence from an overview of systematic reviews and meta-analyses. Geriatr. 2020;5(1):1–2.
20. Massimi A, De Vito C, Brufola I, Corsaro A, Marzuillo C, Migliara G, et al. Are community-based nurse-led self-management support interventions effective in chronic patients? Results of a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017 Mar 1;12(3):e0173617.
21. Grauer H, Birnbom F. A geriatric functional rating scale to determine the need for institutional care. J Am Geriatr Soc. 1975 Oct ;23(10):472–6.
22. Scarcella P, Liotta G, Marazzi MC, Carbini R, Palombi L. Analysis of survival in a sample of elderly patients from Ragusa, Italy on the basis of a primary care level multidimensional evaluation. Arch Gerontol Geriatr. 2005 Feb;40(2):147–56.
23. Capanna A, Scarcella P, Gilardi F, Mancinelli S, Palombi L, Marazzi MC, et al. Sensitivity and Specificity of a Short Questionnaire to Screen Frailty in the Community-Dwelling Older Population. Adv Aging Res. 2018;07(03):52–63.
24. De Maria M, Vellone E, Durante A, Biagioli V, Matarese M. Psychometric evaluation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in people with chronic diseases. Ann Ist Super Sanita. 2018;54(4):308–15.
25. Conley D SAAR. The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale - PubMed. Medsurg Nurs. 1999 Dec;8(6):348–54.
26. Palese A, Gonella S, Lant A, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, et al. Post-hoc validation of the Conley Scale in predicting the risk of falling with older in-hospital medical patients: findings from a multicentre longitudinal study. Aging Clin Exp Res. 2016 Feb 1;28(1):139–46.
27. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67–74.
28. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of the MNA® - Its history and challenges. Vol. 10, Journal of Nutrition, Health and Aging. Serdi Publishing Company; 2006. p. 456–63.
29. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Jun;56(6):M366-72.
30. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA®) review of the literature - What does it tell us? Vol. 10, Journal of Nutrition, Health and Aging. Serdi Publishing Company; 2006. p. 466–85.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

TELE-NURSING NELLO SCOMPENSO CARDIACO

TELE-NURSING IN HEART FAILURE

COORDINATORE PROGETTO
V. Zeffiro

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.2

TITOLO PROGETTO

L'impatto del tele-nursing sui comportamenti di self-care dei pazienti con scompenso cardiaco

The impact of tele-nursing on the self-care behaviors of heart failure patients

ABSTRACT

***Background*:** Lo scompenso cardiaco è una malattia cronica diffusa a livello internazionale e nazionale che può generare problematiche di tipo clinico, psicologico e sociale; inoltre, risulta essere associato ad una spesa sanitaria pubblica rilevante. A causa dell'aumento dell'età media della popolazione con patologie croniche e della pandemia da COVID-19, risulta sempre più pressante la strutturazione di percorsi assistenziali alternativi, quali il tele-nursing. Non ci sono ancora chiare evidenze sull'efficacia del tele-nursing nell'assistenza al paziente scompensato.

***Obiettivi*:** Il progetto ha un duplice obiettivo: (i) raccogliere le evidenze riguardo le caratteristiche e potenzialità della tecnologia usata per la teleassistenza dei pazienti scompensati a livello internazionale, e (ii) implementare un programma di tele-nursing nel contesto italiano e studiare la sua influenza sui pazienti scompensati.

***Metodi*:** Per il primo obiettivo verrà effettuata una revisione sistematica della letteratura in banche dati scientifiche. Per il secondo obiettivo verrà effettuato uno studio per valutare l'influenza di un programma di tele-nursing territoriale sul self-care e altri outcome secondari di pazienti scompensati.

***Risultati attesi*:** Conoscenza delle tecnologie utilizzate per la teleassistenza dei pazienti con scompenso cardiaco. Inoltre, sarà valutata l'influenza di un programma di tele-nursing sul self-care, percezione dei sintomi e qualità di vita nei pazienti con scompenso cardiaco.

Parole chiave: tele-nursing, programma formativo, self-care, scompenso cardiaco, paziente.

ABSTRACT

***Background*:** Heart failure is a progressive and widespread chronic disease, which is also characterized by a high impact on psychological, clinical, social, and economic outcomes; moreover, it appears to be associated with a significant public health expenditure. Due to the mean age increase of chronic disease populations and the COVID-19 pandemic scenario, there is an urgent need to develop alternative care pathways, such as tele-nursing. There is still no clear evidence on the effectiveness of tele-nursing in caring of heart failure patient.

***Aims*:** The aim of the present project is twofold: (i) to collect international evidence on the characteristics and potentiality of telecare for heart failure patients, and (ii) to implement a tele-nursing program in the Italian context and investigate its impact on heart failure patients.

***Methods*:** For the first aim, a systematic review of the literature will be carried out consulting scientific databases. For the second aim a study will be conducted investigating the impact of a tele-nursing program on self-care behaviors and other secondary heart failure patients' outcomes.

***Expected results*:** Knowledge about the technologies used for the telecare of heart failure patients. This

project will also add new evidence on the impact of tele-nursing on heart failure self-care behaviors, symptom perception and quality of life.

Keywords: tele-nursing, educational program, self-care, heart failure, patient.

BACKGROUND

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica complessa che si sta trasformando sempre più in un problema di sanità pubblica, data una prevalenza stimata di oltre 37,7 milioni di individui a livello globale (1). L'incidenza e la prevalenza dello scompenso cardiaco aumentano con l'aumentare dell'età (2), ciò conduce da un lato al bisogno di una organizzata e personalizzata continuità assistenziale, mentre dall'altro all'aumento della spesa sanitaria per questa categoria di pazienti. Infatti, i costi diretti dello scompenso cardiaco rappresentano quasi il 2% circa del budget sanitario totale in molti paesi europei (3).
In base ai dati dell'osservatorio ARNO, In Italia lo scompenso cardiaco interessa circa 1,2 milioni di persone, di cui 180 mila vengono ricoverate nell'arco di un anno. Una persona con scompenso cardiaco pesa sulla spesa sanitaria pubblica circa 11.800 euro l'anno (per un totale di 2,1 miliardi di euro) e l'85% di questa cifra è rappresentato dalle spese di ricovero ospedaliero (4). Tali spese riflettono l'importanza di organizzare programmi assistenziali innovativi che consentano di seguire in misura maggiore i pazienti direttamente presso il loro domicilio. A causa della pandemia da COVID-19, l'esigenza di investire nelle cure territoriali è emersa in maniera ancor più decisiva. Una ricerca pubblicata sulla rivista ESC Heart Failure ha evidenziato come i pazienti affetti da scompenso cardiaco esibiscano un rischio doppiamente maggiore di morire in caso di infezione da COVID-19, rispetto a chi non ne è affetto (5). Questo dato permette di comprendere come la gestione dello scompenso cardiaco a domicilio si sia tramutata ormai in una concreta necessità, atta a conciliare il distanziamento sociale, l'allontanamento da setting di cura considerati ad alto rischio di infezione e la riduzione della spesa sanitaria pubblica.
La teleassistenza si configura come un approccio concreto per la cura dei pazienti affetti da scompenso cardiaco. Una recente revisione sistematica e meta-analisi (6) ha dimostrato come un'assistenza basata sulla teletrasmissione domiciliare dei dati (telemonitoraggio), sia risultata efficace nel ridurre i ricoveri ospedalieri correlati allo scompenso cardiaco, la durata della degenza e il tasso di mortalità nei pazienti scompensati. Inoltre, sembra che questi pazienti si adattino velocemente e accettino la presenza di tale tecnologia come parte integrante della loro routine di assistenza giornaliera e sono in grado di mantenere un buon livello di aderenza per almeno 12 mesi (7). L'utilizzo del telemonitoraggio domiciliare ha mostrato di essere una soluzione conveniente in termini di anni di vita guadagnati, consentendo anche un risparmio di almeno 14.000 euro rispetto all'assistenza tradizionale (8).

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

a. Fornire un punto di vista internazionale sulla tecnologia maggiormente utilizzata per la continuità assistenziale dei pazienti con scompenso cardiaco.

b. Verificare l'efficacia del tele-nursing sugli outcome clinici, sociali ed economici dei pazienti affetti da scompenso cardiaco.

OBIETTIVI SPECIFICI

a.

- Comprendere i dispositivi maggiormente utilizzati per la tele assistenza nei pazienti con scompenso cardiaco.
- Rilevare quali sono le figure professionali che gestiscono la tele assistenza dei pazienti con scompenso cardiaco.
- Verificare gli outcome maggiormente studiati dal tele-nursing.

b.

- Descrivere le caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei partecipanti allo studio.
- Misurare la tendenza dei comportamenti di self-care nel tempo (0, 3, 6, 9, e 12 mesi dall'arruolamento) e identificare gli eventuali predittori sociodemografici e clinici.
- Misurare la tendenza della percezione dei sintomi nel tempo (0, 3, 6, 9, e 12 mesi dall'arruolamento), identificare gli eventuali predittori sociodemografici e clinici e la loro possibile correlazione con il self-care.
- Misurare la qualità di vita generica e specifica dei pazienti nel tempo (0, 3, 6, 9, e 12 mesi dall'arruolamento), identificare gli eventuali predittori sociodemografici e clinici e la sua possibile correlazione con il self-care.

- Valutare la soddisfazione e l'utilità percepita dai pazienti riguardo l'uso della tecnologia di tele-nursing.
- Valutazione dei costi del programma di tele-nursing.

METODOLOGIA

CAMPIONE

Per il reclutamento del campione saranno considerati i pazienti adulti dimessi dall'UOC di Cardiologia e UTIC, con una diagnosi di scompenso cardiaco confermata secondo linee guida internazionali. I pazienti coinvolti dovranno possedere buone capacità cognitive, uno smartphone con connessione a internet. Solamente chi darà il proprio consenso informato scritto sarà incluso nello studio, dopo approvazione del Comitato Etico competente.

STRUMENTI DA UTILIZZARE

- Nel presente progetto, verranno utilizzati i seguenti strumenti:
- Banche dati scientifiche (PubMed, CINAHL, Web of Science, SCOPUS, Cochrane).
- Questionario per la raccolta di variabili sociodemografiche e cliniche (es. età, sesso, stato civile, livello di istruzione, comorbidità, anni dalla diagnosi di scompenso cardiaco, classe NYHA).
- European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS) (9).
- Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI) (10).
- HF Somatic Perception Scale (11).
- Short Form-12 (SF-12) (12).
- Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) (13).
- Telemedicine Satisfaction and Usefulness Questionnaire (14).

ANALISI DEI DATI

a. I dati estratti dalla revisione sistematica verranno combinati su Microsoft EXCEL e successivamente trasferiti su SPSS v.25.0 (15). Statistiche descrittive quali frequenze e percentuali verranno impiegate per descrivere la prevalenza dei dispositivi utilizzati, le figure professionali coinvolte, gli outcome misurati negli studi di teleassistenza e l'impatto economico che questi hanno avuto. Una sintesi narrativa verrà prevista unitamente ad una tabella che conterrà i temi estratti classificati in base alle caratteristiche degli studi.

b. I dati sociodemografici e clinici raccolti dallo studio verranno sintetizzati mediante statistiche descrittive (media/mediana, e deviazione standard/range interquartile per variabili continue, e frequenze e percentuali per variabili nominali/categoriche). I predittori del self-care verranno esaminati tramite gli indici di correlazione di Pearson, Spearmann e regressioni longitudinali miste, per tenere conto delle misurazioni nei vari tempi, e degli eventuali valori mancanti. L'andamento nel tempo della percezione dei sintomi a seguito dell'intervento di tele-nursing e l'associazione di questi con le variabili sociodemografiche e cliniche verrà indagata tramite indici di correlazione e modelli longitudinali misti. Tali modelli verranno previsti anche per la valutazione della qualità di vita nel tempo e relativi predittori. Verrà inoltre verificata una possibile correlazione prima tra self-care e percezione dei sintomi, poi tra self-care e qualità di vita dei pazienti, tramite indice di correlazione di Pearson. Le analisi statistiche verranno effettuate tramite SPSS v. 25.0 (15).

CONSIDERAZIONI ETICHE

Il presente progetto di ricerca verrà sottoposto all'approvazione del comitato etico della UOC e dell'ospedale in cui saranno raccolti i dati. Inoltre, saranno sottoposti ad approvazione i moduli di consenso informato, il foglio informativo per il paziente e tutti i materiali allegati al progetto di ricerca.

RISULTATI ATTESI

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

Il presente progetto intende offrire nuove evidenze a riguardo della teleassistenza per i pazienti affetti da scompenso cardiaco. La revisione sistematica della letteratura offrirà una panoramica aggiornata e completa sulla tecnologia utilizzata per il tele-nursing di pazienti affetti da scompenso cardiaco. Si intende inoltre valutare il grado di formazione degli infermieri nell'utilizzo di queste tecnologie e negli interventi richiesti per il monitoraggio in tele-nursing di questi pazienti. Infine, con questo progetto si potrà studiare l'influenza della tele-assistenza sui diversi outcomes. Infatti, l'implementazione di un programma di tele-nursing potrebbe influenzare nel tempo gli outcomes di salute e i costi assistenziali dei pazienti affetti da scompenso cardiaco.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Revisione della letteratura sul tele-nursing nei pazienti con scompenso cardiaco	Coordinatore, Project Team	Aprile 2021 – Dicembre 2021
Scrittura del report di ricerca e del paper scientifico	Manager, Coordinatore, Project Team	Dicembre 2021 – Marzo 2022
OBIETTIVO A		
Scrittura del protocollo e approvazione da parte del comitato etico	Manager, Coordinatore, Project Team	Aprile 2021 – Agosto 2021
Formazione del personale per la raccolta dati	Manager, Coordinatore, Project Team	Luglio 2021 – Settembre 2021
Organizzazione del materiale necessario allo studio (es. fotocopie, devices ecc.)	Project Team	Agosto 2021 – Settembre 2021
Reclutamento e somministrazione degli strumenti a T0	Project Team, Personale formato	Ottobre 2021 – Gennaio 2022
Somministrazione degli strumenti al 1° follow-up	Project Team, Personale formato	Gennaio 2022 – Aprile 2022
Somministrazione degli strumenti al 2° follow-up	Project Team, Personale formato	Aprile 2022 – Luglio 2022
Somministrazione degli strumenti al 3° follow-up	Project Team, Personale formato	Luglio 2022 – Ottobre 2022
Somministrazione degli strumenti al 4° follow-up	Project Team, Personale formato	Ottobre 2022 – Gennaio 2023
Organizzazione dei dati raccolti in un database	Coordinatore, Project Team	Ottobre 2021 – Gennaio 2023
Analisi dei dati	Project Team, Statistici	Febbraio 2022 – Gennaio 2023
Scrittura del report di ricerca e dei paper scientifici	Manager, Coordinatore, Project Team	Aprile 2022 – Marzo 2023

DIAGRAMMA GANTT

MESE	APR 2021	MAG 2021	GIU 2021	LUGL 2021	AGO 2021	SET 2021	OTT 2021	NOV 2021	DIC 2021	GEN 2022	FEB 2022	MAR 2022	APR 2022	MAG 2022	GIU 2022	LUGL 2022	AGO 2022	SET 2022	OTT 2022	NOV 2022	DIC 2022	GEN 2023	FEB 2023	MAR 2023
Revisione della letteratura sul tele-nursing nei pazienti con scompenso cardiaco	■	■	■	■	■	■	■	■	■															
Scrittura del report di ricerca e del paper scientifico									■	■	■	■												
Scrittura del protocollo e approvazione da parte del comitato etico	■	■	■	■	■																			

MESE	APR 2021	MAG 2021	GIU 2021	LUGL 2021	AGO 2021	SET 2021	OTT 2021	NOV 2021	DIC 2021	GEN 2022	FEB 2022	MAR 2022	APR 2022	MAG 2022	GIU 2022	LUGL 2022	AGO 2022	SET 2022	OTT 2022	NOV 2022	DIC 2022	GEN 2023	FEB 2023	MAR 2023
Formazione del personale per la raccolta dati				■	■	■																		
Organizzazione del materiale necessario allo studio (es. fotocopie, devices)					■	■																		
Reclutamento e somministrazione degli strumenti a T0							■	■	■	■														
Somministrazione degli strumenti al 1° follow-up										■	■	■	■											
Somministrazione degli strumenti al 2° follow-up													■	■	■	■								
Somministrazione degli strumenti al 3° follow-up																■	■	■	■					
Somministrazione degli strumenti al 4° follow-up																			■	■	■	■		
Organizzazione dei dati raccolti in un database							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Analisi dei dati											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Scrittura del report di ricerca e dei paper scientifici													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

BIBLIOGRAFIA

1. Ziaeian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. Nat Rev Cardiol. 2016;13(6):368-78.
2. Dharmarajan K, Rich MW. Epidemiology, Pathophysiology, and Prognosis of Heart Failure in Older Adults. Heart Fail Clin. 2017;13(3):417-26.
3. Orso F, Fabbri G, Maggioni AP. Epidemiology of Heart Failure. Handb Exp Pharmacol. 2017;243:15-33.
4. Montebelli MR. Scompenso cardiaco: in Italia interessate 1,2 milioni di persone. Necessario ridisegnare l'assistenza sul territorio: Quotidianosanità.it; 2018 [Available from: *https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=68627#:~:text=Un%20paziente%20con%20scompenso%20costa,e%20degli%20strumenti%20della%20telemedicina*.
5. Doolub G, Wong C, Hewitson L, Mohamed A, Todd F, Gogola L, et al. Impact of COVID-19 on inpatient referral of acute heart failure: a single-centre experience from the south-west of the UK. ESC Heart Fail. 2021.
6. Lin MH, Yuan WL, Huang TC, Zhang HF, Mai JT, Wang JF. Clinical effectiveness of telemedicine for chronic heart failure: a systematic review and meta-analysis. J Investig Med. 2017;65(5):899-911.
7. Clark RA. Telehealth in the Elderly with Chronic Heart Failure: What Is the Evidence? Stud Health Technol Inform. 2018;246:18-23.
8. Grustam AS, Severens JL, De Massari D, Buyukkaramikli N, Koymans R, Vrijhoef HJM. Cost-Effectiveness Analysis in Telehealth: A Comparison between Home Telemonitoring, Nurse Telephone Support, and

Usual Care in Chronic Heart Failure Management. Value Health. 2018;21(7):772-82.

9. Vellone E, Jaarsma T, Strömberg A, Fida R, Årestedt K, Rocco G, et al. The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale: new insights into factorial structure, reliability, precision and scoring procedure. Patient Educ Couns. 2014;94(1):97-102.
10. Vellone E, De Maria M, Iovino P, Barbaranelli C, Zeffiro V, Pucciarelli G, et al. The Self-Care of Heart Failure Index version 7.2: Further psychometric testing. Res Nurs Health. 2020;43(6):640-50.
11. Jurgens CY, Lee CS, Riegel B. Psychometric Analysis of the Heart Failure Somatic Perception Scale as a Measure of Patient Symptom Perception. J Cardiovasc Nurs. 2017;32(2):140-7.
12. Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996;34(3):220-33.
13. Green CP, Porter CB, Bresnahan DR, Spertus JA. Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure. J Am Coll Cardiol. 2000;35(5):1245-55.
14. Bakken S, Grullon-Figueroa L, Izquierdo R, Lee NJ, Morin P, Palmas W, et al. Development, validation, and use of English and Spanish versions of the telemedicine satisfaction and usefulness questionnaire. J Am Med Inform Assoc. 2006;13(6):660-7.
15. George D, Mallery P. IBM SPSS Statistics 25 Step by Step: A Simple Guide and Reference: Routledge; 2018.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

L'INFERMIERISTICA ATTRAVERSO IL WEB

NURSING IMAGE THROUGH WEB VIEW

COORDINATORE PROGETTO
R. Mazzotta

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.3

TITOLO PROGETTO

Pandemia Digitale: il mondo infermieristico attraverso lo sguardo del web.

Digital pandemic: the nursing world from the web perspective

ABSTRACT

Background: La pandemia da COVID-19 ha portato in risalto la figura infermieristica per il lavoro e la dedizione durante tutte le fasi dell'emergenza. Da diversi studi è emerso come gli infermieri abbiano vissuto la pandemia con molte difficoltà, con turni estenuanti, senza giorni di riposo e contraendo la malattia. I social network sono stati i principali veicoli d'informazione, non solo riguardo l'andamento della pandemia ma anche per l'impatto che questa ha avuto sulla popolazione e in particolare sull'immagine dell'infermiere. Tuttavia, ancora nessuno studio è stato intrapreso su come venga percepita l'immagine dell'infermiere dall'opinione pubblica durante la pandemia.

Obiettivi: esplorare il pensiero degli infermieri sulle tematiche rilevanti per la salute pubblica in un anno di pandemia e l'immagine sociale degli infermieri raccontata dagli utenti dello stesso social.

Metodi: lo studio verrà condotto con metodo misto (quali-quantitativo) con un "approccio parallelo convergente". Tale processo prevede un'analisi del contenuto quantitativa, attraverso una "data reduction", a cui segue una sintesi fenomenologica. I dati verranno raccolti attraverso il software Python e analizzati attraverso l'utilizzo del pacchetto Twython.

Risultati attesi: l'analisi dell'immagine dell'infermiere vista dal professionista e dalla società consentirà di orientare in maniera utile le future politiche di social media managing da parte dei principali stakeholder della professione.

Parole Chiavi: social media, twitter, professione, infermiere, identità professionale.

ABSTRACT

Background: The COVID-19 pandemic brought nurses to the forefront for their work and dedication during all phases of the emergency. Several studies have shown that nurses experienced the pandemic with many difficulties, with exhausting shifts, no days off and contracting the disease. Social networks have been the main vehicles of information, not only about the progress of the pandemic but also for the impact it has had on the population and in particular on the image of the nurse. However, no study has been undertaken yet on how the image of the nurse is perceived by the public opinion during the pandemic.

Aims: To explore nurses' thoughts on issues relevant to public health in a pandemic year, and the social image of nurses as told by social media users.

Methods: The study will be conducted using a mixed method (qualitative-quantitative) with a "convergent parallel approach". This process involves a quantitative content analysis, through a "data reduction", followed by a phenomenological synthesis. Data will be collected through Python software and analysed through the use of the Twython package.

Expected results: the analysis of the image of the nurse as seen by the professional and the society will allow the useful orientation of future social media management policies by the main stakeholders of this profession.

Keywords: social media, twitter, profession, nurse, professional identity.

BACKGROUND

La percezione dell'immagine sociale dell'infermiere è da tempo una tematica molto dibattuta a livello internazionale (1). Le evidenze disponibili documentano quanto sia dinamica e multidimensionale la natura del fenomeno (2), il quale è fortemente influenzato dalla relazione con gli eventi storici e dalla prospettiva di osservazione considerata (3). L'attuale questione su come viene percepita la figura professionale ha le sua fondamenta nel ritratto fornito dai media (4), nella percezione sociale della professione (5), nell'auto-percezione individuale e collettiva degli infermieri (6) e che contribuiscono a creare sequele che impatteranno sulla professione stessa (7-10).
In letteratura è documentato come la proposta di stereotipi negativi da parte dei media abbia impattato negativamente sulla percezione dell'immagine dell'infermiere (2, 11). I media hanno dunque il potere di influenzare la cultura ed il pensiero collettivo condizionando la percezione pubblica degli infermieri (12). I media si propongono, pertanto, non solo come strumento di possibile promozione dell'immagine, ma anche come strumento di monitoraggio dell'evoluzione della professione stessa (4, 11, 13). L'analisi delle tendenze mediatiche permette di ottenere una chiara fotografia di come il grande pubblico percepisce l'infermiere e il suo operato, nel tempo. Contestualmente al panorama nazionale, come indicato da diversi studi (12), l'editoria italiana non enumera una quota elevata di articoli di elogio dedicato agli infermieri. La viralità delle informazioni negative favorisce la formazione di stereotipi che in quanto tali sono tenacemente saldati alla coscienza degli individui (14). La forza dello stereotipo fa sì che solo le informazioni coerenti con lo stereotipo stesso vengano accettate, mentre tutte le informazioni contraddittorie o il comportamento diverso da ciò che comunemente ci si aspetta è solitamente ignorato (15). La teoria che è alla base dell'analisi dell'impatto sociale, valuta gli individui come fonte (attraverso post, tweet ecc.) e come bersaglio (attraverso reazioni, commenti, ecc.) dell'influenza dell'impatto sociale (16). L'impatto sociale racchiude qualsiasi tipo di influenza sui sentimenti, pensieri e comportamenti di una persona. Secondo tale teoria, quando più soggetti sono la fonte dell'impatto e l'individuo è il bersaglio, l'impatto è proporzionale alla forza sociale, all'immediatezza dell'evento ea al numero delle persone di cui ne parla (16).
La pandemia da Covid-19 ha avuto un notevole impatto sociale e ha fatto sì che si configurasse come il colpo di scena per la nuova idealizzazione della figura infermieristica. Mai prima d'ora nella storia umana è stato possibile comunicare così rapidamente durante una pandemia; le piattaforme di social media sono state un elemento chiave per la diffusione d'informazione anche per le istituzioni (17). I social network sono tra le fonti di informazione più utilizzate al mondo e l'accesso facile ed economico a internet insieme ad un gran numero di utenti i, ne fanno uno dei modi più semplici ed efficaci per diffondere le informazioni (17). Durante eventi considerevoli, come disastri naturali o l'incombenza di una nuova patologia, la risposta generale della popolazione è quella di incremento dell'uso delle piattaforme social per cercare nuove informazioni (17). Gli infermieri sono stati definiti eroici nei loro tentativi di fornire assistenza e salvare vite umane. Molti hanno lavorato per lunghi turni per settimane senza giorni di riposo. Altri hanno affrontato la reale possibilità di contrarre questa pericolosa infezione a causa di mancanza di adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI). E purtroppo, alcuni si sono ammalati e sono morti (18). Diversi sono stati gli studi che hanno raccolto le esperienze di come pazienti e operatori hanno percepito l'impatto del Covid-19 nelle loro vite (19, 20), tuttavia ancora nessuno studio è stato intrapreso su come sia stata invece influenzata l'opinione pubblica sulla percezione dell'infermiere dopo la pandemia.
Prendendo in considerazione date cruciali per la figura dell'infermiere questo studio si propone di esplorare i contenuti dell'opinione pubblica attraverso il monitoraggio dell'andamento dei social. In particolar modo si prenderanno in considerazione le date corrispondenti agli eventi che hanno coinvolto in primo piano la professione infermieristica durante il 2020. Attraverso la piattaforma Twitter saranno analizzati i contenuti dei post pubblicati sugli infermieri nell'arco del 2020. (21-23).

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

L'obiettivo generale di questo lavoro è quello di valutare attraverso l'utilizzo dei social network (twitter) il pensiero sugli infermieri circa le tematiche rilevanti per la salute pubblica in un anno di pandemia e l'immagine sociale degli infermieri raccontata dagli utenti dello stesso social.

OBIETTIVI SPECIFICI

In particolare, verrà analizzato l'impatto che hanno avuto specifici eventi, quali l'annuncio dell'OMS "2020: International Year of the Nurse and the Midwife", il 12 maggio, infermieri eroi e Vday, sull'immagine sociale che l'infermiere ha rivestito durante il periodo di pandemia da COVID-19.

METODOLOGIA

CAMPIONE

I dati di Twitter sono adatti a un approccio misto perché (a) i set di dati possono essere estremamente grandi, prestandosi bene ad analisi quantitative e (b) il contenuto testuale stesso può essere altamente non strutturato, il che è appropriato per sintesi qualitative. Come tale, verrà utilizzato un "approccio parallelo convergente" a focus qualitativo, per integrare i risultati di approcci analitici distinti e concomitanti verso una comprensione olistica dei fenomeni in esame (24). Utilizzeremo il software Python (25, 26) per scrivere uno script personalizzato di raccolta dati costruito sul pacchetto Twython per una "sentiment analysis" (27).

ANALISI DEI DATI

Il modello di analisi che andremo ad eseguire sarà quello proposto da Colditz e colleghi e rientra in una nuova modalità di Mixed Method Integration, ancora non utilizzata in ambito infermieristico (28). Tale processo prevede un'analisi del contenuto quantitativa, attraverso una data reduction a cui segue una sintesi fenomenologica (29). Intraprendere questo processo all'interno di un quadro di ricerca fenomenologico fornirà un'ampia comprensione della cultura del nursing all'interno e al di là delle categorie di codifica che verranno stabilite. Questo progetto, del tutto innovativo in campo infermieristico, utilizzerà un processo integrato di sviluppo del codebook, codifica categoriale, sintesi fenomenologica approfondita del contenuto e convalida delle comprensioni emergenti.

CONSIDERAZIONI ETICHE

I Tweet estratti, a seguito dell'autorizzazione dell'azienda, verranno utilizzati per il solo scopo di questo studio, e tutti i dati verranno memorizzati e gestiti in un drive sicuro. Al fine di proteggere la privacy dell'utente, verranno utilizzati i dati in forma anonima, parafrasando il contenuto dei tweet presentati come esempi da ogni categoria per preservare il loro significato originale, impedendo il backtracking. Lo studio è conforme alla Dichiarazione di Helsinki. L'approvazione del comitato etico verrà richiesta prima dell'esecuzione dello studio.

RISULTATI ATTESI

I risultati di questo progetto ci permetteranno di analizzare l'immagine dell'infermiere e della professione stessa, attraverso i contenuti che hanno interessato la categoria anno durante il 2020. Quest' analisi consentirà di poter disegnare l'immagine dell'infermiere percepita dai cittadini in tempo di pandemia e il pensiero degli infermieri su tematiche fondamentali quali la salute pubblica, la campagna vaccinale contro il SARS-COV2. I risultati ottenuti potranno orientare le future politiche di social media managing da parte dei principali stakeholder della professione.

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

Il progetto riveste in primis un'importanza nazionale in quanto è il primo a misurare l'impatto sociale che ha avuto la figura dell'infermiere durante la pandemia da COVID-19. Inoltre, a livello internazionale il progetto contribuirà a fornire nuove evidenze sul ruolo che i cittadini hanno attribuito all"infermiere durante la pandemia e su quanto percepito dalla professione stessa.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Background	Coordinatore	01/04/2021 -30/04/2021
Secondary sources	Principal Investigator, Coordinatore	01/04/2021 -31/05/2021
Elaborazione Phyton	Principal Investigator, coordinatore e project team	01/04/2021 -31/06/2021
Estrazione dati	Project team	01/06/2021 -31/07/2021
Analisi dei dati - MAXQDA	Principal Investigator	01/07/2021 -31/09/2021
Stesura report di ricerca	Coordinatori	01/10/2021- 31/10/2021
Pubblicazione finale	Project team	01/10/2021- 31/01/2022
Chiusura progetto	Principal Investigator, Coordinatori	01/02/2022- 31/03/2022

DIAGRAMMA GANTT

MESE	APR 2021	MAG 2021	GIU 2021	LUG 2021	SET 2021	OTT 2021	NOV 2021	DIC 2021	GEN 2022	FEB 2022	MAR 2022
Background	■										
Secondary sources	■	■									
Elaborazione Phyton	■	■	■								
Estrazione dati			■								
Analisi dei dati - MAXQDA				■	■						
Stesura report di ricerca					■						
Pubblicazione finale						■	■	■	■		
Chiusura progetto								■	■	■	■

BIBLIOGRAFIA

1. Dignani L, Montanari P, Dante A, Guarinoni MG, Petrucci C, Lancia LJPI. L'immagine dell'infermiere in Italia dall'analisi dell'archivio storico di un quotidiano nazionale. 2014;67(1).
2. Rezaei-Adaryani M, Salsali M, Mohammadi EJCn. Nursing image: An evolutionary concept analysis. 2012;43(1):81-9.
3. Hoeve Yt, Jansen G, Roodbol PJJoAN. The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. 2014;70(2):295-309.
4. Kelly J, Fealy GM, Watson RJJoAN. The image of you: constructing nursing identities in YouTube. 2012;68(8):1804-13.
5. Morris-Thompson T, Shepherd J, Plata R, Marks-Maran DJJoNM. Diversity, fulfilment and privilege: the image of nursing. 2011;19(5):683-92.
6. Emeghebo LJNet. The image of nursing as perceived by nurses. 2012;32(6):e49-e53.
7. Nasrabadi AN, Emami AJNo. Perceptions of nursing practice in Iran. 2006;54(6):320-7.
8. Zarea K, Negarandeh R, Dehghan-Nayeri N, Rezaei-Adaryani MJN, sciences h. Nursing staff shortages and job satisfaction in Iran: Issues and challenges. 2009;11(3):326-31.
9. Takase M, Maude P, Manias EJJoaN. Impact of the perceived public image of nursing on nurses' work behaviour. 2006;53(3):333-43.
10. Takase M, Kershaw E, Burt LJJoAN. Nurse-environment misfit and nursing practice. 2001;35(6):819-26.
11. Weaver R, Salamonson Y, Koch J, Jackson DJJoAN. Nursing on television: student perceptions of television's role in public image, recruitment and education. 2013;69(12):2635-43.
12. Gradellini C, Idamou S, Lusetti SJPi. Nursing between ethic and aesthetic. Profession described by media. 2013;66(1):32-8.
13. Kalisch PA, Kalisch BJJNep. Perspectives on improving nursing's public image. 2005;26(1):10-7.
14. Cunningham AJNS. Nursing stereotypes. 1999;13(45):46.
15. Dovidio JF, Evans N, Tyler RBJJoESP. Racial stereotypes: The contents of their cognitive representations. 1986;22(1):22-37.
16. Latané BJAp. The psychology of social impact. 1981;36(4):343.
17. González-Padilla DA, Tortolero-Blanco L. Social media influence in the COVID-19 Pandemic. International braz j urol : official journal of the Brazilian Society of Urology. 2020;46(suppl.1):120-4.
18. Catton HJINR. Nursing in the COVID-19 pandemic and beyond: protecting, saving, supporting and honouring nurses. 2020;67(2):157-9.

19. Abuhammad S, AlAzzam M, Mukattash TJIjocp. The perception of nurses towards their roles during the COVID-19 pandemic. 2020:e13919.
20. Luo M, Guo L, Yu M, Wang HJPr. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public–A systematic review and meta-analysis. 2020:113190.
21. (WHO) WHO. International Year of the Nurse and Midwife. *http://wwwemrowhoint/world-health-days/world-health-day-2020/international-year-of-the-nurse-and-midwifehtml*. Tuesday 23rd of February 2021 11:36:19 PM.
22. (WHO) WHO. International Nurses Day 12 May 2020. *https://wwwwhoint/bangladesh/news/detail/10-05-2020-international-nurses-day-12-may-2020*. 2020.
23. Salute Md. Vaccine day il 27 dicembre in tutta Italia e in Europa. *http://wwwsalutegovit/portale/vaccinazioni/dettaglioNotizieVaccinazionijsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5242*. 2020.
24. Tashakkori A, Creswell JW. The new era of mixed methods. Sage Publications; 2007.
25. Van Rossum G. Python. 1991.
26. Doupe P, Faghmous J, Basu S. Machine Learning for Health Services Researchers. Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. 2019;22(7):808-15.
27. Nausheen F, Begum SH, editors. Sentiment analysis to predict election results using Python. 2018 2nd international conference on inventive systems and control (ICISC); 2018: IEEE.
28. Colditz JB, Welling J, Smith NA, James AE, Primack BA. World Vaping Day: Contextualizing Vaping Culture in Online Social Media Using a Mixed Methods Approach. Journal of Mixed Methods Research. 2017;13(2):196-215.
29. Groenewald T. A Phenomenological Research Design Illustrated. International Journal of Qualitative Methods. 2004;3(1):42-55.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

INTERVENTO EDUCATIVO NEI CAREGIVER DI PAZIENTI CON ICTUS
EDUCATIONAL INTERVENTION IN STROKE

COORDINATORE PROGETTO
G. Pucciarelli

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.4

TITOLO PROGETTO

EFFICACIA DI UN INTERVENTO EDUCATIVO PER MIGLIORARE LA PREPARAZIONE DEI CAREGIVER DI PAZIENTI CON ICTUS CEREBRALE (EDUSTROKE)

EFFICACY OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION AIMED TO IMPROVE THE PREPAREDNESS IN CAREGIVER OF STROKE PATIENTS (EDUSTROKE)

ABSTRACT

Background: L'ictus cerebrale rappresenta un importante problema di sanità pubblica in quanto è in continuo aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione. I caregiver dei sopravvissuti all'ictus svolgono un ruolo fondamentale nell'assistenza dei bisogni fisici, cognitivi ed emotivi dei sopravvissuti all'ictus; tuttavia, grazie agli studi precedenti, finanziati dal CECRI, si è osservato come diversi variabili potrebbero migliorare la qualità di vita (QOL) della diade (paziente e caregiver) con ictus. Tra queste, un ruolo fondamentale è stato osservato dalla preparazione del caregiver, la quale andava moderare l'effetto di variabili negative (es. la depressione) sulla qualità di vita. Tuttavia, il percorso riabilitativo tradizionale, esclude completamente il caregiver dal processo di cura, portando ad una scarsa preparazione dello stesso nel momento in cui il paziente viene dimesso e torna a casa con conseguenze negative sulla salute del paziente.

Obiettivo: Implementare un intervento sperimentale che possa migliorare la preparazione del caregiver ed osservare l'effetto sulla qualità di vita della diade con ictus.

Metodi: verrà svolto uno studio sperimentale (caso-controllo) dove nel gruppo sperimentale i caregiver verranno inclusi nel processo di cura e preparati a prendersi cura dopo la dimissione del paziente, mentre nel gruppo controllo i pazienti riceveranno le cure tradizionali.

Risultati attesi: I risultati di questo progetto contribuiranno a migliorare la preparazione del caregiver e la funzionalità fisica del paziente nel periodo successivo alla dimissione dalla struttura di riabilitazione. Attraverso questo studio si avrà la possibilità di sviluppare un intervento mirato non solo al paziente ma anche al caregiver, che possa migliorare la QOL di entrambi.

Parole chiavi: paziente, caregiver, RCT, stroke, preparazione, qualità di vita, riabilitazione

ABSTRACT

Background: Stroke is an important public health problem because it is constantly increasing due to the aging of the population. After the stroke survivors' discharge from rehabilitation hospitals, an informal caregiver, usually a parent or friend, takes care of the patient at home, playing a crucial role. However, a number of previous studies, granted by the CECRI, have shown how different variables could improve the dyadic (patient-caregiver) quality of life (QOL). One of these, the caregiver preparedness played a fundamental role, moderating the effect of negative variables (i.e. depression) on stroke survivors' and caregivers' QOL. However, nowadays, caregivers are complete excluded from the care process and this could have several consequences in survivors.

Aim: to implement an experimental intervention that could improves the caregiver preparedness and to

observe the effect on stroke survivors' and caregivers' QOL.

Methods: An experimental intervention will be implemented during the rehabilitation care. In the experimental group, caregivers will be included and prepared to manage the stroke survivors' needs after their discharge, while in control group survivors will have the traditional care.

Expected results: these results could improve the caregiver preparedness and stroke survivors' physical functioning. Thanks to this project will be possible to implement an intervention aimed to improve also the stroke survivors' and caregivers' QOL.

Key words: patient, caregiver, trial, preparedness, quality of life, rehabilitation.

BACKGROUND

L'ictus cerebrale (o stroke) rappresenta una delle principali cause di disabilità nei Paesi Industrializzati (1). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, più di 15 milioni di persone vengono colpite ogni anno da un stroke, dei quali circa il 40% muore ed un altro 60% rimane disabile. In letteratura, diversi studi hanno mostrato (2, 3) che lo stroke ha un'incidenza per anno pari a 141,3 casi ogni 100.000 abitanti negli uomini e 94,6 casi nelle donne. E' un evento patologico che nel 75% dei casi interessa persone dopo i 65 anni d'età (4) con un tasso di prevalenza compreso tra 1.8% a 4.5% negli Stati Uniti (3) e tra 1.5% a 3% in Europa (5).
Lo stroke ha un impatto importante sulla qualità di vita (QDV) dei pazienti. Infatti a seguito di uno stroke i pazienti presentano dipendenza nelle attività di vita quotidiana (6, 7), cambiamento del tono dell'umore (8), alterazione del linguaggio e della deglutizione (9, 10), depressione (11) e diminuzione dell'interazione sociale (12).
I caregiver dei sopravvissuti all'ictus svolgono un ruolo fondamentale nell'assistenza ai bisogni fisici, cognitivi ed emotivi dei sopravvissuti all'ictus (13); tuttavia, spesso si sentono impreparati per il loro nuovo ruolo di caregiver (14, 15). Questi problemi possono causare un aumento degli errori nelle cure, duplicazione dei servizi e un trattamento inappropriato o assente per i sopravvissuti all'ictus e persino un aumento del rischio di riammissione dei pazienti in ospedale (16). Diversi studi hanno dimostrato che caregiver ben preparati possono influenzare in modo significativo il recupero e la qualità della vita dei sopravvissuti all'ictus (17, 18). Pertanto, è importante che gli operatori sanitari valutino la preparazione dei caregiver informali, soprattutto quando il caregiver sta iniziando il nuovo ruolo di caregiver.
I precedenti studi effettuati sulla popolazione con ictus, grazie al finanziamento del CECRI, hanno permesso di osservare il grande impatto che l'ictus può avere sia sul paziente (19-22) che sul caregiver (23-25). Ad esempio, è stato dimostrato quanto il paziente con ictus e caregiver siano interdipendenti tra di loro, influenzandosi reciprocamente durate il processo di cura (20). Inoltre, è stato possibile identificare dei moderatori, che vanno a cambiare l'effetto negativo di alcune variabili (quali depressione) sulla QOL. Tra queste, oltre alla mutualità (26) e la spiritualità (27), è stata identificata la preparazione del caregiver. La preparazione del caregiver, rappresentando la variabile più idonea per un intervento, aveva un ruolo protettivo, migliorando la QOL della diade. Per determinare i cambiamenti che si verificano a breve termine, è fondamentale implementare un intervento su misura che potrebbe accrescere la preparazione dei caregiver e dei pazienti al fine di migliorare il proprio stato di salute soprattutto dopo la dimissione del paziente dalla struttura di riabilitazione. Al fine di implementare interventi educativi specifici, anche da quanto appreso dalla letteratura (28), bisogna ragionare attraverso un cambiamento nella filosofia della riabilitazione passando da un approccio centrato sul paziente a un approccio centrato sul paziente e sul caregiver (diade), che prepari adeguatamente i caregiver e migliori, di conseguenza, outcomes fisici e psicologici a lungo termine. Avendo l'ictus un impatto sia sulla QOL, ansia, depressione dei pazienti e sul burden del caregiver soprattutto nei primi mesi dopo l'ictus, sono necessari interventi specifici che includano non solo i sopravvissuti all'ictus, ma anche i caregiver nel processo di cura. Il caregiver dell'ictus deve essere coinvolto nel processo di cura già durante il trattamento acuto del sopravvissuto all'ictus e successivamente durante il ricovero in riabilitazione. Pensando a interventi specifici che coinvolgano i caregiver in tutte le fasi post-ictus, è fondamentale per fornire al caregiver gli strumenti necessari che potrebbero diminuire i livelli di ansia, depressione e carico, e migliorare la loro qualità della vita, soprattutto quando i sopravvissuti all'ictus saranno dimessi dall'ospedale di riabilitazione per tornare a casa.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE

Sviluppare un intervento longitudinale sulla diade paziente-caregiver, da implementare nei caregiver e pazienti durante il ricovero nella struttura di riabilitazione post ictus, che metta la diade nelle condizioni di raggiungere l'obiettivo di una migliore QOL nel lungo termine.

OBIETTIVI PRIMARI

- Valutare l'efficacia di un intervento educativo sulla preparazione del caregiver;
- Valutare l'efficacia di un intervento educativo nel migliorare la funzionalità fisica del paziente.

OBIETTIVI SECONDARI

- Valutare l'efficacia di un intervento educativo nel migliorare la QdV della diade paziente-caregiver a breve (1 mese post dimissione), medio (3 mesi post dimissione) e lungo termine (6 mesi post dimissione);
- Valutare l'efficacia di un intervento educativo nel migliorare outcomes nei pazienti con ictus, quali ansia, depressione, qualità del sonno, mutuality, a breve (1 mese post dimissione), medio (3 mesi post dimissione) e lungo termine (6 mesi post dimissione);
- Valutare l'efficacia di un intervento educativo nel migliorare outcomes nei caregiver di pazienti con ictus, quali ansia, depressione, qualità del sonno, mutuality, burden, a breve (1 mese post dimissione), medio (3 mesi post dimissione) e lungo termine (6 mesi post dimissione).

METODOLOGIA

DISEGNO DELLO STUDIO

Questo studio sarà un 2-arm randomized controlled trial. In questo trial pazienti e caregiver saranno randomizzati in due braccia: 1) paziente e caregiver che riceveranno l'intervento educativo; 2) pazienti e caregiver che avranno cure riabilitative standard.

INTERVENTO EDUCATIVO

L'intervento di interesse è di tipo educazionale, formativo e di supporto per i pazienti e relativi caregiver. L'intervento inizia durante l'ospedalizzazione dove i pazienti e caregiver avranno un primo contatto già dalla stroke unit per poi essere seguiti durante il periodo riabilitativo e continua anche dopo la dimissione con follow-up a domicilio. Inoltre, l'intervento prevede un approccio diadico. Nel gruppo dell'intervento educativo non verrà preso in carico solo il paziente ma anche il caregiver. Verrà fatta una valutazione iniziale del caregiver per valutare la preparazione e programmare con il gruppo di ricerca degli incontri mirati che possano migliorare le competenze necessarie per assistere il paziente durante la dimissione. Gli interventi, quindi, saranno tailorizzati ai bisogni manifestati dal caregiver e dal paziente. Una volta effettuata la valutazione dei bisogni del paziente ed eventuale preparazione del caregiver nel rispondere a tali bisogni, verranno programmati incontri settimanali con il caregiver attraverso webinar o incontri in presenza dove si analizzano gli aspetti correlati al bisogno ed eventuale assistenza necessaria per lo specifico bisogno, come ad esempio gestione della disfagia, movimentazione, afasia, ADL ecc. Questi incontri dureranno per tutto il periodo riabilitativo. Alla dimissione del paziente, il gruppo di ricerca programmerà ulteriori 2 incontri a domicilio del paziente dove verranno effettuati interventi di problem solving inerenti alle problematiche correlate alla gestione del paziente.
Dopo aver sottoscritto un consenso informato, gli interventi che verranno somministrati sono di seguito riportati.

GRUPPO CONTROLLO

I pazienti e caregiver riceveranno cure riabilitative standard, che in Italia generalmente includono presa in carico del paziente nel processo riabilitativo. Nello specifico:

a. Lettera indirizzata al medico di medicina generale che raccomanda controlli periodici a sei mesi dall'evento ischemico, in accordo con la politica nazionale;
b. Fisioterapia routinaria;
c. Informazioni di tipo informale, training e supporto senza una metodica sistematica;
d. Valutazione e trattamento medico e infermieristico, che include informazioni informali di tipo verbale e consigli forniti dai diversi membri del team di trattamento;
e. Cure tradizionali come raccomandato dalle linee guida nazionali;
f. Assistenza di routine prevista dagli ospedali.

CAMPIONE

Il campione reclutato da randomizzare nei due bracci consta di 250 diadi pazienti-caregiver.

Criteri di inclusione per i pazienti:

1. Pazienti con ictus (diagnosticato tramite TAC o RMN) in dimissione dalle Unità di Riabilitazione che hanno dato il consenso a prendere parte allo studio.

Criteri di esclusione per i pazienti:

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

Criteri di inclusione per i caregiver:

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

STRUMENTI

Per questo secondo progetto verranno considerati i seguenti strumenti somministrati a pazienti e caregiver:

- Questionario creato ad hoc per valutare le caratteristiche sociodemografiche dei pazienti e dei caregiver e cliniche dei pazienti che verranno utilizzati per raccogliere dati clinici su tipo e sito di ictus, costi sanitari e complicanze (ad esempio cadute), in associazione alle informazioni raccolte con il questionario sociodemografico sulla continuità della riabilitazione da ictus.
- La Caregiver Preparedness Scale (CPS) (29) è uno strumento che valuta la preparazione del caregiver in attività di caregiving come cura fisica, supporto emotivo e capacità di trovare servizi di supporto per far fronte allo stress derivante dai compiti di caregiving. È composto da 8 elementi che utilizzano una scala Likert a 5 punti che va da 0 "per niente preparato" a 4 "molto ben preparato". Il punteggio varia da 0 a 40 dove un punteggio più alto significa una migliore preparazione nel caregiving. La CPS è stata utilizzata in diversi studi e nei caregiver di ictus (30, 31). Il coefficiente alfa riportato era 0,72 a 6 settimane e 0,71 a 9 mesi (29). Inoltre, la scala è stata testata anche su caregiver di pazienti con ictus (32).
- La Mutuality Scale è composta da 15 item che analizzano la relazione positiva tra paziente e caregiver. In letteratura sono presenti due versione: una somministrabile al paziente e altra somministrabile al caregiver. Lo strumento è composto da 4 dimensioni che sono (a) Love and affection (3 items), (b) Shared pleasurable activities (4 items), (c) Shared values (2 items) e (d) Reciprocity (6 items). Ogni item utilizza una scala Likert a 5 punti, dove 0 rappresenta "per niente" mentre 4 "moltissimo". La Mutuality Scale è stata utilizzata in diversi studi condotti su pazienti e caregiver (33, 34) ed ha dimostrato un'adeguata validità e affidabilità (29). Inoltre, è stata già testata per affidabilità sia nei pazienti che caregiver con ictus (35).
- La Modified Charlson Comorbidity Index (MCCI) (36, 37) è un indice che valuta il grado di comorbilità in base alla presenza di diciannove malattie. Goldstein et al. (37) hanno modificato e adattato lo strumento originale per i sopravvissuti all'ictus valutando sedici malattie. Ogni malattia è "ponderata" con un punteggio che può variare da 1 (ad esempio, diabete senza complicazioni) a 6 (ad esempio, neoplasia maligna o AIDS). Il punteggio totale varia da 0 a 31, dove un punteggio più alto che significa una maggiore comorbidità. Questo indice è stato ampiamente utilizzato negli studi sull'ictus (38) e, rispetto ad altri indici di comorbilità, è risultato essere più accurato nel predire gli esiti funzionali nel post-ictus (39).
- La Hospital Anxiety and Depression Scale (40) (è uno strumento composto da 14 item che indaga l'ansia e la depressione (con 7 elementi ciascuno). Il punteggio di ciascuna sottoscala varia da 0 a 21: un punteggio più alto corrisponde a livelli più elevati di ansia e depressione. L'HADS è ampiamente utilizzata nei pazienti con ictus (41). La validità concorrente dell'HADS è stata dimostrata così come la sua affidabilità di coerenza interna compresa tra 0,60 e 0,80 per entrambe le sottoscale (42).
- La Barthel Index (BI) (43) è uno strumento valido ed affidabile ampiamente utilizzato che misura il funzionamento fisico in 10 attività della vita quotidiana, quali mobilità, alimentazione, balneazione, uso della toilette, toelettatura, trasferimento, vestizione, salire le scale, controllo dell'intestino e della vescica. Il punteggio varia da 0 a 100, dove un punteggio più alto significa una migliore indipendenza. Il valore di soglia che convenzionalmente identifica la perdita di autonomia è 60.
- La Caregiver Burden Inventory (CBI) (44) valuta l'onere del caregiving. È uno strumento di

autovalutazione, composto da 24 item, raggruppati in cinque sottoscale come il carico di tempo, il carico dei limiti dello sviluppo personale, il carico fisico, il carico sociale e il carico emotivo. Tutti gli item sono valutati attraverso una scala Likert a 4 punti. I punteggi più alti indicano un carico maggiore (44). Novak & Guest (44) hanno riportato alfa di Cronbach per sottoscale compreso tra 0,76 e 0,96. Il CBI è stato utilizzato anche per studiare il carico nei caregiver italiani (45, 46).

- The Caregiver readiness o Preparedness Assessment for the Transition Home After Stroke.
- La WHOQOL SRPB (47) consiste in 32 domande che misurano domini aggiuntivi della qualità della vita relativi a spiritualità, religione e credenze. Gli 8 domini sono: connessione spirituale, significato e scopo nella vita, esperienza di stupore e meraviglia, integrità e integrazione, forza spirituale, pace interiore, speranza e ottimismo e fede (48). I coefficienti alfa di Cronbach per lo strumento sono eccellenti (alfa di Cronbach = .93) così come la validità correlata al costrutto e ai criteri della versione italiana del WHOQOL-SRPB (49). Questo strumento è stato già testato nella popolazione con ictus (50).
- La Stroke Impact Scale (51) 3.0 (52) è uno strumento multidimensionale per misurare la qualità della vita nei pazienti con ictus. È composto da 59 item raggruppati in 8 sottoscale che misurano la forza dell'area interessata da ictus, funzionalità della mano, mobilità, ADL / IADL, memoria, comunicazione, emozioni e partecipazione sociale. Tutti gli item utilizzano una scala Likert a 5 punti. Il SIS 3.0 ha una dimensione che usa una scala VAS che va da 0 - 100 per misurare il recupero globale percepito dall'ictus. Dalla scala che misura la forza, la funzione della mano, la mobilità e l'ADL / IADL può essere estratta una dimensione fisica che misura l'impatto fisico dell'ictus. Tutte le scale SIS hanno un punteggio standardizzato da 0 a 100, dove un punteggio più alto significa una migliore qualità della vita. Questo strumento è stato testato per l'affidabilità e la validità nello studio originale e in molti altri studi (52, 53). I coefficienti alfa di Cronbach della SIS 3.0 variavano da 0,83 a 0,90.
- La WHOQOL-BRIEF (54) è un breve strumento di 26 elementi che misura 4 domini della qualità della vita: fisica, psicologica, sociale e ambientale. Ogni elemento utilizza una scala Likert a 5 punti e un punteggio standardizzato da 0 a 100 può essere calcolato per ciascuna dimensione dove un punteggio più alto che significa una migliore qualità della vita. È stata dimostrata la validità simultanea del WHOQOL-BREF (54). La versione italiana del WHOQOL-BRIEF ha mostrato un'adeguata coerenza interna, che va da 0,65 per il dominio delle relazioni sociali a 0,80 per il dominio fisico. È stata dimostrata anche l'affidabilità del test-retest con valori compresi tra 0,76 per il dominio dell'ambiente e 0,93 per il dominio psicologico (55).

RISULTATI ATTESI

I risultati di questo progetto contribuiranno a migliorare la preparazione del caregiver e la funzionalità fisica del paziente nel periodo successivo alla dimissione dalla struttura di riabilitazione. Attraverso questo studio si avrà la possibilità di sviluppare un intervento mirato non solo al paziente ma anche al caregiver, che possa migliorare la QOL di entrambi. Verrà osservata l'efficacia di un intervento specifico, in antitesi all'intervento tradizionale che viene applicato nelle strutture riabilitative. Inoltre, sarà possibile analizzare la significatività anche in termini di riduzione del tasso di riospedalizzazione.

RILEVANZA

A causa dell'invecchiamento della popolazione mondiale, nel futuro avremo sempre più pazienti affetti da attacchi cerebrali e sempre più famiglie costrette a prendersi carico dell'onere assistenziale di questi soggetti. Considerando l'importanza dell'approccio diadico nell'assistenza all'ictus, è vitale recepire appieno l'importanza e l'efficacia degli interventi diadici, soprattutto quelli di natura educativa, informativa e di supporto per il miglioramento della QOL. Nei nostri percorsi riabilitativi sempre si è pensato ad un percorso che fosse centrato solo ed unicamente sul paziente. Tuttavia, la letteratura internazionale evidenzia come il modello "patient-centered care" sia oramai un modello superato in quanto una patologia (nello specifico ictus) impatta non solo sul paziente ma anche sul caregiver che se ne prende carico.
Riuscire a prevedere, attraverso un trial clinico, quali variabili influenzano la QOL dei pazienti e dei caregiver e, individuare l'intervento più appropriato per ridurre il tasso di complicanze, rappresenta un importante obiettivo strategico per il miglioramento della qualità della vita e per il contenimento dei costi sanitari. Emerge una forte necessità di implementare protocolli di ricerca interventistici (trial clinici) longitudinali che permettano di applicare i quadri teorici esplicati (56, 57).

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ 2021-2025		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1.	Identificazione dei contenuti dell'intervento sperimentale.	Coordinatori, project team	01/04/2021- 30/10/2021
2.	Pianificazione programma educativo	Coordinatori, project team	01/11/2021- 31/03/2021
3.	Addestramento personale coinvolto nel RCT	Coordinatori, project team	1/04/2022- 01/10/2022
4.	Identificazione strutture per randomizzazione	Coordinatori, project team	01/11/2022- 31/03/2022
5.	Programmazione e conduzione RCT	Coordinatori, Project team	01/04/2023- 01/08/2024
6.	Elaborazione, interpretazione e diffusione dei risultati.	Coordinatori, project team	01/08/2024- 31/03/2025

DIAGRAMMA GANTT

2021/2025

GANTT 2021	MESI											
Attività 1° anno (aprile 2021-marzo 2022)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Identificazione dei contenuti dell'intervento sperimentale.												
2. Pianificazione programma educativo												
GANTT 2022	**MESI**											
Attività 2° anno (aprile 2022 – Marzo 2023)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
3. Addestramento personale coinvolto nel RCT												
4. Identificazione strutture per randomizzazione												
GANTT 2023	**MESI**											
Attività 3° anno (aprile 2023 – marzo 2024)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5. Programmazione e conduzione RCT												
GANTT 2024	**MESI**											
Attività 4° anno (aprile 2024 – marzo 2025)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5. Programmazione e conduzione RCT												
6. Elaborazione, interpretazione e diffusione dei risultati.												

BIBLIOGRAFIA

1. Cugini P, Fiorelli G, Guarini G, Lopez M, Violi F, Volpe M. Trattato di medicina interna. VII ed. Roma: Casa Editrice Ambrosiana; 2004 2004.
2. Redon J, Olsen MH, Cooper RS, Zurriaga O, Martinez-Beneito MA, Laurent S, et al. Stroke mortality and trends from 1990 to 2006 in 39 countries from Europe and Central Asia: implications for control of high blood pressure. European heart journal. 2011;32(11):1424-31.
3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2015;131(4):e29-322.
4. D'Alessandro G, Bottacchi E, Di Giovanni M, Martinazzo C, Sironi L, Lia C, et al. Temporal trends of stroke in Valle d'Aosta, Italy. Incidence in 30-day fatality rates. Neurol Sci. 2000;21:13-8.
5. Zhang Y, Chapman AM, Plested M, Jackson D, Purroy F. The Incidence, Prevalence, and Mortality of Stroke in France, Germany, Italy, Spain, the UK, and the US: A Literature Review. Stroke research and treatment. 2012;2012:436125.
6. Yamashita Y, Wada I, Horiba M, Sahashi K. Influence of cerebral white matter lesions on the activities of daily living of older patients with mild stroke. Geriatrics & gerontology international. 2015.
7. Ullberg T, Zia E, Petersson J, Norrving B. Changes in functional outcome over the first year after stroke: an observational study from the Swedish stroke register. Stroke; a journal of cerebral circulation. 2015;46(2):389-94.
8. Carod-Artal FJ, Trizotto DS, Coral LF, Moreira CM. Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. Journal of the neurological sciences. 2009;284(1-2):63-8.
9. Pringle J, Hendry C, McLafferty E, Drummond J. Stroke survivors with aphasia: personal experiences of coming home. British journal of community nursing. 2010;15(5):241-3, 5-7.
10. Gonzalez-Fernandez M, Ottenstein L, Atanelov L, Christian AB. Dysphagia after Stroke: an Overview. Current physical medicine and rehabilitation reports. 2013;1(3):187-96.
11. Badaru UM, Ogwumike OO, Adeniyi AF, Olowe OO. Variation in Functional Independence among Stroke Survivors Having Fatigue and Depression. Neurology research international. 2013;2013:842980.
12. Venna VR, Xu Y, Doran SJ, Patrizz A, McCullough LD. Social interaction plays a critical role in neurogenesis and recovery after stroke. Translational psychiatry. 2014;4:e351.
13. Lutz BJ, Young ME, Cox KJ, Martz C, Creasy KR. The crisis of stroke: experiences of patients and their family caregivers. Topics in stroke rehabilitation. 2011;18(6):786-97.
14. Plank A, Mazzoni V, Cavada L. Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. J Clin Nurs. 2012;21(13-14):2072-82.
15. Bhattacharjee M, Vairale J, Gawali K, Dalal PM. Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). Annals of Indian Academy of Neurology. 2012;15(2):113-9.
16. Tao H, Ellenbecker CH, Chen J, Zhan L, Dalton J. The influence of social environmental factors on rehospitalization among patients receiving home health care services. ANS Advances in nursing science. 2012;35(4):346-58.
17. Rolley J, Smith J, DiGiacomo M, Salamonson Y, Davidson P. The caregiving role following percutaneous coronary intervention. Journal of clinical nursing. 2011;20(1-2):227-35.
18. Henriksson A, Arestedt K. Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: A correlational, cross-sectional study. Palliat Med. 2013;27(7):639-46.
19. Pucciarelli G, Vellone E, Savini S, Simeone S, Ausili D, Alvaro R, et al. Roles of Changing Physical Function and Caregiver Burden on Quality of Life in Stroke: A Longitudinal Dyadic Analysis. Stroke. 2017;48(3):733-9.
20. Pucciarelli G, Lee CS, Lyons KS, Simeone S, Alvaro R, Vellone E. Quality of Life Trajectories Among Stroke Survivors and the Related Changes in Caregiver Outcomes: A Growth Mixture Study. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2019;100(3):433-40 e1.
21. Pucciarelli G, Ausili D, Rebora P, Arisido MW, Simeone S, Alvaro R, et al. Formal and informal care after stroke: A longitudinal analysis of survivors' post rehabilitation hospital discharge. Journal of advanced nursing. 2019;75(11):2495-505.
22. Pucciarelli G, Brugnera A, Greco A, Petrizzo A, Simeone S, Vellone E, et al. Stroke disease-specific quality

of life trajectories after rehabilitation discharge and their sociodemographic and clinical associations: A longitudinal, multicentre study. Journal of advanced nursing. 2020.

23. Simeone S, Coehn MZ, Savini S, Pucciarelli G, Alvaro R, Vellone E. [The lived experiences of stroke caregivers three months after discharge of patients from rehabilitation hospitals]. Professioni infermieristiche. 2016;69(2):103-12.
24. Pucciarelli G, Ausili D, Galbussera AA, Rebora P, Savini S, Simeone S, et al. Quality of life, anxiety, depression and burden among stroke caregivers: A longitudinal, observational multicentre study. Journal of advanced nursing. 2018.
25. Pucciarelli G, Rebora P, Arisido MW, Ausili D, Simeone S, Vellone E, et al. Direct Cost Related to Stroke: A Longitudinal Analysis of Survivors After Discharge From a Rehabilitation Hospital. The Journal of cardiovascular nursing. 2020;35(1):86-94.
26. Pucciarelli G, Lyons KS, Simeone S, Lee CS, Vellone E, Alvaro R. Moderator Role of Mutuality on the Association Between Depression and Quality of Life in Stroke Survivor-Caregiver Dyads. The Journal of cardiovascular nursing. 2020.
27. Pucciarelli G, Vellone E, Bolgeo T, Simeone S, Alvaro R, Lee CS, et al. Role of Spirituality on the Association Between Depression and Quality of Life in Stroke Survivor-Care Partner Dyads. Circulation Cardiovascular quality and outcomes. 2020;13(6):e006129.
28. Pucciarelli G, Lommi M, Magwood GS, Simeone S, Colaceci S, Vellone E, et al. Effectiveness of dyadic interventions to improve stroke patient-caregiver dyads' outcomes after discharge: A systematic review and meta-analysis study. European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology. 2021;20(1):14-33.
29. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Research in nursing & health. 1990;13(6):375-84.
30. Ostwald SK, Bernal MP, Cron SG, Godwin KM. Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. Top Stroke Rehabil. 2009;16(2):93-104.
31. Owolabi MO. What are the consistent predictors of generic and specific post-stroke health-related quality of life? Cerebrovascular diseases. 2010;29(2):105-10.
32. Pucciarelli G, Savini S, Byun E, Simeone S, Barbaranelli C, Vela RJ, et al. Psychometric properties of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of stroke survivors. Heart Lung. 2014;43(6):555-60.
33. Tanji H, Anderson KE, Gruber-Baldini AL, Fishman PS, Reich SG, Weiner WJ, et al. Mutuality of the marital relationship in Parkinson's disease. Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society. 2008;23(13):1843-9.
34. Ostwald SK, Godwin KM, Cron SG. Predictors of life satisfaction in stroke survivors and spousal caregivers after inpatient rehabilitation. Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses. 2009;34(4):160-7, 74; discussion 74.
35. Pucciarelli G, Buck HG, Barbaranelli C, Savini S, Simeone S, Juarez-Vela R, et al. Psychometric Characteristics of the Mutuality Scale in Stroke Patients and Caregivers. Gerontologist. 2016;56(5):e89-98.
36. Carlsson GE, Forsberg-Warleby G, Moller A, Blomstrand C. Comparison of life satisfaction within couples one year after a partner's stroke. Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine. 2007;39(3):219-24.
37. Goldstein LB, Samsa GP, Matchar DB, Horner RD. Charlson Index comorbidity adjustment for ischemic stroke outcome studies. Stroke; a journal of cerebral circulation. 2004;35(8):1941-5.
38. Bushnell CD, Lee J, Duncan PW, Newby LK, Goldstein LB. Impact of comorbidities on ischemic stroke outcomes in women. Stroke; a journal of cerebral circulation. 2008;39(7):2138-40.
39. Tessier A, Finch L, Daskalopoulou SS, Mayo NE. Validation of the Charlson Comorbidity Index for predicting functional outcome of stroke. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2008;89(7):1276-83.
40. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatrica Scandinavica. 1983;67(6):361-70.
41. Sagen U, Finset A, Moum T, Morland T, Vik TG, Nagy T, et al. Early detection of patients at risk for anxiety, depression and apathy after stroke. Gen Hosp Psychiatry. 2010;32(1):80-5.

42. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. J Psychosom Res. 2002;52(2):69-77.
43. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland state medical journal. 1965;14:61-5.
44. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. Gerontologist. 1989;29(6):798-803.
45. Luchetti L, Uhunmwangho E, Dordoni G, Lorido A, Barbieri S, Bolognesi AG, et al. The subjective feeling of burden in caregivers of elderly with dementia: how to intervene? Archives of gerontology and geriatrics. 2009;49 Suppl 1:153-61.
46. D'Amelio M, Terruso V, Palmeri B, Di Benedetto N, Famoso G, Cottone P, et al. Predictors of caregiver burden in partners of patients with Parkinson's disease. Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology. 2009;30(2):171-4.
47. Whoqol_Srpb_Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Social science & medicine. 2006;62(6):1486-97.
48. Giovagnoli AR, Meneses RF, da Silva AM. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. Epilepsy & behavior : E&B. 2006;9(1):133-9.
49. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. Revista de saude publica. 2011;45(1):153-65.
50. Pucciarelli G, Årestedt K, Simeone S, Bolgeo T, Alvaro R, Vellone E. Psychometric characteristics of the WHOQOL-SRPB Scale in a population of stroke survivors and caregivers. Qual Life Res. 2020;29(7):1973-85.
51. Klionsky DJ, Abdelmohsen K, Abe A, Abedin MJ, Abeliovich H, Acevedo Arozena A, et al. Guidelines for the use and interpretation of assays for monitoring autophagy (3rd edition). Autophagy. 2016;12(1):1-222.
52. Duncan PW, Wallace D, Lai SM, Johnson D, Embretson S, Laster LJ. The stroke impact scale version 2.0. Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. Stroke; a journal of cerebral circulation. 1999;30(10):2131-40.
53. Carod-Artal FJ, Coral LF, Trizotto DS, Moreira CM. The stroke impact scale 3.0: evaluation of acceptability, reliability, and validity of the Brazilian version. Stroke; a journal of cerebral circulation. 2008;39(9):2477-84.
54. WHOQOL_GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychol Med. 1998;28(3):551-8.
55. De Girolamo G, Rucci P, Scocco P, Becchi A, Coppa F, D'Addario A, et al. [Quality of life assessment: validation of the Italian version of the WHOQOL-Brief]. Epidemiologia e psichiatria sociale. 2000;9(1):45-55.
56. Lyons KS, Lee CS. The Theory of Dyadic Illness Management. J Fam Nurs. 2018;24(1):8-28.
57. Savini S, Buck HG, Dickson VV, Simeone S, Pucciarelli G, Fida R, et al. Quality of life in stroke survivor-caregiver dyads: a new conceptual framework and longitudinal study protocol. J Adv Nurs. 2015;71(3):676-87.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

RIDURRE LO STRESS NEL CAREGIVER: MINDFULNESS E VR
CAREGIVER STRESS REDUCTION: MINDFULNESS AND VR

COORDINATORE PROGETTO
A. Durante

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.5

TITOLO PROGETTO

Riduzione dello stress nei caregiver di pazienti affetti da cronicità. realtà virtuale e tecnologia per la prossimità di cura

Stress reduction in caregivers of patients with chronic illnesses. virtual reality and technology for proximity to care.

ABSTRACT

Background: Nell'assistenza al malato cronico, il caregiver riveste un ruolo importante che può, in determinate situazioni, sottoporlo a stress e burden. Sebbene in letteratura vengano menzionati molti interventi per la riduzione di stress e burden nel caregiver, sono ancora molto pochi gli studi che utilizzano tecniche di mindfulness e realtà virtuale (VR) e nessuno studio è mai stato intrapreso in Italia.

Obiettivi: l'obiettivo di questo studio è quello di eseguire una revisione sistematica della letteratura per poter esplorare gli interventi di mindfulness e VR utilizzati e redigere un intervento che combini Mindfulness e VR da potersi applicare sui caregiver nel contesto italiano.

Metodi: per la prima fase del progetto verrà eseguita una revisione della letteratura analizzando i principali database scientifici. Gli studi individuati saranno selezionati e valutati qualitativamente dal gruppo di ricerca. L'intervento verrà progettato per la sua fruizione in modalità "*live-on-line*" assistito da un sistema di VR.

Risultati attesi: Gli studi analizzati nel seguente progetto consentiranno di poter individuare gli interventi risultati efficaci in letteratura per ridurre lo stress e il burden del caregiver. L'utilizzo della VR consentirà di poter intervenire a distanza sul caregiver, al domicilio dello stesso e in totale sicurezza.

Parole Chiavi: realtà virtuale, caregiver, paziente, stress, mindfulness.

ABSTRACT

Background: In the care of chronically ill patients, the caregiver plays an important role that can, in certain situations, expose him to stress and burden. Although the literature shows many interventions in for the reduction of stress and burden in the caregiver, there are still very few studies that use mindfulness and virtual reality (VR) techniques and no study has ever been undertaken in Italy.

Objectives: The objective of this study is to perform a systematic review of the literature in order to explore the mindfulness and VR interventions used and to draw up an intervention that combines Mindfulness and VR that can be applied to caregivers in the Italian context.

Methods: For the first phase of the project, a literature review will be carried out analysing the main scientific databases. The identified studies will be selected and qualitatively evaluated by the research group. The intervention will be designed for its use in "live-on-line" mode assisted by a VR system.

Expected results: The studies identified in the following project will allow us to identify the interventions found to be effective in the literature to reduce stress and burden of the caregiver. The use of VR will allow you to intervene remotely on the caregiver, from his/her home and in total safety.

Keywords: virtual reality, caregiver, patient, stress, mindfulness.

BACKGROUND

Nel contesto delle cure a lungo termine e delle cronicità, il ruolo del caregiver informale è essenziale in quanto, attraverso l'assistenza di cui si fa carico, dà sostegno non solo al paziente ma anche ai sistemi sanitari (1, 2). È definito "caregiver informale" una persona che fornisce assistenza a qualcuno con una malattia cronica, disabilità o altri bisogni sanitari o di assistenza di lunga durata (3). In Europa circa l'80% dell'assistenza a lungo termine è garantita dai caregiver informali (1) che, secondo le stime di Eurocarers, corrisponde ad un numero censito di 41 milioni di individui, mentre il numero stimato supera i 53 milioni (4). I caregiver informali si trovano spesso ad affrontare da soli il carico dell'assistenza del malato, il progressivo peggioramento della patologia o le disabilità. Come dimostrato da studi, già effettuati su progetti già finanziati dal CECRI a questo gruppo di ricerca, la presa in carico del paziente può essere fonte di stress cronico per il caregiver, con ricadute negative sulla propria vita e su quella del paziente (3, 5-7). Sin dagli anni '80 è stato dimostrato che i membri della famiglia percepiscono l'attività di assistenza come gravosa e stressante (8). Anche il paziente può essere un fattore che aumenta lo stress del caregiver, infatti una recente revisione della letteratura riporta che un più alto livello di stress percepito dal paziente aumenta la probabilità di presenza di burden nel caregiver poiché questi percepisce su sé stesso l'angoscia del destinatario delle cure (9). Il burden è stato definito come quella condizione determinata da "*i problemi fisici, psicologici o emotivi, sociali e finanziari che possono essere vissuti dai membri della famiglia che si prendono cura di anziani con disabilità*" (10). Altri fattori presenti in letteratura che possono causare al caregiver burden e stress possono essere la concomitanza di necessità di un'assistenza intensa per il proprio caro e l'avvicendarsi delle comuni sfide quotidiane e l'isolamento sociale e la privazione finanziaria a seguito della malattia e del caregiving. Quest'ultime possono incidere a differenti livelli sul burden stesso. I caregiver diventano così "il paziente invisibile" e spesso hanno significative esigenze di salute e psicosociali che, a loro volta, influenzano il loro contributo alle attività di cura (11, 12). Inoltre, un alto livello di stress del caregiver può determinare una riduzione della qualità dell'assistenza con conseguenze negative come un numero più alto di ricoveri, aumento del tasso di istituzionalizzazione fino a fenomeni di abbandono e maltrattamenti (3). Tuttavia, il caregiving, sebbene stressante, risulta essere emotivamente gratificante in quanto rinforza i legami familiari, onora il servizio passato che il caregiver ha ricevuto dalla persona che ora ha bisogno di cure e fa risparmiare risorse familiari. In uno studio viene riportato che diversi interventi, di varia natura farmacologica e non, benché non possano ridurre gli oneri del caring, siano risultati efficaci sulla riduzione dei sintomi ad esso correlato. Lo stesso studio consiglia alcuni interventi testati e classificati a basso rischio (non farmacologici) che possono ridurre i sintomi anche negli individui non affetti da forme di burden gravi (9). Tra questi è d'uopo menzionare quelle tecniche rivolte al rilassamento come la "Mindfulness".
La "Mindfulnes**s**" è stata definita come "*la consapevolezza esperita momento per momento*" o in altri termini "*un approccio sistematico allo sviluppo di nuovi tipi di controllo e consapevolezza delle nostre vite, basati sulle nostre capacità interiori di rilassamento, attenzione, saggezza e intuizione* "(13). Questo approccio è stato utilizzato in programmi di gruppo basati sull'evidenza chiamati "riduzione dello stress basata sulla consapevolezza" (MBSR), che si concentrano sull'empowerment, sull'interpretazione non giudicante degli eventi e sull'accettazione della situazione attuale usando con consapevolezza pratiche di meditazione e stretching dolce (14). I programmi MBSR sono stati utilizzati con successo in più studi randomizzati controllati per migliorare la salute mentale e fisica, diminuire depressione, ansia, dolore cronico, ipertensione e molti altri sintomi (14-17). In definitiva, la Mindfulness, insegna una relazione diversa con fattori stressogeni esterni e aumenta le capacità di regolazione emotiva (18). Altre tipologie di interventi non farmacologici con l'obiettivo che di ridurre lo stress sono quelle che si avvalgono dell'utilizzo di dispositivi e di tecnologie. Tra queste merita particolare attenzione la realtà virtuale (VR), metodica sempre più popolare, dal basso costo e che utilizza grafiche che riproducono condizioni realistiche (19). La VR, accessibile solo recentemente al grande pubblico (19), è stata largamente utilizzata in passato a scopi terapeutici per il trattamento della sindrome da stress post traumatico (20), dell'ansia (21, 22) della gestione del dolore(23-25) e per l'aumento del benessere mentale(19). Inoltre, diversi studi hanno dimostrato l'efficacia della VR anche associata a tecniche per la riduzione dello stress come la meditazione e/o metodiche simili alla già citata Mindfulness (26-28). Sebbene in letteratura siano presenti studi circa la riduzione dello stress nei caregiver di pazienti affetti da patologie croniche, pochi prendono in considerazione tecniche innovative come Mindfulness e la VR. Pertanto, l'obiettivo di questo studio è quello di costruire un intervento di sollievo per i caregiver di pazienti affetti da patologie croniche.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

L'obiettivo generale di questo progetto è duplice: 1) selezionare in maniera sistematica le migliori evidenze disponibili in termini di riduzione dello stress nei caregiver di pazienti portatori di cronicità, 2) redigere un

intervento che combini Mindfulness e VR da poter applicare sui caregiver.

OBIETTIVI SPECIFICIE INDICATORI DI PROCESSO

1) ***Primo obiettivo***

a) Conoscere le evidenze in termini di interventi applicati per ridurre lo stress e il burden nei caregiver e descrivere le principali tecniche esistenti;

b) Conoscere l'efficacia di tali interventi in termini di riduzione dello stress;

c) Comparare le diverse tecniche implementate, in relazione alla replicabilità nel contesto italiano.

2) ***Secondo obiettivo***

a) Sviluppare un intervento che sia compatibile con la situazione pandemica in termini di: sicurezza, analisi dei costi e facilità di accesso;

b) Sviluppare un intervento che utilizzi il protocollo MBSR e VR, che abbia come obiettivo quello di ridurre lo stress (riduzione punteggio Perceived Stress Scale (PSS) e State-Trait Anxiety Inventory (STAI), incremento punteggio Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). Ulteriori strumenti potranno essere selezionati al termine della revisione.

METODOLOGIA

CAMPIONE E STRUMENTI

Lo studio si compone di due fasi: la prima di ricerca nei database, la seconda di progettazione dell'intervento. Per la prima fase i seguenti database saranno consultati: PubMed, PsycINFO, CINAHL, Scopus e Web of Science. La nostra ricerca si limiterà alle pubblicazioni in lingua inglese, italiano e spagnola pubblicate senza limiti temporali. Verrà consultato anche Google Scholar e saranno contattati esperti del settore per informarci su lavori non pubblicati. Verranno consultati anche ClinicalTrials.gov, OpenGrey e ProQuest per la letteratura grigia. Saranno inclusi tutti gli studi quantitativi, qualitativi e con metodi misti. Includeremo studi sui caregiver di pazienti affetti da cronicità. I risultati sulla salute del caregiver devono includere il benessere fisico e mentale e la qualità della vita.

Gli studi verranno inclusi se il campione è costituito da: 1) caregiver familiari informali (ad esempio, coniuge, figli adulti o parenti), 2) che si prendono cura dei loro familiari adulti (> 18 anni) affetti da cronicità. Escluderemo quegli studi in cui i caregiver informali si prendono cura di soggetti con età uguale od inferiore ai 18 anni.

Criteri di inclusione:

1. Studi quantitativi, qualitativi e/o con metodi misti;
2. Il campione dovrebbe essere costituito da caregiver familiari informali (ad esempio, coniuge, figli adulti o parenti) di adulti con malattia cronica;
3. Adulti (18 anni o più);
4. Articoli in lingua inglese, spagnola o italiana, o con traduzione disponibile.

Criteri di esclusione

1. Serie di casi o case report; revisioni; lettere agli editori; opinioni professionali;
2. Caregiver che si occupavano di soggetti con età uguale od inferiore ai 18 anni;
3. Focalizzato solo sui destinatari della cura.

ANALISI DEI DATI

Tre revisori parteciperanno alla selezione degli studi ritenuti eleggibili. Questa revisione sarà guidata dal Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Checklist (29) e dal Joanna Briggs Institute manual for evidence synthesis (30). I risultati della ricerca saranno caricati su Rayyan (31), il software di revisione sistematica per la gestione della revisione. Due revisori selezioneranno in modo indipendente gli studi dalla lettura in base a titolo ed abstract. Un eventuale disaccordo nella selezione degli articoli da includere sarà risolto da un terzo revisore. Il processo di selezione degli studi sarà presentato in un diagramma di flusso PRISMA. Questo processo sarà ripetuto per la revisione del testo completo degli articoli. Due revisori compileranno la tabella di estrazione dei dati. I dati da estrarre includeranno: autore/i, anno di pubblicazione, paese di origine, popolazione e dati sociodemografici, metodologia/progettazione, intervento/misure, risultati, valutazione della qualità dello studio ed eventuali limiti riportati.

Verranno selezionate informazioni dettagliate circa l'intervento, le peculiarità delle tecniche utilizzate, l'utilizzo esclusivo di Mindfulness, VR, la combinazione di entrambi o l'utilizzo di una versus l'altra. Si valuteranno gli esiti di salute dei caregiver, il contenuto dell'intervento e le condizioni di controllo e i

risultati degli interventi e delle misure effettuate (strumenti scelti).
Due revisori addestrati valuteranno indipendentemente il rischio di bias/la qualità dello studio utilizzando il Mixed Methods Assessment Tool (MMAT)(32), progettato per la valutazione della qualità nelle revisioni sistematiche di studi misti.
Questo strumento di valutazione della qualità permette di valutare il rigore metodologico dei seguenti tipi di studio: ricerche qualitative, studi controllati randomizzati, studi non randomizzati, studi descrittivi quantitativi e studi con metodi misti. I disaccordi saranno risolti da un terzo autore di revisione, se necessario.
A seguito della revisione si procederà con la stesura dell'intervento. Data la recente pandemia e la difficoltà dei caregiver ad allontanarsi dall'assistito, l'intervento verrà progettato direttamente per la sua fruizione in modalità "*live-on-line*" assistito da un sistema di VR.

CONSIDERAZIONI ETICHE

L'approvazione etica verrà richiesta a seguito dell'elaborazione dell'intervento prima del suo utilizzo.

RISULTATI ATTESI

Gli studi individuati nel seguente progetto consentiranno di poter individuare gli interventi risultati efficaci in letteratura per ridurre lo stress e il burden del caregiver. L'utilizzo della VR consentirà di poter intervenire anche a distanza sul caregiver, consentendo di non allontanarsi dal paziente e in totale sicurezza. Inoltre, tramite l'apprendimento di interventi di mindfulness il caregiver sarà in grado di poter mettere in pratica tali esperienze anche a distanza di lunghi periodi dall'intervento, in quanto sono tecniche che, una volta apprese, possono accompagnare il resto della vita della persona. Infine, l'intervento consentirà di ridurre stress e burden nel caregiver, migliorando il livello di assistenza al paziente, il benessere del paziente e del caregiver stesso, nonché la possibilità di ridurre il carico emotivo derivante dall'assistenza.

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

Il presente intervento, in base alle nostre conoscenze, è il primo che ha come obiettivo i caregiver di pazienti affetti da patologia cronica in Italia. Tale intervento è in linea con una nuova visione nazionale ed internazionale, che mira ad assistere sul territorio i pazienti e caregiver con interventi che consentano di migliorare la loro qualità di vita.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Background	Principal Investigator	15/04/2021 -28/05/2021
Struttura stringa di ricerca e adattamento sui database	Principal Investigator, Coordinatore	01/06/2021- 28/07/2021
Eliminazione dei doppioni e selezione per titolo ed abstract	Principal Investigator e coordinatore e project team	01/08/2021- 15/09/2021
Lettura Full Text	Principal Investigator	15/09/2021- 15/010/2021
Estrazione Dati e Quality Appraisal	Coordinatore e project team	15/10/2021- 15/11/2021
Stesura report di ricerca e pubblicazione	Principal Investigator e coordinatore e project team	15/11/2021- 15/12/2021
Formulazione Intervento	Principal Investigator e Coordinatore	15/12/2021- 15/02/2022
Chiusura progetto	Principal Investigator e Coordinatore	20/02/2022- 20/03/2022

DIAGRAMMA GANTT

MESE	APR 2021	MAG 2021	GIU 2021	LUG 2021	SETT 2021	OTT 2021	NOV 2021	DIC 2021	GEN 2022	FEBB 2022	MAR 2022
Analisi di contesto	■										
Struttura stringa di ricerca e adattamento alle banche dati	■	■									
Estrazione Record Dati			■								
Lettura Fulltext			■	■							
Elaborazioni dati				■	■	■	■				
Stesura report di ricerca e pubblicazione							■	■	■		
Progettazione intervento								■	■	■	
Chiusura progetto								■	■	■	■

BIBLIOGRAFIA

1. Zigante VJEF, Availability, Quality E. Informal care in Europe. 2018:4-38.
2. Durante A, Paturzo M, Mottola A, Alvaro R, Vaughan Dickson V, Vellone E. Caregiver Contribution to Self-care in Patients With Heart Failure: A Qualitative Descriptive Study. 2019;34(2):E28-E35.
3. Schulz R, Beach SR, Czaja SJ, Martire LM, Monin JKJArop. Family caregiving for older adults. 2020;71:635-59.
4. Hanson E, Yghemonos S. The Eurocarers Research Working Group meeting, Ancona, Italy, 26-27 September 2019. International Journal of Care and Caring. 2019;3:603-5.
5. Bevans M, Sternberg EMJJ. Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. 2012;307(4):398-403.
6. Durante A, Greco A, Annoni AM, Steca P, Alvaro R, Vellone E. Determinants of caregiver burden in heart failure: does caregiver contribution to heart failure patient self-care increase caregiver burden? European Journal of Cardiovascular Nursing. 2019;18(8):691-9.
7. Durante A, Paturzo M, Mottola A, Alvaro R, Dickson VV, Vellone EJJoCN. Caregiver contribution to self-care in patients with heart failure: a qualitative descriptive study. 2019;34(2):E28-E35.
8. DeShane MJP. Helping Elderly Parents: The Role of Adult Children. 1982;27(9):737-8.
9. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MSJJ. Caregiver burden: a clinical review. 2014;311(10):1052-60.
10. Bastawrous M. Caregiver burden--a critical discussion. International journal of nursing studies. 2013;50(3):431-41.
11. Silliman RAJJoGIM. Caring for the frail older patient. 1989;4(3):237-41.
12. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire JJSjophc. What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? A systematic literature review. 2009;27(1):31-40.
13. Kabat-Zinn J, Hanh TN. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness: Delta; 2009.
14. Peterson LG, Pbert LJAJP. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. 1992;149(7):936-43.
15. Kabat-Zinn JJGhp. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. 1982;4(1):33-47.

16. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney RJJobm. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. 1985;8(2):163-90.
17. Sephton SE, Salmon P, Weissbecker I, Ulmer C, Floyd A, Hoover K, et al. Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. 2007;57(1):77-85.
18. Bazzano A, Wolfe C, Zylowska L, Wang S, Schuster E, Barrett C, et al. Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: a community-based approach. 2015;24(2):298-308.
19. Kitson A, Schiphorst T, Riecke BE, editors. Are you dreaming? a phenomenological study on understanding lucid dreams as a tool for introspection in virtual reality. Proceedings of the 2018 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems; 2018.
20. Domhoff GWJP, medicine pos. Methods and measures for the study of dream content. 2000;3:463-71.
21. Opriş D, Pintea S, García-Palacios A, Botella C, Szamosközi Ş, David DJD, et al. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. 2012;29(2):85-93.
22. Parsons TD, Rizzo AAJJobt, psychiatry e. Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis. 2008;39(3):250-61.
23. Gerry LJJItov, graphics c. Paint with me: Stimulating creativity and empathy while painting with a painter in virtual reality. 2017;23(4):1418-26.
24. Tong X, Gromala D, Riecke B, Shaw C, Loughin T, Karamnejad MJI. Usability Comparisons of Head-Mounted vs. Immersive Desktop Displays for Pain Management in Virtual Reality. 2014.
25. Wiederhold MD, Wiederhold BK. Virtual reality and interactive simulation for pain distraction. Blackwell Publishing Inc Malden, USA; 2007.
26. Roo JS, Gervais R, Frey J, Hachet M, editors. Inner garden: Connecting inner states to a mixed reality sandbox for mindfulness. Proceedings of the 2017 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems; 2017.
27. Shaw C, Gromala D, Song M. The meditation chamber: towards self-modulation. Metaplasticity in virtual worlds: Aesthetics and semantic concepts: IGI Global; 2011. p. 121-33.
28. Vidyarthi J, Riecke BE, Gromala D, editors. Sonic Cradle: designing for an immersive experience of meditation by connecting respiration to music. Proceedings of the designing interactive systems conference; 2012.
29. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. 2009;62(10):e1-e34.
30. Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis: JBI; 2020.
31. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews. 2016;5(1):210.
32. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. 2018;34(4):285-91.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

NUOVE RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA

NEW RESPONSIBILITIES OF THE FAMILY NURSE

COORDINATORE PROGETTO
M. Di Nitto
G. Pucciarelli
S. Simeone

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.6

TITOLO PROGETTO

Le cure e la sicurezza del paziente domiciliare: l'infermiere di famiglia come mediatore tra famiglia e assistente familiare

Family Nurse in community care: guarantor of safe care, mediator between family and Home Care Worker

ABSTRACT

Background: L' invecchiamento della popolazione italiana va di pari passo con l'aumento di patologie cronico-degenerative. Le cure territoriali e l'infermiere di famiglia (IF) sono stati individuati come binomio inscindibile per una corretta assistenza. Tuttavia, l'IF non trova riscontro all'interno del SSN. Conseguenza è stato il costante utilizzo di risorse esterne da parte della famiglia per cercare supporto alla soddisfazione di bisogni assistenziali. Gli IF si ritrovano ora sempre più spesso a rapportarsi con gli Assistenti familiari (AF).

Obiettivi: Lo scopo di questo studio è di valutare il ruolo dell'IF in risposta ai reali bisogni assistenziali espressi dal paziente e dalla famiglia, e di analizzare la tipologia delle attività svolte dell'AF in relazione alla sicurezza del paziente.

Metodi e strumenti: Attraverso un disegno osservazionale, con l'uso di questionari validati psicometricamente, si valuterà l'impatto che l'IF può avere come mediatore tra la famiglia, paziente e gli AF.

Risultati attesi: Comprendere il bisogno di assistenza espresso dal paziente e dalla famiglia in relazione al grado di risposta dei servizi territoriali. Comprendere il ruolo di mediatore che l'IF può avere all'interno del percorso di cura, consentirà di individuare quali variabili dell'AF influenzano la qualità di vita del paziente e del caregiver informale, valutando le attività svolte dall'AF in relazione alla sicurezza ed alla salute del paziente e della sua famiglia.

Parole chiave: infermiere di famiglia, assistenti familiari, sicurezza delle cure

ABSTRACT

Background: The aging of the Italian population goes hand in hand with the increase in chronic degenerative diseases. Territorial care and the family nurse (IF) have been identified as an inseparable combination for proper care. However, the IF is not matched in SSN. Consequence was the constant use of external resources by the family to seek support for the satisfaction of welfare needs. IFs are now increasingly finding themselves in contact with Family Assistants (AF).

Objectives: The purpose of this study is to evaluate the role of the family nurse in response to the real care needs expressed by the patient and family, and to analyze the type of activities performed by the FA in relation to patient safety.

Methods and tools: Through an observational design, with the use of psychometrically validated questionnaires, the response of local services will be assessed with respect to the real care needs expressed by the patient and the family.

Expected results: Understanding the real need for assistance expressed by the patient and the family in relation about response of community care, complementary to understanding the mediator's role of

family nurse may have within the care pathway will allow to identify which variables of the 'FA influence the quality of life (QoL) of the patient and the informal caregiver, evaluating the activities carried out by the FA in relation to the safety and health of the patient and his family.

Keywords: family nurse, HomeCare Workers, safety of care

BACKGROUND

L'aumento dell'aspettativa di vita ed il declino dei tassi di fertilità stanno portando ad un progressivo e costante invecchiamento della popolazione globale [1-2]. Nei prossimi 20 anni vi sarà un notevole aumento della popolazione anziana [3] che cresce più rapidamente rispetto ad altre fasce d'età [4]. L'invecchiamento della popolazione è associato all'aumento delle patologie cronico-degenerative e disabilità [5], e questo rappresenterà sempre più una sfida per i sistemi sanitari [6].

È ormai dimostrato che vista la crescita esponenziale della spesa sanitaria i ricoveri ospedalieri siano riservati solo alle malattie acute [7]. Pertanto, il territorio sta diventando sempre più il contesto abituale di assistenza e cura per i pazienti affetti da malattie cronico-degenerative e/o disabilità e per gli anziani. Nei paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) la percentuale di anziani che riceve assistenza domiciliare è stimata intorno al 65% con una previsione in rapido aumento per prossimi anni [2].

Purtroppo, in Italia questa percentuale è fortemente disattesa. Oltre alla nota presenza, a macchia di leopardo, di scarni servizi di assistenza territoriale, nemmeno con la Legge 77/2020 ed il D.L. Rilancio, il ruolo dell'IF ha avuto una piena attuazione. Ad oggi solo il *10% dei 9600 IF individuati come essenziali risulta assunto.*

Sino a qualche anno fa tale carenza di servizi era compensata da una assistenza familiare informale. L'assistenza familiare all'anziano, disabile e non, specialmente quella effettuata dalle donne, è storicamente insita nella cultura italiana [8]. Tuttavia, i tassi di natalità in calo [9], una maggiore mobilità della forza lavoro, l'urbanizzazione [9], un aumento delle famiglie monocomponenti [9] ed una maggiore coinvolgimento delle donne nel mondo del lavoro [5] hanno portano sempre più all'utilizzo di risorse esterne alla famiglia [9-10]. Queste risorse sono rappresentate dagli assistenti familiari, chiamati anche "badanti".

L'assistente familiare (AF) è una figura non sanitaria che svolge, a pagamento, il ruolo di caregiver informale, ovvero tutte quella attività di assistenza diretta e di base alla persona che farebbe un membro della famiglia. L'AF si occupa di aiutare la persona nelle sue attività di vita quotidiana dal lavarsi al vestirsi, dal nutrirsi a preparare i pasti, dal pulire la casa ad aiutare l'anziano ad assumere i farmaci. In alcuni casi, l'AF fornisce anche solo compagnia [11-12]. Gli AF rappresentano il secondo più importante fornitore di assistenza per le persone anziane con disabilità, subito dopo i caregiver familiari [13]. È stato osservato che gli AF hanno un beneficio non solo per la persona assistita ma anche per la sua famiglia che, inevitabilmente, vede alleviarsi il burden dell'assistenza [14-15-16-17]. Nonostante gli AF siano così spesso coinvolti nell'assistenza a persone anziane e con disabilità, non è stata ancora prevista per queste figure alcun tipo di formazione per l'assistenza. italiana Questo aspetto rappresenta un serio pericolo per la sicurezza dei pazienti e dei loro familiari.

La letteratura riporta che gli AF e le loro condizioni di vita hanno un impatto sugli outcome clinici dei pazienti [19-20-21-22-23-24-25]. Nonostante ciò, in Italia non si hanno conoscenze sulle condizioni di vita e lavorative degli AF e non si conoscono le attività che svolgono ogni giorno nell'assistenza a persone in stato di bisogno. Inoltre, non abbiamo studi che hanno correlato la situazione di vita e lavorativa dell'AF a variabili del paziente e del caregiver familiare.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

Lo scopo di questo studio è di descrivere l'impatto che l'infermiere di famiglia può avere come mediatore tra la famiglia, paziente e gli AF ed analizzare la tipologia delle attività svolte dell'AF in relazione alla sicurezza del paziente.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Valutare l'impiego dell'infermiere di famiglia in relazione ai reali bisogni assistenziali del paziente e della famiglia;
2. Valutare il ruolo di mediatore dell'infermiere di famiglia nella relazione tra paziente, caregiver informale e AF;
3. Valutare il bisogno di assistenza espresso dal paziente e dalla famiglia e il grado di risposta dei servizi

territoriali;

4. Valutare la tipologia delle attività svolte dall'AF in relazione alla sicurezza e alla salute del paziente;
5. Individuare quali variabili dell'AF influenzano la qualità di vita (QoL) del paziente e del caregiver informale.

METODOLOGIA

DISEGNO

Per questo studio si utilizzerà un disegno osservazionale.

CAMPIONE

Saranno arruolati, tramite criteri di convenienza, i soggetti anziani con patologie croniche che usufruiscono da almeno 6 mesi delle prestazioni di assistenza territoriale; saranno inoltre arruolati il loro caregiver informale, e l'AF.

Saranno esclusi dallo studio i soggetti con ridotto livello di coscienza o con gravi deficit neurologici. A tutti i soggetti arruolati sarà garantita la possibilità di ritirarsi dallo studio in qualunque momento e senza dover fornire specifica motivazione.

STRUMENTI DA UTILIZZARE

Saranno utilizzati strumenti psicometricamente validati e strumenti creati ad hoc al fine di raggiungere gli obiettivi dichiarati:

- Questionario sociodemografico creato ad hoc, indagherà le seguenti aree: sociodemografica, percezione generale del lavoro di caregiver e di assistente familiare, le attività routinariamente svolte nel corso della propria giornata rispetto alle caratteristiche specifiche del proprio ruolo. Questo strumento verrà somministrato agli IF, ai caregiver informali, ai pazienti ed agli AF.
- SF-12, per misurare la qualità di vita [26]; questo strumento verrà somministrato, ai caregiver informali, ai pazienti ed agli AF.
- PHQ9, per valutare la depressione [27]; questo strumento verrà somministrato, ai caregiver informali, ai pazienti ed agli AF.
- Caregiver Burden Inventory, per valutare il carico assistenziale [28]; questo strumento verrà somministrato agli IF, ai caregiver informali, ai pazienti ed agli AF.
- Preparedness for Caregiving Scale, per misura la preparazione del caregiver nel far fronte al caregiving [29]; questo strumento verrà somministrato agli IF, ai caregiver informali, ai pazienti ed agli AF.
- Positive Aspect of Caregiving, per valutare gli aspetti positivi del caregiving [30]; questo strumento verrà somministrato ai caregiver informali ed agli AF.
- Barthel Index, per valutare la funzionalità nell'esecuzione di attività del vivere quotidiano del familiare [31]; questo strumento verrà somministrato agli IF, ai caregiver informali, ai pazienti ed agli AF.
- Interviste semi-strutturate audio registrate. Scopo delle interviste sarà quello di indagare il vissuto esperienziale dei soggetti partecipanti allo studio; la preparazione percepita nell'essere IF, nell'essere AF; sulla percezione di soddisfazione, da parte dei soggetti assistiti e dei loro caregiver informali, dei loro bisogni assistenziali. Tali interviste saranno proposte agli IF, ai caregiver informali, ai pazienti ed agli AF.

ANALISI DEI DATI

I dati del questionario verranno analizzati con tecniche statistiche di tipo descrittivo (es. media, deviazione standard, frequenze) e di tipo inferenziale. L'analisi statistica inferenziale avrà lo scopo di esplorare l'esistenza di relazioni statisticamente significative tra le variabili indagate. Ad esempio, verranno effettuate comparazioni tra la percezione della qualità di vita percepita dall'AF e quella del caregiver familiare; tra la qualità di vita percepita dell'AF e lo stato di autonomia del soggetto assistito; tra la preparazione percepita ad essere AF e la qualità di vita percepita dal caregiver familiare. Le interviste semi strutturate verranno trascritte integralmente ed analizzate con la content analysis, una tecnica di analisi che permette di valutare i temi salienti emersi durante l'intervista.

CONSIDERAZIONI ETICHE

Lo studio verrà condotto in accordo con i principi della dichiarazione di Helsinki e nel rispetto della normativa vigente sulle sperimentazioni cliniche. La confidenzialità e l'anonimità verrà garantita attraverso l'assegnazione di un codice numerico per singolo soggetto arruolato. Durante la trascrizione delle interviste, il ricercatore eliminerà qualsiasi riferimento diretto che possa compromettere la privacy del paziente e del caregiver. Tutti i dati sensibili saranno trattati secondo i principi del D. Lgs 30 Giugno 2003 n° 196 ed in

conformità con il regolamento generale sulla protezione dei dati (normativa europea n. 2016/679).

Il presente studio permetterà di avere una prima descrizione sull'impiego dell'infermiere di famiglia in relazione ai reali bisogni assistenziali del paziente e del rispettivo nucleo familiare. Consentirà di individuare quali variabili dell'AF influenzano la qualità di vita (QoL) del paziente e del caregiver informale, valutando l'impatto del ruolo di mediatore dell'infermiere di famiglia. Permetterà una valutazione generale sulle condizioni lavorative degli AF e sulle tipologie di attività svolte dell'AF (congrue ed incongrue) in relazione alla sicurezza del paziente. I risultati potranno essere la base per futuri sviluppi ed implementazioni di specifici programmi di intervento atti a migliorare le competenze e la sicurezza all'interno di un contesto domiciliare dinamico e potranno essere un trampolino di lancio per l'aumento della formazione con specifiche skill da parte dell'infermiere di famiglia.

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

Individuare i reali bisogni di assistenza territoriale orienterà politiche sanitarie efficaci ed efficienti. Attenzionare una popolazione che sarà presente nell'assistenza alle cronicità permetterà di anticipare i bisogni riscontrabili dagli infermieri di famiglia ed alla loro formazione. Ciò permetterà interventi politici generali e specifici atti a regolarizzare il loro ruolo e permetterà una rimodulazione degli interventi educativi ed assistenziali finalizzati al totale reinserimento sociale dei soggetti portatori di cronicità.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Background	Coordinatori	01/04/2021 -01/06/2021
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager e coordinatori e project team	01/06/2021-01/08/2021
Approvazione Comitato Etico	Principal Investigator	01/08/2021-01/09/2022
Campionamento	Project team	01/11/2021-01/10/2022
Somministrazione questionari	Project team	01/11/2021-01/10/2022
Elaborazioni statistiche	Coordinatori e project team	01/01/2022-01/03/2022 01/08/2022-01/10/2022
Stesura report di ricerca intermedio	Project manager e coordinatori	01/4/2022-01/05/2022
Stesura report ricerca	Project manager e coordinatori	01/12/20222-01/01/2023
Pubblicazione finale	Project manager e coordinatori e project team	01/01/2023-01/03/2023
Chiusura progetto	Project manager	31/03/2023

ANNO 2021

DIAGRAMMA GANTT

MESE	APR 21	MAG 21	GIU 21	LUG 21	AGO 21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DIC 21	GEN 22	FEB 22	MAR 22
Analisi di background	■	■										
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test			■	■								
Richiesta Comitato Etico					■							
Approvazione Comitato Etico						■	■					
Campionamento								■	■	■	■	■
Somministrazione questionari								■	■	■	■	■
Elaborazioni statistiche										■	■	
Stesura report ricerca												■

ANNO 2022

MESE	APR 22	MAG 22	GIU 22	LUG 22	AGO 22	SET 22	OTT 22	NOV 22	DIC 22	GEN 22	FEB 22	MAR 22
Stesura report ricerca intermedio	■											
Campionamento	■	■	■	■	■	■						
Somministrazione questionari	■	■	■	■	■	■						
Elaborazioni statistiche					■	■	■	■				
Stesura report ricerca									■			
Pubblicazione finale										■	■	
Chiusura progetto												■

BIBLIOGRAFIA

1. UNFPA and HelpAge International (2012). Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge. UNFPA and HelpAge International.
2. KPMG International. An uncertain age: reimagining long-term care in the 21st century. https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2014/04/an-uncertain-age-v5.pdf.
3. Robine, J.M., Michel J.P., &Herrmann, F.R. (2007). Who will care for the oldest people in our aging society? BMJ 2007;334:570.
4. Illario, M.; De Luca, V., Tramontano, G., Menditto, E., Iaccarino, G., Bertorello, L., Palummeri, E., Romano, V., Moda,G., Maggio, M., Barbolini, M., Leonardini, L., Addis, A.; Italian EIP-AHA Working Group (2017). The Italian reference sites of the European innovation partnership on active and healthy ageing: Progetto Mattone Internazionale as an enabling factor. Transl Med UniSa 2017;53(1):p.60-69.
5. E. Union, E.&OECD (2010). Health at a Glance: Europe 2010. OECD. pp. 60-69.
6. Pickard, L. (2012). Substitution between formal and informal care: a 'natural experiment' in social policy in Britain between 1985 and 2000. Ageing and Society, 32 (7). pp. 1147-1175.
7. Grabowski, D.C. (2006). The cost-effectiveness of noninstitutional long-term care services: review and synthesis of the most recent evidence. Care Med Res Rev. 63 (1): pp. 3-28.

8. Simeone, S., Coehn, M.Z., Savini, S., Pucciarelli, G., Alvaro, R., & Vellone, E. (2016). The lived experiences of stroke caregivers three months after discharge of patients from rehabilitation hospitals. Prof Inferm. 69 (2): pp. 103-12.
9. Prince, M., Prina, M.,&Guerceht, M. (2013). World Alzheimer Report 2013: Journey of Caring. Alzheimer Disease International. https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf.
10. Fusco, S., Corsonello, A., & Chiatti, C. (2015). Migrant care workers and rehospitalization among older patients discharged from acute care hospitals. Geriatr Gerontol Int.15 (2): pp. 196-203.
11. Hanson, G.C., Perrin, N.A., & Moss, H. (2015). Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. BMC Public Health. 15: pp. 11.
12. Nakaishi, L., Moss, H., Weinstein, M., Perrin, N., Rose, L., Anger, W.K., Hanson, G.C., Christian, M., & Glass, N. (2013). Exploring workplace violence among home care workers in a consumer-driven home health care program. Workplace Health Saf. 61 (10): pp. 441-50.
13. Lombardia, F.C. (2006) Out of the shadows: Survey on care services for the elderly in Lombardy. Edizioni Lavoro.
14. Bilotta, C., Nicolini, P., & Vergara, C. (2009) Quality of private personal care for elderly people living at home in Italy with disabilities: risk of nursing home placement at a 1-year follow-up. Health Soc Care Community.17 (6): pp. 543-7.
15. Bilotta, C. &Vergara, C. (2008). Quality of private personal care for elderly people with a disability living at home: correlates and potential outcomes. Health Soc Care Community.16 (4): pp. 354-62.
16. Chiatti, C., Di Rosa, M., Melchiorre, M.G., Manzoli, L., Rimland, J.M., & Lamura, G. (2013) Migrant care workers as protective factor against caregiver burden: results from a longitudinal analysis of the EUROFAMCARE study in Italy.Aging Ment Health. 17 (5): pp. 609-14.
17. Chiatti, C., Gatta, D.R., & Fänge, A.M. (2018) Utilization of Formal and Informal Care by Community-Living People with Dementia: A Comparative Study between Sweden and Italy. Int J Environ Res Public Health. 15 (12).
18. Genet, N., Boerma, W.G., & Kringos, D.S. (2011). Home care in Europe: a systematic literature review. BMC Health Serv Res.11: pp. 207.
19. Hewko, S.J., Cooper, S.L., Huynh, H., Spiwek, T.L., Carleton, H.L., Reid, S., Cummings, G.G. (2015) Invisible No More: a scoping review of the health care workforce aide literature. BMC Nurs.14: 38.
20. Bercovitz, A., Moss, A., Sengupta, M., Park-Lee, E.Y., Jones, A., &Harris-Kojetin, L.D. (2007). An overview of home health aides: United States. National health statistics reports. (34): pp.1-31.
21. Franzosa, E., Tsui, E.K., &Baron, S. (2018) Home Health Aides' Perceptions of Quality Care: Goals, Challenges, and Implications for a Rapidly Changing Industry. New solutions: a journal of environmental and occupational health policy: NS. 27 (4): pp. 629-647.
22. Feldman, P.H., Ryvicker, M., Evans, L.M., & Barron, Y. (2017). The Homecare Aide Workforce Initiative: Implementation and Outcomes. Journal of applied gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society. 733,464,817,707,298.
23. Kelly, C.M., Morgan, J.C., &Jason, KJ. (2013). Home care workers: interstate differences in training requirements and their implications for quality. Journal of Applied Gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society. 32 (7): pp. 804-832.
24. Stone, R.I. (2004) The direct care worker: the third rail of home care policy. Annu Rev Public Health 25: pp. 521-37.
25. Howes, C. (2008). Love, money, or flexibility: what motivates people to work in consumer-directed home care? Gerontologist48 Spec No 1: pp. 46-59.
26. Ware, J. Jr., Kosinski, M., Keller, S.D. (1996) A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity.Medical Care. Sea; 34 (3): pp.220-33.
27. Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med., Sep;16(9),606-13.
28. Novak, M. &C. Guest, (1989) Application of a multidimensional caregiver burden inventory. Gerontologist. 29 (6): pp. 798-80.
29. Archbold, P.G., Stewart, B.J., Greenlick, M.R., &Harvath, T. (1990) Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Res Nurs Health.13: pp. 375-384.

30. Tarlow, B.J., Wisniewski, S.R., Belle, S.H., Rubert, M., Ory, M.G, & Gallagher, D. T.(2004). Positive aspects of caregiving: Contributions of the REACH project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. Research on Aging, 26, pp. 429-453.
31. Mahoney, F. &Barthel, D. (1965) Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 2: pp. 61-65.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

GENERE E IDENTITA' PROFESSIONALE
GENDER AND PROFESSIONAL IDENTITY

COORDINATORE PROGETTO
M. De Maria

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.7

TITOLO PROGETTO

L'impatto di genere sull'identità della figura infermieristica e rapporti interprofessionali

The gender impact on the identity of the nursing figure and interprofessional relationships

ABSTRACT

Background. La storia dell'assistenza infermieristica è stata influenzata da stereotipi di genere. L'infermiere, principalmente di sesso femminile, è stato spesso percepito in subordine al medico, principalmente di sesso maschile, a causa di una disparità di potere legata al genere. Le aspettative relazionali interprofessionali rappresentano un veicolo di stereotipo professionale e ad oggi sono ridotti gli studi che indagano tale dimensione. Un'identità professionale stereotipata impatta negativamente sulla sicurezza e sulla qualità delle cure.

Obiettivi. Accertare l'attuale presenza di stereotipi di genere tra i professionisti della salute e comprendere in che modo questi stereotipi sedimentano e si esprimono nelle relazioni interprofessionali.

Materiali e metodi. Disegno di ricerca esplorativo a metodi misti, con approccio dominante di tipo qualitativo ed analisi dei dati testuali sul corpus di interviste.

Risultati attesi. Accertare l'attuale persistenza di stereotipi di genere in Italia consentirebbe una riflessione sulla necessità di misure di contrasto a questo fenomeno. Inoltre, conoscere le dinamiche di relazionali interprofessionali influenzate da stereotipi di genere, consentirà di prendere in considerazione interventi atti a limitare tale condizione.

Parole chiave. Genere, identità professionale, figura infermieristica, relazioni interprofessionali, autonomia professionale, immagine, storia dell'assistenza.

ABSTRACT

Background. The nursing history is linked to an identity based on gender stereotypes. The nurse is perceived as the alternative to the doctor, due to a gender-related power inequality. Interprofessional relational expectations represent a vehicle of professional stereotype and to date, few studies investigate this dimension. A stereotyped professional identity negatively impacts the safety and quality of care.

Aims. Verify the current presence of gender stereotypes and understand how they settle and express in inter-professional relationships.

Materials and methods. Exploratory study design with mixed methods; dominant qualitative approach and Analysis of Textual Data on the corpus of interviews.

Expected results. Verifying the current persistence of gender stereotypes in Italy would allow a reflection on the need for measures to counteract the phenomenon. Furthermore, knowing the inter-professional relational dynamics through which the gender permeates, will allow us to consider interventions aimed at limiting this condition.

Keyword. Gender, professional identity, nursing figure, inter-professional relations, professional autonomy, image, history of care.

BACKGROUND

La storia dell'assistenza infermieristica si intreccia con la storia della donna. In Italia nei primi anni del Novecento, dietro l'impulso della Riforma Nightingaliana, nacque l'esigenza di creare un'assistenza infermieristica moderna costituita da elementi femminili, preferibili a quelli maschili, per le caratteristiche naturali legate al genere (1). Questa scelta fu fatta anche «[…] in funzione della subalternità al medico stesso, come trasposizione nel campo professionale della più generale subalternità della donna all'uomo» (1). L'esclusività femminile nella professione infermieristica trovò la sua massima espressione negli anni del fascismo, in cui alla professione venivano ammesse solo giovani donne nubili (2). Il regime esacerbò il ruolo della donna quale madre e moglie. Dalla disuguaglianza di genere, derivò che «la donna infermiera divenne naturalmente sottomessa al medico» (3).

Questo processo di "gendardizzazione" della professione infermieristica è stato studiato anche in epoca recente. Infatti, Capone et al. (5) hanno osservato che l'immagine sociale dell'infermiere è sempre stata connotata al femminile, per la sua maggiore inclinazione alla cura e all'assistenza. Difatti la professione infermieristica ha aperto le porte al genere maschile solo con la Legge 124 del 1971 (4). Zamanzadeh et al. (6) focalizzandosi sulla possibilità di carriera all'interno della professione infermieristica hanno evidenziato come questa sia migliore e più rapida per gli uomini rispetto alle donne. Infine, Ten Hoeve et al. (7) hanno osservato la consapevolezza della categoria infermieristica di essere in una posizione di subordine alla professione medica, creando bassi livelli di soddisfazione lavorativa. Questo non fa che ulteriormente evidenziare come la differenza tra le due professioni, medica ed infermieristica, sia legata alla disparità rispetto al genere.

La femminilizzazione della professione fa sì che gli infermieri vengano percepiti dalla società civile come "premurosi", ma non riconosciuti come leader o professionisti indipendenti (8). A supporto di ciò Bakalis et al. (9) asseriscono che uno dei problemi che la categoria incontra in molti paesi è proprio la mancanza di autonomia professionale, un'autonomia minata dalla tradizionale subalternità della professione infermieristica rispetto alla professione medica (10). Infatti, secondo Abbas (11) gli infermieri sono in una servile posizione rispetto ai medici.

Alcuni autori (12) ritengono che «tra i professionisti della salute, esista una divisione implicita del lavoro basata sul genere. La professione prominente e autorevole come la medicina e l'odontoiatria è fortemente dominata dagli uomini, mentre i lavori di supporto sono visti come lavoro femminile».

L'implicita divisione del lavoro basata sul ruolo femminile e maschile comprende di frequente azioni non riflessive, spinte dalla quotidianità, ma fortemente radicate nella componente culturale dei processi sociali in cui esse si trovano (13).

La gendarizzazione della professione infermieristica è un aspetto che ha coinvolto il più ampio contesto internazionale con le sue negative implicazioni sull'identità professionale. Una condizione che necessita di alleanze trai i vari paesi per l'attuazione di misure di contrasto al fenomeno (14).

Le conseguenze di un'immagine professionale connotata da stereotipi negativi hanno un forte impatto sui sistemi di cura e di assistenza, quali l'abbandono dei contesti lavorativi, la riduzione delle performance, lo stress l'insoddisfazione professionale con ricadute dirette sulla qualità (15) e sulla sicurezza dell'assistenza prestata (8).

In Italia la professione infermieristica è ancora oggi contraddista da un'alta percentuale di donne. Nel 2017 il 77,5% degli infermieri era di sesso femminile, mentre nella professione medica lo era il 44,4% (18). (18).

Tale diversa composizione di genere all'interno della categoria medica potrebbe determinare dei cambiamenti interni ai rapporti interprofessionali nell'ottica della gendarizzazione della professione infermieristica.

Poiché la struttura di genere entra nei processi lavorativi, così come concettualizzato dalla sociologa Risman (13) nel framework "Approccio Integrativo", il particolare intento di questo progetto sarà quello isolare i processi che creano questioni di genere in ogni sua dimensione: individuale, delle interazioni ed aspettative culturali ed istituzionale (vedi fig. 1).

Lo studio si focalizzerà sulle aspettative interazionali lavorative, perché rappresentano un determinante per ottimizzare o meno la costruzione dell'identità professionale (7,9).

Il dominio interazionale è ancora poco studiato, ma è il punto di partenza per comprendere come la disuguaglianza è modellata dalle aspettative culturali che si generano durante l'interazione e il modo in cui i membri interni al gruppo influenzano i comportamenti (13).

Sebbene ci siano molteplici studi internazionali che dimostrano la presenza di stereotipi legati alla femminilizzazione della professione, minori sono presenti in Italia soprattutto nell'ultimo decennio.

Limitati invece sono gli studi volti ad indagare come le differenze di genere si sedimentino e si esprimano nelle e mediante le relazioni interprofessionali (nella diade infermiere uomo e medico donna e viceversa), generando un'identità infermieristica con ridotti spazi di autonomia.

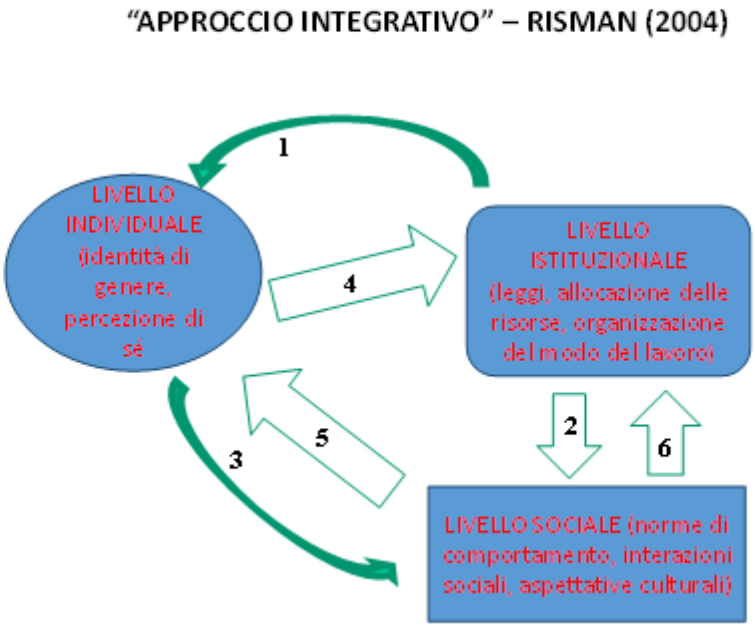


Fig. 1. Framework: "Approccio Integrativo" di Barbara Risman (2004). Fonte: Palazzolo (2011; 126)

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

1. Individuare l'attuale presenza di stereotipi di genere tra i professionisti della salute in Italia.
2. Comprendere i meccanismi (e le modalità) mediante cui gli stereotipi di genere a connotazione negativa si sedimentino e si esprimano nelle relazioni interprofessionali (nella diade infermiere uomo e medico donna e viceversa).

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Osservare in che misura la presenza di stereotipi relativi al genere influiscano e determinino l'identità professionale.
2. Individuare le ricadute derivanti da un'identità professionale a connotazione femminile in termini di autonomia professionale.

METODOLOGIA

Verrà applicato un disegno di ricerca esplorativo a metodi misti, con approccio dominante di tipo qualitativo (QUAL-quan), utilizzando la notazione consigliata da Creswell and Plano Clark (20). La prima fase di natura qualitativa riguarderà la conduzione di interviste strutturate, perché come Bolasco (21) afferma, il linguaggio, le parole, i testi creano o verificano conoscenza. Le relazioni tra parola e conoscenza conducono alle più ampie riflessioni disciplinari.
La seconda fase di natura quantitativa è caratterizzata dall'Analisi Automatica dei Dati Testuali (A.A.D.T.) ovvero una particolare metodologia di tecniche linguistiche applicate ai testi (interviste) con l'obiettivo di estrarre i mondi lessicali soggiacenti i corpora (22). L'analisi automatica segue una logica di tipo statistico testuale ed indipendente dalla lingua, poiché ciascuna occorrenza viene associata ad un codice numerico, detto forma grafica (21). Nel corpus saranno applicate le 7 fasi statistico-informatiche, concettualizzate da Fraire (23) per l'analisi multidimensionale dei dati testuali con software open source IRaMuTeQ (vedi fig. 2).

CAMPIONE

I partecipanti allo studio saranno reclutati attraverso un campionamento propositivo, con scelta ragionata sulla tipologia degli intervistati, al fine di restituire il miglior apporto allo studio (20). Saranno inclusi nel campione n. 44 partecipanti di cui n. 24 infermieri e n. 6 coordinatori/dirigenti infermieri. Ciascuna delle due tipologie di intervistati sarà equamente arruolato tra il setting medico, chirurgico e dell'emergenza-urgenza; saranno caratterizzate dalla stessa percentuale di donne e uomini; avranno uguale rappresentanza tra chi avrà avuto una formazione regionale e chi universitaria. Nell'indagine saranno arruolati n. 2 rappresentanti della FNOPI/OPI, un uomo ed una donna. Inoltre, saranno inclusi n. 12 medici, di cui n. 6 donne e n. 6 uomini, ugualmente suddivisi tra chi ha un'esperienza lavorativa non superiore ai 20 anni di servizio (quindi

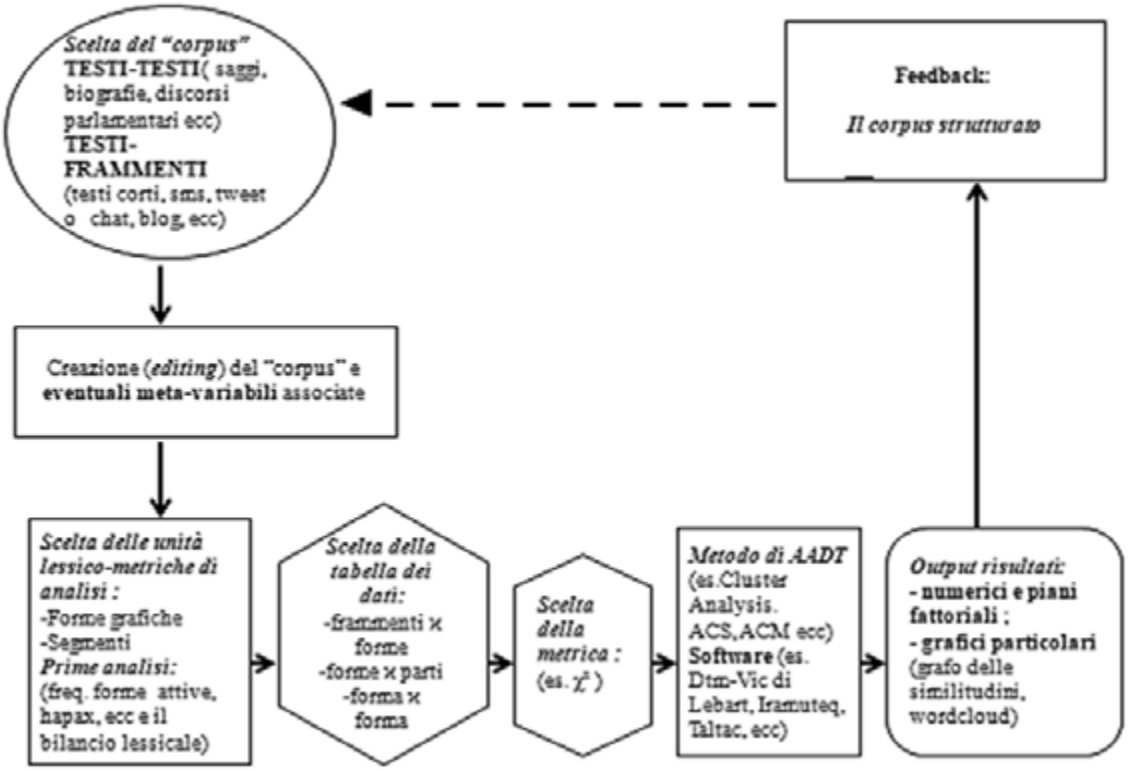


Fig. 2 Mappa concettuale delle 7 fasi statistico-informatiche di un'AADT® (Fraire; 2009)

una formazione relativamente recente) e chi con un'attività di servizio non inferiore ai 25 anni (quindi con una formazione non relativamente recente).
Non saranno inclusi nello studio infermieri, infermieri coordinatori e medici del territorio, in virtù di una tipologia di attività che prevede un tempo di contatto e relazioni interprofessionali di minor intensità, rispetto a quelle che avvengono nel contesto ospedaliero.
Il campione sarà pressoché rappresentativo di tutte le aree geografiche italiane (nord, centro e sud).
Per quanto attiene alla numerosità campionaria, la ricerca si atterrà a quanto suggerito da Adler & Adler (24), secondo cui il disegno a metodi misti deve prevedere un campione compreso tra 12 e 60 partecipanti.

STRUMENTI DI RICERCA

Lo studio per la porzione qualitativa si avvarrà di interviste strutturate (audio e/o video registrate), con una elencazione predefinita di domande, le cui risposte lasceranno all'intervistato la possibilità di rispondere liberamente. La scelta di questa specifica tipologia di interviste a struttura standardizzata e poco incline alla pratica della ricerca qualitativa non dipende dalla necessità di «focalizzarsi tanto sull'espressione unitaria e complessa della singola soggettività, quanto sulle similitudini o differenze riscontrabili a partire dalle ricorrenze delle parole delle risposte a medesimi stimoli» (25).
La traccia delle interviste conterrà dei macro-temi e sarà sovrapponibile per i medici e per gli infermieri, permettendo la costante comparazione dei dati (26). La struttura registrerà qualche piccolo scostamento per gli infermieri dirigenti/coordinatori ed infermieri rappresentanti della Fnopi/ degli Opi, in ordine del diverso ruolo di natura gestionale-organizzativa per i primi e di rappresentanza professionale per i secondi.
Le interviste qualitative rispetto alle quantitative sacrificano l'uniformità delle domande per ottenere uno sviluppo più esauriente delle informazioni (27). Le interviste saranno sottoposte a pre-test.

ANALISI DEI DATI

La strategia di analisi dei dati consta dell'analisi automatica del corpus con il software IRaMuTeQ, seguendo le 7 fasi statistico-informatiche concettualizzate da Fraire (23) e graficamente rappresentate nella fig. 1..
L'analisi sarà condotta da due ricercatori indipendenti. Le trascrizioni delle interviste verranno codificate tramite la creazione di meta-variabili associate alle unità di analisi scelte, sulle quali verrà effettuato il conteggio lessicometrico. Ciò permetterà di ottenere le prime statistiche testuali semplici rappresentate dal bilancio lessicale. Sarà inoltre selezionata la tabella dei dati appropriata alla tecnica multivariata applicata e la metrica più adatta al tipo di analisi effettuata e alla tabella dei dati selezionata. Per quanto attiene alla

tecnica statistica multivariata sarà eseguita la cluster analysis, e l'analisi delle corrispondenze.
Tali analisi, avranno l'obiettivo di determinare la similarità dei profili lessicali, tradotte in vicinanza e somiglianza di unità lessicali, giungendo al senso interno al testo analizzato (28). L'analisi automatica dei dati testuali si concluderà con la restituzione di output grafici e numerici dei risultati.
Per quanto attiene al rigore di ricerca, per la validità di contenuto si procederà secondo quanto teorizzato da Schwandt (29). Ai partecipanti sarà chiesto di confermare quanto i contenuti da loro espressi siano credibili ed aderenti alla realtà del fenomeno studiato. Per l'affidabilità dei risultati in accordo con Golding et al. (30) i ricercatori verificheranno di aver interpretato i dati testuali senza divergenze.

INDICAZIONI ETICHE

Lo studio sarà sottoposto ad approvazione del Comitato Etico dell'Università degli Studi Tor Vergata. Lo scopo e la procedura dello studio saranno dichiarati a tutti i partecipanti l'indagine. Gli intervistati saranno informati che il trattamento dei dati avverrà nel pieno rispetto della riservatezza e dell'anonimato. La partecipazione all'intervista non è vincolante, i partecipanti saranno liberi di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento. Il consenso informato sarà acquisito dagli intervistati con registrazione audio prima e separatamente all'intervista per conservarne l'anonimato.

RISULTATI ATTESI

Molteplici sono gli studi internazionali, mentre quelli nazionali sono numericamente più esigui, che rilevano la presenza di un'immagine professionale infermieristica legata a stereotipi di genere a fronte di una professione storicamente e culturalmente legata alla dimensione femminile. La letteratura scientifica e le fonti storiografiche documentano inoltre che l'immagine stereotipata generi una negativa auto-percezione. Ciò determina una bassa autostima professionale, abbandono dei contesti lavorativi, insicurezza, stress e riduzione delle performance lavorative con dirette ricadute sulla sicurezza e qualità dell'assistenza erogata (17).
Accertare in Italia l'attuale persistenza di stereotipi di genere vuol significare aprire una riflessione interna alla comunità professionale sulle misure di contrasto del fenomeno. Una condizione che genera svantaggio nello sviluppo professionale con importanti ricadute in termini di outcome assistenziali. Poiché la gendarizzazione dell'identità professionale sembra accomunare diversi paesi, ciò necessiterebbe di creare alleanze e sinergie internazionali.
I risultati dello studio permetterebbero quindi alla leadership professionale di analizzare lo stato attuale della categoria infermieristica in termini di gendarizzazione, per affrontare le attuali e future sfide professionali in termini di sviluppo e di autonomia a vantaggio dei bisogni assistenziali della persona.
Inoltre, lo studio delle dinamiche e dei canali attraverso cui permea e si insinua la variabile genere, a scapito dell'identità professionale, consentirà di conoscere e di intervenire conseguentemente in maniera mirata, adottando misure puntuali e pertinenti al problema.
In particolare, l'indagine dei meccanismi di relazione interdisciplinare che modellano la professione infermieristica, amplierà nella categoria la comprensione dell'uso del genere come determinante importante dell'indagine storica.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Razionale del progetto di ricerca	Project Manager, Coordinatore, Project team	Aprile 2021
Analisi delle fonti secondarie	Coordinatore, Project team	Maggio - Giugno 2021
Background di ricerca	Project Manager, Coordinatore, Project team	Luglio – Agosto 2021
Individuazione delle metodologie da applicare e delle tecniche di ricerca	Project Manager, Coordinatore, Project team	Settembre 2021
Elaborazione interviste e pre-test	Coordinatore, Project team	Ottobre – Dicembre 2021

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Somministrazione interviste	Coordinatore, Project team	Gennaio – Aprile 2022
Analisi ed interpretazione dei dati testuali	Coordinatore, Project team	Maggio – Settembre 2022
Presentazione dei risultati della ricerca	Project Manager, Coordinatore, Project team	Ottobre 2022
Stesura risultati di ricerca	Coordinatore, Project team	Novembre 2022 - Gennaio 2023
Scrittura delle discussioni e conclusioni della ricerca	Coordinatore, Project team	Febbraio 2023
Pubblicazione finale e chiusura del progetto	Project Manager, Coordinatore, Project team	Marzo 2023

DIAGRAMMA GANTT

MESE	APR 2021	MAG 2021	GIU 2021	LUG 2021	AGO 2021	SET 2021	OTT 2021	NOV 2021	DIC 2021	GEN 2022	FEB 2022	MAR 2022
Razionale del progetto di ricerca	■											
Analisi delle fonti secondarie		■	■									
Background di ricerca				■	■							
Individuazione delle metodologie da applicare e delle tecniche di ricerca						■						
Elaborazione interviste e pre-test							■	■	■			
Somministrazione interviste										■	■	■

MESE	APR 2021	MAG 2021	GIU 2021	LUG 2021	AGO 2021	SET 2021	OTT 2021	NOV 2021	DIC 2021	GEN 2022	FEB 2022	MAR 2022
Somministrazione interviste	■											
Analisi del corpus ed interpretazione dei dati		■	■	■	■	■						
Presentazione dei risultati della ricerca							■					
Stesura risultati di ricerca								■	■	■		
Scrittura delle discussioni e conclusioni della ricerca											■	
Pubblicazione finale e chiusura del progetto												■

BIBLIOGRAFIA

1. Dimonte V. Da Servente a Infermiere. Una storia dell'assistenza infermieristica in Italia. 3° ed. Torino: Cespi; 2007.
2. De Paola T. La fascistizzazione della professione infermieristica. In: Rocco G, Cipolla A, Stievano A, a cura di. La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale. Milano: Franco Angeli; 2015. p. 258-295.
3. Fiumi A. Infermieri e Ospedale. Storia della Professione Infermieristica tra '800 e '900. Verona: Editore Nettuno; 1993.
4. Ciccone G. Storia ed evoluzione dell'assistenza e della ricerca infermieristica. Roma: Aracne Editrice; 2009.
5. Capone S, Sambati V, Montanari E, Antonazzo M. L'infermiere tra immagine sociale e professionale: esperienze dirette, stereotipi e ruolo dei media. L'Infermiere. 2017;61(4):e62-e7.
6. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Negarandeh R, Monadi M, Azadi A. Factors Influencing Men Entering the Nursing Profession, and Understanding the Challenges Faced by Them: Iranian and Developed Countries' Perspectives. Nurs Midwifery Stud. 2013;2(2): 49–56.
7. Ten Hoeve Y, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. J Adv Nurs. 2014;70:295-309.
8. Karanikola M, Doulougeri K, Koutrouba A, Giannakopoulou M, Papathanassoglou, EDE. Phenomenological Investigation of the Interplay Among Professional Worth Appraisal, Self-Esteem and Self-Perception in Nurses: The Revelation of an Internal and External Criteria System. Front Psychol. 2018;9:1805.
9. Bakalis NA, Mastrogianni E, Melista E, Kiekkas P. The Image and Profile of the Nursing Profession in Greece: Attitudes of High School Students, Nursing Students and Nurses. Int J Nurs Clin Pract. 2015;2:125
10. Tousijn W, Dimonte V. The mobile boundaries of the health professions. Riv Inferm. 2016;35(3):163-7.
11. Abbas S, Zakar R, Fischer F. Qualitative study of socio-cultural challenges in the nursing profession in Pakistan. BMC Nurs. 2020;19(1):20.
12. Gill R. Gender Stereotypes: A History of Nursing in India. Soc Action. 2018;68:43-55.
13. Risman BJ. Gender as a Social Structure. Theory Wrestling with Activism. Gend Soc. 2004;18(4):429-450.
14. Piervisani L, Palombo A, Albanesi B, Rocco G, Stasi S, Vellone E, et al. The Nurse in the Mirror: Image of the Female Nurse During the Italian Fascist Period. J Adv Nurs. 2021; 77(2):957-972.
15. Dignani L, Montanari P, Dante A, Milenna G, Guarinoni Petrucci C, Lancia L. L'immagine dell'infermiere in Italia dall'analisi dell'archivio storico di un quotidiano nazionale. Prof Inferm. 2014;67:49-54.
16. Ministero della Salute Direzione generale del sistema informativo e statistico e degli investimenti strutturali e tecnologici ufficio di statistica. Personale delle A.S.L e degli Istituti di Cura Pubblici Anno 2000. Portale Ministero della Salute; 2001. Disponibile da: http://www.salute. gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1921_allegato.pdf.
17. Ministero della Salute Direzione generale del sistema informativo e statistico e sanitario ufficio di direzione statistica. Personale delle A.S.L e degli Istituti di Cura Pubblici Anno 2010. Portale Ministero della Salute; 2013. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni _1952_allegato.pdf.
18. Ministero della Salute Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica. Personale delle A.S.L e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati Anno 2017. Portale Ministero della Salute; 2019. Disponibile da: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2870_allegato.pdf.
19. Palazzolo A. Il genere nelle scienze sociali. Un approccio femminista e multidisciplinare (dissertazione). Roma (IT) Università degli Studi di Roma La Sapienza;2011. disponibile da: http://padis.uniroma1.it/bitstream/10805/1240/1/Il%20genere%20nelle%20scienze%20sociali_Angelo%20Palazzolo.pdf.
20. Polit DF, Beck CT. Fondamenti di Ricerca Infermieristica. Milano: McGraw-Hill Education; 2014.
21. Bolasco S. L'analisi automatica dei testi. Fare ricerca con il text mining. Roma: Carocci;2013.
22. Fraire M, Spagnuolo S, Stasi S. L'utilizzo dei big social data per la ricerca sociale: Il caso della cittadinanza attiva in difesa del territorio. In: Agnoli MS, Parra Saiani P, a cura di. Sulle tracce dei Big Data. Questioni di metodo e percorsi di ricerca. Sociologia e ricerca sociale. 2016; 109(1):174-187.
23. Fraire M. Statistical methods for exploratory multidimensional data analysis on time use. Statistica. 2009;69(4):317-341.

24. Adler PA, Adler P. Limitations to Sample Pools. In: Beker SE, Edwards R, a cura di. How many qualitative interviews is enough? National Centre for Research Methods Review Discussion Paper [internet]. 2012[cited 2021 Febr 25]; 8-11. Available from: http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4 /how_many_ interviews.pdf.
25. De Rose C. Che cos'è la ricerca sociale. Roma: Carocci Editore; 2003.
26. Ferro Allodola V. Metodi di ricerca qualitativa in Medical Education: approcci, strumenti e considerazioni di rigore scientifico. Education Sciences & Society. 2014;5(1):121-144.
27. Della Porta D. L'intervista qualitativa. Bologna: Editori Laterza; 2010.
28. Bolasco S. Statistica testuale e text mining: alcuni paradigmi applicativi. Quad Stat. 2005;7:17-53.
29. Schwandt TA. Qualitative inquiry: A dictionary of terms. Thousand Oaks, CA:Sage; 1997.
30. Golding B, Hargreaves J. Humanitarian nursing with Médecins Sans Frontières: Foregrounding the listening guide as a method for analysing oral history data. J Adv Nurs. 2018;74:1984-1992.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

LE COMPETENZE CLINICHE INFERMIERISTICHE

COORDINATORE PROGETTO
A. Stievano
I. Notarnicola
A. Pulimeno

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.8

TITOLO PROGETTO

Revisione, aggiornamento e valutazione del Professional Assessment Instrument Version 3.0

Revision, update and evaluation of the Professional Assessment instrument Version 3.0

ABSTRACT

Background: Il Professional Assessment Instrument (PAI) è un sistema informativo infermieristico, sviluppato da un team di ricercatori dell'Università Tor Vergata di Roma grazie a un finanziamento ricevuto dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Attualmente il PAI è utilizzato in un ospedale universitario ed è integrato nella documentazione sanitaria elettronica. Nonostante i primi studi condotti utilizzando i dati di assistenza infermieristica prodotti dal PAI abbiano dimostrato l'utilità di tale sistema in ambito assistenziale, manageriale e di ricerca, uno studio relativo agli aspetti funzionali del PAI ha mostrato che degli aggiornamenti e delle modifiche del sistema sono necessari per migliorare la performance di utilizzo del PAI, nonché per rendere il PAI fruibile anche da parte di altre aziende sanitarie. Inoltre, la parte relativa agli standard internazionali di sicurezza e qualità delle cure, ad oggi assente nel PAI, dovrebbe essere inserita. *Obiettivi:* Gli obiettivi di questo progetto sono: 1) sviluppare nuovi algoritmi assistenziali di supporto alla decisione; 2) reingegnerizzare il PAI 3) studiare gli effetti a medio termine del sistema PAI sul grado di aderenza agli standard internazionali di sicurezza del paziente.

Metodi: Il progetto prevedrà la produzione di uno strumento tecnologico. Verrà costituito un gruppo di esperti in ambito infermieristico e informatico. Diverse metodologie saranno applicate per raggiungere i 3 obiettivi.

Risultati attesi: Da questo progetto ci si aspetta di sviluppare una versione aggiornata del PAI 3.0 che permetta di raccogliere sistematicamente tutti gli elementi di assistenza infermieristica.
Parole chiave: sistema informativo infermieristico, Professional Assessment Instrument, terminologia infermieristica standard, produzione tecnologica.

ABSTRACT

Background: The Professional Assessment Instrument (PAI) is a nursing information system developed by a team of researchers of the University of Rome Tor Vergata thanks to funding from the Italian Center of Excellence for Nursing Scholarship, Rome, Italy. Currently, the PAI is used in a teaching hospital and is part of the hospital electronic health record. Studies have shown that data collected through the PAI are useful in nursing care, management and research; despite this, a study on PAI functional aspects has shown that updates of the system are necessary to improve its performance as well as to make the PAI accessible also from other healthcare hospitals and settings. In addition, international standards related to nursing quality of care should be included in the PAI to demonstrate the daily impact of nursing care on patients' outcomes.

Objective: The objectives of this project are: 1) to develop new clinical decision support algorithms; 2) to reengineer the PAI software 3) to study the medium-term effects of the PAI system on the degree of adherence to international patient safety standards.

Methods: This project will develop a technological device. A group of experts in the nursing and informa-

tion technology field will be constituted. Different methodologies will be applied to achieve the 3 objectives.

Expected results: This project will develop an updated version of the PAI 3.0 that allows to collect systematically all the elements of nursing care. Finally, the re-engineering of the PAI will produce a more performing system than the previous version with the possibility to implement the PAI in several healthcare settings.

Key words: nursing information system, Professional Assessment Instrument, nursing standard terminology, technology production.

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 tre precedenti finanziamenti ricevuti dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Il PAI utilizza una terminologia standard con un set di elementi minimi con definizioni standard e codici per descrivere l'assistenza infermieristica permettendo la creazione di un Nursing Minimum Data Set (NMDS) [1-2]. All'interno del PAI un sistema di supporto alla decisione clinica per individuare le diagnosi infermieristiche è stato realizzato e validato da un team di esperti [3]. Ulteriori collegamenti sono presenti nel PAI tra le varie fasi del processo di assistenza, accertamento, diagnosi, interventi [1]. Dopo il suo sviluppo, il PAI è stato sperimentato in un ospedale tramite uno studio pilota. Successivamente il PAI è stato registrato alla Società Italiana degli Autori ed Editori come programma informatico ed è divenuto di proprietà dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma (OPI) [4]. Il PAI è in uso dal 2013 in Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli e, dopo un periodo di sperimentazione, oggi è parte integrante della documentazione sanitaria elettronica della struttura ospedaliera. Dati sociodemografici, assistenziali e di servizio sono raccolti sistematicamente con il PAI al Gemelli. I primi studi effettuati sui dati raccolti tramite il PAI hanno dimostrato che le diagnosi infermieristiche e gli interventi infermieristici sono in grado di descrivere pazienti con differenti complessità assistenziali tra le diverse patologie mediche e le diverse unità operative [5-7]. Inoltre, le diagnosi infermieristiche sono risultate essere dei predittori indipendenti dei risultati di assistenza ospedaliera quali lunghezza della degenza e mortalità [8-9]. Nonostante questi studi, abbiano dimostrato l'utilità del PAI in ambito assistenziale, manageriale e di ricerca, uno studio relativo agli aspetti funzionali del PAI ha dimostrato che degli aggiornamenti e delle modifiche del sistema sono necessari per migliorare le performance di utilizzo del PAI da parte dei suoi utilizzatori, nonché le performance di sistema del PAI affinché sia fruibile anche da altre aziende sanitarie [10]. Con la versione PAI 3.0 è stata introdotta la terminologia infermieristica standard *Clinical Care Classification* (CCC) *System* nel PAI [11], una delle 5 terminologie infermieristiche standard riconosciute dall'American Nurses Association [12]. Nel settembre 2017, infatti, l'OPI di Roma ha ottenuto l'autorizzazione per l'uso gratuito della terminologia infermieristica standard. Tale terminologia identifica tutti gli elementi essenziali della pratica infermieristica (diagnosi infermieristiche, interventi e risultati di assistenza) in tutti i *setting* di assistenza. La terminologia CCC è stata tradotta e validata in italiano [13].

A seguito del crescente utilizzo negli ospedali italiani di requisiti (standard) internazionali di sicurezza e qualità delle cure, è necessario che i sistemi informativi infermieristici come il PAI introducano standard in merito alle valutazioni assistenziali in ingresso, agli screening fondamentali, alla valutazione oggettiva e precoce di situazioni di rischio e all'evidenza di un piano assistenziale differenziato a seconda del rischio identificato in ingresso.

Una parte rilevante della valutazione della qualità delle aziende sanitarie è orientata alla qualità della documentazione sanitaria in particolare di quella infermieristica. Essa deve essere aderente a degli standard. Uno standard definisce le funzioni e le aspettative di performance che devono essere adottate da un ospedale e dall'equipe che opera in esso. Per essere rispondenti a tali requisiti, la documentazione deve possedere alcuni elementi misurabili che fanno riferimento agli standard internazionali.

Facendo seguito a tutti i motivi sopradescritti, si ritiene fondamentale, per un'efficace proseguimento del progetto PAI, una sua revisione, adeguamento agli standard internazionali di qualità e sicurezza delle cure sia per gli aspetti di contenuto terminologico che di sviluppo informatico.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale del progetto è quello di effettuare una revisione ed un aggiornamento del PAI versione 3.0 e descriverne gli effetti a medio termine sulla qualità dell'assistenza.

Detto programma sarà articolato in obiettivi intermedi e consecutivamente inscindibili, ognuno dei quali corrisponderà ad ogni anno della convenzione e precisamente:

Gli obiettivi intermedi di questo progetto sono quelli di:

1. Sviluppare nuovi algoritmi assistenziali di supporto alla decisione in relazione agli standard internazionali di qualità e sicurezza delle cure;
2. Reingegnerizzare la versione aggiornata del sistema PAI ;
3. Studiare gli effetti a medio termine del sistema PAI sul grado di aderenza agli standard internazionali di sicurezza del paziente.

OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici in relazione all'obiettivo 1 sono:

1. Individuazione degli elementi misurabili in relazione agli standard internazionali (lo screening nutrizionale, funzionale, psicologico, valutazione della fragilità, dello stato della cute, della complessità assistenziale, del fabbisogno educativo e del dolore);
2. Ristrutturazione della Scheda di Accertamento Infermieristico con l'inserimento degli elementi misurabili in relazione agli standard internazionali (lo screening nutrizionale, funzionale, psicologico, della fragilità, dello stato della cute, della complessità assistenziale e del fabbisogno educativo);
3. Creazione di nuovi algoritmi assistenziali tra tutte le fasi del processo di nursing (accertamento, diagnosi infermieristica, interventi ed esiti assistenziali) per supportare la scelta di piani assistenziali differenziati in relazione agli screening effettuati in accertamento.

Gli obiettivi specifici in relazione all'obiettivo 2 sono:

1. Adeguamento del PAI in relazione agli aggiornamenti individuati nella fase 1;
2. Aggiornamento e implementazione della executive dashboard;

Gli obiettivi specifici in relazione all'obiettivo 3 sono:

1. Implementazione del PAI aggiornato in un Policlinico Universitario;
2. Misurazione del grado di aderenza della documentazione agli standard di sicurezza internazionali: valutazione nutrizionale, valutazione dello stato funzionale, valutazione del dolore, valutazione del rischio caduta, dello stato della cute prima e dopo l'implementazione della versione aggiornata (tempo 0, 6 mesi).

METODOLOGIA

Il progetto sarà articolato in tre fasi. Saranno implementati contemporaneamente aspetti organizzativi e di ricerca. Il disegno del progetto sarà relativo alla produzione di uno strumento tecnologico e ad una analisi prima e dopo del grado di aderenza della documentazione agli standard internazionali.

Costituzione del gruppo di lavoro

Per sviluppare il progetto un gruppo di lavoro sarà costituito. Il gruppo sarà costituito da 6 infermieri ricercatori esperti in terminologie infermieristiche standard; tali infermieri dovranno essere in possesso del dottorato di ricerca oppure studenti del dottorato con linee di ricerca inerenti a terminologie infermieristiche standard.

Strumenti metodologici

- In relazione al primo obiettivo (fase 1) il gruppo di ricerca si occuperà di individuare le variabili da considerare in accertamento per ogni standard internazionale di riferimento. La metodologia del focus Group [14] sarà utilizzata al fine di revisionare l'attuale accertamento infermieristico. La metodologia della revisione della letteratura e il giudizio di esperti clinici [3] saranno utilizzati al fine di revisionare gli attuali algoritmi presenti nel PAI e per la creazione di nuovi algoritmi sulla base delle nuove diagnosi infermieristiche/interventi/risultati inseriti nel PAI;
- In relazione al secondo obiettivo (fase 2), il gruppo di ricerca si occuperà di aggiornare e incrementare la *dashboard;*
- In relazione al terzo obiettivo (fase 3) il PAI aggiornato verrà introdotto in tutte le unità di degenza di un Policlinico Universitario e verrà utilizzato uno studio pre-post. Verrà effettuata una rilevazione a tempo 0 (prima dell'implementazione del PAI aggiornato) e successivamente a 6 mesi delle variabili opportunamente scelte relative a valutazione nutrizionale, valutazione dello stato funzionale, valutazione del dolore, valutazione del rischio caduta, dello stato della cute.

RISULTATI ATTESI

Da questo progetto ci si aspetta di sviluppare una versione aggiornata del PAI che permetta di raccogliere tutti gli elementi del minimum data set infermieristico, in particolare diagnosi infermieristiche, interventi infermieristici e risultati sensibili all'assistenza infermieristica.
Gli indicatori utilizzati per la verifica di qualità saranno:

- Algoritmi validati da un team di esperti tra le varie fasi del processo di nursing (accertamento, diagnosi, interventi, risultati assistenziali) per supportare la scelta di piani assistenziali differenziati in relazione agli screening effettuati in accertamento;
- Test pilota del PAI aggiornato e successiva implementazione in una struttura sanitaria;
- Numero di eventi formativi effettuati per la presentazione e la formazione all'uso del PAI aggiornato;
- Report finale di svolgimento delle attività di ricerca svolte.

RILEVANZA

Lo sviluppo della versione aggiornata del PAI 3.0, permetterà di avere a disposizione un sistema altamente competitivo e tecnologico nel panorama non solo infermieristico ma sanitario in generale con la possibilità di essere in linea con gli standard internazionali sia per linguaggio che per modalità di screening e creare un'immensa banca dati di assistenza infermieristica senza eguali. Tali dati potranno essere utilizzati non solo per scopi clinici di ricerca e manageriali ma anche per le politiche sanitarie che saranno così sostenute da solidi dati basati sull'evidenza. Inoltre l'adattamento a standard internazionali di qualità renderà il PAI utilizzabile anche nelle realtà sottoposte a valutazione da parte di enti di accreditamento.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1.	Revisione dell'adeguamento del PAI alla terminologia CCC della versione PAI 3.0	Coordinatori, project team	01/04/2021 – 01/06/2021
2.	Individuazione degli elementi misurabili in relazione agli standard internazionali	Coordinatori, project team	01/07/2021 – 31/12/2021
3.	Ristrutturazione della scheda di accertamento infermieristico	Coordinatori, project team	01/01/2022 – 30/06/2022
4.	Creazione dei nuovi algoritmi tra tutte le fasi del processo di nursing	Project manager, coordinatori, project team	01/07/2022 – 31/12/2022
5.	Adeguamento grafico del PAI in relazione agli aggiornamenti	Project manager, coordinatori, project team	01/01/2023 – 30/04/2023
6.	Aggiornamento e implementazione della executive dashboard	Project manager, coordinatori, project team	01/05/2023 – 31/05/2023
7.	Implementazione del PAI aggiornato in un Policlinico Universitario	Project manager, coordinatori, project team	1/06/2023 -31/12/2023
8.	Misurazione del grado di aderenza della documentazione agli standard di sicurezza internazionali	Coordinatori, project team	1/06/2023 -31/12/2023

DIAGRAMMA GANTT

ANNO 2021

ATTIVITÀ	MESI											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisione dell'adeguamento del PAI alla terminologia CCC della versione PAI 3.0												
Individuazione degli elementi misurabili in relazione agli standard internazionali da inserire in accertamento												

ANNO 2022

ATTIVITÀ	MESI											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ristrutturazione della scheda di accertamento infermieristico del PAI												
Creazione dei nuovi algoritmi tra tutte le fasi del processo di nursing												

ANNO 2023

ATTIVITÀ	MESI											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Adeguamento grafico del PAI in relazione agli aggiornamenti												
Aggiornamento e implementazione della executive dashboard												
Implementazione del PAI aggiornato in un Policlinico Universitario												
Misurazione del grado di aderenza della documentazione agli standard di sicurezza internazionali												

BIBLIOGRAFIA

1. D'Agostino F, Vellone E, Tontini F, Zega M, Alvaro R. Development of a computerized system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set. Prof Inferm. 2012 Apr-Jun;65(2):103-9. PubMed PMID: 22795142.
2. D'Agostino F, Zega M, Rocco G, Luzzi L, Vellone E, Alvaro R. Impact of a nursing information system in clinical practice: a longitudinal study project. Ann Ig. 2013 Jul-Aug; 25(4): 329-41. doi: 10.7416/ai.2013.1935. PubMed PMID: 23703307.
3. Zega M, D'Agostino F, Bowles KH, De Marinis MG, Rocco G, Vellone E, et al. Development and validation of a computerized assessment form to support nursing diagnosis. Int J Nurs Knowl. 2014 Feb;25(1):22-9. doi: 10.1111/2047-3095.12008. PubMed PMID: 24134473.
4. D'Agostino F. Development of a nursing information system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set [Doctoral thesis]. Roma: Università degli Studi di Roma Tor Vergata; 2014.

5. Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D'Agostino F. Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: A systematic literature review. J Clin Nurs. 2017 Dec; 26(23-24): 3764-83 doi: 10.1111/jocn.13717. PubMed PMID: 28042921.
6. D'Agostino F, Sanson G, Cocchieri A, Vellone E, Welton J, Maurici M, Alvaro R, Zega M. Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting. J Adv Nurs. 2017 Sep;73(9): 2129-42. doi: 10.1111/jan.13285. PubMed PMID: 28229471.
7. Sanson G, Alvaro R, Cocchieri A, Vellone E, Welton J, Maurici M, Zega M, D'Agostino F. Nursing diagnoses, interventions and activities as described by a Nursing Minimum Data Set: a prospective study in an oncology hospital setting. Cancer Nurs. 2019 42(2):E39-47. doi: 10.1097/NCC.0000000000000581.. PubMed PMID: 29538023.
8. D'AGOSTINO F, Vellone E, Cocchieri A, Welton J, Maurici M, Polistena B, Spandonaro F, Zega M, Alvaro R, Sanson G. Nursing diagnoses as predictors of hospital length of stay: A prospective observational study. J Nurs Scholars. 2019 51(1): 96–105. doi:10.1111/jnu.12444. PubMed PMID: 30411479.
9. Sanson G, Welton J, Vellone E, Cocchieri A, Maurici M, Zega M, Alvaro R, D'AGOSTINO F. Enhancing the performance of predictive models for hospital mortality by adding nursing data. Int J Med Inform. 2019 125: 79-85. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.02.009. PubMed PMID: 30914184.
10. Stasi S. Valutazione dell'implementazione di un sistema informativo infermieristico in un ospedale universitario: il progetto PAI (Professional Assessment Instrument). Rassegna Italiana di Valutazione 2017 69: 57-77. doi: 10.3280/RIV2017-069004
11. Saba V. Clinical Care Classification (CCC) System Version 2.5. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2012.
12. Tastan S, Linch GC, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, et al. Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2014 Aug;51(8):1160-70. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004. PMID:24412062.
13. Disponibile a https://www.careclassification.org/wp-content/uploads/2016/02/CCC-Italian-v2_5_October_19.pdf.
14. Morgan, David L. (1996). "Focus Groups". Annual Review of Sociology. 22: 129–152. doi:10.1146/annurev.soc.22.1.129.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

HEALTH LITERACY ALL'INTERNO DI UN NURSING MINIMUM DATA SET (NMDS).

COORDINATORE PROGETTO
A. Cocchieri

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.9

TITOLO PROGETTO

Valutazione della Health Literacy in un Nursing Minimum Data Set (NMDS)

Health literacy in Nursing Minimum Data Set (NMDS)

ABSTRACT

L'Health Literacy (HL) è un determinante di salute che indica le abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere alle informazioni, di comprenderle ed utilizzarle in modo da promuovere e mantenere una buona salute. Gli studi finora evidenziano come un basso livello di HL causi minor comprensione delle informazioni sanitarie che esitano in bisogni di educazione e di apprendimento. Tuttavia, non è stata ancora stabilita una relazione tra la scarsa HL e diagnosi, interventi e attività infermieristiche e gli esiti sensibili alle cure infermieristiche. Proprio in questo contesto si inserisce il progetto di inserimento e misurazione della HL all'interno di un sistema di documentazione sanitaria come il Nursing Minimum Data Set con l'obiettivo di misurare l'HL quale indicatore del bisogno educativo e di apprendimento della persona assistita all'interno del setting ospedaliero e descriverne le diagnosi, gli interventi, le attività infermieristiche e gli esiti sensibili alle cure infermieristiche.
Obiettivo generale dello studio è descrivere e analizzare i livelli di HL di un campione di pazienti in setting ospedaliero all'interno di un Nursing Minimum data Set (NMDS).
Verrà condotto uno studio osservazionale, retrospettivo, monocentrico. I dati saranno raccolti mediante un sistema informativo infermieristico contenente un NMDS (Professional Assessment Instrument – PAI) e dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) della popolazione in regime di ricovero ospedaliero (esclusi ricoveri in regime di day hospital) in 1067 cartelle cliniche raccolte in modo randomizzato in tutte le UU.OO. nel 2020 presso la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS.

ABSTRACT

Background: Health Literacy (HL) is a health determinant that indicates the cognitive and social skills that effect the motivation and ability of individuals to access, understand and use information in order to promote and maintain good health. Studies so far show that a low level of HL causes less understanding of health information resulting in education and learning needs. However, a relationship has not yet been established between poor HL and nursing diagnoses, interventions and activities and sensitive outcomes to nursing care. In this context, the HL assessment project fits into a health documentation system such as the Nursing Minimum Data Set, with the aim of assess HL as an indicator of patients' educational and learning needs within the hospital setting and describe their diagnoses, interventions, nursing activities and sensitive outcomes to nursing care.
Objective: The objective of the study is to describe and analyze the HL levels of a sample of patients in a hospital setting within a Nursing Minimum data Set (NMDS).
Methods: An observational, retrospective, single-center study will be conducted. The data will be collected through a nursing information system containing a NMDS (Professional Assessment Instrument - PAI) and from the hospital discharge forms (SDO) of the hospitalized population (excluding day hospital admissions) in 1067 clinical records collected randomly in all UU.OO. in 2020 at the A. Gemelli IRCCS University Hospital Foundation.

BACKGROUND

L'Health Literacy (HL) è un concetto in continua evoluzione ed è associato all'alfabetizzazione. Può essere definita come la capacità degli individui di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e i servizi necessari per poter prendere decisioni adeguate sulla propria salute [1]. L'HL implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, di capacità individuali e di fiducia in se stessi tali da spingere gli individui ad agire per migliorare la propria salute e quella della collettività, modificando lo stile e le condizioni di vita personali. L'origine del concetto di HL viene fatto risalire agli anni 70 quando furono inseriti standard sull'HL nelle scuole [2]. Successivamente, il concetto di HL viene esteso non soltanto in ambito sanitario ma anche al contesto di salute pubblica [3].

HL è di rilevante importanza nel mantenimento della salute del paziente. In accordo con la American Medical Association, la HL può essere considerato un determinante dello stato della salute come l'età, il livello di istruzione e l'etnia [4]. Effettivamente, bassi livelli di HL sono associati ad outcome di salute peggiori, maggiori riospedalizzazioni, maggiore utilizzo dei farmaci, un tasso di mortalità più elevato e una minore aderenza alle campagne vaccinali [5]. Nel mondo, la percentuale della popolazione con inadeguati livelli di HL varia dal 40% al 60% [6]. In Europa, dai dati disponibili, emerge che circa il 50% della popolazione adulta ha livelli scarsi o inadeguati di HL [1]. Le conoscenze sui livelli di HL della popolazione italiana sono scarse e frammentarie, e dai pochi studi disponibili emergono livelli piuttosto bassi rispetto a quelli europei [7].

La valutazione della HL è indispensabile per la valutazione dei bisogni di educazione e di apprendimento del paziente all'interno del suo percorso e progetto di cure in ingresso in ospedale, durante tutto il ricovero, spesso anche dopo la dimissione [8] al fine di pianificare, erogare e valutare interventi educativi personalizzati per aumentare le competenze nell'HL [5-9]. L'educazione sanitaria rivolta al paziente e ai familiari con livelli di HL bassi, aiuta a comprendere meglio e a partecipare positivamente e attivamente al processo di cura, oltre che a prendere decisioni più consapevoli in merito alle scelte di salute [10].

Sebbene sia un determinante di salute, l'HL è molto spesso sottovalutata, e diversi studi hanno dimostrato che rimane ancora una sfida inserirla tra le variabili da osservare nel paziente [11].

La valutazione dell'HL richiede specifiche competenze orientate ad osservare i bisogni di apprendimento, le potenziali barriere (es. linguaggio, capacità di comunicazione) e la scelta di specifiche modalità educative (es. istruzioni dirette al paziente o modalità personalizzate sulla base delle esigenze del paziente) [12].

Non vi è un consenso sugli strumenti di misurazione dell'HL. Alcuni di questi sono una valutazione oggettiva (es., Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine-REALM-teen) [13] mentre altri sono dei questionari self-reported (e.g., Health Literacy Management Scale – HeLMS) [14]. Diversi strumenti sono stati sviluppati per diverse tipologie di popolazione. Alcuni misurano l'HL nella popolazione generale [11], o in patologie specifiche [15], alcuni sono ipotizzati per specifiche fasce di età [16-17], ma non sono inclusi nella documentazione sanitaria. Infatti, spesso viene rilevata successivamente all'ospedalizzazione. Pochi sono gli studi che riguardano i pazienti ambulatoriali e il contesto ospedaliero rimane ancora poco studiato [18].

Dal 2020, in ottemperanza agli standard internazionali di sicurezza delle cure, la valutazione della HL è necessaria su tutti i pazienti ospedalizzati al fine di personalizzare interventi educativi ai pazienti e/o ai familiari ed è ancora poco studiata la relazione tra livelli di HL e outcome assistenziali.

Obiettivo dello studio è la valutazione dell'HL nel setting ospedaliero all'interno di un Nursing Minimum Dataset (NMDS).

OBIETTIVI GENERALI

a) Studiare la relazione tra livelli di HL e diagnosi infermieristiche, attività infermieristiche erogate, ed esiti sensibili alle cure infermieristiche (evento caduta intraospedaliera, lesione da pressione, rischio cadute, rischio di malnutrizione, durata di degenza ed eventuale mortalità intraospedaliera del campione) [19].

OBIETTIVI SPECIFICI

b) Descrivere il livello di HL di pazienti degenti presso la Fondazione Policlinico A. Gemelli;

c) Descrivere le diagnosi infermieristiche maggiormente utilizzate nell'erogazione dell'assistenza in relazione a soggetti con HL adeguata e a soggetti con HL e limitata/inadeguata;

d) Descrivere gli interventi infermieristici maggiormente utilizzati nell'erogazione dell'assistenza in relazione a soggetti con HL adeguata e a soggetti con HL e limitata/inadeguata;

e) Descrivere le attività infermieristiche maggiormente utilizzate nell'erogazione dell'assistenza in relazione a soggetti con HL adeguata e a soggetti con HL e limitata/inadeguata;

f) Descrivere deficit/barriere identificati nell'educazione dei pazienti e dei familiari;

g) Descrivere interventi educativi a sostegno del miglioramento dell'HL dei pazienti;

h) Valutare l'impatto dell'HL come determinante di variabili assistenziali (diagnosi infermieristiche e/o problemi collaborativi) aggiustando il modello per le variabili sociodemografiche dei pazienti (età, genere, livello di istruzione, livello funzionale).

INDICATORI

a. Frequenza e percentuale delle diagnosi infermieristiche, delle attività infermieristiche, degli eventi caduta, delle lesioni da pressione, rischio cadute, rischio malnutrizione, eventuale mortalità intraospedaliera e durata della degenza in relazione ai livelli di HL;

b. Media (DS) del livello di HL dei pazienti degenti presso la Fondazione Policlinico A. Gemelli e registrata in documentazione (Professional Assessment Instrument – PAI) attraverso il Single Item Literacy Screener (SILS);

c. Frequenza e Percentuale di diagnosi infermieristiche registrate nel PAI nei soggetti con HL adeguata (SILS ≤ 2) e nei soggetti con HL limitata/inadeguata (SILS >2);

d. Frequenza e percentuale degli interventi infermieristici registrati nel PAI nei soggetti con HL adeguata (SILS ≤ 2) e nei soggetti con HL limitata/inadeguata (SILS >2);

e. Frequenza e percentuale delle attività infermieristiche registrate nel PAI nei soggetti con HL adeguata (SILS ≤ 2) e nei soggetti con HL limitata/inadeguata (SILS >2);

f. Frequenza e percentuale dei deficit /barriere documentati dall'infermiere al momento della valutazione dell'HL (uditivo, visivo, fisico, cognitivo);

g. Frequenza e percentuale della tipologia di interventi educativi a sostegno del miglioramento dell'HL dei pazienti documentati nel PAI (interventi educativi sulla dieta e nutrizione, gestione del dolore, prevenzione rischio cadute, prevenzione rischio lesioni da pressione, igiene e lavaggio delle mani, gestione del dolore, prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza);

h. Modello di regressione tra punteggio medio SILS ed età, genere, livello di istruzione, stato funzionale, numero di diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi.

METODOLOGIA

DISEGNO DELLO STUDIO

Lo studio è quantitativo, non sperimentale, di tipo osservazionale, retrospettivo, monocentrico. La ricerca verrà condotta mediante l'analisi delle cartelle infermieristiche (PAI).

Setting

Lo studio retrospettivo sarà condotto sulle cartelle infermieristiche (PAI) raccolte in modo randomizzato in tutte le UU.OO. dei pazienti in regime di ricovero ordinario tra il 1°gennaio 2020 e il 31 dicembre 2020 presso la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS.

Selezione delle cartelle infermieristiche (PAI)

Al fine di ridurre bias di selezione, verrà utilizzato un campionamento randomizzato sistematico. L'intervallo di campionamento stimato è di una cartella PAI ogni 5 ricoveri. Le cartelle infermieristiche riguarderanno i pazienti in regime di ricovero nel 2020 (esclusi ricoveri ambulatoriali e regime di day hospital) presso la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS.

Criteri di inclusione

Pazienti con età ≥ 18 anni e con degenza uguale o superiore ai 3 giorni afferenti alle Unità Operative di degenza della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS.

Criteri di esclusione

Pazienti trasferiti presso altri setting di cura e con deterioramento clinico documentato;

Verranno escluse le Unità Operative ambulatoriali e day hospital.

Variabili

I ricercatori accedono alla casistica in modo retrospettivo. I dati verranno estratti dai sistemi informativi della Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS e 1067 PAI randomizzati in tutte le UU.OO:

Diagnosi infermieristiche. La diagnosi infermieristica è un'affermazione che descrive il problema assistenziale conseguente ad un problema di salute. Sono giudizi clinici riguardanti le risposte della persona, della famiglia, della comunità a problemi di salute/ processi vitali attuali o potenziali [20]. Le

diagnosi infermieristiche vengono selezionate dagli infermieri successivamente ad un accertamento infermieristico effettuato obbligatoriamente nelle prime 24 ore di degenza di un paziente, al variare dello stato di salute e comunque ogni 7 giorni di degenza. In Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, tramite l'uso di un Nursing Minimum Data Set denominato PAI, gli infermieri documentano le diagnosi infermieristiche attraverso un linguaggio standardizzato denominato Clinical Care Classification System (CCC) [21], una delle cinque tassonomie standardizzate riconosciute internazionalmente dall'American Nurses Association (ANA) [22]. Ad oggi possono essere selezionate dal PAI 60 diagnosi infermieristiche che vengono regolarmente registrate nel PAI e allegate in cartella clinica [23].

Interventi infermieristici. Gli interventi infermieristici sono un gruppo di attività il cui scopo è assistere il paziente ad affrontare con successo i problemi di salute. Gli interventi infermieristici vengono selezionati in coerenza con la scelta delle diagnosi infermieristiche durante tutto il ricovero del paziente. Tali interventi sono documentati nel PAI attraverso il linguaggio standardizzato CCC [21]. Nel PAI, ad oggi possono essere selezionati 24 macro interventi infermieristici.

Attività infermieristiche Le attività infermieristiche sono descrizioni granulari delle singole azioni infermieristiche che vengono erogate quotidianamente. Vengono selezionate in coerenza con la scelta degli interventi. Tali attività sono documentate nel PAI attraverso il linguaggio standardizzato CCC. Nel PAI, ad oggi, possono essere documentate più di 500 attività infermieristiche.

Problemi collaborativi. I problemi collaborativi sono complicazioni che gli infermieri gestiscono per rilevarne la comparsa o una modificazione. Gli infermieri trattano i problemi collaborativi con interventi di prescrizione medica per ridurre al minimo le complicanze di determinati eventi. I problemi collaborativi vengono selezionati dagli infermieri successivamente ad un accertamento infermieristico effettuato obbligatoriamente nelle prime 24 ore di degenza di un paziente, al variare dello stato di salute e comunque ogni 7 giorni di degenza. In Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, tramite l'uso di un Nursing Minimum Data Set denominato PAI, gli infermieri documentano i problemi collaborativi secondo il modello di Carpenito [20].

Esiti sensibili alle cure infermieristiche. Rappresentano la conseguenza o gli effetti degli interventi erogati dagli infermieri (staffing) e si manifestano con cambiamenti nello stato di salute, nel comportamento o nella percezione del paziente e/o con la risoluzione del problema attuale per il quale l'assistenza infermieristica è stata prestata**.** Fra i numerosi esiti sensibili alle cure infermieristiche studiati ci sono le cadute in ospedale, le lesioni da pressione, la malnutrizione, la degenza media e la mortalità intraospedaliera.

a) **Cadute in ospedale.** Con il termine caduta ci si riferisce ad un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, assisa o clinostatica. L'evento caduta verrà rilevato come dato dicotomico (si, no) attraverso dati inseriti nel PAI nella sezione documentativa del PAI dell'accertamento.

b) **Lesione da pressione**. Sono lesioni della pelle e dei tessuti sottostanti causate dalla compressione prolungata di un tessuto molle (pelle, sottocute, muscolo) tra una sporgenza ossea sottostante, in profondità, e una superficie esterna di appoggio. Eventuali lesioni da pressione insorte durante il ricovero verranno rilevate attraverso dati inseriti nel PAI nella apposita sezione documentativa (stato della cute e lesione da pressione). Tale sezione raccoglie informazioni relative a: lesione presente in ingresso (si, no); sede della lesione, stadio della lesione, dimensione, profondità, essudato (si,no) condizione della cute perilesionale (detersa, granuleggiante, infetta, escara, fibrina, necrosi).

c) **Rischio di cadute**: il rischio di caduta viene valutato dall'infermiere entro le prime 24 ore di ricovero tramite la compilazione della scala di Conley [24] presente nel PAI nella valutazione del modello attività ed Esercizio Fisico.

d) **Rischio di malnutrizione**: il rischio di malnutrizione viene valutato dall'infermiere entro le prime 24 ore di ricovero tramite la rilevazione e la documentazione dell'indice di massa corporea (BMI) nell'accertamento del PAI e/o l'individuazione delle seguenti diagnosi infermieristiche: Deficit nutrizionale o rischio di eccesso nutrizionale.

e) **Durata di degenza**: La degenza espressa in giorni. Tale dato verrà estratto dal PAI o dalla cartella clinica.

f) **Mortalità intraospedaliera**: verrà rilevato il dato dell'eventuale decesso intraospedaliero dal PAI o dalla cartella clinica come variabile dicotomica (si,no).

g) **Health Literacy:** L'HL del paziente viene valutata dall'infermiere entro le prime 24 ore di ricovero tramite il Single Item Literacy Screener (SILS) [25-26] presente nel PAI nella sezione "valutazione del

fabbisogno educativo".

- **Deficit/barriere all'educazione**: eventuali deficit/barriere all'educazione verranno rilevate dall'infermiere entro le prime 24 ore di ricovero tramite la sezione "valutazione del fabbisogno educativo" presente nel PAI. Nello specifico verrà indicato se esistono limiti uditivi, visivi, fisici o cognitivi da parte del paziente all'educazione.
- **Interventi educativi a sostegno del miglioramento dell'HL**. Verranno descritti gli interventi educativi effettuati e documentati a sostegno del miglioramento della HL avvenuti durante la degenza del paziente e documentati nella scheda "valutazione del fabbisogno educativo", sezione "registrazione degli interventi educativi" (interventi educativi sulla dieta e nutrizione, gestione del dolore, prevenzione rischio cadute, prevenzione rischio lesioni da pressione, igiene e lavaggio delle mani, gestione del dolore, prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.
- **Variabili sociodemografiche.** Età, genere e livello di istruzione verranno estratti dalla scheda anagrafica del PAI. Lo stato funzionale viene valutato dall'infermiere entro le prime 24 ore di ricovero tramite la compilazione della scala di Barthel [27] presente per tutti i pazienti nel PAI nella valutazione della mobilità.

CAMPIONE

Per calcolare la dimensione del campione necessaria, si considera un errore di tipo 1 del 5%, un errore assoluto (di precisione) del 3% e una prevalenza attesa di un livello di HL ritenuto come adeguato del 50% [1] stabilendo la necessità di estrarre in maniera randomizzata 1067 PAI. dei pazienti ricoverati tra il 1 Gennaio 2020 e il 31 dicembre 2020 presso la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, escludendo i soggetti con età < 18 anni. La raccolta delle cartelle PAI non supererà comunque i sei mesi.

Fonte dei dati/misurazioni

Verranno utilizzati i seguenti strumenti:

- Il **PAI** (Professional Assessment Instrument) [28] è un software di supporto alla scelta diagnostica infermieristica, agli interventi e ai risultati dell'assistenza, afferente alla categoria dei Clinical Nursing Information System (CNIS) [29]. Questo sistema consente la raccolta elettronica di dati infermieristici standard ed essenziali relativi all'assistenza (accertamento infermieristico, diagnosi infermieristiche, interventi infermieristici, scale di valutazione), variabili sociodemografiche del paziente e informazioni organizzative correlate al ricovero [30-31]. Il PAI permette di documentare in modalità informatizzata ogni fase del processo di nursing tramite l'uso di un Nursing Minimum Data Set (NMDS), fornendo una descrizione accurata delle diagnosi infermieristiche, dell'assistenza infermieristica e delle risorse infermieristiche utilizzate [32-34]. Il NMDS del PAI è rappresentato dal linguaggio Clinical Care Classification System (CCC) [21] una delle cinque tassonomie standardizzate riconosciute internazionalmente dall'American Nurses Association (ANA). Il PAI, tramite il Nursing Assessment Form (NAF) [35], uno strumento di valutazione del supporto decisionale validato, identifica e suggerisce le diagnosi correlate all'accertamento infermieristico, fornendo un valido supporto alla scelta diagnostica e alla successiva selezione degli interventi e alla valutazione degli outcomes.
- **Single Item Literacy Screener** (SILS) [25-26]. Uno strumento di rilevazione soggettiva che prevede una domanda: "Quante volte ha bisogno di qualcuno che la aiuti quando legge istruzioni, opuscoli o altro materiale scritto, dato dal suo medico o dal farmacista?". La valutazione prevede un punteggio da 1 a 5 (1: mai, 2: raramente, 3: qualche volta, 4: spesso, 5: sempre). Il punteggio ≥ 2 indica livelli di HL inadeguata. Questo strumento permette di identificare le persone adulte che necessitano di aiuto nella comprensione di informazioni relative a materiale scritto di natura medico-sanitaria.
- **Scala di Conley** [24]. La scala di Conley, sviluppata alla fine degli anni '90 negli Stati Uniti, è una scala composta da sei item che si propone di identificare i pazienti a rischio di caduta intraospedaliera. In particolar modo, soggetti con un punteggio totale uguale o superiore a due sono da considerarsi a rischio di caduta. La scala è di rapida somministrazione e semplice da utilizzare [24]. Le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente ma possono essere rivolte ad un familiare o al caregiver solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. Bisogna barrare il valore numerico corrispondente alla risposta fornita. La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa. Al termine della somministrazione bisogna sommare i valori che daranno un punteggio di rischio che potrà essere compreso tra 0 e 10, indicando come "minimo rischio di caduta" un punteggio compreso tra 0 e 1, mentre "ad alto rischio" un punteggio compreso tra 2 e 10.
- **Barthel Index** [27]. L'Indice di Barthel fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto

di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare la defecazione e la minzione. È composto da 10 item che prevedono le comuni attività quotidiane (ADL Activities of Daily Living). Ad ogni item è attribuito un punteggio (massimo 100), la somma indica il grado di autonomia del paziente nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

ANALISI DEI DATI

Variabili quantitative

I ricercatori accederanno alla casistica in modo retrospettivo. Le variabili verranno estratte dal PAI e comprendono: punteggio SILS, diagnosi infermieristiche, interventi, attività infermieristiche e giornate di degenza.

I deficit/barriere alla HL verranno estratti dalla scheda della rilevazione del fabbisogno educativo del PAI e comprendono la seguente classificazione: limitazione uditiva, limitazione visiva, limitazione fisica, limitazione cognitiva, nessuna limitazione.

Gli interventi educativi a sostegno del miglioramento dell'HL verranno estratti dalla scheda della rilevazione del fabbisogno educativo del PAI e comprendono la seguente classificazione: interventi educativi sulla dieta e nutrizione, gestione del dolore, prevenzione rischio cadute, prevenzione rischio lesioni da pressione, igiene e lavaggio delle mani, gestione del dolore e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

Analisi statistiche

I dati verranno analizzati con metodi di statistica descrittiva con il calcolo delle frequenze assolute e percentuali (n, %) per tutte le variabili qualitative.

I dati quantitativi verranno invece sintetizzati per mezzo di medie e deviazioni standard (m,SD) quando le distribuzioni saranno normali, altrimenti verranno utilizzati mediana e range interquartile (IQR).

Il livello di HL verrà misurato attraverso la scala SILS e verrà indicato il punteggio medio (m, SD) o mediana e intervallo interquartile (indicatori a,b).

Le diagnosi infermieristiche, gli interventi infermieristici, le attività infermieristiche, deficit/barriere ostacolanti l'HL, verranno descritti con frequenze assolute e percentuali (indicatori a, c, d, e,).

Gli eventuali deficit e/o barriere all'educazione verranno descritti con frequenze assolute e percentuali (indicatore f).

Gli interventi educativi a sostegno del miglioramento dell'HL documentati nel PAI verranno descritti con frequenze assolute e percentuali (indicatore g).

La correlazione tra punteggio medio della SILS e numero di diagnosi infermieristiche e degenza media verrà effettuata attraverso il test di Spearman (indicatore g).

Infine, per studiare l'effetto del punteggio SILS sulle variabili assistenziali (numero di diagnosi, problemi collaborativi e degenza media) sarà effettuata una regressione logistica multivariata correggendo per il possibile effetto delle variabili sociodemografiche (età, genere, livello di istruzione) (indicatore h).

La significatività statistica sarà considerata a un p-value a due code inferiore a 0,05. L'analisi statistica verrà eseguita utilizzando il software IBM SPSS Statistics per Windows Ver. 26 (Armonk, NY, USA: IBM Corp.).

INDICAZIONI ETICHE

Ai fini di ricerca, è previsto l'ottenimento del consenso informato e il consenso per il trattamento dei dati personali rilasciato dai soggetti coinvolti nello studio (infermieri e pazienti) secondo la vigente normativa sulla tutela della privacy. Tutti i dati saranno codificati e trattati in forma anonima per tutelare la privacy dei pazienti in tutte le fasi dello studio.

Il progetto richiederà l'approvazione del Comitato Etico della Fondazione Policlinico Universitario "A-Gemelli" IRCCS – Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

I ricercatori acconsentono a condurre il presente studio in pieno accordo con i principi della dichiarazione di Helsinki (1964) e successivi emendamenti, e alle Linee Guida di buona pratica clinica (CPMP/ICH/135/1995 e decreto Legge Ministero della Sanità Italiano del 15 luglio 1997).

RISULTATI ATTESI

Lo sviluppo della misurazione nella pratica clinica della HL permetterà di avere a disposizione un dato rilevato sistematicamente nel panorama infermieristico e sanitario. La misurazione della HL permetterà la descrizione dei bisogni educativi e di apprendimento del paziente nel setting assistenziale ospedaliero. I dati ricavati dal PAI permetteranno una migliore comprensione della alfabetizzazione sanitaria e delle sue ricadute sulla salute.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Background	Coordinatori	01/04/2021 – 01/06/2021
Stesura del progetto, sottomissione alla prevalutazione e sottomissione al CE	Project manager, Coordinatori	01/07/2021-01/08/2021
Richiesta ad ICT del dataset e anonimizzazione dei dati	Project manager, Coordinatori	01/09/2021 -30/09/2021
Estrazione dei dati Elaborazioni statistiche	Project manager, epidemiologo	01/10/2021-01/11/2021
Stesura report di ricerca	Project manager, epidemiologo	01/12/2021-31/12/2021
Pubblicazione finale	Project manager	01/01/2022-01/02/2022
Chiusura progetto		15/02/2022

DIAGRAMMA GANTT

MESE	APR 21	MAG 21	GIU 21	LUG 21	AGO21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DIC 21	GEN 22	FEB 22
Background	■	■	■								
Stesura del progetto, sottomissione alla prevalutazione e sottomissione al CE				■	■						
Richiesta ad ICT del dataset e anonimizzazione dei dati						■					
Estrazione dei dati Elaborazioni statistiche							■	■			
Stesura report di ricerca									■		
Pubblicazione finale										■	■
Chiusura progetto											■

BIBLIOGRAFIA

1. Sorensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G. Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van den Broucke, S., Marca, H. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015; Dec;25(6):1053-8.
2. Ratzan SC, Parker RM. Health literacy - identification and response. J Health Commun. 2006 Dec;11(8):713-5. doi: 10.1080/10810730601031090. PMID: 17190778.
3. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? J Health Commun. 2010;15 Suppl 2:9-19. doi: 10.1080/10810730.2010.499985. PMID: 20845189.
4. Quinlan P, Price KO, Magid SK, Lyman S, Mandl LA, Stone PW. The relationship among health literacy, health knowledge, and adherence to treatment in patients with rheumatoid arthritis. HSS J. 2013 Feb;9(1):42-9. doi: 10.1007/s11420-012-9308-6. Epub 2012 Dec 11. PMID: 24426844; PMCID: PMC3640723.

5. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011 Jul 19;155(2):97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005. PMID: 21768583.
6. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. Am Fam Physician. 2015 Jul 15;92(2):118-24. PMID: 26176370.
7. Tesauro, M., Tatiana, D., Razzini, K., & Consonni, M. (2019). Analisi degli infortuni da punture e tagli accidentali in una clinica odontoiatrica di un grande ospedale milanese. In Le evidenze scientifiche per la Sanità Pubblica: dalle emergenze alla promozione della salute (Vol. 60, No. suppl. 3, pp. 345-346).
8. Singleton K, Krause EM. Understanding cultural and linguistic barriers to health literacy. Ky Nurse. 2010 Oct-Dec;58(4):4, 6-9. PMID: 21053716.
9. Ricciardi W, Boccia S. New challenges of public health: bringing the future of personalised healthcare into focus. Eur J Public Health. 2017 Oct 1;27(suppl_4):36-39. doi: 10.1093/eurpub/ckx164. PMID: 29028243.
10. Nair SC, Satish KP, Sreedharan J, Ibrahim H. Assessing health literacy in the eastern and middle eastern cultures. BMC Public Health. 2016 Aug 19;16:831. doi: 10.1186/s12889-016-3488-9. PMID: 27538529; PMCID: PMC4991078.
11. Liu H, Zeng H, Shen Y, Zhang F, Sharma M, Lai W, Zhao Y, Tao G, Yuan J, Zhao Y. Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2018 Aug 10;15(8):1711. doi: 10.3390/ijerph15081711. PMID: 30103386; PMCID: PMC6122038.
12. Nair SC, Satish KP, Sreedharan J, Ibrahim H. Assessing health literacy in the eastern and middle eastern cultures. BMC Public Health. 2016 Aug 19;16:831. doi: 10.1186/s12889-016-3488-9. PMID: 27538529; PMCID: PMC4991078.
13. Davis TC, Wolf MS, Arnold CL, Byrd RS, Long SW, Springer T, Kennen E, Bocchini JA. Development and validation of the Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALM-Teen): a tool to screen adolescents for below-grade reading in health care settings. Pediatrics. 2006 Dec;118(6):e1707-14. doi: 10.1542/peds.2006-1139. PMID: 17142495.
14. Jordan JE, Buchbinder R, Briggs AM, Elsworth GR, Busija L, Batterham R, Osborne RH. The health literacy management scale (HeLMS): a measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. Patient Educ Couns. 2013 May;91(2):228-35. doi: 10.1016/j.pec.2013.01.013. Epub 2013 Feb 16. PMID: 23419326.
15. Kim MT, Kim KB, Ko J, Murry N, Xie B, Radhakrishnan K, Han HR. Health Literacy and Outcomes of a Community-Based Self-Help Intervention: A Case of Korean Americans With Type 2 Diabetes. Nurs Res. 2020 May/Jun;69(3):210-218. doi: 10.1097/NNR.0000000000000409. PMID: 31972848; PMCID: PMC7266039.
16. Abel T, McQueen D. Critical health literacy in pandemics: the special case of COVID-19. Health Promot Int. 2020 Dec 22:daaa141. doi: 10.1093/heapro/daaa141. Epub ahead of print. PMID: 33351138; PMCID: PMC7799085.
17. Ganguli M, Hughes TF, Jia Y, Lingler J, Jacobsen E, Chang CH. Aging and Functional Health Literacy: A Population-based Study. Am J Geriatr Psychiatry. 2020 Dec 13:S1064-7481(20)30575-3. doi: 10.1016/j.jagp.2020.12.007. Epub ahead of print. PMID: 33349506.
18. Sand-Jecklin K, Daniels CS, Lucke-Wold N. Incorporating Health Literacy Screening Into Patients' Health Assessment. Clin Nurs Res. 2017 Apr;26(2):176-190. doi: 10.1177/1054773815619592. Epub 2016 Jul 25. PMID: 26749208.
19. Palese A, Beltrame ER, Bin A, Borghi G, Bottacin M, Buchini S, Buffon ML, Carniel G, Dal Bo' O, De Caneva S, De Lucia P, Della Bianca S, Drusian M, Gasti M, Giacomuzzi P, Labelli E, Lavia B, Masala O, Moretto G, Pordenon M, Santarossa A, Sut A, Tomietto M, Valoppi G, Zorzi MC, Guardini I, Mesaglio M, Vesca R, Sbaiz D, Salmaso D. Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura [Nursing sensitive outcomes: a critical appraisal of the literature]. Assist Inferm Ric. 2008 Jan-Mar;27(1):33-42. Italian. PMID: 18757005.
20. CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. Nursing care plans & documentation: nursing diagnoses and collaborative problems. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
21. Saba, V. K. (Ed.) (2012). Clinical Care Classification (CCC) System: User's Guide - Version 2.5 (2nd ed). NewYork: Springer Publishing.
22. Tastan S, Linch GC, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, Lopez KD, Yao Y, Wilkie DJ. Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2014 Aug;51(8):1160-70. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004. Epub 2013 Dec 18. PMID: 24412062; PMCID: PMC4095868.

23. Cocchieri A, Di Sarra L, D'Agostino F, Bravetti C, Pignocco M, Vellone E, Alvaro R, Zega M. Sviluppo e implementazione di un sistema informativo infermieristico pediatrico in ambito ospedaliero: il PAI pediatrico [Development and implementation of pediatric and neonatal nursing information system in an hospital setting: the pediatric PAI]. Ig Sanita Pubbl. 2018 Jul-Aug;74(4):315-328. Italian. PMID: 30767947.
24. Conley D, Schultz AA, Selvin R. The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale. Medsurg Nurs. 1999 Dec;8(6):348-54. Erratum in: Medsurg Nurs 2000 Feb;9(1):50. PMID: 11000772.
25. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. BMC Fam Pract. 2006 Mar 24;7:21. doi: 10.1186/1471-2296-7-21. PMID: 16563164; PMCID: PMC1435902.
26. Sarkar U, Schillinger D, López A, Sudore R. Validation of self-reported health literacy questions among diverse English and Spanish-speaking populations. J Gen Intern Med. 2011 Mar;26(3):265-71. doi: 10.1007/s11606-010-1552-1. Epub 2010 Nov 6. PMID: 21057882; PMCID: PMC3043178.
27. Mahoney F, Barthel D. Functional Evaluation: The Barthel Index. Md State Med J. 1965 Feb;14:61-5. PMID: 14258950.
28. D'Agostino F, Vellone E, Tontini F, Zega M, Alvaro R. Sviluppo di un sistema informativo utilizzando un linguaggio infermieristico standard per la realizzazione di un Nursing Minimum Data Set [Development of a computerized system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set]. Prof Inferm. 2012 Apr-Jun;65(2):103-9. Italian. PMID: 22795142.
29. D'Agostino F, Zega M, Rocco G, Luzzi L, Vellone E, Alvaro R. Impact of a nursing information system in clinical practice: a longitudinal study project. Ann Ig. 2013 Jul-Aug;25(4):329-41. doi: 10.7416/ai.2013.1935. PMID: 23703307.
30. D'Agostino F, Vellone E, Cocchieri A, Welton J, Maurici M, Polistena B, Spandonaro F, Zega M, Alvaro R, Sanson G. Nursing Diagnoses as Predictors of Hospital Length of Stay: A Prospective Observational Study. J Nurs Scholarsh. 2019 Jan;51(1):96-105. doi: 10.1111/jnu.12444. Epub 2018 Nov 9. PMID: 30411479.
31. Sanson G, Alvaro R, Cocchieri A, Vellone E, Welton J, Maurici M, Zega M, D'Agostino F. Nursing Diagnoses, Interventions, and Activities as Described by a Nursing Minimum Data Set: A Prospective Study in an Oncology Hospital Setting. Cancer Nurs. 2019 Mar/Apr;42(2):E39-E47. doi: 10.1097/NCC.0000000000000581. PMID: 29538023.
32. Werley HH, Devine EC, Zorn CR, Ryan P, Westra BL. The Nursing Minimum Data Set: abstraction tool for standardized, comparable, essential data. Am J Public Health. 1991 Apr;81(4):421-6. doi: 10.2105/ajph.81.4.421. PMID: 2003618; PMCID: PMC1405031.
33. Chang, Betty L. "Werley, HH and Lang, NM (eds.).(1988). identification of the nursing minimum data set. New York: Springer publishing company, 284 pp., $44.95 (hardcover)." (1989): 337-338.
34. Ranegger R, Hackl WO, Ammenwerth E. Implementation of the Austrian Nursing Minimum Data Set (NMDS-AT): A Feasibility Study. BMC Med Inform Decis Mak. 2015 Sep 17;15:75. doi: 10.1186/s12911-015-0198-7. Erratum in: BMC Med Inform Decis Mak. 2015;15:116. PMID: 26384111; PMCID: PMC4574574.
35. Zega M, D'Agostino F, Bowles KH, De Marinis MG, Rocco G, Vellone E, Alvaro R. Development and validation of a computerized assessment form to support nursing diagnosis. Int J Nurs Knowl. 2014 Feb;25(1):22-9. doi: 10.1111/2047-3095.12008. Epub 2013 Oct 18. PMID: 24134473.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE DI UN CENTRO DI RICERCA: UNA SCOPING REVIEW

COORDINATORE PROGETTO
F. D'Agostino

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.10

TITOLO PROGETTO

Analisi del valore aggiunto dell'accreditamento e certificazione di un Centro di Ricerca secondo standard internazionali: una scoping review e sua applicazione

Analysis of the added value brought by the accreditation and certification of a Centre of Research according to international standard: a scoping review and its application

ABSTRACT

L'accreditamento è un programma volontario dove valutatori esterni formati ad-hoc analizzano lo stato di un'organizzazione sanitaria secondo standard di eccellenza prestabiliti.
Gli standard di qualità per gli ospedali ed altre istituzioni sanitarie furono concettualmente introdotti dapprima negli Stati Uniti di America (USA) nel documento "Standard minimi per gli ospedali" sviluppato dall' Accademia Americana dei Chirurghi nel 1917. Dopo la Seconda Guerra Mondiale, un'aumentata attenzione ai commerci portò alla nascita del sistema ISO (International Standard Organisation) nel 1947. I processi di accreditamento nacquero formalmente negli Stati Uniti con la formazione della Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) nel 1951. Tale modello fu esportato in Canada e in Australia negli anni 60 e 70 e raggiunse l'Europa negli anni 80. L'interesse per i processi di accreditamento sta crescendo rapidamente anche nei Paesi in via di sviluppo. Ci sono anche altre forme e sistemi per la regolamentazione delle organizzazioni sanitarie e per i professionisti sanitari incluso la loro certificazione e approvazione formale riconosciuta. In tal senso, la certificazione comprende un riconoscimento formale di eccellenza secondo standard prestabiliti da auditor autorizzati. Sebbene i termini accreditamento e certificazione siano spesso utilizzati in maniera interscambiabile, l'accreditamento si applica solo alle organizzazioni mentre la certificazione si applica soprattutto agli individui ma in minor misura anche alle organizzazioni stesse. In questo contesto, valutare il valore aggiunto portato dall'accreditamento e certificazione di un centro di ricerca e dei loro membri è fondamentale per progredire nella qualità della ricerca all'interno del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) e per fornire credibilità al centro stesso.

ABSTRACT

Accreditation is usually a voluntary program in which trained external peer reviewers evaluate a health care organization's compliance with pre-established performance standards. Quality standards for hospitals and other medical facilities were first introduced in the United States in the 'Minimum Standard for Hospitals" developed by the American College of Surgeons in 1917. After World War II, increased world trade in manufactured goods led to the creation of the International Standards Organization (ISO) in 1947. Accreditation formally started in the United States with the formulation of Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) in 1951. This model was exported to Canada and Australia in the 1960s and 1970s and reached Europe in the 1980s. Accreditation programs interest is growing rapidly among developing countries. There are other forms used worldwide to regulate, improve,

and market health care providers and organizations including Certification and Licensure. Certification involves formal recognition of compliance with set standards validated by external evaluation by an authorized auditor. Although the terms accreditation and certification are often used interchangeably, accreditation usually applies only to organizations, while certification may apply to individuals, as well as to organizations. In this context, to evaluate the added value brought by the accreditation and certification for a Centre of Research is crucial to advance the quality of research itself and to give credibility to the Centre of Excellence for Nursing Scholarship.

BACKGROUND

Il processo di accreditamento di un'organizzazione di ricerca deve essere considerato come un indicatore fondamentale per valutare la qualità della ricerca portata a termine dal centro stesso.[1,2]
Gli standard di accreditamento devono essere sviluppati in considerazione delle misure che saranno utilizzate per valutare il livello di compliance di un'organizzazione. I processi di sviluppo degli standard e il disegno degli strumenti che possono essere utilizzati per misurare la compliance (i.e., accreditamento) non possono essere disgiunti. Tali misure devono incorporare aree in cui la performance abbia un impatto significativo sulla protezione dei soggetti che partecipano alle ricerche e ai ricercatori stessi. Inoltre, tali indicatori devono essere ben specificati, cioè, standardizzati con espliciti requisiti predefiniti per il calcolo delle misure di valore degli indicatori stessi. Inoltre, tali indicatori devono essere affidabili—cioè, gli indicatori dovrebbero essere in grado di identificare consistentemente gli outcome che devono misurare attraverso diverse linee di ricerca nel tempo—e devono essere validi, cioè, devono misurare cosa effettivamente vogliono misurare.
Gli strumenti utilizzati per misurare gli standard dovrebbero essere facilmente interpretati da chi li utilizza. Per concludere, cercare l'accreditamento significa fornire prova scientifica di compliance rispetto a standard di eccellenza prefissati. Questa evidenza deve essere fornita da un ragionevole numero di dati. Nello sviluppo degli standard, gli enti accreditanti devono esser consapevoli dell'utilizzabilità e accessibilità dei dati stessi.
In generale, gli standard aiutano gli enti certificatori a identificare delle performance ottimali e le migliori pratiche, servendo anche come benchmark di comparazione per altre organizzazioni che desiderano essere accreditate. Inoltre, standard ideali forniranno il contenuto per report comparativi nelle performance delle organizzazioni e nel nostro caso nei centri di ricerca accreditati.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI/GENERAL AIMS

L'obiettivo generale di questo progetto è avere una maggiore conoscenza dei fattori necessari per l'accreditamento e certificazione secondo standard internazionali per i centri di ricerca infermieristica.

OBIETTIVI SPECIFICI/SPECIFIC AIMS

Il Piano per l'accreditamento per un centro di ricerca definisce il programma di lavoro, individua le azioni da intraprendere e le relative risorse necessarie. Analizzare il valore aggiunto fornito dall'accreditamento alla qualità in un centro di ricerca è requisito fondamentale per confermare il valore di tale strategia a lungo termine.

INDICATORI/INDICATORS

Gli obiettivi dell'accreditamento per un Centro di Ricerca dovrebbero assicurare:

1. Fornire una descrizione dei requisiti necessari all'accreditamento e certificazione dei centri di ricerca infermieristica.
2. Individuare i fattori chiave dell'accreditamento di un centro di ricerca infermieristica.
3. Individuare le variabili essenziali della certificazione di un centro di ricerca infermieristica.
4. Formulare un piano di accreditamento per un centro di ricerca infermieristico sulla base dei punti (1-3).
5. Assicurare che tutte le attività euristiche pianificate, programmate e portate a termine dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) siano basate su standard di qualità all'eccellenza.

METODOLOGIA

DISEGNO DELLO STUDIO

Considerando la natura del topic di indagine e la scarsa letteratura presente sull'accreditamento e certificazione di Centri per la Ricerca Infermieristica nel mondo sarà utilizzata una scoping review.[3] La scoping review è un approccio relativamente nuovo che permette di avere un quadro generale degli studi su un determinato argomento con la produzione di una risposta dettagliata al quesito di ricerca. Le scoping review sono utili per rispondere a quesiti di ricerca ampi e non sufficientemente esplorati in letteratura sul topic oggetto di indagine e anche per raccogliere e valutare le informazioni prima di avere una più dettagliata revisione sistematica.

Il framework concettuale per effettuare le scoping review che sarà utilizzato è quello concettualizzato da Arksey e O'Malley[4] e ridefinito da Levac et al.[5] e rivisto anche da importanti centri di ricerca ed evidenza a livello globale.[6,7]

Arksey and O'Malley's framework per le scoping review consiste di 6 passaggi:

- Step 1: Identificare il quesito di ricerca— il quesito di ricerca dovrebbe essere chiaramente definito ma anche ampio per fornire un'ampia letteratura di riferimento.
- Step 2: Identificare gli studi rilevanti—la strategia di ricerca dovrebbe essere completa e ampia nello scopo ed includere databases elettronici, liste di *reference*, ricerche manuali, e letteratura grigia (inclusi abstract di conferenze, presentazioni, dati di enti regolatori, documenti di lavoro e brevetti).
- Step 3: Selezione degli studi—Il processo di selezione degli studi deve includere criteri di inclusine ed esclusione poiché spesso nuovi pensieri emergono durante il processo di raccolta e revisione delle informazioni.
- Step 4: Classificare i dati—il processo di estrazione dei dati in una *scoping review* è denominato classificazione dei dati e coinvolge l'utilizzo dei dati per estrarre informazioni rilevanti dalla letteratura.
- Step 5: Riassumere e fare un report dei risultati—la descrizione della letteratura è di solito presentata in tabelle e grafici secondo temi chiave.
- Step 6 (opzionale): Esercizio di consultazione—in questo step opzionale, I differenti stakeholder che sono al di fuori dello studio sono invitati per contribuire ad aggiungere informazioni e a validare i risultati stessi.

I passaggi appena descritti riguarderanno lo studio preparatorio per l'accreditamento di un centro di ricerca. Si procederà, sulla base dei risultati della *scoping review*, a formulare un piano di accreditamento per il CECRI che sarà portato a termine possibilmente entro la fine del 2021 inizi del 2022.

RISULTATI ATTESI

L'accreditamento come sistema per la qualità è un processo che permette di verificare, tra le altre cose, anche la bontà dell'attività euristica portata a termine nei Centri di Ricerca (8-10). Tale processo permette anche di identificare gli approcci regolatori e gli standard stabiliti da conosciute società internazionali di accreditamento e certificazione operanti nel campo della ricerca. Portare a termine tale progetto significa per il CECRI essere riconosciuto per i suoi standard di qualità a livello mondiale. Inoltre, l'accreditamento di un centro di ricerca promuove l'empowerment di tutte le persone che lavorano nel centro e promuove una cultura della qualità. Per il CECRI essere accreditato significa anche promuovere la certificazione all'eccellenza dei ricercatori che nel corso degli anni hanno collaborato alle attività euristiche del centro stesso.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Background	Consiglio di direzione progetto	01/01/2021 -01/03/2021
Raccolta dati	Consiglio di direzione progetto	01/01/2021 -01/03/2021
Interpretazione dei dati	Consiglio di direzione progetto	01/03/2021 -31/08/2021
Risultati	Consiglio di direzione progetto	01/09/2021-30-11-2021
Pubblicazioni finali	Consiglio di direzione progetto	31-12-2022

DIAGRAMMA GANTT

MESE	GEN 21	FEB 21	MAR 21	APR 21	MAG 21	GIU 21	LUG 21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DEC 22
Background											
Raccolta dati											
Interpretazione dei dati											
Risultati											
Pubblicazioni finali											

BIBLIOGRAFIA

1. Royal College of Nursing. RCN Accreditation. https://www.rcn.org.uk/professional-development/professional-services/accreditation. 2021. Retrieved from: https://www.rcn.org.uk/professional-development/professional-services/accreditation.
2. National League for Nursing. Centers of Excellence in Nursing Education. 2021. Retrieved from: http://www.nln.org/recognition-programs/centers-of-excellence-in-nursing-education.
3. Munn Z, Peters M, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC Med Res Methodol. 2018;18:143. doi: 10.1186/s12874-018-0611-x.
4. Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616.
5. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implement Sci. 2010;5(1):69. doi: 10.1186/1748-5908-5-69.
6. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. Int J Evid Based Healthc. 2015;13(3):141-146. doi: 10.1097/XEB.0000000000000050.
7. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, eds. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Adelaide, Australia: Joanna Briggs Inst; 2017. Available from https://reviewersmanual.joannabriggs.org/.
8. Department of Research Methodology, Measurement and Data Analysis of the University of Twente (2020). *RCEC*. Retrieved from: https://www.rcec.nl/en/.
9. The global health network (2020). Global Health Training Centre. Retrieved from: https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/.
10. University of Washington (2020). *Certificate in research administration*. Retrieved from: https://www.washington.edu/research/training/core/certificate-in-research-administration/.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

PROPOLI PER LA MUCOSITE ORALE IN CURE PALLIATIVE
PROPOLIS FOR ORAL MUCOSITIS IN PALLIATIVE CARE

COORDINATORE PROGETTO
M. Piredda

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.11

TITOLO PROGETTO

Propoli per la prevenzione e il trattamento della mucosite orale dei pazienti in cure palliative

Propolis for the prevention and treatment of oral mucositis in palliative care patients

ABSTRACT

Background
La mucosite orale è un grave problema associato a sintomi clinicamente significativi nei pazienti in cure palliative. Le prove disponibili non possono raccomandare alcuna profilassi o trattamento efficace per questa popolazione. La propoli è una sostanza naturale con molte proprietà biologiche, relativamente non tossica con il potenziale per ridurre la gravità delle malattie della mucosa orale.

Obiettivi
Questo studio si propone 1) di valutare la sicurezza, la tollerabilità e l'efficacia clinica preliminare dei prodotti a base di propoli aggiunti alla cura orale standard per la prevenzione e il trattamento della mucosite orale in pazienti adulti in cure palliative (hospice o domiciliare), e quindi: 2) valutare l'efficacia clinica della propoli aggiunta alla cura orale standard. Verranno inoltre descritti l'aderenza all'intervento, i sintomi soggettivi e la qualità della vita dei pazienti partecipanti.

Metodi
Studio di Fase II seguito da uno studio di Fase III controllato randomizzato (RCT) multicentrico in triplo cieco con placebo.

Risultati attesi
I risultati di questo studio metodologicamente rigoroso, potranno offrire un rimedio sicuro, accettabile ed efficace per la mucosite orale che contribuirà a migliorare la qualità delle cure e la qualità di vita rimanente dei pazienti in cure palliative e aumenterà la consapevolezza di clinici e ricercatori sulla necessità di valutare e trattarli nella pratica quotidiana per garantire la miglior qualità possibile alla vita residua dei pazienti in cure palliative.

Parole chiave: Cure palliative, Mucosite orale, Propoli, Studio di Fase II, Studio clinico randomizzato controllato, Placebo.

ABSTRACT

Background
Oral mucositis is a major problem associated with clinically significant symptoms in palliative care patients. The available evidence cannot recommend any effective prophylaxis or treatment for this population. Propolis is a natural substance with many biological properties, relatively non-toxic with the potential to reduce the severity of oral mucosa diseases.

Aims
This study aims 1) to evaluate the safety, tolerability and preliminary clinical efficacy of propolis-based products added to standard oral care for the prevention and treatment of oral mucositis in adult patients in

palliative care (hospice or home); and then 2) to evaluate the clinical efficacy of propolis added to standard oral care Adherence to the intervention, subjective symptoms and quality of life of patient participants will be also described.

Methods

A Phase 2 study will be conducted and then a Phase 3 multicentre triple blind randomized controlled trial (RCT) with placebo.

Expected results

The results of this methodologically sound study may offer a safe, acceptable and effective remedy for oral mucositis that will help improve the quality of care and the remaining quality of life of patients in palliative care and increase the awareness of clinicians and researchers on the need to evaluate and treat them in daily practice to ensure the best possible quality of the residual life of patients in palliative care.

Key words: Oral mucositis, Palliative care, Phase II study, Placebo, Propolis, Randomized Controlled trial.

BACKGROUND

Le persone con malattia avanzata, cronica e progressiva sono prese in cura dalle Cure Palliative che perseguono come obiettivo primario la miglior qualità della vita possibile per tutto il tempo di vita rimanente. La salute orale ha un'importanza cruciale per la qualità della vita di tali pazienti. I disturbi del cavo orale possono infatti provocare sintomi fastidiosi quali secchezza delle fauci, disfagia, disgeusia, dolore orofacciale e difficoltà di parola, che influenzano negativamente l'alimentazione, la comunicazione verbale, l'interazione sociale e il sonno[1,2]. Uno studio italiano su pazienti con cancro avanzato in cure palliative, per esempio, ha rilevato una prevalenza di mucosite orale del 22%, di disfagia del 15% e di secchezza delle fauci del 40%[3]. Altri studi su pazienti con cancro avanzato riportano xerostomia, dolore buccale e disgeusia nel 67% - 78% dei casi[4].

Tuttavia, anche i pazienti in cure palliative con malattia diversa dal cancro possono presentare frequenti problemi orali, a causa di fattori che includono principalmente scarsa igiene orale, malnutrizione, poli-farmacoterapia, uso di oppiacei, ossigenoterapia, disidratazione e carenze vitaminiche[1]. Uno studio recente[5] ha rilevato secchezza delle fauci nel 75%, disgeusia nel 49% e dolore orofacciale nel 15% dei casi; solo 6,7% dei pazienti non presentavano segni/sintomi di mucosite misurata con l'Oral Assessment Guide[6]. Benchè le problematiche del cavo orale siano altamente prevalenti e con forte impatto sulla qualità di vita dei pazienti in cure palliative, l'attenzione all'igiene orale in tale popolazione risulta scarsa sia nella pratica clinica quotidiana[7,8] sia nella ricerca[9]. Finora la letteratura si è, infatti, concentrata sugli interventi per la prevenzione e il trattamento della mucosite o di altri disturbi del cavo orale nei pazienti oncologici in trattamento attivo per le quali sono state sviluppate linee-guida internazionalmente riconosciute.[10,11]

L'attenzione rivolta agli interventi utili al sollievo dei sintomi delle condizioni orali dei pazienti in cure palliative è invece finora scarsa. Gli studi disponibili hanno valutato l'uso di protocolli standard di igiene orale in pazienti in cure palliative con risultati significativi sulla riduzione della mucosite orale, della xerostomia e della disgeusia[5], e le cure di igienisti dentali in pazienti oncologici nel fine vita, con miglioramento della mucosite orale, della sensazione di secchezza delle fauci e riduzione della candidosi[11]. Similmente, non si conoscono scale appositamente sviluppate e validate per la valutazione della mucosite e degli altri disturbi del cavo orale in cure palliative. I pochi studi effettuati finora in tale setting hanno usato scale sviluppate e validate con pazienti onco-ematologici in trattamento attivo (quali WHO[12], OAG[6], Scala di Tardieu[13], NRS, ecc.). Pertanto, mentre la cura dell'igiene orale sembra di grande utilità in cure palliative, ad oggi non esistono linee-guida in grado di raccomandare quale sia il protocollo di cure orali preferibile. Inoltre molti dei prodotti utilizzati comunemente, come colluttori e paste dentifricie, vengono rifiutati dai pazienti in quanto risultano intollerabili a causa della frequente infiammazione delle mucose[14]. I prodotti naturali possono favorire l'adesione del paziente agli interventi di igiene orale. Tra questi, la propoli potrebbe essere valutata nella prevenzione e nel trattamento dei disturbi del cavo orale nei pazienti in cure palliative.

La propoli è una sostanza resinosa raccolta dalle api e utilizzata per proteggere il proprio alveare[15]. Contiene resine e oli essenziali, cera, flavonoidi, polline e altre sostanze organiche e minerali[16]. L'uso della propoli come medicina popolare è praticato da lungo tempo per le sue molteplici proprietà biologiche[17,18] quali proprietà anti-ossidante[19], antimicrobica[20], antivirale[21], antimicotica[22,23], anestetica[24] e antinfiammatoriaper la mucosa orale e faringea[25]. In particolare, la propoli è stata dimostrata efficace nel ridurre la gravità della mucositis orale indotta da radiazioni in animali[26] e per la prevenzione dell'esofagite da radioterapia[27]. Inoltre, la propoli è stata associata ad una significativa riduzione del numero e della dimensione delle ulcere orali nei pazienti con diagnosi di stomatite ricorrente[28] e al completo recupero dalla stomatite da protesi dentaria[29]. Infine, la propoli è risultata sicura, accettabile e con promettente efficacia nel prevenire la mucosite orale in pazienti sottoposte a chemioterapia per cancro alla mammella[30].

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

L'obiettivo principale dello studio è valutare se nei pazienti adulti presi in carico da servizi di cure palliative specialistiche (sia residenziali sia domiciliari), l'utilizzo di prodotti a base di propoli in aggiunta al protocollo routinario di igiene orale di base, risulti significativamente più attivo nella prevenzione e nel trattamento della mucosite orale rispetto ai trattamenti routinari.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Valutazione della sicurezza e dell'accettabilità della propoli in aggiunta al protocollo di igiene orale nei pazienti in cure palliative (Studio di Fase 2);
2. Individuazione della frequenza e della dose ottimale di somministrazione dei prodotti in studio (Studio di Fase 2);
3. Valutazione dell'efficacia della propoli in aggiunta al protocollo di igiene orale per la prevenzione della mucosite orale nei pazienti in cure palliative (Studio di Fase 3);
4. Valutazione dell'efficacia della propoli in aggiunta al protocollo di igiene orale per il trattamento della mucosite orale nei pazienti in cure palliative (Studio di Fase 3);
5. Riduzione o non insorgenza del dolore da mucosite (orale ed esofageo), della secchezza delle fauci, della disgeusia; miglioramento o mantenimento della capacità di deglutire, della condizione della voce. Riduzione o non insorgenza di infezioni fungine del cavo orale;
6. Miglioramento o mantenimento del confort durante le cure orali;
7. Miglioramento della qualità di vita.

INDICATORI

Endpoint primario (Studio Fase 2 e Studio di Fase 3)

Riduzione della severità della mucosite di almeno un grado, oppure mantenimento del grado 0, misurata attraverso la Oral Assessment Guide[6,31] il cui punteggio totale indica 4 gradi (0 condizione normale, 1 disturbi lievi, 2 disturbi moderati e 3 disturbi gravi).
Verrà considerato il grado minimo raggiunto durante la permanenza del paziente nello studio.

Endpoint secondari

1. Comparsa e severità dei sintomi: dolore (orale ed esofageo), valutato quotidianamente, in base ai valori di una Numerical Rating Scale (NRS), da 0 a 10 intendendo per 0 l'assenza di dolore e 10 il peggior dolore immaginabile; capacità di deglutire, condizione della voce, sensazione di secchezza delle fauci e disgeusia (valutati quotidianamente attraverso l'OAG[6] e la scala di Tardieu[32], a 4 livelli di gravità, dove 0 è normalità e 3 il massimo grado di alterazione);
2. La presenza e la severità delle infezioni fungine sarà valutata con l'esame clinico;
3. Alterazione del confort durante le cure orali misurata quotidianamente con una Numerical Rating Scale (NRS), da 0 a 10 (0 assenza completa di confort e 10 massimo confort);
4. Qualità di vita misurata a tempo 0 e ogni 3 giorni con lo European Quality of Life Utility Scale (EQ-5D) [33] e ogni giorno con l'Oral Mucositis Daily Questionnaire (OMDQ)[34];
5. Aderenza del paziente alle cure orali e alla somministrazione dei prodotti in studio, registrata quotidianamente come frequenza, tipologia e quantità.

DISEGNO DELLO STUDIO

I PARTE

Lo **studio di Fase 2** sarà prospettico monocentrico non controllato, volto a valutare se l'aggiunta di prodotti a base di propoli al protocollo di igiene orale di base standard possa risultare sicuro, accettabile e attivo nella protezione delle mucose del cavo orale in pazienti in cure palliative.

II PARTE

Se i risultati confermeranno la validità dei prodotti in studio, lo studio proseguirà con la seconda parte che prevede un trial randomizzato e controllato (RCT) multicentrico in triplo cieco con placebo (**Studio di Fase 3**), per valutarne l'efficacia nella prevenzione e trattamento dei disturbi del cavo orale in cure palliative.

I PARTE: STUDIO DI FASE 2

Dai dati presenti in letteratura[5], si può attribuire all'igiene orale standard un'azione protettiva sulla severità della mucosite misurata con l'OAG[6] nel 45% dei casi. Si ritiene che l'aggiunta di prodotti a base di propoli possa migliorare l'azione protettiva dell'igiene orale, riducendo la severità della mucosite di un ulteriore 15%, fino ad almeno il 60% dei casi.

II PARTE: STUDIO DI FASE 3

Dopo l'analisi dei risultati dello studio di Fase 2, se sarà confermata la sicurezza e l'accettabilità della propoli per la prevenzione e/o il trattamento della mucosite orale nei pazienti in cure palliative, si condurrà un trial clinico randomizzato e controllato (RCT) con placebo (**Studio di Fase 3**), per valutarne l'efficacia nella prevenzione e trattamento dei disturbi del cavo orale in cure palliative.

Lo studio sarà multicentrico e coinvolgerà vari servizi di cure palliative della Rete di Cure Palliative della Regione Lazio e di altre Regioni di Italia.

La somministrazione del placebo permetterà di condurre lo studio in triplo cieco: infatti, l'allocazione ai diversi bracci dello studio sarà sconosciuta al paziente, al rilevatore e a chi analizzerà i dati. I dati di tutti i pazienti che avranno ricevuto almeno una somministrazione di prodotto o di placebo saranno analizzato secondo *l'intention to treat*.

METODOLOGIA

CAMPIONE

PARTE I. Studio di Fase 2

Con il disegno a due step secondo l'approccio Optimum design di Simon[35], è stato definito un campione complessivo di 77 casi valutabili (step1_26 casi; step2_51 casi). Parametri: P0 (probabilità minima di risposta): 0.45; P1 (probabilità di risposta ottimale): 0.60; Alfa: 5%; Potenza: 80%. La durata prevista per il reclutamento del campione nello studio di Fase 2 è di circa 12 mesi.

PARTE II. Studio di Fase 3

La dimensione del campione sarà definita in modo da poter stabilire l'efficacia della propoli in aggiunta al protocollo orale standard rispetto al placebo in aggiunta al protocollo orale standard. Si stima che sarà necessario un campione di almeno 140 pazienti randomizzato nei bracci sperimentale e di controllo con placebo.
La durata prevista per il reclutamento del campione nello studio di Fase 2 è di circa 24 mesi.

Per entrambe le parti dello studio (Fase 2 e Fase 3) saranno adottati i seguenti criteri di inclusione ed esclusione per l'arruolamento dei pazienti.

Criteri di inclusione:

- Pazienti adulti presi in carico dal servizio di cure palliative specialistiche;
- Pazienti coscienti, con valido riflesso della deglutizione;
- Pazienti che forniscono il consenso alla partecipazione allo studio e all'utilizzo dei dati.

Criteri di esclusione

- Pazienti con aspettativa di vita inferiore a 10 giorni al momento della presa in carico nel Servizio di cure palliative valutata con la scheda RAD (Riconoscimento dell'Approssimazione del Decesso);
- Pazienti che non sono in grado di deglutire (valutato con la scala DOSS per la disfagia);
- Pazienti con cancro alla regione testa/collo o tracheostomia;
- Pazienti che riferiscono allergia alla propoli, al polline o ad altri componenti dei prodotti in studio, o che riferiscono storia di gravi allergie plurime.

Arruolamento e trattamenti

Tutti i pazienti consecutivi presi in carico nel servizio in cure palliative (hospice e domicilio) nel periodo di studio, che rientrano nei criteri di inclusione e consentono a partecipare riceveranno il protocollo di igiene orale e i prodotti a base di propoli. Tutti i pazienti che aderiscono allo studio, come anche gli eventuali caregiver informali, riceveranno un intervento educativo riguardante l'applicazione del protocollo di igiene orale e l'utilizzo dei prodotti in studio.
Il protocollo di igiene orale verrà applicato a partire dal giorno di presa in carico del paziente nel servizio e fino alla dimissione/decesso. La somministrazione dei prodotti a base di propoli/placebo verrà continuata per 2 settimane o finchè il paziente perderà la capacità di deglutizione.
La frequenza di somministrazione dei prodotti in studio prevista inizialmente è di 2 al giorno in corrispondenza dell'igiene orale (effettuata normalmente dopo i pasti principali) per tutti i pazienti che al momento del reclutamento non presentano mucosite o nei quali la mucosite è lieve o moderata (grado 1 o 2 secondo la scala OAG[6]). La frequenza di somministrazione aumenterà fino a 3-5 volte al giorno nei casi di mucosite orale severa (grado 3 secondo la scala OAG[6] o 3/4 secondo la scala WHO[12]).

ADERENZA ALL'INTERVENTO

Tutto il personale infermieristico del servizio di cure palliative in cui si condurrà lo studio verrà informato sulle finalità dello studio e sulle procedure in esso previste compreso il protocollo di igiene orale. Tutti gli infermieri operanti sia in Hospice che a domicilio riceveranno inoltre un training specifico sull'utilizzo degli strumenti di valutazione dello studio. Tali interventi verranno programmati tenendo conto dell'organizzazione del servizio e del personale.
L'aderenza al trattamento sarà monitorata attraverso una scheda specifica che funge da "diario dello studio" per il paziente, dove saranno annotate le frequenze e il rispetto dei tempi di esecuzione dei vari interventi di igiene giornalieri e l'utilizzo dei prodotti in studio.

STRUMENTI

La mucosite orale (incidenza e severità) sarà valutata (a tempo 0 e quotidianamente) con i seguenti strumenti:

- Oral Assessement Guide [6];
- Scala di Tardieu[32];
- WHO Oral Mucositis Scale [12];

L'intensità soggettiva dei seguenti sintomi: dolore (cavo orale ed esofageo), secchezza delle fauci, disgeusia saranno valutati quotidianamente con:

- 'Numerical Rating Scale' (NRS), da 0 a 10 intendendo per 0 l'assenza di sintomo e 10 il peggior sintomo immaginabile dal paziente;
- Alterazione del confort durante le cure orali misurata dopo ogni procedura con una Numerical Rating Scale (NRS), da 0 a 10 (0 assenza completa di confort e 10 massimo confort).

La qualità di vita sarà misurata con le seguenti misure soggettive (Patient Reported Outcome Measures-PROM):

- European Quality of Life Utility Scale (EQ-5D)[33] rilevata al tempo 0 (presa in carico) e successivamente ogni 3 giorni;
- Oral Mucositis Daily Questionnaire (OMDQ)[34], rilevata al tempo 0 e poi quotidianamente.

ANALISI DEI DATI

Le analisi dei dati verranno gestite in accordo alle indicazioni di legge (Autorizzazione del Garante della Privacy n. 72 del 26 Marzo 2012). I dati raccolti verranno raggruppati rispetto alle variabili demografiche, alle caratteristiche basali ed alle valutazioni di efficacia e sicurezza e utilizzando statistiche descrittive.
Le analisi saranno condotte secondo intention-to-treat, ossia analizzando i risultati di tutti i pazienti che hanno eseguito almeno un intervento con colostro previsto. Le variabili qualitative saranno presentate in termini di frequenze assolute e relative; le variabili quantitative saranno riassunte attraverso adeguati indici statistici di posizione e di dispersione: media, mediana, deviazione standard e range. Verranno applicati gli opportuni test statistici coerenti con il tipo di variabile/i utilizzata/e e con gli obiettivi prefissati nello studio. Le analisi verranno condotte con il software statistico IBM SPSS (versione 26 o superiore se disponibile al momento dell'analisi).

INDICAZIONI ETICHE

Lo studio verrà condotto in accordo ai principi della Good Clinical Practice (ICH Harmonized Tripartite Guidelines for Good Clinical Practice 1996 Directive 91/507/EEC; D.M. 15.7.1997), alla dichiarazione di Helsinki ed alle normative nazionali in materia di conduzione delle sperimentazioni cliniche. Il protocollo di studio, ogni emendamento del protocollo, il consenso informato ed ogni altra informazione per i pazienti dovranno essere approvati dal Comitato Etico.
I pazienti che soddisfino i criteri di inclusione riceveranno dai ricercatori informazioni orali e scritte sulle finalità dello studio e le modalità di svolgimento. Ai pazienti che decideranno di dare la propria disponibilità alla partecipazione allo studio sarà chiesto di firmare il consenso informato alla partecipazione allo studio e quello al trattamento dei dati. Nei report dello studio e nelle schede dati, ogni partecipante verrà identificato con un codice alfanumerico, che consentirà di garantirne la confidenzialità.
La sicurezza dei partecipanti è garantita dall'osservazione quotidiana e dall'esame fisico. Gli eventi avversi rappresentano un end point per la sicurezza, e saranno monitorati, registrati e segnalati tutti gli eventi avversi (compresi quelli seri) compatibilmente con la condizione clinica del paziente. Le valutazioni di sicurezza saranno basate sulla frequenza degli eventi avversi. Verranno inoltre raccolte informazioni dettagliate riguardo al numero degli eventuali pazienti che hanno interrotto lo studio e relativi motivi; pazienti che hanno interrotto lo studio per eventi avversi e che hanno avuto eventi avversi seri; pazienti che

hanno rifiutato l'arruolamento. I documenti dello studio saranno conservati in luogo sicuro per assicurare il mantenimento della confidenzialità e riservatezza.

RISULTATI ATTESI

Se come si ipotizza, l'aggiunta di prodotti a base di propoli al protocollo di igiene orale di base standard risulterà sicuro, accettabile e attivo nella protezione delle mucose del cavo orale in pazienti in cure palliative nello studio di Fase II, si procederà allo studio clinico controllato e randomizzato con placebo. I risultati di questo studio, condotto con rigore metodologico ed elevati standard etici, consentiranno di portare dati attendibili sull'efficacia della propoli nella prevenzione e il trattamento dei disturbi del cavo orale nei pazienti in cure palliative, finora sotto stimati e sotto trattati. Si potrà così offrire un rimedio relativamente economico, sicuro ed efficace che potrà contribuire a migliorare la qualità delle cure e la qualità di vita rimanente dei pazienti in cure palliative.

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

Tale studio ha una notevole rilevanza, in quanto finora non esistono trattamenti efficaci per i disturbi del cavo orale in cure palliative a livello internazionale. I risultati di questo studio potranno essere accolti all'interno di lineeguida emanati da società scientifiche di portata nazionale e internazionale che li raccomandino. Inoltre, contribuirà a portare all'attenzione della comunità scientifica sia nazionale che internazionale il problema della mucosite orale nei pazienti in cure palliative, e aumenterà la consapevolezza di clinici e ricercatori sulla necessità di valutare e trattarli nella pratica quotidiana per garantire la miglior qualità possibile alla vita residua dei pazienti in cure palliative.

PIANIFICAZIONE

STUDIO DI FASE 2 (17 MESI)

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Revisione della letteratura scientifica e accordi con aziende produttrici propoli per studio Fase 2	Coordinatore	1 - 31 Maggio 2021
2	Elaborazione protocollo studio Fase 2	Coordinatore	1 Maggio – 30 Giugno 2021
3	Richiesta parere del comitato etico studio di Fase 2	Coordinatore	1 Giugno – 31 Agosto 2021
4	Formazione operatori su procedure protocollo e igiene orale	Coordinatore, Project team	1 - 30 Settembre 2021
5	Reclutamento campione e raccolta dati studio di Fase 2	Coordinatore, Project team	1 Settembre 2021 - 31 Agosto 2022
6	Analisi ed elaborazioni dati	Coordinatore, Statistico, Project team	1 Agosto 2022 – 30 Settembre 2022
STUDIO DI FASE 3 – RCT (31 MESI)			
7	Elaborazione protocollo RCT	Coordinatore, Project team	1 Settembre 2022 – 31 Ottobre 2022
8	Accordi con aziende produttrici propoli e placebo per studio Fase 3	Coordinatore	1 - 31 Ottobre 2022
9	Richiesta parere del comitato etico studio RCT	Coordinatore, Project team	1 Novembre 2022 – 31 Gennaio 2023
10	Reclutamento campione e raccolta dati studio RCT	Coordinatore, Project team	1 Febbraio 2023 - 31 Gennaio 2025
11	Analisi ed elaborazioni dati	Coordinatore, Statistico	1 - 28 Febbraio 2025
12	Stesura report ricerca	Coordinatore, Project team	1 - 28 Febbraio 2025
13	Pubblicazione finale	Coordinatore, Project team	1 Marzo - 30 Aprile 2025
14	Chiusura progetto	Coordinatore	1 - 30 Aprile 2025

DIAGRAMMA GANTT

I ANNO 2021

MESE	MAG 21	GIU 21	LUG 21	AG 21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DIC 21	GEN 22	FEB 22	MAR 22	APR 22
Revisione della letteratura scientifica e accordi con aziende produttrici propoli per studio Fase 2												
Elaborazione protocollo studio Fase 2												
Richiesta parere del comitato etico studio di Fase 2												
Formazione operatori su procedure protocollo e igiene orale												
Reclutamento campione e raccolta dati studio di Fase 2												
Analisi e report dati preliminari; chiusura primo anno del progetto												

II ANNO 2022

MESE	MAG 22	GIU 22	LUG 22	AG 22	SET 22	OTT 22	NOV 22	DIC 22	GEN 23	FEB 23	MAR 23	APR 22
Reclutamento campione e raccolta dati studio di Fase 2 (segue)												
Analisi ed elaborazioni dati												
Elaborazione protocollo RCT												
Accordi con aziende produttrici propoli e placebo per studio Fase 3												
Richiesta parere del comitato etico studio RCT												
Reclutamento campione e raccolta dati studio RCT												

III ANNO 2023

MESE	MAG 23	GIU 23	LUG 23	SET 23	OTT 23	NOV 23	DIC 23	GEN 24	FEB 24	MAR 24	APR 24
Reclutamento campione e raccolta dati studio RCT (segue)											

IV ANNO 2024

MESE	MAG 24	GIU 24	LUG 24	SET 24	OTT 24	NOV 24	DIC 24	GEN 25	FEB 25	MAR 25	APR 25
Reclutamento campione e raccolta dati studio RCT (segue)											
Analisi ed elaborazioni dati											
Stesura report di ricerca											
Pubblicazione finale											
Chiusura progetto											

BIBLIOGRAFIA

1. Fischer DJ, Epstein JB, Yao Y, Wilkie DJ. Oral health conditions affect functional and social activities of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer. 2014;22(3):803-810.
2. Chaushu G, Bercovici M, Dori S, Waller A, Taicher S, Kronenberg J, Talmi YP. Salivary flow and its relationship with oral symptoms in terminally ill patients. Cancer: Interdisc Int J Am Cancer Soc, 2000;88(5):984-987.
3. Mercadante S, Aielli F, Adile C, et al. Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients. Support Care Cancer. 2015;23(11):3249-3255.
4. Wilberg P, Hjermstad MJ, Ottesen S, Herlofson BB. Oral health is an important issue in end-of-life cancer care. Support Care Cancer. 2012;20(12):3115-3122.
5. Magnani C, Mastroianni C, Giannarelli D, Stefanelli MC, Di Cienzo V, Valerioti T, Casale G. Oral hygiene care in patients with advanced disease: an essential measure to improve oral cavity conditions and symptom management. Am J Hospice Palliat Med 2019;36(9):815-819.
6. D'Angelo D, Vellone E, Salvatori C, De Marinis MG, Alvaro R. Validity and reliability of the Italian version of the oral assessment guide. Prof Inferm 2013;66(2):117-124.
7. Fitzgerald R, Gallagher J. Oral health in end-of-life patients: A rapid review. Spec Care Dent, 2018;38(5):291-298.
8. Venkatasalu MR, Murang ZR, Husaini HABH, Idris DR, Dhaliwal JS. Why oral palliative care takes a backseat? A national focus group study on experiences of palliative doctors, nurses and dentists. Nursing Open 2020;7(5):1330-1337.
9. Delgado MB, Burns L, Quinn C, Moles DR, Kay EJ. Oral care of palliative care patients–carers' and relatives' experiences. A qualitative study. Brit Dental J 2018;224(11):881-886.
10. Clarkson JE, Worthington HV, Furness S, McCabe M, Khalid T, Meyer S. Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Aug 4;2010(8):CD001973. doi: 10.1002/14651858.CD001973.pub4.
11. Worthington HV, Clarkson IE, Bryan G, Furness S, Glenny AM, Littlewood A, McCabe MG, Meyer S, Khalid T. "Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment". Cochrane Database Syst Rev. 2011 Apr 13;(4):CD000978. doi: 10.1002/14651858.CD000978.pub5.
12. World Health Organization. Handbook for reporting results of cancer treatment. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1979:15-22.
13. Tardieu C, Cowen D, Thirion X, Franquin JC. Quantitative scale of oral mucositis associated with autologous bone marrow transplantation. Eur J Cancer B Oral Oncol. 1996; 32B(6):381-7.
14. Quinn B, Potting CM, Stone R, Blijlevens NM, Fliedner M, Margulies A, Sharp L. Guidelines for the assessment of oral mucositis in adult chemotherapy, radiotherapy and haematopoietic stem cell transplant patients. Eur J Cancer. 2008 Jan;44(1):61-72.
15. Marcucci MC, Ferrerez F, Garcia-Vigueira C, Bankova VS, de Castro SL, Data's AP, Valente PHM, Paulino N. Phenolic compounds from Brazilian propolis with pharmacological activities. J Ethnopharmacol. 2001;74:105-112.

16. Burdock GA. Review of the biological properties and toxicity of bee propolis (propolis). Food Chem Toxicol 1998; 36(4):347-63.
17. Gómez-Caravaca AM, Gómez-Romero M, Arráez-Román D, Segura-Carretero A, Fernández-Gutiérrez A. Advances in the analysis of phenolic compounds in products derived from bees J Pharm Biomed Anal. 2006: 41(4):1220-1234.
18. Viuda-Martos M, Ruiz-Navajas Y, Fernández-López J, Pérez-Alvarez JA. Functional properties of honey, propolis, and royal jelly. J Food Sci. 2008; 73(9):R117-24.
19. Jasprica I, Mornar A, Debeljak Z, Smolcic-Bubalo A, Medic-Saric M, Mayer L, Romic Z, Bucan K, Balog T, Sobocanec S, Sverko V. In vivo study of propolis supplementation effects on antioxidative status and red blood cells. J Ethnopharmacol. 2007;110:548–554.
20. Scazzocchio F, D'auria FD, Alessandrini D, Pantanella F. Multifactorial aspects of antimicrobial activity of propolis. Microbiol Res 2006;161:327–333.
21. Vynograd N, Vynograd I, Sosnowski Z, A comparative multi-centre study of the efficacy of propolis, acyclovir and placebo in the treatment of genital herpes (HSV). Phytomedicine 2000;7:1–6.
22. Sforcin JM. Propolis and the immune system: a review Journal of Ethnopharmacology (2007) 113 1–14.
23. Sforcin, J.M., Fernandes Jr., A., Lopes, C.A.M., Funari, S.R.C., Bankova, V., 2001. Seasonal effect of Brazilian propolis on Candida albicans and Candida tropicalis. The Journal of Venomous Animals and Toxins 7, 139–144.
24. Viuda-Martos M, Ruiz-Navajas Y, Fernández-López J, Pérez-Alvarez JA. Functional properties of honey, propolis, and royal jelly. J Food Sci. 2008; 73(9):R117-24.
25. Botushanov PI, Grigorov GI, Aleksandrov GA. A clinical study of a silicate toothpaste with extract from propolis. Folia Med (Plovdiv) 2001; 43(1-2): 28-30.
26. Ghassemi L, Zabihi E, Mahdavi R, Seyedmajidi M, Akram S, Motallebnejad M. The effect of ethanolic extract of propolis on radiation-induced mucositis in rats. Saudi Med J. 2010; 31(6):622-6.
27. Meroni F, Alloni R, Ciresa M, Scrocca A, Trodella L. Experimental use of oral propolis for prevention of radiation oesophagitis in patients treated with chest radiotherapy. J ApiProduct ApiMedic Sc, 2010;2:100–101.
28. Samet N, Laurent C, Susarla SM, Samet-Rubinsteen N. The effect of bee propolis on recurrent aphthous stomatitis: a pilot study. Clin oral invest. 2007;11(2):143-147.
29. Santos VR, Gomes RT, Mesquita RAD, Moura MDD, França EC, Aguiar EGD, ... Abreu SR. Efficacy of Brazilian propolis gel for the management of denture stomatitis: a pilot study. Phytother Res. 2008; 22(11):1544-7.
30. Piredda M, Facchinetti G, Biagioli V, Giannarelli D, Armento G, Tonini G, De Marinis MG. Propolis in the prevention of oral mucositis in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: a randomized controlled trial. European J Cancer Care 2017; 26:e12757.
31. Eilers J, Berger AM, Petersen MC. Development, testing and application of the oral assessment guide. Oncol Nurs Forum 1988;15(3):325-330.
32. Tardieu C, Cowen D, Thirion X, Franquin JC. Quantitative scale of oral mucositis associated with autologous bone marrow transplantation. Eur J Cancer B Oral Oncol. 1996; 32B(6):381-7.
33. Balestroni G, Bertolotti G. EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life. Monaldi Arch Chest Dis, 2012;78(3).
34. Stiff PJ, Erder H, Bensinger WI, Emmanouilides C, Gentile T, Isitt J, Lu ZJ, Spielberger R. Reliability and validity of a patient self-administered daily questionnaire to assess impact of oral mucositis (OM) on pain and daily functioning in patients undergoing autologous hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). Bone Marrow Transplant. 2006;37(4):393-401.
35. Simon R. Optimal two-stage designs for phase II clinical trials. Control Clin Trials. 1989 Mar;10(1):1-10.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

COMPETENZE DEGLI INFERMIERI SUGLI ACCESSI VENOSI (IN-VAD)
NURSING COMPETENCES ABOUT VENOUS ACCESSES (IN-VAD)

COORDINATORE PROGETTO
M. Piredda

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.12

TITOLO PROGETTO

Competenze degli infermieri italiani nella gestione degli accessi venosi: indagine trasversale con sviluppo e validazione di questionari (IN-VAD)

Italian nurses' competences for management of venous accesses: cross-sectional survey with questionnaires development and validation (IN-VAD)

ABSTRACT

Background Il posizionamento di un accesso venoso per somministrare farmaci o infusioni è una delle procedure invasive più frequentemente effettuate dagli infermieri. Benchè le crescenti innovazioni tecnologiche abbiano trasformato il mondo degli accessi venosi, gli studi condotti finora riportano dati frammentari sulle competenze specifiche e sulla percezione dell'auto-efficacia degli infermieri nella gestione dei diversi accessi venosi centrali e periferici.

Obiettivo Descrivere le competenze e la percezione dell'auto-efficacia degli infermieri italiani nella gestione degli accessi venosi centrali e periferici.

Materiali e metodi Studio osservazionale trasversale multicentrico di sviluppo e validazione di questionari. La strategia di sviluppo del questionario seguirà le linee guida dell'European Statistical System composta da cinque step: *conceptualisation, questionnaire design, questionnaire testing, revision e data collection*.

Risultati attesi Lo studio metterà a disposizione degli infermieri italiani strumenti validi e affidabili per la misura delle competenze specifiche e del grado di auto-efficacia percepita nella gestione degli accessi venosi. Si potranno misurare le competenze acquisite per una gestione sicura ed efficace dei dispositivi di accesso venoso. Inoltre, potranno essere messe in atto strategie formative *ad hoc* che permettano a tutti gli infermieri, operanti sia nei reparti specialistici ospedalieri sia sul territorio, di acquisire specifiche conoscenze, abilità e auto-efficacia nella gestione degli accessi venosi.

Parole chiave: competenze, auto-efficacia, accessi venosi centrali, accessi venosi periferici, infermieri, sviluppo di questionari, validazione.

ABSTRACT

Background. The placement of a venous access for the administration of drugs or infusions is one of the most common invasive procedures performed by nurses. Although increasing technological innovations have transformed the world of venous access, the studies conducted so far report fragmentary data on specific skills and the perception of the self-efficacy of nurses in the management of different central and peripheral venous accesses.

Aims. Describe the competences and perception of self-efficacy of Italian nurses in the management of central and peripheral venous access.

Materials and methods. Multicenter cross-sectional observational study with development and validation of questionnaires. The questionnaire development strategy will follow the guidelines of the European Statistical System consisting of five consecutive steps: conceptualization, questionnaire design, questionnaire testing, revision and data collection.

Expected results. The study will provide Italian nurses with valid and reliable tools for measuring specific skills and the degree of self-efficacy perceived in the management of venous access. It will be possible to

measure the skills acquired by nurses for a safe and effective management of venous access devices. Finally, any ad hoc training strategies can be implemented that ensure that all nurses, operating both in hospital specialist departments and on the community, acquire specific knowledge, skills and self-efficacy in the management of venous access.

Key words: competences, self-efficacy, central venous accesses, peripheral venous accesses, nurses, questionnaire development, psychometric testing.

BACKGROUND

Il posizionamento di un accesso venoso per la somministrazione di farmaci o infusioni endovenose è una delle procedure invasive più frequentemente effettuate dagli infermieri sia in ambito ospedaliero che territoriale. Negli ultimi decenni, le crescenti innovazioni tecnologiche stanno trasformando rapidamente le procedure relative agli accessi venosi. Sono stati progettati dispositivi sempre più performanti, sicuri e duraturi che permettono di ridurre il rischio di complicanze e i costi associati al loro uso. In particolare, dopo i Cateteri venosi centrali totalmente impiantati (Port) si sono diffusi Midline di vario tipo e i Peripherally Inserted Central Catheter (PICC).

La scelta del dispositivo vascolare si basa sulle indicazioni terapeutiche e su valutazioni specifiche volte a prevenire eventuali complicanze e tenendo conto dei bisogni prevedibili del paziente nel suo percorso diagnostico-terapeutico, adottando pertanto un approccio sempre più 'proattivo' nell'assistenza del paziente che necessita di accesso venoso[1]. Tra queste valutazioni per la scelta della tipologia di dispositivo (periferico o centrale) e della metodica di inserimento, troviamo le caratteristiche della terapia prevista (somministrazione continua o a intervalli distanziati, ospedaliera o extra-ospedaliera; potere vescicante, pH e osmolarità delle soluzioni infuse, ecc.), la valutazione del patrimonio venoso del paziente e della probabilità di una venipuntura periferica difficile.

Si comprende pertanto che sia sempre più importante l'acquisizione da parte degli infermieri di specifiche competenze sia teoriche sia pratiche, al fine di una gestione sicura ed efficace dei dispositivi di accesso venoso. Infatti, la mancanza di know-how e di abilità tecniche specifiche riguardo ad alcuni dispositivi può limitare la possibilità di adottarli e utilizzarli anche quando sarebbero preferibilmente indicati, e orientare il professionista a posizionare un dispositivo che egli si sente in grado di gestire meglio, benchè meno adeguato alle condizioni del paziente.

Tali competenze specialistiche sono più frequentemente riscontrate nei reparti ospedalieri specialistici per acuti, rispetto a servizi non specialistici e territoriali. In varie realtà internazionali caratterizzate da assistenza infermieristica avanzata, la gestione dei dispositivi venosi e delle infusioni endovenose è affidata agli *Infusion Teams* costituiti da infermieri specializzati e anche in vari ospedali italiani si stanno diffondendo pur se in modo disomogeneo *PICC Teams* di infermieri specialisti. E' sempre più frequente anche lo sviluppo di protocolli sull'inserimento e gestione degli accessi venosi che adattano alle realtà locali le raccomandazioni di linee-guida emanate da riconosciute associazioni nazionali o internazionali quali le Infusion Therapy Standards of Practice (INS) [2] e le lineeguida per la prevenzione delle infezioni sistemiche correlate a catetere vascolare del Center for Disease Control – CDC [3].

D'altra parte, si nota da tempo la necessità di ridurre gli accessi ospedalieri, soprattutto dei pazienti fragili (per età, presenza di patologie croniche o immuno-compromessi), decentrando le cure dagli ospedali al territorio, necessità resa più evidente dall'attuale pandemia. Pertanto, tutti gli infermieri che si prendono cura di pazienti nei diversi setting, sia ospedaliero sia territoriale, si possono trovare nella necessità di decidere quali accessi venosi posizionare, includendo anche dispositivi ad elevata tecnologia quali Port e PICC e dovrebbero possedere in grado adeguato le competenze specifiche per la valutazione del patrimonio venoso, la selezione del dispositivo, il suo inserimento e la successiva gestione.

A tal riguardo, una recente scoping review internazionale sulla gestione degli accessi venosi sia periferici sia centrali su pazienti adulti ha evidenziato la presenza di importanti lacune e disomogeneità nelle conoscenze degli infermieri [4]. I dati sulle competenze specifiche, in termini di conoscenze, abilità e atteggiamenti, e sulla percezione dell'auto-efficacia possedute dagli infermieri italiani nella gestione dei dispositivi per l'accesso venoso periferico e centrale sono frammentari. Gli studi finora condotti, infatti si sono focalizzati su un singolo ambito, quale l'attività per la prevenzione delle infezioni correlate a catetere venoso periferico [5] o centrale[6], la presenza di una procedura per la selezione del dispositivo[7], o hanno indagato competenze degli studenti invece che degli infermieri[8].

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

Descrivere le competenze e l'auto-efficacia degli infermieri italiani nella gestione degli accessi venosi centrali e periferici. Tali dati orienteranno la formazione continua specifica degli infermieri, in particolare quelli operanti nel territorio.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Sviluppare scale italiane specifiche per la misura delle competenze e dell'autoefficacia nella gestione dei dispositivi di accesso venoso periferico e centrale;
2. Testare le proprietà psicometriche di tali scale;
3. Descrivere le competenze specifiche (conoscenze, abilità e atteggiamenti), e l'auto-efficacia percepita nella gestione dei dispositivi per l'accesso venoso periferico e centrale negli infermieri italiani che assistono pazienti adulti in diversi setting, ospedalieri ed extra-ospedalieri;
4. Descrivere i fattori (individuali e organizzativi) associati a tali competenze.

INDICATORI

1. Specifici questionari per le competenze e per la percezione dell'autoefficacia nella gestione dei diversi accessi venosi;
2. Dati di validità del questionario (di costrutto, di facciata);
3. Dati di affidabiltà del questionario (coerenza interna);
4. Dati sulle competenze a autoefficacia raccolti da un campione di almeno 400 infermieri che assistono pazienti adulti in diversi setting, ospedalieri ed extra-ospedalieri;
5. Dati sull'associazione di tali competenze con variabili individuali e organizzative.

METODOLOGIA

DISEGNO DELLO STUDIO

Studio osservazionale trasversale multicentrico di sviluppo e validazione di questionari. La strategia di sviluppo del questionario seguirà le linee guida dell'European Statistical System [9] e si compone di cinque step consecutivi: *conceptualisation, questionnaire design, questionnaire testing, re*vision e *data collection*. I primi 4 step saranno condotti nella fase di sviluppo del questionario e l'ultimo step nella fase di data collection per la validazione.

CAMPIONE

La numerosità prevista del campione finale sarà calcolata a partire dal numero degli item dei questionari definitivi nella misura di almeno 10 soggetti per item. Si prevede un campione non inferiore a 400 infermieri, in modo da permettere di effettuare analisi fattoriali sia esplorative (EFA) che confermative (CFA).

Criteri di inclusione

I partecipanti allo studio saranno inclusi tra gli infermieri che si occupano dell'assistenza diretta di pazienti adulti e che operano in diverse strutture di varie città italiane (in particolare Roma e Provincia), selezionate in modo da rappresentare diverse caratteristiche individuali (esperienza lavorativa, formazione specialistica in accessi vascolari, ecc.), di setting (ospedalieri e territoriali), e di aree cliniche (mediche, chirurgiche, area critica, servizi ambulatoriali ecc.).

Criteri di esclusione

Infermieri che si occupano esclusivamente di attività di docenza/ricerca, coordinatori o dirigenti saranno esclusi dallo studio.

PROCEDURA DI RACCOLTA DATI

La raccolta dati sarà condotta in accordo con dirigenti e coordinatori dell'assistenza infermieristica e gli infermieri ai quali sarà offerta l'opportunità di scegliere se compilare i questionari attraverso un modulo online inviato via mail o con modalità cartacea. Nel caso di modalità cartacea i questionari compilati saranno consegnati al coordinatore dell'Unità Operativa/servizio o ad altra persona che verrà identificata come responsabile della raccolta dati in ogni struttura. In entrambi i casi, i dati dei singoli questionari saranno anonimi e identificati con un codice alfanumerico.

ANALISI DEI DATI

Saranno condotte analisi descrittive sui dati socio-demografici del campione e sugli item dei questionari (frequenze e percentuali per le variabili categoriali, media e deviazione standard per le variabili continue). Durante lo sviluppo dei questionari l'analisi della validità di contenuto prevederà il calcolo di appositi indici (Content Validity Index – CVI) sia per i singoli item che per gli interi questionari. L'affidabilità dei questionari sarà valutata attraverso calcolo del coefficiente l'alfa di Cronbach e altre misure di valutazione della coerenza della soluzione fattoriale. La validità di costrutto sarà analizzata attraverso l'analisi fattoriale

esplorativa (EFA) e confermativa (CFA). Una volta determinata l'affidabilità e validità degli strumenti, ne saranno calcolati i punteggi. L'associazione delle variabili numeriche dei fattori individuali e organizzativi con le competenze possedute e la loro predittività saranno valutate, rispettivamente, attraverso coefficienti di correlazione di Pearson e modelli di regressioni logistiche uni e multivariata. Per l'analisi statistica verranno utilizzati i software SPSS versione 25[10] ed MPlus versione 6.1[11].

INDICAZIONI ETICHE

Lo studio verrà condotto in accordo con i principi della dichiarazione di Helsinki e nel rispetto della normativa vigente sugli studi non sperimentali. Prima di iniziare lo studio, sarà ottenuta l'approvazione del Comitato Etico dell'Università Campus Bio-Medico di Roma (centro promotore). Dirigenti e coordinatori delle strutture coinvolte verranno informati riguardo allo studio e ai suoi obiettivi. Gli infermieri che rientrano nei criteri d'inclusione verranno informati sulle procedure e obiettivi dello studio e verrà loro chiesto di compilare il questionario. L'assenso alla partecipazione si intende fornito con la compilazione e consegna dello stesso. I dati saranno raccolti in modalità anonima, elaborati e descritti in modalità aggregata rispettando l'anonimato e il trattamento dei dati personali in accordo alla normativa vigente [12,13].

RISULTATI ATTESI

Lo studio metterà a disposizione degli infermieri italiani strumenti validi e affidabili per la misura delle competenze specifiche e del grado di auto-efficacia percepita nella gestione degli accessi venosi, che riguardano procedure sempre più frequenti e sottoposti a crescenti innovazioni tecnologiche. In tal modo si potranno misurare e descrivere le competenze acquisite per una gestione sicura ed efficace dei dispositivi di accesso venoso appropriati per le condizioni cliniche e alle preferenze del paziente. Ciò permetterà di mettere in atto eventuali strategie formative ad hoc che facciano in modo che in tutti gli infermieri operanti sia nei reparti specialistici degli ospedali sia sul territorio acquisiscano le competenze avanzate in termini di conoscenze, abilità e auto-efficacia, facilitando un atteggiamento proattivo verso la selezione e la gestione sicura ed efficace del giusto dispositivo.

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

I risultati dello studio saranno pubblicati dai ricercatori su riviste nazionali ed internazionali o presentati in occasione di congressi, convegni, seminari o simili, rispettando i Requisiti Uniformi per Pubblicazioni Scientifiche descritti nelle Linee Guida dall'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)[14]. 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		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Revisione della letteratura scientifica e stesura protocollo	Coordinatore e Project team	01/05/2021- 31/05/2021
2	Richiesta autorizzazione comitato etico	Coordinatore	01/05/2021– 31/07/2021
3	Focus group con infermieri esperti di accessi venosi	Coordinatore e Project team	01/08/2021 – 30/09/2021
4	Questionnaire design	Coordinatore e Project team	01/10/2021 -31/10/2021
5	Pre-field e field testing	Coordinatore e Project team	01/11/2021 – 30/11/2021
6	Revisione dati e stesura questionari definitivi	Coordinatore e Project team	01/12/2021 - 31/12/2021
7	Raccolta dati per la validazione dei diversi questionari	Project team	01/12/2021 – 30/03/2022
8	Analisi ed elaborazioni dati	Psicometrista, Coordinatore	01/03/2022– 30/04/2022
11	Stesura report ricerca	Coordinatore, Project team	01/04/2022 – 30/04/2022

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
12	Pubblicazione finale	Coordinatore e Project team	01/04/2022 – 30/04/2022
13	Chiusura progetto	Coordinatore	01/04/2022 – 30/04/2022

DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	MAG 21	GIU 21	LUG 21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DIC 21	GEN	FEB 22	MAR 22	APR 22
Revisione della letteratura scientifica e stesura protocollo	■										
Richiesta autorizzazione comitato etico	■	■	■								
Focus group con infermieri esperti di accessi venosi				■							
Questionnaire design					■						
Pre-field e field testing						■					
Revisione dati e stesura questionari definitivi							■				
Raccolta dati per la validazione dei questionari							■	■	■	■	
Analisi ed elaborazioni dati											■
Stesura report ricerca											■
Chiusura progetto											■

BIBLIOGRAFIA

1. Conti F, Sili A, Vellone E, Alvaro R. Le motivazioni al posizionamento di un accesso vascolare centrale ad inserzione periferica: l'esperienza di un PICC Team. Scenario 2013; 30(2):4-10.
2. Gorski LA. The 2016 Infusion Therapy Standards of Practice. Home Healthc Now. 2017;35(1):10-8.
3. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Clin Infect Dis. 2011;52(9):e162-93.
4. Raynak A, Paquet F, Marchionni C, Lok V, Gauthier M, Frati F. Nurses' knowledge on routine care and maintenance of adult vascular access devices: A scoping review. J Clin Nurs. 2020;29(21-22):3905-21.
5. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Labeau S, Blot S, Pelusi G, et al. Nurses' knowledge of evidence-based guidelines on the prevention of peripheral venous catheter-related infections: a multicentre survey. J Clin Nurs. 2014;23(17-18):2578-88.
6. Esposito MR, Guillari A, Angelillo IF. Knowledge, attitudes, and practice on the prevention of central line-associated bloodstream infections among nurses in oncological care: A cross-sectional study in an area of southern Italy. PLoS One. 2017;12(6):e0180473.
7. Madeo M, Cislaghi A, Bottelli M. Indagine conoscitiva sulla gestione degli accessi venosi centrali basata sulle linee guida 2011 del Center for Disease Control in terapia intensiva pediatrica. Scenario. 2018;29(4), 15-19.
8. Finotto S, Caroli R, Cabrini M, Iosi S, Mecugni D. Accertamento e scelta dei dispositivi ad accesso venoso. Prof Inf. 2013;66(3). Recuperato da https://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/38.

9. Simonetti V, Comparcini D, Miniscalco D, Tirabassi R, Di Giovanni P, Cicolini G. Assessing nursing students' knowledge of evidence-based guidelines on the management of peripheral venous catheters: A multicentre cross-sectional study. Nurse Educ Today. 2019;73:77-82.
10. European Statistical System handbook for quality and metadata reports (Eurostat).Recuperato da https://ec.europa.eu/eurostat/web/european-statistical-system[Accesso effettuato il 20 Febbraio 2021].
11. IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
12. Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2011). Mplus User's Guide. Sixth Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
13. Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 174 del 29 luglio 2003 - Supplemento Ordinario n. 123. Recuperato da https://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/Testi/03196dl.htm. [Accesso effettuato il 20 Febbraio 2021].
14. Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonche' alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). (18G00129) (GU Serie Generale n.205 del 04-09-2018). Recuperato da https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/09/04/18G00129/sg. [Accesso effettuato il 20 Febbraio 2021].
15. International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. Recuperato da http://www.icmje.org/recommendations/. [Accesso effettuato il 20 Febbraio 2021].

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

CONTRIBUTO DEL CAREGIVER "CAREGIVER CONTRIBUTION"

COORDINATORE PROGETTO
B. Albanesi

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.13

TITOLO PROGETTO

Il contributo del Caregiver familiare al self-care della persona affetta da BPCO: uno studio descrittivo qualitativo

Family caregiver's contribution to the self-care of the person with COPD: a qualitative descriptive study

ABSTRACT

Background
I pazienti con BPCO quotidianamente gestiscono la loro malattia attraverso comportamenti di self-care. Con l'invecchiamento e la progressione della malattia, i pazienti devono fare affidamento sul contributo di caregiver informali, solitamente membri della famiglia, per la gestione della malattia. I contributi abituali dei caregiver al self-care dei pazienti con BPCO non sono stati ancora completamente indagati.

Obiettivo
Lo studio vuole esplorare il contributo del caregiver familiare al self-care del paziente con BPCO.

Metodi
Lo studio sarà di tipo qualitativo descrittivo. Verranno reclutati caregiver familiari di persone con BPCO presso gli ambulatori di Pneumologia di strutture sanitarie a livello nazionale. Il campione sarà costituito dai 20 ai 30 caregiver o comunque tanti quanti saranno necessari per raggiungere la saturazione dei dati. Saranno condotte interviste semi-strutturate individuali, faccia a faccia quando possibile oppure online attraverso piattaforma zoom, teams or skype, previo appuntamento, richiedendo il consenso informato scritto o registrato nel caso di interviste a distanza. I dati saranno analizzati attraverso l'analisi del contenuto induttiva con il supporto del software ATLAS.TI ver. 9.

Risultati attesi
Dal presente studio ci si aspetta di ampliare le conoscenze sui comportamenti che costituiscono il contributo del caregiver familiare al self-care del paziente con BPCO. Questo potrà permettere ai professionisti sanitari di strutturare interventi educativi o attivare sistemi di supporto per gestire, in sicurezza, la diade paziente-caregiver a domicilio.

ABSTRACT

Background
Patients with COPD manage their disease on a daily basis through self-care behaviors. As the patients' age increase and the disease progresses, patients must rely on the contribution of informal caregivers, usually family members, to manage the disease. The usual contributions of caregivers to the self-care of COPD patients have not yet been fully investigated.

Aim
Explore the contribution of the family caregivers to the self-care of the COPD patients.

Methods
The study design will be qualitative descriptive. Family caregivers of people with COPD will be recruited from pneumology clinics of health facilities nationwide. The sample will consist of 20 to 30 caregivers or in any case as many as will be necessary to reach data saturation. Semi-structured individual interviews

will be conducted, face to face when possible or online through the zoom, teams or skype platforms, by appointment, requesting written or recorded informed consent in the case of remote interviews. The data will be analyzed through inductive content analysis with the support of the software ATLAS.TI ver. 9.

Expected outcomes

The present study is expected to broaden the knowledge on the behaviors that make up the caregiver's contribution to self-care of COPD patients. This will allow health professionals to structure educational interventions or activate support systems to safely manage the patient-caregiver dyad at home.

BACKGROUND

La BPCO è una malattia cronico-degenerativa caratterizzata da una limitazione irreversibile al flusso aereo. La morbilità della BPCO aumenta con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne e nei paesi in cui è maggiore l'inquinamento ambientale. Essa rappresenta la terza causa di morte a livello mondiale (1). La BPCO è responsabile di una parte significativa delle visite mediche, degli accessi al pronto soccorso e dei ricoveri ospedalieri (1). Il decorso della malattia è caratterizzato da episodi di riacutizzazione, caratterizzati da dispnea, febbre, aumento della tosse e del catarro, che portano ad un progressivo peggioramento del quadro clinico, con necessità di assistenza crescente e frequente intervento medico (2). Man mano che la malattia progredisce la persona malata per continuare a gestire la malattia a casa ha bisogno del supporto di un'altra persona, solitamente un familiare, chiamato in letteratura caregiver familiare o informale (3). Il contributo di un caregiver familiare alla cura del paziente diventa fondamentale soprattutto quando sono presenti comorbidità e il paziente è anziano. Il contributo del caregiver alla cura di un paziente affetto da malattia cronica è definito come "l'erogazione di tempo, impegno e supporto per conto di un'altra persona che ha bisogno di eseguire attività di self-care a seguito di una malattia cronica" (4).
La letteratura si è interessata prevalentemente del self-care del paziente con BPCO (5) e in particolare su quali sono i comportamenti di *self-maintenance, self-monitoring e self-management* più appropriati per il paziente (6). Che cosa i familiari effettivamente fanno ogni giorno per supportare e aiutare il paziente nella gestione della malattia del paziente non è stato ancora indagato. La letteratura sul caregiving dei pazienti con BPCO ha indagato prevalentemente, con metodologie quantitative e qualitative, il carico assistenziale e l'impatto sulla salute I caregiver riportano effetti negativi del caregiving sulla loro salute fisica e psicologica, sul rapporto con i pazienti e sugli aspetti sociali, finanziari e occupazionali della loro vita (7, 8). I caregiver si sentono sotto pressione per i molteplici ruoli (ad es. infermiere, medico, psicologo) che devono assumere per prendersi cura dei pazienti (8). Questi nuovi ruoli richiedono continui adattamenti personali e assunzioni di responsabilità nella cura dei pazienti man mano che la malattia progredisce (7). In diversi studi è stato dimostrato che il supporto fornito dai caregiver migliora l'aderenza alla terapia dei pazienti e l'interruzione dell'abitudine al fumo (9), aumenta la partecipazione ai programmi di riabilitazione polmonare (10) e riduce il ricorso ai servizi di emergenza (11). Ad oggi non sono stati condotti a livello internazionale studi che hanno indagato come il familiare contribuisce al self-care del paziente con BPCO tenendo in considerazione la sua personale esperienza.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

Lo studio vuole esplorare il contributo del caregiver familiare al self-care del paziente con BPCO.

OBIETTIVI SPECIFICI

In particolare, lo studio vuole descrivere:

- quali sono i comportamenti di self-care che i caregiver familiari mettono in atto giornalmente per assistere il familiare malato;
- quali sono i comportamenti messi in atto dal caregiver familiare per far fronte alle riacutizzazioni della BPCO quando si presentano.

INDICATORI

- Effettuazione di un numero appropriato di interviste che permettano di ricavare le esperienze vissute dai caregiver familiari nelle varie fasi della malattia;
- Report delle descrizioni dei comportamenti dei familiari.

METODOLOGIA

DISEGNO STUDIO

Lo studio sarà di tipo qualitativo descrittivo (12). La ricerca qualitativa è appropriata quando si vogliono indagare fenomeni dal punto di vista delle persone che vivono quel fenomeno permettendo di non avere

idea precostituite sul fenomeno e ricavare la varietà dei comportamenti esperiti dai caregiver.

CAMPIONE

Verrà reclutato un campione propositivo di caregiver familiari di persone con BPCO presso gli ambulatori di Pneumologia di strutture sanitarie a livello nazionale. Saranno inclusi caregiver familiari o informali di persone a cui è stata diagnosticata la BPCO almeno 3 mesi prima della raccolta dei dati (secondo i criteri diagnostici delle linee guida GOLD) (1), hanno almeno 18 anni e sono in grado di esprimere la propria disponibilità a partecipare allo studio, e sono la persona principale che si occupa del paziente. Saranno esclusi i caregiver che si prendono cura di pazienti con BPCO GOLD 1 o presentano deterioramento cognitivo. Verranno reclutati dai 20 ai 30 caregiver o comunque tanti quanti saranno necessari per raggiungere la saturazione dei dati che si raggiunge quando nuove interviste non apportano nuove informazioni; tale saturazione verrà valutata attraverso la costruzione di una tabella di saturazione in cui verranno inseriti i codici ricavati dalla codifica delle interviste per singolo partecipante per ogni partecipante.

RACCOLTA DATI

Il contributo del caregiver verrà indagato attraverso interviste semi-strutturate individuali. Tali interviste saranno condotte faccia a faccia quando possibile, oppure online attraverso piattaforma zoom, teams or skype, previo appuntamento, richiedendo il consenso informato scritto o registrato nel caso di interviste a distanza, come previsto da linea guida AIFA 12 marzo e 17 aprile 2020 (pag. 11). Le interviste verranno condotte in assenza del familiare affetto da BPCO per consentire al caregiver di esprimersi senza condizionamenti sulle proprie esperienze. Le domande guida verranno testate prima di essere somministrate al campione. Un guida all'intervista verrà stilata e seguita durante l'intervista. Un questionario appositamente predisposto verrà usato per raccogliere i dati sociodemografici del familiare, clinici del paziente e i dati sul caregiving. Verrà inoltre somministrato uno strumento per misurare il contributo del caregiver al self-care del paziente (CC-SCOPDI) e che è in via di validazione, per valutare il livello di contributo al self-care fornito.

ANALISI DEI DATI

Le interviste verranno registrate e poi trascritte fedelmente. Attraverso l'utilizzo dell'analisi di contenuto induttiva ed avvalendosi di un software di gestione del testo (Atlas.ti Versione 9) le interviste trascritte verranno analizzate procedendo alla codifica riga per riga, successivamente i codici verranno raggruppati in temi descrittivi che successivamente verranno classificati in temi analitici. I risultati verranno poi sintetizzati in tabelle e grafici esplicativi.

INDICAZIONI ETICHE

Verrà richiesta l'approvazione di un comitato etico indipendente. L'intervista sarò svolta dopo aver ricevuto il consenso del familiare e dopo averlo adeguatamente informato sugli obiettivi e metodi dello studio. Sarà garantito l'anonimato sostituendo il nome del partecipante con una sigla e ogni informazione che potrebbe portare al suo riconoscimento verrà rimossa dall'intervista.

RISULTATI ATTESI

Il presente studio permetterà di ampliare le conoscenze sui comportamenti che costituiscono il contributo del caregiver familiare al self-care del paziente con BPCO. Questo potrà permettere ai professionisti sanitari di strutturare interventi educativi o attivare sistemi di supporto per gestire, in sicurezza, il paziente a domicilio.

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

Prendersi cura di un familiare con BPCO è un'esperienza complessa e gli operatori sanitari, in particolare gli infermieri, dovrebbero riconoscere l'importanza del contributo del caregiver per la gestione della malattia del paziente e considerare la diade paziente-caregiver familiare come una singola unità di cura. Gli infermieri devono valutare non solo le pratiche di self-care dei pazienti con BPCO ma anche il contribuito del caregiver al self-care in tutte le strutture sanitarie dove possono incontrare i caregiver - ospedali, cliniche, centri di riabilitazione o domiclio -, specialmente nelle fasi avanzate della malattia, poiché questi contributi sono indispensabili per la gestione della malattia. Pertanto, gli infermieri devono considerare i caregiver come partner essenziali nel processo di cura del paziente e dovrebbero essere pianificati interventi educativi efficaci per aumentare la capacità dei caregiver di supportare la cura dei pazienti con BPCO.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Revisione della letteratura	Team progetto	Aprile 2021
Approvazione comitato etico	Coordinatore progetto	Maggio-giugno 2021
Reclutamento partecipanti e interviste	Team progetto	Luglio 2021-gennaio 2022
Trascrizione interviste	Team progetto	Luglio 2021-gennaio 2022
Analisi dei dati	Team progetto	Luglio 2021-gennaio 2022
Stesura report di ricerca	Team progetto	Febbraio-marzo 2022

DIAGRAMMA DI GANTT

MESE	APR 21	MAG 21	GIU 21	LUG 21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DIC 21	GEN 22	FEB 22	MAR 22
Revisione letteratura	■										
Approvazione comitato etico		■	■								
Reclutamento partecipanti e interviste				■	■	■	■	■	■		
Trascrizione interviste				■	■	■	■	■	■		
Analisi dati				■	■	■	■	■	■		
Stesura report di ricerca										■	■

BIBLIOGRAFIA

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive. Global Obstructive Lung Disease. 2020. Retrieved from http://www.goldcopd.org.
2. Lenferink A, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Frith PA, Zwerink M, Monninkhof EM, van der Palen J, Effing TW. Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 4;8(8):CD011682.
3. Vellone E, Riegel B, Alvaro R. A situation-specific theory of caregiver contributions to heart failure self-care. J Cardiov Nurs. 2019; 34(2): 166-173. doi:10.1097/JCN.0000000000000549.
4. Buck HG, Harkness K, Wion R, Carroll SL, Cosman T, Kaasalainen S, Kryworuchko J, McGillion M, O'Keefe-McCarthy S, Sherifali D, Strachan PH, Arthur HM. Caregivers' contributions to heart failure self-care: a systematic review. Eur J Cardiovasc Nurs. 2015 Feb;14(1):79-89. doi: 10.1177/1474515113518434.
5. Clari M, Matarese M, Ivziku D, De Marinis MG. Self-Care of People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Meta-Synthesis. Patient. 2017 Aug; 10(4):407-427.
6. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sci. 2012 Jul-Sep;35(3):194-204. doi: 10.1097/ANS.0b013e318261b1ba.
7. Cruz J, Marques A, Figueiredo D. Impacts of COPD on family carers and supportive interventions: a narrative review. Health Soc Care Community. 2017 Jan;25(1):11-25.
8. Giacomini M, DeJean D, Simeonov D, Smith A. Experiences of living and dying with COPD: a systematic review and synthesis of the qualitative empirical literature. Ont Health Technol Assess Ser. 2012;12(13):1-47.
9. Trivedi RB, Bryson CL, Udris E, Au DH. The influence of informal caregivers on adherence in COPD patients. Ann Behav Med. 2012 Aug;44(1):66-72. doi: 10.1007/s12160-012-9355-8.

10. Chen Z, Fan VS, Belza B, Pike K, Nguyen HQ. Association between Social Support and Self-Care Behaviors in Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Ann Am Thorac Soc. 2017 Sep;14(9):1419-1427. doi: 10.1513/AnnalsATS.201701-026OC.
11. Wakabayashi R, Motegi T, Yamada K, Ishii T, Gemma A, Kida K. Presence of in-home caregiver and health outcomes of older adults with chronic obstructive pulmonary disease. J Am Geriatr Soc. 2011 Jan;59(1):44-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03222.x.
12. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? Resear Nurs Health. 2000; 23(4), 334-340.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

MOTIVARE LE DIADI "MOTIVATING DYADS"

COORDINATORE PROGETTO
B. Albanesi

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.14

TITOLO PROGETTO

Efficacia del colloquio motivazionale nel migliorare il self-care del paziente e il contributo del familiare al self-care nelle malattie croniche multiple

Effectiveness of the motivational interview in improving the patient's self-care and the caregiver's contribution to self-care in multiple chronic diseases

ABSTRACT

Background
La popolazione over 65 ha maggiori probabilità di soffrire di multicronicità. Molti studi dimostrano che il self-care migliora gli outcome di salute dei pazienti affetti da malattie croniche. Il self-care è considerato un processo diadico condiviso tra paziente e caregiver informale (di solito un familiare). La letteratura individua 4 tipologie diadiche di self-care: *patient-oriented* (il paziente guida il processo di self-care), *caregiver-oriented* (il caregiver guida il self-care del paziente), collaborativo (entrambi collaborano al self-care) e incongruenti (non è chiaro chi guida il self-care). Un intervento educativo basato sul colloquio motivazionale (CM), mirato alle diverse tipologie diadiche, potrebbe avere un impatto positivo sui livelli di self-care e sul contributo del caregiver al self-care del paziente.

Obiettivi
Valutare l'efficacia del CM nel migliorare il self-care del paziente con multicronicità e il contributo del caregiver al self-care nelle quattro tipologie diadiche.

Metodi e Strumenti
Verrà effettuato uno studio clinico randomizzato controllato. L'intervento sarà rappresentato dal CM. Strumenti di misura dei comportamenti di self-care e self-efficacy saranno somministrati prima e dopo l'intervento a pazienti e caregiver. I dati raccolti saranno analizzati mediante la statistica inferenziale.

Risultati Attesi
Lo studio si propone di migliorare i livelli di self-care in pazienti e caregiver, definire interventi educativi che considerino l'influenza reciproca tra i due membri della diade e personalizzare l'intervento a seconda della tipologia diadica.

Keywords: paziente, caregiver, diade, colloquio motivazionale, self-care

ABSTRACT

Background
The population over 65 is more likely to suffer from multiple chronic conditions. Many studies show that self-care improves the health outcomes of patients with chronic diseases. Self-care is considered a shared dyadic process between patient and informal caregiver (usually a family member). The literature identifies four dyadic care types: patient-oriented (the patient leads the self-care process), caregiver-oriented (the caregiver guides self-care), collaborative (they collaborate in self-care) and incongruent (it is not clear who is leading self-care). An educational intervention based on the motivational interview (MI), aimed at

the different dyadic care types, could have a positive impact on the levels of patients' self-care and of the caregiver's contribution to self-care.

Aim
Evaluate the effectiveness of the MI in improving chronically ill patients' self-care and caregivers' contribution to self-care in the four care dyadic types.

Methods
A randomized control trial will be carried out. The intervention will be represented by the MI. Self-care and self-efficacy measurement tools will be administered before and after the intervention to patients and caregivers. The collected data will be analyzed by inferential statistics.

Expected Results
The study wants to improve the levels of self-care in patients and caregivers, provides educational interventions that consider the reciprocal influence of the two members of the dyad and customizes the intervention according to the dyad care type.

Keywords: patient, caregiver, dyad, motivational interview, self-care.

BACKGROUND

La popolazione over 65 è in aumento. Attualmente, il 20% della popolazione europea ha più di 65 anni e questa percentuale aumenterà al 25% entro il 2030 [1]. La popolazione over 65 ha maggiori probabilità di soffrire di due o più malattie croniche, indicate come multimorbidità o malattie croniche multiple (MCM) [2]. In Europa, il 76% della popolazione di età compresa tra 65 e 74 anni ha almeno una malattia cronica e il 48% ha almeno due malattie croniche [3]. La multimorbidità ha un impatto negativo sulla qualità della vita (QOL) di pazienti e dei loro familiari [4] e sui costi sanitari [5].
Il self-care è stato definito come il processo di mantenimento della salute attraverso pratiche di promozione della salute e gestione della malattia [6]. Molti studi considerano il self-care in condizioni croniche singole come il diabete mellito (DM), la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e lo scompenso cardiaco (SC) e hanno dimostrato che questo migliora gli outcome di salute dei pazienti [7,8]. Si è riscontrato che più malattie colpiscono una persona anziana minori sono i suoi comportamenti di self-care [9]. Quando sono presenti più malattie croniche, la gestione diventa particolarmente difficile, perché i segni/sintomi possono sovrapporsi e può essere difficile distinguerli tra loro [6]. I familiari, detti caregiver familiari o informali, si occupano della maggior parte dell'assistenza della persona anziana malata, e lo aiutano nel processo di self-care [10]. Solo pochi studi hanno considerato il contributo del caregiver al self-care nelle MCM [11]. Il self-care dei pazienti e il contributo dei caregiver al self-care sono correlati in quanto il self-care eseguito dall'anziano malato influenza il contributo del caregiver al self-care e viceversa [8,12,13]. Sono state identificate in letteratura 4 tipologie diadiche di self-care sulla base della distribuzione di responsabilità del processo di self-care tra pazienti e caregiver: diade orientata al paziente (in cui il paziente è il principale attore nel processo di self-care), diade orientata al caregiver in cui (in cui il caregiver è il principale attore nel processo di self-care), diade collaborativa (in cui sia il paziente che il caregiver sono ugualmente coinvolti nel processo di self-care) e diade incongruente (in cui non è chiaro chi tra il paziente o il caregiver conduce il processo di self-care) [14].
L'esistenza di diverse tipologie di diadi nella conduzione del processo di self-care può avere importanti implicazioni per i professionisti sanitari quando vogliono migliorare il self-care nelle malattie croniche. Primo, è importante considerare sempre i familiari dei pazienti anziani, poiché influenzano il self-care degli stessi; secondo, comprendere le caratteristiche e i predittori delle diverse tipologie di diade può aiutare i clinici a personalizzare al meglio gli interventi volti al miglioramento del self-care.
Lo studio SODALITY [15], finanziato dal CECRI, ha dimostrato che circa l'80% delle diadi pazienti-caregiver non esegue un adeguato self-care perché nella maggior parte dei casi: 1) non hanno conoscenze su come mantenere la stabilità delle proprie malattie; 2) non sanno come monitorare segni e sintomi delle malattie; 3) non sanno come gestire segni e sintomi quando le malattie peggiorano; 4) non sono in grado di distinguere segni e sintomi delle differenti malattie; 5) non sono motivati a cambiare il loro comportamento; 6) sono frequentemente ricoverati in ospedale e spesso ricorrono ai servizi di emergenza per problemi che possono essere prevenuti con un adeguato self-care (es. migliorando l'aderenza al piano di cura, monitorando frequentemente i segni e sintomi delle malattie, riconoscendo prontamente segni e sintomi di esacerbazione delle stesse).
La letteratura è ricca di studi che sottolineano come gli approcci educativi personalizzati per migliorare il self-care siano più efficaci degli approcci standardizzati [16]. In tal senso il *Colloquio Motivazionale* (CM) è un "metodo di guida centrato sulla persona che suscita e rafforza la motivazione personale al cambiamento"

[17, p. 25]. Il CM fa affidamento sulla motivazione intrinseca al cambiamento, che può essere attivata utilizzando l'ascolto riflessivo, l'empatia, lo sforzo per superare barriere, la facilitazione di un piano d'azione e la costruzione di competenze [18, 19]. Diversi RCT hanno dimostrato che il CM migliora diversi outcome clinici nelle condizioni di cronicità, tra cui l'aderenza ai farmaci [20], l'aderenza alla dieta e alla perdita di peso [21], l'abitudine al fumo, la depressione e la qualità della vita [22] e il self-care [23]. Un recente RCT condotto nella popolazione con SC ha dimostrato l'efficacia del CM nel migliorare il self care nei pazienti e il contributo del caregiver al self care [23,24].
Sulla base della letteratura, la nostra ipotesi è che un intervento educativo personalizzato volto a pazienti affetti da MCM e ai loro caregiver possa migliorare: [i] il self-care del paziente e il contributo al self-care del relativo caregiver; e [ii] gli outcome di salute del paziente [es. la mortalità, la qualità della vita, il numero di ricoveri ospedalieri, di accessi non programmati ai servizi sanitari, etc.]. Ad oggi, gli interventi per migliorare il self-care sono stati rivolti principalmente a pazienti affetti da singole malattie croniche, senza considerare che la maggior parte dei pazienti anziani soffre di più malattie croniche, e che i caregiver hanno un ruolo fondamentale nel self-care dei pazienti. Considerando l'interdipendenza tra i pazienti affetti da MCM e i loro caregiver, gli interventi per migliorare il self-care dovrebbero coinvolgere la diade pazienti-caregiver familiari e non solo il paziente. Infine, ad oggi, gli interventi utilizzati per migliorare il self-care nella singola condizione cronica non hanno considerato l'esistenza di diverse tipologie di diade paziente-caregiver che permetterebbe di personalizzare gli interventi educativi.

OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo dello studio è quello di valutare l'efficacia del CM nel migliorare il self-care del paziente con multicronicità e il contributo del caregiver al self-care del paziente nelle quattro tipologie di diadl paziente-caregiver (*patient-oriented, caregiver oriented*, collaborative and incongruenti).

METODOLOGIA

DISEGNO

Lo studio sara sperimentale randomizzato e controllato [RCT].

POPOLAZIONE E CAMPIONE

Pazienti con multimorbidità e il relativo caregiver familiare saranno arruolati presso ambulatori, domicilio e reparti ospedalieri. I pazienti per essere arruolati dovranno possedere i seguenti criteri di inclusione: [a] over 65enni; [b] affetti da almeno due malattie croniche di cui una rappresentata da DM, BPCO o SC. Saranno esclusi pazienti con diagnosi di cancro o demenza. I caregiver inclusi saranno [a] di età pari o superiore a 18 anni; [b] identificati dal paziente come principale caregiver familiare. Se un membro della diade non potrà essere incluso nello studio entrambi, il paziente e il caregiver, saranno esclusi. Saranno assegnati al gruppo sperimentale e al gruppo di controllo in maniera casuale attraverso randomizzazione.

INTERVENTO EDUCATIVO

L'intervento educativo consisterà in un colloquio motivazionale con paziente e caregiver effettuato in presenza o a distanza [via telefonica o sistemi di videoconferenza] da personale appositamente formato. Il gruppo di controllo seguirà le cure standard come proposte dal personale sanitario, medico curante o specialista.

Outcome primario: miglioramento del self-care del paziente e del contributo del familiare al self-care del paziente.

Outcome secondari: aumento della self-efficacy in paziente e familiare; riduzione del ricorso a visite ambulatoriali e accessi pronto soccorso.

STRUMENTI

Per la misurazione degli outcome saranno utilizzati i seguenti strumenti.

Self-Care of Chronic Illness Index (SCCII) [25]: é uno strumento composto da 20 item, suddivisi in tre scale che misurano le tre dimensioni del self-care [*self care maintenance, self-care monitoring e self-care management]*. Ogni scala ha un punteggio standardizzato di 0-100, con un punteggio più alto che indica migliori comportamenti di self-care. Lo strumento è validato nella popolazione italiana di anziani con MCM mostrandosi valido ed affidabile nella misura degli specifici costrutti di self-care.

Caregiver Contribution to Self-Care of Chronic Illness Index (CC-SCCII) [26]: è la versione caregiver della SCCII che si compone dello stesso numero di item e delle stesse scale per valutare la misura in cui un caregiver raccomanda comportamenti di self-care al suo assistito o si sostituisce per attuarli. Come per la SC-CII, ogni scala ha un punteggio standardizzato di 0-100, con un punteggio più alto che indica un maggior contributo del caregiver al self-care del suo assistito.

Self-care self-efficacy scale (SC-SES) [27]: questa scala misura quanto il paziente è autoefficace nel mettere in atto il processo di self-care. La scala ha un punteggio standardizzato di 0-100, con un punteggio più alto che indica una maggiore autoefficacia nel processo di self-care.
Caregiver contribution to self-care self-efficacy (CC-SC-SES) [28]: questa scala è la versione caregiver di SC-SES e misura quanto il caregiver è autoefficace nel contribuire nel processo di self-care del paziente. La scala ha un punteggio standardizzato di 0-100, con un punteggio più alto che indica una maggiore autoefficacia del caregiver.
Un questionario costruito ad hoc verrà anche utilizzato per raccogliere i dati sociodemografici, clinici e di utilizzo dei servizi sanitari.

ANALISI DEI DATI
I risultati verranno analizzati mediante tecniche di statistica descrittiva [frequenze, percentuali, medie, deviazioni standard] e inferenziale: nello specifico, verranno raccolti i dati relativi ai comportamenti di self-care attuati dai partecipanti allo studio prima e dopo l'intervento educativo, nei due bracci sperimentale e di controllo, per valutarne l'efficacia. Saranno quindi utilizzate tecniche specifiche di analisi condotte mediante software statistici come SPSS.

CONSIDERAZIONI ETICHE
Verrà richiesta l'approvazione ad un comitato etico indipendente prima dell'avvio dello studio.

RISULTATI ATTESI

Lo studio vuole conseguire i seguenti risultati:

1. migliorare il self-care in pazienti e familiari considerando la multimorbidità del paziente;
2. fornire interventi educativi tesi a migliorare il self-care del paziente e il contributo al self care del caregiver, considerando la reciproca influenza tra i due membri della diade;
3. fornire un intervento personalizzato per le quattro tipologie diadiche di self-care, considerando i risultati dello studio SODALITY.

Poiché il CM richiede delle competenze che possono essere facilmente apprese, esso potrebbe essere utilizzato nella normale pratica clinica per migliorare il self-care nelle MCM. Ciò potrebbe avere importanti ricadute anche su esiti come la mortalità, la qualità della vita, il numero di ricoveri ospedalieri, nonché sui costi sanitari.

PIANIFICAZIONE

Il progetto avrà una durata triennale: dal 2021 al 2023.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Stesura del protocollo di ricerca	Team del progetto	Aprile-maggio 2021
Approvazione protocollo Comitato Etico	Coordinatore del progetto	Giugno-luglio 2021
Preparazione progetto educativo	Team del progetto	Agosto-dicembre 2021
Formazione degli educatori	Team del progetto	Gennaio-maggio 2022
Intervento formativo	Assistenti di ricerca	Marzo 2022-maggio 2023
Analisi dati	Team del progetto	Giugno-settembre 2023
Stesura relazione finale e pubblicazioni	Team del progetto	Ottobre-dicembre 2023

DIAGRAMMA DI GANTT

GANTT ANNO 2021	04	05	06	07	08	09	10/	11	12
Stesura del protocollo di ricerca									
Approvazione protocollo CE									
Preparazione progetto educativo									

GANTT ANNO 2022	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Formazione degli educatori												
Intervento educativo												
Analisi dei dati												

GANTT ANNO 2023	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Intervento educativo												
Analisi dei dati												
Stesura relazione finale												

BIBLIOGRAFIA

1. Lunenfeld B et al. The clinical consequences of an ageing world and preventive strategies. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013;27[5]:643-659.
2. Dattalo M et al. Apples and Oranges: Four Definitions of Multiple Chronic Conditions and their Relationship to 30-Day Hospital Readmission. J Am Geriatr Soc. 2017;65[4]:712-720.
3. Leadley RM et al. Chronic diseases in the European Union: the prevalence and health cost implications of chronic pain. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2012;26[4]:310-325.
4. Sun W et al. Quality of life of the community-dwelling elderly and associated factors: a population-based study in urban areas of China. Arch Gerontol Geriatr. 2015;60[2]:311-316.
5. Prince MJ et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. Lancet [London, England]. 2015;385[9967]:549-562.
6. Riegel B et al. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sci. 2012;35[3]:194-204.
7. Ausili D et al. Self-care, quality of life and clinical outcomes of type 2 diabetes patients: an observational cross-sectional study. Acta Diabetol. 2017;54[11]:1001-1008.
8. Lee CS et al. Patterns of self-care and clinical events in a cohort of adults with heart failure: 1 year follow-up. Heart Lung. 2018;47[1]:40-46.
9. Cocchieri A et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. Eur J Cardiovasc Nurs. 2015;14[2]:126-136.
10. Vellone E et al. The key role of caregiver confidence in the caregivers contribution to self-care in adults with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2015;14[5]:372-381.
11. Ho SC et al. Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2009;64[8]:873-879.
12. Lyons KS et al. A Dyadic Approach to Managing Heart Failure With Confidence. J Cardiovasc Nurs. 2015 Jul-Aug;30(4 Suppl 1):S64-71. doi: 10.1097/JCN.0000000000000234.

13. Vellone E et al. Effects of self-care on quality of life in adults with heart failure and their spousal caregivers: testing dyadic dynamics using the actor-partner interdependence model. J Fam Nurs. 2014;20[1]:120-141.
14. Buck HG, Hupcey J, Juárez-Vela R, Vellone E, Riegel B. Heart Failure Care Dyadic Typology: Initial Conceptualization, Advances in Thinking, and Future Directions of a Clinically Relevant Classification System. J Cardiovasc Nurs. 2019 Mar/Apr;34(2):159-165. doi: 10.1097/JCN.0000000000000548.
15. De Maria M et al. Self-care of patient and caregiver DyAds in multiple chronic conditions: A LongITudinal studY (SODALITY) protocol. J Adv Nurs. 2019 Feb;75(2):461-471. doi: 10.1111/jan.13834.
16. Barnason S et al. Evidence for Therapeutic Patient Education Interventions to Promote Cardiovascular Patient Self-Management: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2017;10[6], e000025.
17. Glanz et al. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 3rd ed. San Francisco, CA: Wiley & Sons; 2002.
18. Miller WR et al. Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. Behav Cogn Psychother. 2009;37[2]:129.
19. Riegel B et al. Mechanisms of change in self-care in adults with heart failure receiving a tailored, motivational interviewing intervention. Patient Educ Couns. 2016:6-11.
20. Palacio A et al. Motivational Interviewing Improves Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis. J Gen Intern Med. 2016;31[8]:929-940.
21. Ekong G et al. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. Patient Educ Couns. 2016;99[6]:944-952.
22. Lee WWM et al. Effectiveness of motivational interviewing on lifestyle modification and health outcomes of clients at risk or diagnosed with cardiovascular diseases: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2016;53:331-341.
23. Masterson Creber R et al. Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2016;99[2]:256-264.
24. Vellone E et al. MOTIVATional intErviewing to improve self-care in Heart Failure patients [MOTIVATE-HF]: Study protocol of a three-arm multicenter randomized controlled trial. Contemp Clin Trials. 2017;55:34-38.
25. Riegel B et al. Development and initial testing of the self-care of chronic illness inventory. J Adv Nurs. 2018 Oct;74(10):2465-2476. doi: 10.1111/jan.13775.
26. Vellone E et al. Psychometric characteristics of the caregiver contribution to self-care of chronic illness inventory. J Adv Nurs. 2020 Sep;76(9):2434-2445. doi: 10.1111/jan.14448.
27. Yu DS et al. Cross-cultural applicability of the Self-Care Self-Efficacy Scale in a multi-national study. J Adv Nurs. 2021 Feb;77(2):681-692. doi: 10.1111/jan.14617.
28. De Maria M, Iovino P, Lorini S, Ausili D, Matarese M, Vellone E. La self-efficacy e il contributo del caregiver familiare ai comportamenti di self-care dei pazienti con malattie croniche multiple. 2020. 65 Congresso Nazionale SIGG (Società Italiana di Geriatria e Gerontologia). Roma, p. 229.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

COMPETENZE DELL'INFERMIERE IN AMBULANZA
COMPETENCIES OF THE NURSE IN THE AMBULANCE

COORDINATORE PROGETTO
I. Notarnicola

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.15

TITOLO PROGETTO

Le competenze richieste agli infermieri dell'ambulanza in Italia: uno studio Delphi

The Competencies required of ambulance nurses in Italy: a Delphi study

ABSTRACT

Background: L'assistenza infermieristica in ambulanza si sta sviluppando più di recente come ambito specialistico. In Italia ancora non esiste un punto di vista sulla competenza richiesta per l'infermiere dell'ambulanza. Mancano delle linee guida valide ed efficaci, per elaborarle è importante acquisire il contributo di esperti del settore dell'emergenza extraterritoriale circa le competenze che dovrebbe possedere un infermiere di ambulanza.
Obiettivi: L'obiettivo di questo studio è definire le competenze che dovrebbe possedere un infermiere di ambulanza in Italia, sulla base del contributo di alcuni esperti.
Metodi e strumenti per effettuare il progetto formativo: Attraverso uno studio e-Delphi si intende identificare le competenze fondamentali dell'infermiere dell'ambulanza.
Risultati attesi: Delineare le competenze dell'infermiere dell'ambulanza, per definirne le responsabilità nelle cure preospedaliere e quindi migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica erogata. In più lo studio può contribuire a delineare i contenuti dei programmi formativi all'interno di un percorso universitario dell'infermiere specializzato di livello avanzato.
Parole chiave: Infermiere dell'ambulanza, Assistenza infermieristica, Competenza, Assistenza in ambulanza, Tecnica Delphi.

ABSTRACT

Background: Ambulance nursing is a new area of nursing, where it is growing and also defining a new field of specialist nursing. In Italy there is still no point of view on the desired competence for the ambulance nurse. There is a lack of valid and effective guidelines, for all this it is important to hear some experts in the extraterritorial emergency sector, trying to describe what skills an ambulance nurse should possess.
Objectives: the objective of this study will be to define the basic skills of the ambulance nurse in Italy, according to some experts.
Methods and tools for carrying out the training project: Through a e-Delphi study we will identify the basic skills of the ambulance nurse.
Expected results: Outline the skills of the ambulance nurse, to define the responsibilities of the pre-hospital care nurse and thus improve the quality of nursing care provided. In addition, this study can outline what contents the training programs must have within a university course of an advanced level specialized nurse.
Keywords: Ambulance Nurse, Nursing Care, Expertise, Ambulance Assistance, Delphi Technique.

BACKGROUND

Oggi il ruolo dell'infermiere di emergenza sta evolvendo rapidamente, questo è dovuto ai cambiamenti sia sociali che sanitari (1), ma anche al fatto che l'infermieristica sta evolvendo in diversi ambiti della cura della salute, in particolare per quanto riguarda le cure preospedaliere (2-4).
In alcuni paesi europei l'infermiere è considerato come una delle professioni sanitarie più adatte per lavorare in ambulanza nelle cure preospedaliere (5). La competenza infermieristica richiesta per lavorare

in ambulanza è varia anche a livello internazionale, e questo comporta sistemi educativi e formativi con diversi livelli di istruzione (6).
In Italia la professione infermieristica sta emergendo come standard nei servizi di assistenza in ambulanza e nelle cure preospedaliere. Normalmente l'ambulanza infermieristica rappresenta il livello più elevato di competenza nel campo dell'assistenza d'urgenza preospedaliera nei servizi sanitari italiani. Ma l'infermiere deve anche rapportarsi con altre professioni presenti nel campo dell'emergenza preospedaliera, come i medici di emergenza e altri operatori sanitari (tecnici, psicologi, ecc.). In alcune circostanze l'infermiere collabora con i medici, dove la responsabilità e la qualità dell'infermiere fanno la differenza nell'assistenza erogata nelle cure preospedaliere, mentre in altre situazioni l'infermiere si trova a gestire l'emergenza autonomamente (7). Di conseguenza gli infermieri in ambito preospedaliero devono essere in grado di effettuare un'ampia varietà di compiti professionali a tutti i livelli di cura (8).
Quindi descrivere la competenza richiesta in questo campo professionale è nuovo e complesso. Per individuare le diverse competenze o parti di esse, in ogni particolare campo professionale possono essere utilizzate varie tecniche di consenso (9). Tali tecniche includono la tecnica del gruppo nominale, la consensus conference e la tecnica Delphi. La consensus conference e le tecniche di gruppo nominale richiedono entrambe che i partecipanti siano presenti simultaneamente nel processo. La conoscenza dell'identità degli altri partecipanti, in particolare di coloro che hanno un'alta autorità, può influenzare fortemente il risultato. Invece la tecnica Delphi è anonima e non richiede la partecipazione simultanea (10). Questa tecnica è stata sviluppata negli anni '50 per prevedere scenari futuri e si avvale di un panel di esperti che esprimono le proprie opinioni su un'area di interesse. I risultati vengono restituiti al gruppo di esperti, che possono cambiare le proprie opinioni dopo aver visto le opinioni degli altri esperti. Attualmente in Italia esistono opinioni divergenti sulla competenza richiesta all'infermiere di ambulanza, ma manca la ricerca prodotta dal punto di vista dei professionisti interessati. Lo scopo di questo studio è di chiarire la competenza professionale richiesta all'infermiere specialista e con competenze avanzate in ambulanza, secondo il punto di vista degli esperti nel campo infermieristico.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Lo scopo di questo studio è quello di delineare le competenze professionali dell'infermiere specializzato nell'emergenza extraospedaliera, secondo le opinioni di alcuni esperti.

INDICATORI

Il tasso di risposta degli esperti deve essere superiore al 90%.

METODOLOGIA

La tecnica Delphi è largamente utilizzata per ottenere il consenso sulle conoscenze effettive da parte di esperti su argomenti per i quali non c'è mai stata una convergenza di parere (11).
Alcuni autori (12) la descrivono come una metodologia di indagine dinamica per ottenere il consenso più attendibile possibile da parte di un gruppo di esperti attraverso una serie di quesiti con un effetto retroattivo controllato e strutturato in varie fasi.
La metodologia si basa sul presupposto che l'opinione di un gruppo di esperti abbia una validità maggiore rispetto all'opinione di un singolo. In ogni fase, infatti, i risultati dei pareri della fase precedente sono riassunti allo scopo di essere valutati poi dal gruppo di esperti, consentendo così l'emergere sistematico della convergenza dell'opinione. Il numero delle fasi è dettato dalle caratteristiche dell'argomento trattato e dal tempo disponibile, alcuni studi utilizzano da un minimo di due a un massimo di quattro fasi.
Il nostro studio adotta la tecnica dell'e-Delphi, che consente di raccogliere e organizzare più rapidamente le risposte su piattaforma telematica e garantisce un tasso di risposta più alto. Lo studio si svolge in un arco di temporale di 2 o 3 anni.

CAMPIONE

La tecnica Delphi non prevede l'uso di un campione randomizzato, ma un gruppo selezionato di esperti. Non ci sono generalmente linee guida specifiche per la scelta degli esperti nella metodologia Delphi.
Tuttavia, i partecipanti esperti al nostro studio devono rispondere ad alcuni criteri:

1. devono essere in possesso di una laurea in infermieristica e devono avere background ed esperienza nel campo dell'emergenza;
2. devono essere disponibili a contribuire allo studio;
3. devono essere disponibili a rivedere le opinioni iniziali allo scopo di ottenere il consenso dello studio.

I partecipanti esperti coinvolti nello studio sono:

- 10 - 20 esperti accademici nelle università italiane;

- 10 - 20 esperti dell'emergenza ospedaliera e extraospedaliera.

STRUMENTI

In questo studio il gruppo di esperti rappresenta uno degli strumenti di raccolta di informazioni e indagine in profondità, atto a fornire elementi utili per la costruzione di alcuni indicatori che possano definire le competenze dell'infermiere di ambulanza, al tempo stesso si colloca tra le tecniche utilizzate per la valutazione tra pari.

ANALISI DEI DATI

L'analisi delle informazioni raccolte (categorizzazione dei dati testuali di tipo qualitativo, analisi qualitativa sui dati del gruppo di esperti) ci permetteranno di elaborare alcuni indicatori che saranno utili per delineare le competenze dell'infermiere di ambulanza.

INDICAZIONI ETICHE

A tutti i partecipanti viene chiesto di firmare il consenso informato, dopo averlo letto e compreso. Tutti gli aderenti all'indagine sono informati dello scopo dello studio e del loro diritto di ritirarsi in qualsiasi momento.

RISULTATI ATTESI

I risultati attesi del nostro studio dovrebbero indicarci alcune tipologie di intervento continuo, sostenibile e trasferibile, per contribuire alla crescita del profilo professionale degli infermieri di ambulanza.

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

L'identificazione delle core competence dell'infermiere di ambulanza è fondamentale per i futuri programmi universitari, inoltre consente di delineare una figura infermieristica specializzata con competenze avanzate nelle cure preospedaliere, abilitanti nei percorsi specifici di impiego.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Revisione della letteratura sull'infermiere di ambulanza	Coordinatori e project team	1/4/2021 - 30/4/2021
Selezione del Panel di esperti	Project manager, Coordinatori e project team	1/5/2021- 31/5/2021
1° Fase metodo Delphi	Coordinatori e project team	1/6/2021 - 30/6/2021
2° Fase metodo Delphi	Coordinatori e project team	1/7/2021-31/7/2021
3° Fase metodo Delphi	Coordinatori e project team	1/8/2021-31/8/2021
Elaborazione dei dati raccolti	Project manager e coordinatori e project team	1/9/2021 - 31/10/2021
Analisi Qualitativa dei dati	Coordinatori e project team	1/11/2021 - 31/12/2021
Stesura del report finale di ricerca	Coordinatori e project team	1/1/2022 - 28/02/2022

DIAGRAMMA DI GANTT

ATTIVITÀ	APR 21	MAG 21	GIU 21	LUG 21	AGO 21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DIC 21	GEN 22	FEB 22
Revisione della letteratura sull'infermiere di ambulanza	■										
Selezione del Panel di esperti		■									
1° Fase metodo Delphi			■								

ATTIVITÀ	APR 21	MAG 21	GIU 21	LUG 21	AGO 21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DIC 21	GEN 22	FEB 22
2° Fase metodo Delphi				■							
3° Fase metodo Delphi					■						
Elaborazione dei dati raccolti						■	■				
Analisi Qualitativa dei dati								■	■		
Stesura del report finale di ricerca										■	■

BIBLIOGRAFIA

1. Hamilton C, Ronda L, Hwang U, Abraham G, Baumlin K, Morano B, et al. The evolving role of geriatric emergency department social work in the era of health care reform. Social work in health care. 2015;54(9):849-68.
2. Johnson M, O'Hara R, Hirst E, Weyman A, Turner J, Mason S, et al. Multiple triangulation and collaborative research using qualitative methods to explore decision making in pre-hospital emergency care. BMC medical research methodology. 2017;17(1):1-11.
3. Suserud B-O, Haljamae H. Role of nurses in pre-hospital emergency care. Accident and Emergency Nursing. 1997;5(3):145-51.
4. Costa Agra MA, Sousa de Freitas TC, Áfio Caetano J, Silva Alexandre AC, de Moura Sá GG, Galindo Neto NM. Nursing dissertations and theses on the mobile emergency care services: a bibliometric study. Texto & Contexto Enfermagem. 2018;27(1).
5. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants, and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. International journal of nursing studies. 2015;52(2):649-61.
6. Sjölin H, Lindström V, Hult H, Ringsted C, Kurland L. Common core content in education for nurses in ambulance care in Sweden, Finland and Belgium. Nurse education in practice. 2019;38:34-9.
7. Hörberg A, Lindström V, Scheja M, Conte H, Kalén S. Challenging encounters as experienced by registered nurses new to the emergency medical service: explored by using the theory of communities of practice. Advances in Health Sciences Education. 2019;24(2):233-49.
8. Sjölin H, Lindström V, Hult H, Ringsted C, Kurland L. What an ambulance nurse needs to know: a content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care. International emergency nursing. 2015;23(2):127-32.
9. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. BMJ: British Medical Journal. 1995;311(7001):376.
10. Kennedy HP, Cheyney M, Lawlor M, Myers S, Schuiling K, Tanner T. The development of a consensus statement on normal physiologic birth: a modified Delphi study. Journal of midwifery & women's health. 2015;60(2):140-5.
11. Hsu C-C, Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. Practical Assessment, Research, and Evaluation. 2007;12(1):10.
12. Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. Management science. 1963;9(3):458-67.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

VALIDAZIONE LINGUISTICA E CULTURALE ANCS
LINGUISTIC AND CULTURAL VALIDATION OF THE ANCS

COORDINATORE PROGETTO
I. Notarnicola

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.16

TITOLO PROGETTO

Validazione linguistica e culturale nel contesto italiano della Ambulance Nurse Competence Scale (ANCS)

Linguistic and cultural validation of the Ambulance Nurse Competence Scale (ANCS) in the Italian context

ABSTRACT

Background: L'assistenza preospedaliera in letteratura viene descritta come un pronto soccorso precoce e di alta qualità fornito a persone con problemi improcrastinabili di salute, in base alla chiamata di allarme e all'azione intrapresa sul posto o durante il trasporto in ambulanza verso una struttura ospedaliera. Negli ultimi decenni l'assistenza preospedaliera in Italia ha subito importanti cambiamenti, soprattutto per quanto riguarda la competenza infermieristica di cure preospedaliere.
In particolare, si è vista una graduale trasformazione dell'assistenza preospedaliera dall'essere prevalentemente un servizio di trasporto a diventare un servizio avanzato di assistenza infermieristica di emergenza. Gran parte di questo cambiamento è dovuto alla richiesta di migliorare la formazione, sia del personale infermieristico che di quello medico che lavora in ambulanza. Ma molti altri fattori hanno avuto un impatto sul set di competenze richieste all'interno del servizio di ambulanza.

Obiettivi: Lo scopo di questo studio è quello di validare un nuovo strumento per misurare la competenza professionale auto-dichiarata degli infermieri che lavorano nelle cure preospedaliere.

Metodi e strumenti per effettuare il progetto formativo: La versione italiana del questionario è elaborata seguendo le linee guida proposte da Beaton e collaboratori nel 2000.

Risultati attesi: Oggi l'assistenza preospedaliera è considerata una parte significativa dell'esperienza di cura totale di un paziente e pertanto è fondamentale che il personale sanitario preospedaliero abbia lo stesso livello di competenza del personale che lavora in ospedale, al fine di garantire l'erogazione di cure infermieristiche sicure e di alta qualità in ambulanza, per pazienti e parenti. Pertanto, è importante definire dei requisiti di competenza, il ruolo e le attività professionali degli infermieri specializzati nell'ambito dell'assistenza preospedaliera.

Parole chiave: infermiere ambulanza, competenze, preospedaliera, proprietà psicometriche, infermiere specialista.

ABSTRACT

Background: Pre-hospital care in the literature is described as early, high-quality first aid provided to people with unrelenting health problems, based on the alarm call and action taken on site or during ambulance transport to a facility hospital. In recent decades, pre-hospital care in Italy has undergone important changes, in particular as regards the nursing competence of pre-hospital care.
In particular, there has been a gradual transformation of pre-hospital care from being mainly a transport service to becoming an advanced emergency nursing care service. Much of this change is due to the demand for improved training of both nursing and ambulance medical staff. But many other factors have impacted the skill set required within the ambulance service.

Objectives: The aim of this study is to validate a new tool for measuring the self-declared professional

competence of nurses working in pre-hospital care.

Methods and tools for carrying out the training project: The Italian version of the questionnaire will be carried out following the guidelines proposed by Beaton and collaborators in 2000.

Expected results: Today, pre-hospital care is considered a significant part of a patient's total care experience and therefore it is essential to consider that pre-hospital health personnel have the same level of competence as staff working in hospitals; this is to ensure the provision of safe and high-quality nursing care in ambulances for patients and relatives. Therefore, it is important to define competence requirements, to define the role and professional activities of specialized nurses in the field of pre-hospital care.

Keywords: ambulance nurse, skills, pre-hospital, psychometric properties, specialist nurse.

BACKGROUND

La competenza professionale degli infermieri di ambulanza, in particolare nelle cure preospedaliere, continua ad essere di grande interesse nella letteratura infermieristica di riferimento (1, 2).
Alcuni autori hanno indagato le competenze attese degli infermieri di ambulanza dal loro punto di vista professionale (3, 4).
Uno studio di Wihlborg J. et al., (5) ha individuato 44 competenze attese, raggruppate in 10 categorie: la capacità di esercitare la leadership; abilità generali; comunicazione interpersonale; collaborazione istituzionale; abilità pedagogiche; possesso di conoscenze rilevanti; giudizio professionale; abilità professionali; attività di ricerca; competenze tecniche.
Altri autori hanno riconosciuto che, in una certa misura, molte di queste competenze possono essere trovate nei requisiti di competenza degli infermieri specializzati in ambulanza e nelle cure preospedaliere (6, 7).
Altri autori hanno suggerito che ci sono state 2 principali fasi nelle riforme educative degli infermieri in Europa negli ultimi 3 decenni. La prima fase mirava a creare programmi di preregistrazione unificati e la seconda a incorporare programmi infermieristici di istruzione superiore (8).
A causa dei cambiamenti concernenti l'assistenza sanitaria e delle maggiori richieste poste alle competenze degli infermieri laureati in Italia, dal 2009 è stato introdotto un programma post-laurea di specializzazione infermieristica nell'emergenza preospedaliera. Nonostante il programma post-laurea riguardi le cure preospedaliere, questo non è abilitante per l'infermiere in servizio di ambulanza.
La natura del lavoro degli infermieri nell'assistenza preospedaliera è complessa e richiede la capacità di lavorare in modo indipendente, pianificare e prendere decisioni complesse, in particolare quando si lavora in un ambiente in cui non ci sono altri professionisti da consultare (9, 10).
Il nostro studio intende evidenziare che fattori come la competenza professionale sono importanti per fornire ai pazienti un'assistenza di alta qualità. Inoltre, la ricerca nel campo dell'assistenza sanitaria di emergenza ha dimostrato che c'è bisogno di strategie per valutare lo sviluppo delle competenze tra gli infermieri.
Le competenze nei servizi di emergenza e la valutazione dell'esperienza del paziente e del personale nelle aree di pronto soccorso sono state identificate come priorità per la ricerca in ambito delle cure preospedaliere (11).
Non c'è da meravigliarsi che la competenza degli infermieri abbia un impatto importante sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza dei pazienti. Tuttavia, la competenza degli infermieri nell'assistenza preospedaliera non è stata esplorata in modo completo e strutturato.
L'utilizzo di uno strumento concernente competenze infermieristiche specifiche nel contesto dell'ambiente di lavoro potrebbe contribuire all'apprendimento auto-riflesso e all'ulteriore sviluppo professionale tra infermieri specializzati in ambulanza.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVO PRINCIPALE

Validazione linguistica e culturale nel contesto Italiano della Ambulance Nurse Competence Scale (ANCS) (8).

OBIETTIVO SECONDARIO

1. La valutazione delle proprietà psicometriche della ANCS attraverso un'analisi fattoriale;
2. Misurare i livelli di competenza dell'infermiere specialista nell'emergenza preospedaliera, attraverso la somministrazione della ANCS nella versione validata in italiano.

METODOLOGIA

DISEGNO DI STUDIO

Questo studio, dopo la validazione linguistica e l'adattamento culturale dell'ANCS, intende sviluppare uno strumento di valutazione delle competenze infermieristiche nell'emergenza preospedaliera per utilizzarlo anche nella pratica clinica italiana, secondo le linee guida proposte da Beaton e collaboratori nel 2000 (12).

METODO

La forward-backward translation è realizzata come segue:
Per l'utilizzo dello strumento, prima dell'inizio del processo di validazione linguistica, viene richiesta l'autorizzazione degli autori della scala (8).

Fase 1 Forward Translation

In questa fase è indispensabile produrre tre traduzioni indipendenti dello strumento, eseguite da tre soggetti madrelingua inglesi e italiani, due con background infermieristico per assicurare una maggiore equivalenza da un punto di vista clinico, l'altro con background non infermieristico per assicurare una maggior equivalenza da un punto di vista culturale-semantico. Ognuno degli esperti traduce il questionario in modo indipendente e annota eventuali difficoltà riscontrate durante la traduzione. Sono così realizzate le versioni 1, 2 e 3.

Fase 2 Sintesi Delle Traduzioni

I tre traduttori si riuniscono e mettono a confronto le tre versioni. Le differenze riscontrate sono discusse fino ad arrivare ad una versione comune: la versione 4.

Fase 3 Backward Translation

Un operatore esterno madrelingua inglese con background non infermieristico sintetizza un'unica versione, creando così la versione 5. La versione ottenuta è tradotta da interpreti in lingua originale al fine di verificarne la validità e assicurare che rifletta coerentemente la versione originale.

Fase 4 Controllo di Qualità

Nel "controllo di qualità" una commissione di esperti (tra cui dottori in scienze infermieristiche, professori traduttori coinvolti) effettua una revisione formale di tutte le versioni esistenti fino ad arrivare ad una versione prefinale: la versione 6.

Fase 5 Pre-Test (Cross-Cultural Validity)

La versione pre-finale adattata culturalmente è sottoposta a un campione di infermieri esperti nell'emergenza preospedaliera.

Fase 6 Formulazione della versione italiana definitiva

Dopo aver valutato attentamente i suggerimenti pervenuti, si arriva alla formulazione della versione italiana definitiva: la versione 7, che sarà inviata all'autore della scala ANCS (8), per ottenere l'autorizzazione finale e quindi procedere allo studio di validazione linguistica e culturale.

ANALISI FATTORIALE

1. Analisi Fattoriale Esplorativa (AFE): viene eseguita per identificare le dimensioni costituenti lo strumento, e i risultati ottenuti vengono comparati con quelli dello strumento originale costruito su alcune dimensioni fattoriali;
2. Analisi Fattoriale Confermativa (CFA): viene eseguita per testare quanto emerso dalla EFA, ossia se i singoli item appartengono alle specifiche dimensioni emersi dall'EFA.

Criteri d'inclusione:

- Infermieri aderenti allo studio, che hanno firmato il modulo di Consenso Informato, dopo averlo letto e capito;
- Infermieri che lavorano in ambito preospedaliero a livello nazionale.

Criteri di esclusione:

- Infermieri non presenti al momento della somministrazione della ANCS per aspettativa, maternità, malattia o ferie;
- Operatori sanitari non infermieri.

CAMPIONE

Il campionamento selezionato è di convenienza, con alcune peculiarità, l'arruolamento minimo è di almeno 10 infermieri per ogni item, sia per le analisi di validità di criterio, che quelle di affidabilità e di analisi fattoriale. Oltre a ciò, per quanto riguarda il criterio del test-retest, nella fase di retest si prende un campione ridotto. I dati dello studio saranno diversificati per area geografica di origine, età, formazione, ecc.

STRUMENTI

La scala ANC, composta da 43 elementi e che copre 8 fattori:
Assistenza infermieristica (n = 8), Assistenza infermieristica basata sul valore (n = 5), Assistenza tecnica medica (n = 5), Ambiente di cura della Comunità (n = 4), Eventi seri degli ambienti di cura (n = 8), Gestione della leadership (n = 3), Supervisione e condotta professionale (n = 4) e Ricerca e sviluppo (n = 6).

RISULTATI ATTESI

L'ANCS è potenzialmente utile per identificare le lacune di competenza degli infermieri di ambulanza e può orientare la progettazione di programmi introduttivi per infermieri di ambulanza di recente assunzione, o contribuire allo sviluppo delle competenze negli infermieri che lavorano già in un servizio di emergenza territoriale.
Potrebbe anche essere utilizzato come misura di risultato insieme ad altri strumenti per valutare l'impatto delle competenze degli infermieri di ambulanza sulla qualità dell'assistenza.

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

La scala ANCS può essere infine utilizzata nei programmi formativi universitari concernenti i futuri infermieri specializzati nell'emergenza preospedaliera, come strumento che può contribuire al loro apprendimento e/o alla loro evoluzione verso gli obiettivi di apprendimento.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Revisione della letteratura scientifica	Coordinatore	1/4/2021 – 31/5/2021
Elaborazione progetto	Manager e Coordinatore	1/5/2021 – 31/5/2021
Richiesta autorizzazione comitato etico	Coordinatori	1/6/2021 - 30/6/2021
Reclutamento, selezione campione e rilevazione	Coordinatori e Project team	1/7/2021 - 30/11/2021
Stesura report ricerca	Coordinatori, Project team	1/12/2021 - 31/12/2021
Pubblicazione finale	Project manager, Coordinatori e Project team	1/1/2022 - 31/1/2022
Chiusura progetto	Project manager, Coordinatori e Project team	1/2/2022 - 28/2/2021

DIAGRAMMA DI GANTT

	APR 21	MAG 21	GIU 21	LUG 21	AGO 21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DIC 21	GEN 22	FEB 22
Revisione della letteratura scientifica	■	■									
Elaborazione progetto		■									
Richiesta autorizzazione comitato etico			■								
Reclutamento, selezione campione e rilevazione				■	■	■	■	■			
Stesura report ricerca									■		
Pubblicazione finale										■	
Chiusura progetto											■

BIBLIOGRAFIA

1. Dadashzadeh A, Rahmani A, Hassankhani H, Boyle M, Mohammadi E, Campbell S. Iranian pre-hospital emergency care nurses' strategies to manage workplace violence: A descriptive qualitative study. Journal of nursing management. 2019;27(6):1190-9.
2. van Doorn SC, Verhalle RC, Ebben RH, Frost DM, Vloet LC, de Brouwer CP. The experience of non-conveyance following emergency medical service triage from the perspective of patients and their relatives: A qualitative study. International emergency nursing. 2021;54:100952.
3. Jansson J, Eklund AJ, Larsson M, Nilsson J. Prehospital care nurses' self reported competence: A cross-sectional study. International Emergency Nursing. 2020;52:100896.
4. Todorova L, Johansson A, Ivarsson B. Perceptions of ambulance nurses on their knowledge and competence when assessing psychiatric mental illness. Nursing Open. 2020.
5. Wihlborg J, Edgren G, Johansson A, Sivberg B. The desired competence of the Swedish ambulance nurse according to the professionals–a Delphi study. International emergency nursing. 2014;22(3):127-33.
6. Bohm K, Lund R, Nordlander J, Vicente V. Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden. International emergency nursing. 2019;46:100779.
7. Wihlborg J, Edgren G, Johansson A, Sivberg B. Reflective and collaborative skills enhances Ambulance nurses' competence–A study based on qualitative analysis of professional experiences. International emergency nursing. 2017;32:20-7.
8. Nilsson J, Johansson S, Nordström G, Wilde-Larsson B. Development and validation of the ambulance nurse competence scale. Journal of Emergency Nursing. 2020;46(1):34-43.
9. Holmberg M, Fagerberg I. The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance service. International journal of qualitative studies on health and well-being. 2010;5(2).
10. Scrymgeour GC, Smith L, Paton D. Exploring the demands on nurses working in health care facilities during a large-scale natural disaster: often an invisible role within a highly visible event. Sage Open. 2016;6(2):2158244016655587.
11. Mehmood A, Rowther AA, Kobusingye O, Hyder AA. Assessment of pre-hospital emergency medical services in low-income settings using a health systems approach. International journal of emergency medicine. 2018;11(1):1-10.
12. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 2000;25(24):3186-91.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

ARTE E SALUTE
ARTS AND HEALTH

COORDINATORE PROGETTO
W. De Caro

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.17

TITOLO PROGETTO

Arte e Salute: Da Florence Nightingale ai giorni nostri

Arts and Health: from Florence Nightingale to nowadays

ABSTRACT

Background: Florence Nightingale sosteneva una visione ad ampio spettro dell'assistenza infermieristica, andando anche a valorizzare il bello, l'arte e la musica come strumenti utili per la guarigione. Da quei tempi ad oggi gli studi hanno fornito evidenze sempre più robuste degli effetti benefici dell'arte per la salute pur persistendo ancora resistenze nell'applicazione ad ampio regime.

Obiettivi: Gli obiettivi sono quelli di avere un quadro complessivo delle esperienze di arte e salute in ambito internazionale, delle esperienze messe in atto in Italia, evidenziandone l'impatto oltre ad aumentare la consapevolezza degli infermieri rispetto alle crescenti evidenze scientifiche in tema.

Materiali e metodi: Il progetto è prevede sei fasi di ambito teorico e operativo: 1) Revisione bibliografica in tema di arte e salute; 2) Realizzazione di uno strumento di rilevazione per il censimento ai fini anche della valutazione degli outcomes; 3) Individuazione dei soggetti idonei a fornire informazioni in tema di arte e salute; 4) Elaborazione dei dati, informatizzazione e analisi dei dati; 5) Realizzazione della piattaforma delle iniziative di arte e salute e 6) valorizzazione e disseminazione.

Risultati attesi: Il progetto ha la finalità di contribuire a dare un quadro delle esperienze di arte e salute evidenziandone l'impetto attraverso la realizzazione di un censimento, di una piattaforma web e di un evento formativo per evidenziare la complementarità delle iniziative di arte e salute a fini del miglioramento della salute-benessere.

ABSTRACT

Background Florence Nightingale, founder of modern vision of nursing has a clear view on the healing power of arts. From that moment on, studies have provided a growing body of evidence of arts & health effects, while persisting resistance on real application.

Aims: The aims of this project are to have an overall picture of the experiences on arts and health in the international field, a picture of experiences in Italy, highlighting their impact as well as increasing the awareness of nurses with respect to the growing scientific evidence on this relevant subject.

Materials and methods: The project includes six operational phases: 1) literature review on arts & health; 2) built an instrument for census on arts & health activity and outcomes; 3) identification of agency to provide information on arts & health; 4) Data processing and data analysis; 5) realization of web platform on arts & health and 6) dissemination activites.

Expected results: The purpose of the project is to contribute to build a framework on Arts & Health experiences, highlighting impact through literature review and a census of italian experience. At same time, the project has the aim to build a webplatform and a conference (for patient and professionals) were integrating arts and health best practices experiences.

BACKGROUND

"L'infermieristica è la più bella delle belle arti" così Florence Nightingale nel 1860 definì il *nursing* (1). La Nightingale ha sempre sostenuto con fermezza una visione ad ampio spettro dell'assistenza infermieristica: ha affermato che gli edifici ben costruiti, le viste meravigliose, i cortili centrali e la luminosità degli ambienti

fossero indispensabili per garantire una rapida guarigione. Per le stesse ragioni usava la musica (tra le altre, melodie con il flauto) ritendendo avessero effetto positivo sui soldati sul processo di guarigione e sulla riduzione del dolore (1-2).
Da quei tempi ad oggi, gli studi sono volti sempre più a fornire robuste evidenze volte a dimostrare gli effetti benefici dell'arte sulla salute, in forma complementare, anche ai fini della crescita dell'inclusione sociale e del benessere (3).
Arte e Salute (*Arts & Health*) rappresenta un'estesa area multidisciplinare volta a includere nell'esperienza di salute e del benessere, le arti quale elemento di integrazione delle cure, tanto da essere prescritte in alcune realtà (4). Per arti nel loro complesso, si intendono le arti letterarie, le arti performative e visive e il design, oltre alla musica ed al canto, svolte in un'ampia varietà di strutture sanitarie, sociali e di comunità per scopi terapeutici, educativi ed espressivi (3-4).
Nonostante il crescente impegno e la numerosità di pubblicazioni con evidenze via via più robuste sull'efficacia di questi interventi (5), l'impegno degli organismi professionali e di alcune Aziende sanitarie, il potenziale del contributo delle arti alla salute e al benessere risulta essere stato finora troppo poco valorizzato, specie in nazioni come l'Italia, in cui persiste ancora una attenzione relativa rispetto ad attività che, per converso, portano a rilevante incremento del benessere degli individui. Sovente, i programmi di arte e salute sono temporanei-transitori e la loro presenza non è uniforme in tutte le realtà (3-6).
In altre altre realtà, come quella inglese ad esempio, sono presenti numerosi centri di ricerca e studio con una cospicua presenza di personale infermieristico impegnato nella valorizzazione dell'impatto di questa attività complementari all'assistenza (5-7).
Il presente progetto punta attraverso la revisione a fornire un quadro internazionale sul tema arte e salute, oltre fornire un quadro delle esperienze e delle competenze italiane, a partire dal ruolo infermieristico. È necessario, infatti, offrire al panorama socio sanitario italiano una visione sistemica del fenomeno e strumenti utili alla migliore comprensione dello stesso, evidenziando le buone pratiche e confrontando con altre realtà (Gran Bretagna) dove le iniziative sono decisamente più sviluppate (3).
In Gran Bretagna, sono presenti numerosi centri di ricerca universitari, oltre ad un crescente ed organico interesse da parte delle organizzazioni sanitari per la piena integrazione e complementarità delle iniziative in tema di arte e salute, con particolare riferimento agli anziani, alle malattie oncologiche e alla salute mentale (3).
Nel merito specifico, il progetto mira ad evidenziare il ruolo infermieristico che in virtù del loro stretto contatto con i pazienti possono avere un ruolo cruciale nell'integrazione degli interventi artistici nella vita quotidiana dell'ospedale. Gli infermieri, infatti, sono collocati nella posizione più adatta per sviluppare e promuovere momenti di miglioraramento creativo in tema di arte e salute, invitando pazienti e caregiver a sperimentare i benifici delle arti ed in particolare del canto e della musica (3,8,9) nelle unità di degenza ospedalieri e territoriali.
Al contempo è necessario fornire evidenze ancora più robuste per garantire una estensione delle attività creative nell'assistenza (ad esempio, disegnare, scrivere, comporre, ballare, cantare o altre forme d'arte, oltre all'ascolto di musica e al miglioramento degli ambienti sanitari). Pur tuttavia persistono in un clima di contrazione complessiva delle risorse, ostacoli istituzionali che potranno essere ridotti solo con la sensibilizzazione dei pazienti e dello staff infermieristico-sanitario (3-10,11).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Fornire un quadro complessivo delle attività in tema di Arte e Salute attraverso una revisione della letteratura, attraverso il censimento e la valutazione delle esperienze italiane in tema di arte e salute.
Gli obiettivi specifici sono:

OBIETTIVI GENERALI

Fornire attraverso una revisione della letteratura, attraverso il censimento e la valutazione delle esperienze italiane in tema di arte e salute differenziandole per area (oncologia, salute mentale, pediatra, etc.) e per tipologia di proposta messa in atto (musicoterapia, visual art, etc.). Nella valutazione, saranno esaminati i punti di forza e di debolezza di queste esperienze attraverso la somministrazione di uno specifico strumento di indagine ai coordinatori delle iniziative di arte e salute in Italia.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Avere un quadro complessivo delle esperienze di arte e salute in ambito internazionale, delle esperienze messe in atto in Italia, evidenziandone l'impatto;
- Indagare il ruolo delle diverse componenti sanitarie e non coinvolte nelle iniziative e evidenziare i meccanismi volti alla diffusione di tali pratiche e valorizzare il ruolo infermieristico;
- Aumentare la consapevolezza del personale infermieristico e sanitario in generale rispetto alle

crescenti evidenze rispetto all'integrazione di arte e salute nei percorsi assistenziali e formativi.

INDICATORI

- Revisione della letteratura e censimento delle attività di arte e salute;
- Indagine osservazionale in tema di arte e salute.

METODOLOGIA

L'impatto delle iniziative di arte e salute è valutato in questo lavoro secondo un approccio volto a definire i processi attraverso cui si ha un riverbero positivo sul benessere e sulla salute come risultato delle strategie e delle azioni messe in atto.
Il progetto è sviluppato in sei fasi interconnesse. Il piano operativo dello stesso si riassume nelle sequenze di azioni di ambito teorico e operativo di seguito delineate e brevemente illustrate:

a) Revisione bibliografica in tema di arte e salute;

b) Realizzazione di uno strumento di rilevazione per il censimento ai fini anche della valutazione degli outcome sulla salute e sul benessere;

c) Individuazione delle Aziende/agenzie e soggetti idonei a fornire informazioni in tema di arte e salute;

d) Elaborazione dei dati, informatizzazione e analisi quali quantitativa;

e) Realizzazione della piattaforma di inserimento delle iniziative sanitarie e sociali di arte e salute;

f) Strategie di valorizzazione e disseminazione delle iniziative di arte e salute, con particolare riguardo ai pazienti e alla componente infermieristica.

a) Ricerca bibliografica delle iniziative in tema di arte e salute.
L'attività di revisione bibliografica, precedente allo studio empirico, sarò effettuata attraverso le banche dati internazionali di ambito biomedico e sociale (Medline, Cinahl, Eric, DOAI), oltre che attraverso l'effettuazione di una larga attività di ricerca nella letteratura grigia e nei siti delle aziende/strutture sociosanitarie. Lo scopo è di contribuire a delineare l'orizzonte generale e l'impatto delle specifiche attività, oltre a contribuire alla definizione delle aree di sviluppo, con uno sguardo alla storia.

b) Realizzazione di una scheda di rilevazione per il censimento ai fini anche della valutazione degli outcome sulla salute e sul benessere.
Questa fase è volta alla definizione di uno strumento di rilevazione – censimento delle iniziative che consenta di facilitare la raccolta delle informazioni in tema di esperienze di arte e salute che contribuisca anche alla definizione di un quadro storico. Lo strumento di rilevazione, costruito sulla base di quanto rilevato nel corso della revisione bibliografica sarà segmentato in due sezioni: una generale per la definizione delle iniziative e l'altra specifica sul tipo di offerta messa in atto e sugli eventuali indicatori di impatto.

c) Individuazione delle Aziende/agenzie sociali e sanitarie e soggetti idonei a fornire informazioni e rilevazione dati.
Sulla base della ricerca bibliografica ed attraverso la consultazione di siti istituzionali e delle società scientifiche di riferimento saranno individuate le Istituzioni sanitarie e sociali da coinvolgere nel censimento delle attività svolte e si procedera all'invio elettronico dello strumento di rilevazione e alla raccolta dati (fase 3.1) delle attività di arte e salute censite e del loro impatto.

d) Informatizzazione, elaborazione ed analisi quali-quantitativa.
Il materiale raccolto ed elaborato, attraverso attività di *data entry,* sara elaborato ed analizzato attraverso il software statistico SPSS ed inserito ulteriormente in un database relazionale aggiornabile in modalità da consentire una fruizione rapida per l'estrapolazione dei dati e la valorizzazione delle esperienze. Sarà predisposta un report di analisi preliminare (fase 4.1).

e) Piattaforma di inserimento delle iniziative sanitarie e sociali di arte e salute.
Sulla base dei dati acquisiti e dell'analisi delle pagine istituzionali si procederà alla realizzazione di una piattaforma web in cui saranno comprese tutte le esperienze ed i progetti messi in atto, dando particolare rilievo alla propagazione delle buone pratiche in tema di arte e salute e dei risultati in termini di impatto positivo sulla salute, oltre alla costruzione/diffusione di materiali informativi utili per i cittadini/pazienti e per il personale infermieristico e sanitario. La piattaforma sarà adeguatamente presentata attraverso i canali istituzionali (fase 5.1).

f) Strategie di valorizzazione e disseminazione delle iniziative di arte e salute, con particolare riguardo ai pazienti e alla componente infermieristica.
Il progetto prevede come momento di disseminazione, la realizzazione dei report finale (fase 6.1), oltre

alla proposta pubblicazione in rivista internazionale e proposta di presentazione presso convegno di settore (6.2), l'effettuazione di un evento formativo volta a dare rilievo all'iniziativa di ricerca messa in atto (fase 6.3) anche allo scopo di estendere l'attuazione di progetti di arte e salute, con la valorizzazione in termini di visibilità ed impatto sulla comunità professionale infermieristica e dei pazienti.

RISULTATI ATTESI

Il progetto ha la finalità di fornire un quadro complessivo internazionale delle attività in tema di arte e salute, censire le attività svolte e convogliare in una piattaforma online le esperienze significative svolte in Italia, per valorizzare la complementarietà delle iniziative di arte e salute a fini del miglioramento della salute e del benessere degli individui.
Si tratta anche di una importante azione, non solo di ricerca, ma anche valorizzazione di un settore di forte interesse infermieristico, a tutela del benessere dei pazienti, ed al contempo di un'azione di marketing sanitario. Oltre a questo, obiettivo è influenzare i diversi stakeholder evidenziando l'impatto positivo delle attività di arte e salute.
In secondo luogo, il progetto consentirà una attività di concreta disseminazione volta favorire la veicolazione dell'arte in maniera stabile a complemento delle terapie tradizionali per il miglioramento del benessere e della qualità di vita, oltre a presentare proposte per l'inserimento di attività seminariale/didattica nella programmazione dei corsi di laurea/formazione post-laurea per le professioni infermieristiche e sanitarie.
Il progetto concluderà la fase di censimento con la realizzazione di evento formativo a rilievo nazionale di divulgazione delle migliori esperienze e con la partecipazione di esperti di Università/Centri di Ricerca in tema di Arte e Salute del Regno Unito con cui gli estensori del progetto si trovano a collaborare.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Definizione linee strategiche progetto	Responsabile Polo, Coordinatori	Aprile 2021
Ricerca bibliografica	Coordinatore e Project team (da individuare)	Aprile 2021- Luglio 2021
Realizzazione strumento di rilevazione	Coordinatore e Project team (da individuare)	Giugno 2021- Settembre 2021
Individuazione Aziende/agenzie per censimento	Coordinatore e Project team (da individuare)	Giugno 2021 – Settembre 2021
Rilevazione dati	Coordinatore e Project team (da individuare)	Settembre 2021- Ottobre 2021
Informatizzazione, elaborazione ed analisi quali-quantitativa	Coordinatore e Project team (da individuare)	Ottobre 2021- Aprile 2022
Realizzazione report preliminare	Coordinatore e Project team (da individuare)	Maggio 2022
Divulgazione Report Conclusivo	Responsabile Polo, Coordinatore e Project team (da individuare)	Maggio 2022
Proposta di pubblicazione finale e presentazione a convegno internazionale	Responsabile Polo, Coordinatore e Project team (da individuare)	Maggio 2022
Giornata Formativa finale	Responsabile Polo, Coordinatore e Project Team	Ottobre 2022

DIAGRAMMA DI GANTT

	APR 21	APR-MAG 21	GIU-LUG 21	AGO- SET 21	OTT-NOV 21	DIC-GEN 22	FEB-MARZO 22	APRI-MAG 22	GIU -LUG 22	LUG- AGO 22	SETT – OTT 22
Definizione linee strategiche progetto											
Fase 1 Ricerca bibliografica											
Fase 2 – Realizzazione strumento di rilevazione											
Fase 3 – Individuazione Aziende/ agenzie per censimento e rilevazione dati											
Fase 4 -Informatizzazione, elaborazione e analisi											
Fase 5 - Piattaforma di web di arte e salute											
Fase 6 - Strategie di valorizzazione e disseminazione											
Report e Convegno finale (Fase 6)											

BIBLIOGRAFIA

1. Nightingale F. Cenni sull'assistenza agli ammalati. Nizza: Società Tipografica.; 1860 [ristampa Milano: CNAI; 1980].
2. Meyer A-A. Perceived Benefits of Art-based Interventions and Nursing Implications: A Systematic Review; 2012: 1-47.
3. Clift S., Camic P.M. Oxford Textbook of Creative Arts, Health, and Wellbeing International perspectives on practice, policy and research. Oxford: Oxford University press; 2016.
4. Moss, H, O'Neill, D. The aesthetic and cultural interests of patients attending anacute hospital –a phenomenological study. Journal of Advanced Nursing. 2014; 70(1):121-129.
5. Jensen A, Stickley T, Torrissen W, & Stigmar K. Arts on prescription in Scandinavia: A review of current practice and future possibilities. Perspectives In Public Health.20016; 1-7.
6. Bungay H, Clift S. Arts on prescription: a review of practice in the U.K. Perspect Public Health. 2010 Nov;130(6):277-81. Review. PubMed PMID: 21213564.
7. Wright, S.. 'Finest of the fine arts': Think of art and what springs to mind – paintings, music, sculpture? But in the last article in our heart of nursing series, Stephen Wright explores how nursing and art are closely related. Nursing Standard 2010; 21(4):20-2.
8. Merrick C. Take a holistic approach to patient care. (Letter). PT in Motion.2015; 7(11): 6-7.
9. Hurdle, C. E. A transpersonal approach to care: A qualitative study of performers' experiences with DooR to DooR, a hospital-based arts program. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association. 2003; 2*(2):, 78-88.
10. Hejelms E. Arts and Health - A View from Denmark. Accessed on December 2016. Retrieved from https://www.artshealthassociates.com/single-post/2016/10/20/Arts-and-Health--- A-View-From-Denmark.
11. Broderick S. Arts practices in unreasonable doubt? Reflections on understandings of arts practices in healthcare contexts. Arts & Health 2004; 3(2): 95-109.
12. Fancourt, D; Finn, S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. 2019.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

DIECI ANNI DI CECRI
TEN YEARS WITH THE CECRI

COORDINATORE PROGETTO
Cattedra Scienze Infermieristiche

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.18

TITOLO PROGETTO

Analisi dell'impatto del CECRI sull'avanzamento della ricerca infermieristica in Italia

Analysis of the impact of CECRI on the nursing advancement in Italy

ABSTRACT

Tale progetto, attraverso un'indagine quali-quantitativa mira a promuovere la ricerca infermieristica e analizzare l'impatto del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica sulla promozione della ricerca infermieristica in Italia attraverso l'analisi degli outcomes sulla formazione, sulla ricerca e sull'Evidence Based Practice prodotti dal CECRI in questi 10 anni dalla sua istituzione. Tale progetto vuole anche esaminare le caratteristiche del cambiamento culturale della professione infermieristica in Italia, in termini di impatto sulla promozione della ricerca e del suo impatto sulla Evidence Based Practice nelle organizzazioni sanitarie.

Parole Chiave: Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, Evidence Based Practice, ricerca infermieristica, scienza infermieristica.

ABSTRACT

This project, through a qualitative-quantitative survey, aims to promote nursing research and analyze the impact of the Center of Excellence for Nursing Scholarship on the promotion of nursing research in Italy through the analysis of outcomes on training, research and the Evidence Based Practice produced by CECRI in these 10 years since its establishment. This project also wants to examine the characteristics of the nursing profession's cultural change in Italy, in terms of impact on the promotion of research and on Evidence Based Practice within healthcare organizations.

Key Words: Centre of Excellence for Nursing Scholarship, Evidence Based Practice, nursing research, nursing science.

BACKGROUND

La complessità e la multidisciplinarietà che contraddistinguono sempre più da vicino la professione infermieristica richiedono strumenti altrettanto complessi e sofisticati che amplino il panorama della professione stessa e che portino a confronti su scala internazionale.
Il disegno concettuale di Boyer ha posto le basi strutturali per la progettazione di schemi di promozione della cultura della ricerca, dello sviluppo della disciplina, dell'insegnamento e della promozione e diffusione delle conoscenze.
Il Board del CECRI utilizza schemi organizzativi multipli come quello del National Institutes of Health (1), principale agenzia americana sulla ricerca biomedica, responsabile di importanti scoperte per la salute e la vita della popolazione mondiale adottando un modello infrastrutturale che mira a scoprire, innovare e ottenere risultati per i pazienti grazie alla ricerca, al training nella ricerca e alla pratica clinica; proprio i punti essenziali dei NIH (ricerca, training di ricerca e pratica clinica) illuminano le priorità del CECRI. Questa struttura lineare, che dà direzione e organizzazione ha provveduto e provvede a meccanismi efficienti e redditizi, per mezzo dei quali le attività del Centro possono essere implementate (2).
Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica da circa 10 anni colloca la propria attività in questo contesto: si tratta di un progetto unico in Italia (è presente, infatti, solo nella città di Roma)

che vede le sue origini nell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma. Nato nel 2010, tra i primi in Europa, il CECRI è in linea con le esperienze positive, maturate negli USA, che supportano lo sviluppo delle competenze e il miglioramento delle performance dei professionisti sanitari impegnati nell'assistenza alle persone.
Ciò si evince anche dal ricco contributo del board internazionale di cui il CECRI si è avvalso, costituito da famosi *scholars* provenienti dai Paesi più avanzati del mondo nel campo del nursing. L'organizzazione del Centro inoltre usufruisce dei *clinical nurse leaders*, collaboratori esperti, consulenti giuristi, esperti della qualità della comunicazione e della lingua inglese, informatici e giornalisti, nonché di tutti i presidenti delle Associazioni e Società scientifiche infermieristiche italiane che contribuiscono all'attività di programmazione e produzione degli studi.
L'obiettivo è quello di esplorare il mondo della ricerca infermieristica per migliorare l'assistenza ai cittadini e la percezione pubblica della professione.
Nel 2018 il CECRI entra a far parte, come primo centro italiano, di un prestigioso gruppo di ricerca, il *Joanna Briggs Institute* (JBI), storica organizzazione internazionale di ricerca e sviluppo. Nata nel 1996 per opera dell'University of Adelaide e del Royal Adelaide Hospital, la sua banca dati *full-text* raccoglie revisioni sistematiche e protocolli redatti secondo la metodologia JBI. Il modello di pratica dell'*evidence-based* del JBI è riconosciuto come standard globale di eccellenza nel settore delle professioni sanitarie.
L'organizzazione e la struttura del CECRI si ispirano al modello scientifico di Boyer che promuove quattro aree principali per lo sviluppo di un sapere accademico più ampio: ricerca, formazione, applicazione e integrazione (3,4). Queste hanno assunto un importante ruolo di guida per la disciplina infermieristica a livello nazionale e internazionale e da queste il Centro per l'Eccellenza ha attinto per fondare il proprio lavoro e le proprie attività.
In questi anni l'infer¬mieristica italiana ha raggiunto traguardi significativi come il riconoscimento di professione intellettuale, la docenza nelle università, la dirigenza ai diversi livelli.
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 interdisciplinari che cerchino di dare una soluzione ai problemi sociali, dell'individuo e della comunità, dalla promozione della Evicence Based Practice nella pratica clinica all'applicazione responsabile della conoscenza raggiunta ai problemi attuali ed emergenti dell'individuo e della comunità In occasione della prima ricorrenza decennale (2010 – 2020) dalla fondazione del CECRI, si è voluto inoltre fortemente creare un sistema informatizzato che conservi e aggiorni costantemente i progetti del Centro, a disposizione di chiunque fosse intenzionato a conoscere questa attività scientifica di rilevanza internazionale.
In tal senso, questo successivo progetto si propone di valutare i risultati del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica in termini di outcomes 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 l'analisi dei risultati finora ottenuti dal CDE in termini di outcomes sulla formazione, sulla ricerca e sull'EBP.
Si propone inoltre di aggiornare costantemente il sito del CECRI creato nel 2020 nei quali inserire i dati provenienti dai documenti relativi ai progetti svolti in questi anni di attività.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Delineare le dimensioni e le caratteristiche del cambiamento culturale della professione infermieristica in Italia;
- Analizzare l'impatto dei progetti di ricerca, dei progetti finalizzati allo sviluppo e promozione delle core competence infermieristiche, di quelli rivolti alla formazione dei ricercatori e di quelli che promuovono la pratica clinica basata sulle evidence scientifiche, attraverso un approccio misto (qualitativo e quantitativo);
- Analizzare l'impatto dei progetti di ricerca in termini di accrescimento della produzione scientifica nazionale ed internazionale promossa dal CECRI.

METODOLOGIA

La metodologia di attuazione consisterà in un approccio misto Qualitativo - Quantitativo (web-based) (5).
Per i poli della Istruzione, Formazione ricercatori e Pratica Clinica si analizzerà la banca dati cartacea del CECRI.
Per l'attuazione del progetto sul Polo della Ricerca si utilizzeranno alcune tecniche:

1. **Interviste semi-strutturate ai main researchers dei progetti di ricerca finanziati dal CECRI dall'inizio della sua fondazione fino al 2020.**

L'intervista ai main researchers sarà focalizzata:

- sulla produzione scientifica legata al progetto di ricerca;
- Come ritengono che esso abbia influenzato la Pratica Basata sulle prove di Efficacia (EBP)?
- Quali sono le barriere, le minacce ed i rischi che influenzano l'applicazione della Pratica Basata sulle prove di Efficacia (EBP) in Italia?
- Quali sono le loro percezioni sul cambiamento culturale dell'infermieristica in Italia?
- Come ritengono che l'attuazione del progetto di ricerca da loro condotto abbia impattato sulla loro organizzazione sanitaria?
- Quale è stato il contributo in termini di avanzamento della formazione nei dottoranti, studenti dei corsi di laurea triennale e magistrale, studenti dei master di specializzazione che hanno contribuito al processo di ricerca?
- Come i pazienti e gli altri professionisti della salute percepiscono la qualità dell'assistenza infermieristica?

In tal modo si intende esplorare l'impatto del progetto di ricerca su tutti gli ambiti applicativi della professione infermieristica, ovvero a livello organizzativo nel management, nella formazione avanzata dei professionisti e nell'accrescimento delle loro competenze attraverso l'attuazione, nei contesti lavorativi, delle pratiche cliniche basate sull'evidenza.
Sara effettuata una survey web-based per analizzare le tematiche oggetto dell'indagine.

2. **Raccolta dati quantitativi provenienti dalla indagine sui principali motori di ricerca**

ANALISI DEI DATI

L'analisi qualitativa dei dati sarà effettuata tramite un inductive content analysis (ICA); l'analisi quantitativa sarà effettuata attraverso l'analisi statistica dei dati di frequenza e delle misure di tendenza centrale dei progetti attuati nell'arco degli anni (6).
I dati provenienti dalla ricerca saranno utilizzati per una indagine quantitativa sulla produzione scientifica promossa dal CECRI e la sua evoluzione quali e quantitativa nel corso del decennio dalla sua fondazione (7).

RISULTATI ATTESI

Un risultato finale sarà una migliore comprensione della evoluzione della ricerca infermieristica in Italia e del ruolo svolto dal CECRI nella sua promozione.
I risultati potrebbero illustrare un incremento della produzione scientifica infermieristica italiana. Un altro risultato ipotizzabile è la valutazione dell'impatto che essa ha sulla pratica infermieristica, attraverso l'analisi dei corsi di formazione, master, etc. attivati per i professionisti nei contesti lavorativi e non.
Un altro possibile risultato è una analisi storica della evoluzione della ricerca e della professione infermieristica perché, attraverso l'analisi dell'evoluzione del contenuto e dell'oggetto dei progetti di ricerca, si delineano anche i cambiamenti avvenuti nel contesto sanitario italiano (es. avvento della digitalizzazione nei contesti organizzativi sanitari e contestuale promozione di progetti di ricerca volti a promuovere lo sviluppo di data set infermieristici, la promozione della salute nel territorio e contestualmente l'attivazione di progetti di ricerca sulla telemedicina per pazienti in condizioni di cronicità, il progressivo invecchiamento della popolazione e la necessità di allocare le conoscenze e competenze del professionista infermiere sul territorio).

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Razionale del progetto di ricerca	Cattedra di Scienze Infermieristiche	Gennaio-febbraio 2021
Ricerca e scansione su motori di ricerca per abstract, libri, poster, conferenze nazionali e internazionali, articoli scientifici, etc	Ricercatore principale	Marzo-aprile 2021

DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Interviste semi-strutturate ai coordinatori dei progetti di ricerca	Ricercatore principale	Maggio 2021
Raccolta dati	Ricercatore principale	Maggio-Agosto 2021
Analisi dei dati quali e quantitativi	Ricercatore principale	Settembre-Ottobre 2021
Redazione rapporto finale di ricerca	Ricercatore principale	Novembre 2021
Redazione del manoscritto	Ricercatore principale	Dicembre 2021
Fine del progetto	Ricercatore principale	Gennaio 2022

DIAGRAMMA GANTT

MESE	FEBB 2021	MAR 2021	APR 2021	MAG 2021	GIU 2021	LUG 2021	AGO 2021	SET 2021	OTT 2021	NOV 2021	DIC 2022	GEN 2021
Razionale del progetto di ricerca	■											
Ricerca su motori di ricerca per abstract, libri, poster, conferenze nazionali e internazionali, articoli scientifici, etc		■	■									
Interviste semi-strutturate ai coordinatori dei progetti di ricerca del CECRI				■								
Raccolta dati				■	■	■	■					
Analisi dei dati quali e quantitativi								■	■			
Redazione rapporto finale di ricerca										■		
Redazione del manoscritto											■	
Fine del progetto												■

BIBLIOGRAFIA

1. National Institutes of Health (NIH). Improving health through discovery, U.S. Dept. of Health and Human Services, 2004.
2. *Ghislandi P, Raffagnelli J. Scholarship of Teaching and Learning for quality teaching and learning in Higher Education. Formazione & Insegnamento 2014; 107-128.*
3. Boyer E. Scholarship reconsidered: priorities of the professoriate. San Francisco: Jossey-Bass; Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1990.
4. Boyer E. Scholarship a personal journey. In: Glassick C, Huber M, Maeroff G. (Eds.), Scholarship assessed: evaluation of the professoriate. San Francisco: Jossey-Bass; An Ernerst Boyer project of the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1997.
5. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks CA: Sage; 2006.
6. Råholm MB. Abductive reasoning and the formation of scientific knowledge within nursing research. Nurs Philos. 2010 Oct;11(4):260-70.
7. *Nunnally JC, Bernstein* IH. Psychometric theory, 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

LA PRESERVAZIONE DEL PATRIMONIO VENOSO

COORDINATORE PROGETTO
J. Fiorini

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.19

TITOLO PROGETTO

La preservazione del patrimonio venoso: uno studio sperimentale prospettico randomizzato

Vessel health and preservation: an experimental prospective randomized study

ABSTRACT

Background: L'ospedalizzazione richiede il posizionamento di un accesso venoso periferico. Quest'attività comporta una diminuzione della qualità del patrimonio venoso. Per evitare questo è stato sviluppato un modello proattivo definito Vessel Health and Preservation Programme, che ha portato alla recente validazione della Vessel health and preservation scale. Sebbene però l'approccio proattivo e la nuova scala abbiano mostrato innumerevoli vantaggi non sono stati totalmente implementati nella pratica assistenziale.

Obiettivi: Lo scopo di implementare nella pratica clinica infermieristica un nuovo protocollo di gestione proattiva del patrimonio venoso dei pazienti, che preveda l'utilizzo della *Vessel health and preservation scale*.

Metodi e Strumenti: Verrà condotto uno studio prospettico randomizzato, su un gruppo di pazienti a rischio di compromissione del patrimonio venoso. Verrà somministrata la Vessel health and preservation scale per dividere i pazienti in due gruppi. Il gruppo sperimentale verrà trattato con approccio proattivo; il gruppo di controllo verrà trattato secondo la comune pratica clinica. Alla dimissione tutti i pazienti verranno valutati per l'end point primari.

Risultati Attesi: Si pensa di poter verificare che i soggetti presi in carico precocemente attraverso la Vessel health and Preservation Scale, mantengano preservato il proprio patrimonio venoso, non presentino flebiti e/o stravasi.

ABSTRACT

Background: Hospitalization requires the placement of a peripheral venous access. This activity involves a decrease of vessels' quality. To avoid this, a proactive model called Vessel Health and Preservation Program was developed, which led to the recent validation of the Vessel health and preservation scale. Although the proactive approach and the new scale have shown countless advantages, they have not been fully implemented in the practice of care.

Aim: The purpose is implementing a new proactive management protocol for patients' vessel quality in clinical nursing practice, which involves the use of the Vessel health and preservation scale.

Methods and Tools: A prospective randomized study will be conducted on a group of patients at risk of compromising vessel quality. The Vessel health and preservation scale will be administered to divide patients into two groups. The experimental group will be treated with a proactive approach; the control group will be treated according to common clinical practice. Upon discharge, all patients will be evaluated for the primary end point.

Expected Results: It's thought to be able to verify that the subjects taken in charge early through the Vessel health and Preservation Scale, keep their venous patrimony preserved, do not have phlebitis and / or extravasations.

BACKGROUND

La pratica assistenziale più frequente quando una persona viene ospedalizzata è il posizionamento di un accesso venoso periferico. È stato stimato che tra il 70-90% dei pazienti ospedalizzati necessita realmente di un device vascolare, fatta eccezione dei pazienti che si dovranno sottoporre ad un intervento chirurgico, per i quali il posizionamento è necessario (1,2).

L'accesso vascolare viene posizionato e gestito quotidianamente dagli infermieri (3,4) e tipicamente la maggior parte dei device posizionati è un accesso venoso periferico (5). Il posizionamento viene eseguito con una tecnica *blind*, usando la semplice ispezione e palpazione delle vene degli arti superiori, senza ricorrere ad ausili, come l'ecografia, per identificare possibili siti di venipuntura (6,7). Con questo tipo di approccio, definito in letteratura come *tradizionale*, vengono eseguite ripetute venipunture fino a quando non si ottiene un accesso venoso valido, dal quale refluisce sangue e permette l'infusione di liquidi o farmaci (8–10). L'applicazione dell'approccio tradizionale nella comune pratica assistenziale implica generalmente una diminuzione della qualità delle vene durante la degenza ospedaliera, fino al loro esaurimento, con conseguente impossibilità nel posizionare un nuovo accesso venoso periferico. Quando l'infermiere non è più in grado di reperire una vena facilmente, la persona assistita percepisce dolore, distress e ansia a causa delle numerose venipunture, ed inevitabilmente aumentano i giorni di degenza (11,12) e di conseguenza, anche i costi per le organizzazioni sanitarie (4,13).

Per migliorare la pratica assistenziale relativa alla gestione del patrimonio venoso, è stato sviluppato un modello proattivo definito *Vessel Health and Preservation Programme* (14–16). Questo comprende tutti gli aspetti correlati alla preservazione della qualità delle vene, dalla sua valutazione alla scelta del device vascolare, fino alla rivalutazione quotidiana ed eventuale rimozione di qualsiasi accesso venoso (14,17). Il modello proattivo proposto offre una standardizzazione dell'approccio al patrimonio venoso, basandosi su alcuni assunti: la scelta e il posizionamento del giusto dispositivo vascolare entro le 72 ore dal ricovero, in accordo con i tempi e la tipologia di trattamento infusionale da eseguire (15,18), e la preservazione della qualità delle vene per future necessità (14,17–19). L'approccio proattivo migliora gli outcomes assistenziali (4), in termini di corretta e tempestiva somministrazione della terapia infusionale e percezione della persona assistita in relazione ai dispositivi vascolari, e permette, infine, di ridurre tempi e costi di degenza (14,17,19,20).

Sugli assunti dell'approccio proattivo al patrimonio venoso, è stata anche sviluppata e validata una scala per la valutazione del patrimonio venoso, *Vessel health and preservation scale* (21). Lo strumento proposto, nello studio di validazione ha mostrato buoni valori di sensibilità (95%) e specificità (72%), permettendo di identificare, tra tutte le persone ricoverate e che necessitano di terapia infusionale, coloro che sono a rischio di diminuzione della qualità del patrimonio venoso. La peculiarità della scala è l'integrazione, in un unico strumento, di differenti elementi di deterioramento del patrimonio venoso, quali l'incannulamento difficoltoso (22,23), segni e sintomi di flebiti (24,25) e di edema (26,27). Clinicamente lo strumento ha un ruolo chiave in quanto permette agli infermieri del reparto di prendersi carico proattivamente del patrimonio venoso dei propri assistiti, potendo richiedere, in modo proattivo, la consulenza di un professionista specialista in accessi vascolari (21) per poter posizionare tempestivamente un dispositivo vascolare che evita al malato inutili e ridondanti veni punture inefficaci (4,14,17), aumentando il tasso di successo del posizionamento degli accessi vascolari (28), la soddisfazione degli utenti (29) e riducendo così costi e complicanze (30).

Sebbene l'approccio proattivo e la *Vessel health and preservation scale* abbiano mostrato innumerevoli vantaggi (17,20,31), e i professionisti sanitari riconoscano l'utilità di un supporto decisionale per la scelta del giusto device vascolare (32) non sono stati totalmente implementati nella pratica assistenziale (4,31), non consentendo fino in fondo di poter erogare un'assistenza efficace ed efficiente ai malati.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Alla luce di quanto esposto, si è pensato di avviare uno studio con lo scopo di implementare nella pratica clinica infermieristica un nuovo protocollo di gestione proattiva del patrimonio venoso dei pazienti, che preveda l'utilizzo della *Vessel health and preservation scale*.

In particolare, con lo studio si vorrebbero raggiungere i seguenti obiettivi specifici:

- valutare l'efficacia clinico-assistenziale della *Vessel health and preservation scale;*
- valutare l'efficacia del protocollo per la gestione proattiva del patrimonio venoso dei pazienti ospedalizzati.

METODOLOGIA

METODI E STRUMENTI

Setting di riferimento

Lo studio verrà condotto all'interno di un Ospedale Universitario dove è stato implementato dal 2012 un servizio di consulenza infermieristica per la valutazione del patrimonio venoso e posizionamento di accessi vascolari presso la stanza di degenza. Il servizio viene erogato da 4 infermieri specialisti in accessi vascolari e il team nasce con l'obiettivo di prendere in carico proattivamente il patrimonio venoso dei pazienti. È previsto un sistema interno per la richiesta informatizzata di consulenze infermieristiche specialistiche in accessi vascolari da erogare a pazienti, la cui procedura è difficoltosa, irreperibilità di un vaso venoso, trattamento infusionale previsto superiore al mese di ricovero (18) o presenza problematiche evidenti, come segni di ripetute venipunture, edema e/o flebiti diffusi agli arti superiori. La consulenza infermieristica di valutazione ecografica del patrimonio venoso e posizionamento di device vascolare viene richiesta esclusivamente dai medici dei rispettivi utenti su manifestate necessità e viene solitamente espletata nelle 24 ore successive alla data della richiesta.

Disegno

Verrà condotto uno studio prospettico randomizzato, al fine di confrontare l'efficacia del protocollo proattivo di presa in carico precoce dei pazienti e della *Vessel health and preservation scale* (VHPs), strumento per la conservazione del patrimonio venoso dei pazienti ospedalizzati. All'ingresso in ospedale, tutti i pazienti arruolati verranno sottoposti alla valutazione della qualità delle vene e di eventuali flebiti, con i rispettivi strumenti il 'Peripheral vein assessment tool' (16,19,31)e la 'Phlebitis Scale'(24,25). Successivamente, verranno randomizzati in due gruppi (sperimentale e controllo).

Ai soggetti del gruppo sperimentale verrà somministrata la VHPs e in caso di score ≥ 15 (score che identifica il rischio di compromissione della qualità delle vene), verrà effettuata da parte degli infermieri di reparto la richiesta della consulenza infermieristica per la valutazione del patrimonio venoso ed eventuale posizionamento precoce del giusto device vascolare. I soggetti del gruppo sperimentale con score < 15 verranno monitorati settimanalmente o ad ogni cambiamento di iter terapeutico. Gli appartenenti al gruppo di controllo, invece, saranno i soggetti che verranno assistiti secondo la comune pratica clinica, ossia il patrimonio venoso verrà gestito dagli infermieri del reparto di degenza in cui saranno ricoverati con l'accesso venoso periferico (approccio tradizionale) e la richiesta di consulenza infermieristica per la valutazione del patrimonio venoso avverrà secondo tempistiche e modalità precedentemente definite.

Campionamento

Verranno arruolati nello studio pazienti adulti che necessitano di terapia infusionale. È stato individuato quale outcomes primario la preservazione della qualità delle vene degli arti superiori alla dimissione, ovvero il mantenimento della stessa categoria di qualità delle vene secondo il 'Peripheral vein assessment tool', e la mancanza di complicanze localizzate agli arti superiori, come flebiti e/o stravasi.

Verranno arruolati pazienti con le seguenti caratteristiche: maggiorenni e che esprimeranno il loro consenso

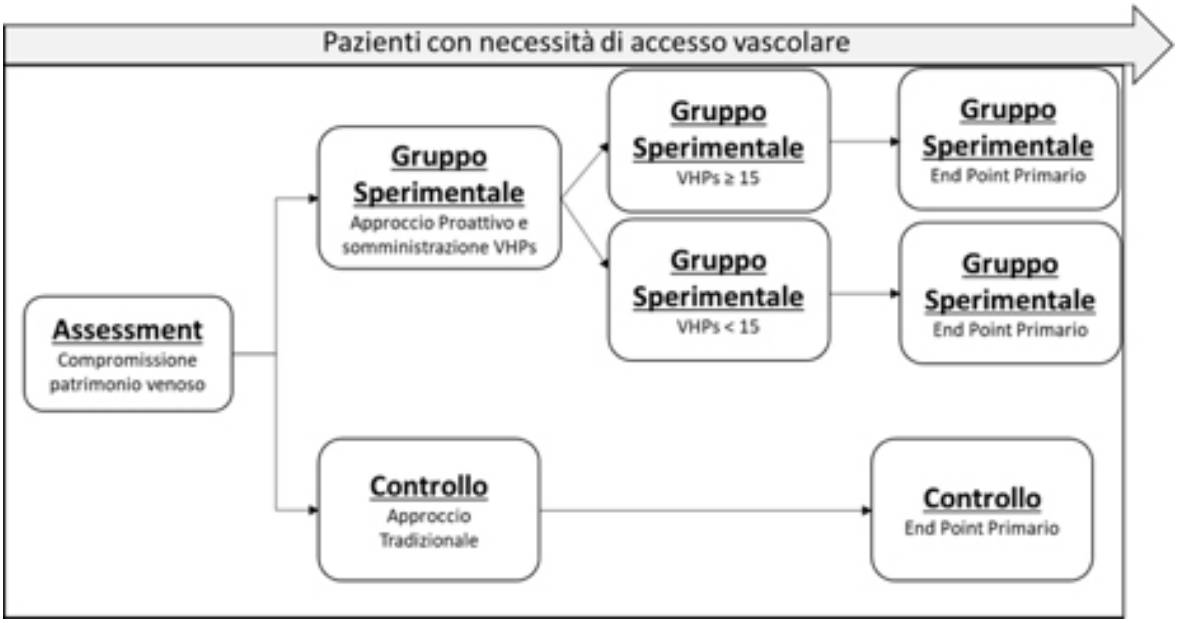


Figura 1. Disegno dello studio

a partecipare allo studio. Saranno esclusi pazienti: pediatrici, con deficit neurologici e/o terminali, non complianti allo studio (e.g. rifiuto di un posizionamento di un device vascolare).

Procedura

Durante la degenza ospedaliera, i pazienti arruolati, che dovranno eseguire trattamenti infusionali per via endovenosa, verranno sottoposti alla valutazione della qualità del patrimonio venoso nelle prime 48 ore successive al ricovero presso l'unità operativa attraverso strumenti il 'Peripheral vein assessment tool' (16,19,31) e la 'Phlebitis Scale'(24,25).

Tutti i pazienti verranno adeguatamente informati della ricerca che si condurrà da un ricercatore non direttamente coinvolto nello studio, e solo dopo l'acquisizione del consenso informato, si procederà alla loro assegnazione ad uno dei due gruppi studiati in maniera casuale. I pazienti verranno randomizzati nel gruppo presa in carico precoce (sperimentale) o nel gruppo di controllo (comune pratica clinica) seguendo l'ordine cronologico della data di arruolamento: il primo paziente veniva assegnato al gruppo sperimentale, il successivo al gruppo di controllo, e così via. Coloro che non esprimevano il consenso per partecipare allo studio o che non rispondevano ai criteri di inclusione previsti, verranno trattati secondo la comune prassi assistenziale.

In caso di conclamato rischio di diminuzione della qualità delle vene, ossia di score finale della VHPs superiore o uguale a 15, gli infermieri del reparto potranno richiedere la consulenza infermieristica per la valutazione ecografica del patrimonio venoso per la scelta e il posizionamento del giusto device vascolare alla giusta persona assistita.

Analisi statistica

Per verificare il raggiungimento degli obiettivi, i dati verranno raccolti in un dataset Excel e poi analizzati con SPSS v. 22.0 (IBM® SPSS® Statistics, USA). Verranno avviate analisi di statistica descrittiva e inferenziale. Verranno eseguiti l'analisi del t test a campioni indipendenti per controllare la differenza nelle medie tra i giorni di richiesta di consulenza specialistica eseguita dagli infermieri di reparto e i medici curanti nei soggetti casi e il test dell'ANOVA ad una via con post hoc di Tukey. Verrà inoltre calcolato il rischio relativo (RR) e gli intervalli di confidenza (IC) tra i soggetti presi in carico proattivamente nel gruppo sperimentale e nel gruppo di controllo, in relazione all'outcome preservazione qualità delle vene e presenza di flebiti e stravasi. I risultati saranno considerati statisticamente significative con una p value <0.05.

RISULTATI ATTESI

Dall'elaborazione e l'analisi delle informazioni ottenute da questo studio si pensa di poter valutare l'efficacia clinico-assistenziale di uno strumento per la presa in carico proattiva del patrimonio venoso dei pazienti ospedalizzati.

Ci si aspetta di evidenziare che i soggetti presi in carico precocemente attraverso la *Vessel health and Preservation Scale* mantengano preservato il proprio patrimonio venoso. In particolare, ci si aspetta che gli infermieri del reparto riconoscano il ruolo chiave dello strumento e della sua applicabilità ed utilità clinico assistenziale nel valutare proattivamente la qualità delle vene dei propri assistiti. In tal senso, l'infermiere di reparto diventa responsabile della corretta gestione del patrimonio venoso, identificando i soggetti a rischio di diminuzione della qualità delle vene ed indirizzando tali assistiti verso specialisti nel posizionamento degli accessi vascolari.

Dai risultati dello studio, coerentemente a quanto presente in letteratura, ci si aspetta di verificare una sensibilizzazione degli infermieri alla gestione proattiva del patrimonio venoso e aumento della soddisfazione degli utenti partecipanti al progetto.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTO DI RICERCA		SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1	Pianificazione delle attività e avvio del progetto: revisione bibliografica allineamento del team di ricerca autorizzazione del comitato etico dell'azienda in cui svolgere il progetto	Project manager, coordinatore, team progetto	Gennaio - Aprile 2021

DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTO DI RICERCA		SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
2	**Indagine** Predisposizione materiali Arruolamento soggetti e somministrazione della *VHPs*	Team di progetto	Aprile - Luglio 2021
3	Elaborazione risultati Stesura, revisione, pubblicazione dell'articolo	Team di progetto	Giugno - Luglio 2021
4	**Stesura del Report finale:** Sintesi dei principali outcomes Scrittura del Report finale	Coordinatore, Team di progetto	Luglio – Settembre 2021
5	**Condivisione e diffusione**	Coordinatore, Team di progetto	Ottobre - Dicembre 2021

DIAGRAMMA GANTT

MESE	GEN 2021	FEBB 2021	MAR 2021	APR 2021	MAG 2021	GIU 2021	LUG 2021	AGO 2021	SET 2021	OTT 2021	NOV 2021	DIC 2021
Pianificazione delle attività e avvio del progetto: • revisione bibliografica • allineamento del team di ricerca • arruolamento delle strutture in cui svolgere il progetto												
Indagine • predisposizione materiali • somministrazione e raccolta questionari												
• Raccolta delle informazioni relative agli outcomes assistenziali												
Elaborazioni risultati												
Stesusa del Report finale: • Sintesi dei principali outcomes • Scrittura del report finale												
Condivisione e diffusione												

BIBLIOGRAFIA

1. Van Loon FHJ, Puijn LAPM, Houterman S, Bouwman ARA. Development of the A-DIVA scale: A clinical predictive scale to identify difficult intravenous access in adult patients based on clinical observations. Med (United States). 2016;95(16):1–8.
2. Civetta G, Cortesi S, Mancardi M, De Pirro A, Vischio M, Mazzocchi M, et al. EA-DIVA score (Enhanced Adult DIVA score): A new scale to predict difficult preoperative venous cannulation in adult surgical patients. J Vasc Access. 2019;20(3):281–9.
3. Sandström L, Forsberg A. Problems associated with performance of peripheral intravenous catheterization in relation to working experience. J Vasc Nurs. 2018;36(4):196–202.
4. Fiorini J, Venturini G, Conti F, Funaro E, Caruso R, Kangasniemi M, et al. Vessel health and preservation: An integrative review. Vol. 28, Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd; 2019. p. 1039–49.
5. Alexandrou E, Ray-Barruel G, Carr PJ, Frost S, Inwood S, Higgins N, et al. International prevalence of the use of peripheral intravenous catheters. J Hosp Med. 2015;10(8):530–3.
6. Hadaway L. Vascular access devices: meeting patient's needs. MEDSURG Nurs. 1999;8(5):296–303.

7. Walker E. Piloting a nurse-led ultrasound cannulation scheme. Br J Nurs. 2009;18(14):854–9.
8. Carr PJ, Rippey JCR, Budgeon CA, Cooke ML, Higgins N, Rickard CM. Insertion of peripheral intravenous cannulae in the emergency department: Factors associated with first-time insertion success. J Vasc Access. 2016;17(2):182–90.
9. Sebbane M, Claret PG, Lefebvre S, Mercier G, Rubenovitch J, Jreige R, et al. Predicting peripheral venous access difficulty in the Emergency Department using body mass index and a clinical evaluation of venous accessibility. J Emerg Med. 2013;44(2):299–305.
10. Tiwari MM, Hermsen ED, Charlton ME, Anderson JR, Rupp ME. Inappropriate intravascular device use: a prospective study. J Hosp Infect. 2011 Jun;78(2):128–32.
11. Larsen E, Keogh S, Marsh N, Rickard C. Experiences of peripheral IV insertion in hospital: a qualitative study. Br J Nurs. 2017;26(19):S18–25.
12. Cooke M, Ullman AJ, Ray-Barruel G, Wallis M, Corley A, Rickard CM. Not "just" an intravenous line: Consumer perspectives on peripheral intravenous cannulation (PIVC). An international cross-sectional survey of 25 countries. Young B, editor. PLoS One [Internet]. 2018 Feb 28;13(2):e0193436.
13. Blackburn PL. Vessel Health and Preservation : The Proactive Approach. In: Milan S, editor. Peripherally Inserted Central Venoous Catheters. 2014. p. 21–30.
14. Moureau NL, Trick N, Nifong T, Perry C, Kelley C, Carrico R, et al. Vessel health and preservation (Part 1): A new evidence-based approach to vascular access selection and management. J Vasc Access. 2012;13(3):351–6.
15. Moureau NL. Vessel Health and Preservation: The Right Approach for Vascular Access [Internet]. Vessel Health and Preservation: The Right Approach for Vascular Access. Springer International Publishing; 2019. 303 p.
16. Hallam C, Denton A, Weston V, Dunn H, Jackson T, Keeling S, et al. UK Vessel Health and Preservation (VHP) Framework: a commentary on the updated VHP 2020. J Infect Prev. 2020 Dec 14;1–9.
17. Jackson T, Hallam C, Corner T, Hill S. Right line, right patient, right time: every choice matters. Br J Nurs. 2013;22(8):S24–8.
18. Moureau NL, Chopra V. Indications for peripheral, midline and central catheters: summary of the MAGIC recommendations. Br J Nurs. 2016;25(8):S15–24.
19. Shaw SJ. Using the Vessel Health and Preservation framework to enhance vein assessment and vascular access device selection. Nurs Stand. 2017;31(46):50–61.
20. Hallam C, Weston V, Denton A, Hill S, Bodenham A, Dunn H, et al. Development of the UK Vessel Health and Preservation (VHP) framework : a multi-organisational collaborative. J Infect Prev. 2016;17(2):65–72.
21. Fiorini J, Piredda M, Zaghini F, Venturini G, Colella S, Conti F, et al. Vessel health and preservation: Development and validation of a proactive instrument. Collegian [Internet]. 2021.
22. Piredda M, Fiorini J, Facchinetti G, Biagioli V, Marchetti A, Conti F, et al. Risk factors for a difficult intravenous access: A multicentre study comparing nurses' beliefs to evidence. J Clin Nurs. 2019 Oct 1;28(19–20):3492–504.
23. Van Loon FHJ, van Hooff L, de Boer H, Koopman S, Buise M, Korsten H, et al. The Modified A-DIVA Scale as a Predictive Tool for Prospective Identification of Adult Patients at Risk of a Difficult Intravenous Access: A Multicenter Validation Study. J Clin Med. 2019;8(2):144.
24. Groll D, Davies B, Mac Donald J, Nelson S, Virani T. Evaluation of the psychometric properties of the phlebitis and infiltration scales for the assessment of complications of peripheral vascular access devices. J Infus Nurs. 2010;33(6):385–90.
25. Infusion Nurses Society. The 2016 Infusion Therapy Standards of Practice. Vol. 39, Journal of Infusion Nursing. 2016. 10–18 p.
26. Hammad R, Furbish C, Sweatman WM, Field-Fote EC. Lymphedema techniques to manage edema after SCI: a retrospective analysis. Spinal Cord [Internet]. 2018;56(12):1158–65.
27. Hogan MA. Medical-Surgical Nursing: Reviews & Rationales. 2nd Ed. Salt Lake City: Prentice Hall; 2007.
28. Chiricolo G, Balk A, Raio C, Wen W, Mihailos A, Ayala S. Higher success rates and satisfaction in difficult venous access patients with a guide wire-associated peripheral venous catheter. Am J Emerg Med. 2015 Dec 1;33(12):1742–4.

29. Hawes ML. A proactive approach to combating venous depletion in the hospital setting. J Infus Nurs. 2007;30(1):33–44.
30. Carr PJ, Higgins NS, Cooke ML, Mihala G, Rickard CM. Vascular access specialist teams for device insertion and prevention of failure. Cochrane Database Syst Rev. 2018;(3).
31. Weston V, Nightingale A, Loughlin CO, Ventura R. The implementation of the Vessel Health and Preservation framework. Br J Nurs. 2017;26(8):S18–22.
32. Burnett E, Hallam C, Curran ET, Weston V. Vessel Health and Preservation Framework: Use of the outcome logic model for evaluation. J Infect Prev. 2018;19(5):228–34.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ
THE FAMILY AND COMMUNITY NURSE PRACTITIONER

COORDINATORE PROGETTO
L. Tibaldi
A. Pennini
P. Badon

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.20

TITOLO PROGETTO

L'infermiere di famiglia e di comunità: studio mixed-method sull'implementazione della figura e sullo status professionale nel contesto italiano

The family and community nurse: mixed-method study on the implementation of the professional status in the italian context

ABSTRACT

Nell'anno 2000 l'OMS Europa, con la dichiarazione di Monaco, riprendeva gli indirizzi già emanati nel 1998 per potenziare la formazione degli Infermieri e delle Ostetriche per la promozione della salute dei cittadini europei con il documento *Health* 21[1] e promuovere la presenza dell'infermiere di famiglia e comunità [2]. L'infermiere di famiglia e comunità (IFC) è un professionista in possesso di specifico titolo universitario post base, competente a promuovere, prevenire e gestire i processi di salute individuali e della comunità, nonché a prendere in carico, per quanto di competenza, le persone nel loro ambiente familiare e di vita. L'IFC non è un professionista prestazionale che interviene a seguito di una prescrizione medica, ma ha in carico assistenziale un certo numero di cittadini, sani o malati, e lavora in modo proattivo, concentrando la sua azione sulla prevenzione e promozione della salute, sulla gestione efficace ed integrata delle reti multiprofessionali e multidisciplinari. Malgrado l'emanazione del Patto per la Salute 2019/2021, del successivo DL 34/2020 "Decreto Rilancio" e del *Position Statement* di FNOPI del luglio 2020, l'IFC è attivo in poche realtà italiane nonostante le potenzialità che questo professionista può offrire in termini di efficienza ed economicità dei processi di salute della popolazione: minor numero di ricoveri ospedalieri e gestione efficace e multidisciplinare dei bisogni di salute del singolo cittadino al suo domicilio[3]. C'è la necessità di comprendere lo stato di attivazione e di azione dell'IFC a livello nazionale e conoscere le modalità con cui le Regioni italiane hanno formalizzato ed organizzato l'attivazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità. L'obiettivo generale del progetto di ricerca è quello di descrivere le attuali modalità di inserimento della figura nel nostro Paese, le funzioni svolte e il relativo livello di autonomia. Per la realizzazione del presente studio *mixed-method*, è stato costruito un questionario anonimo per la raccolta dei dati necessari a confutare o confermare le ipotesi di ricerca, nonché un'intervista semistrutturata da sottoporre a testimoni privilegiati. Questo livello di conoscenza potrà fornire riflessioni utili al suo sviluppo nei contesti organizzativi e per la formazione.

ABSTRACT

It was 2000 when the WHO Europe with the Munich declaration, which took up the guidelines provided by the WHO Europe in 1998 with the document Health 21, invites the States to strengthen the training

1 Health21, *An Introduction to the Health for All Policy Framework for the WHO*, European Region Series, Isbn 92 890 1348 6 Issn 1012-7356.

2 WHO, *The Family Health Nurse: Context, Conceptual Framework and Curriculum*, WHO, Genève, 2000.

3 –MartÃnez-Riera JR, Carrasco RodrÃguez FJ. Family and community nursing,chronology of a specialty. Enferm Clin. 2019 Nov-Dec;29(6):352- 356. English,Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.09.011. Epub 2019 Oct 19. PMID: 31640940.

of Nurses and Midwives on health promotion issues and gave indications for the towns to promote the presence in the communities of family nurse practitioner (FNP). The FNP is the professional in possession of a specific post-basic university degree, competent in health promotion, prevention and participatory management of individual and community health processes, as well as in taking charge of people in their family and living environment. Therefore, he is not a performing professional: he does not intervene following a medical prescription, but he is a professional who takes care of a certain number of citizens, healthy or sick, and works proactively, focusing his action on prevention, health promotion, effective and integrated management of multi-professional and multidisciplinary networks. Despite the introduction of this professional profile into the Italian legislative landscape through the Health Pact of 2019/2021 and subsequent Legislative Decree 34/2020 "Relaunch Decree" and Position Statement of FNOPI in July 2020, the FNP is active in a few Italian Regions despite the potential that this professional can offer in terms of efficiency and cost-effectiveness of the health processes of the population: fewer hospital admissions and effective and multidisciplinary management of the health needs of the individual citizen at home. In this respect, there is a need to understand the state of the art currently present in the national context and to investigate the ways in which the Italian Regions have formalized and organized this professional role. In this regard, the general objective of the research project is to describe the current ways of introducing the role in our country, the functions performed and the relative level of autonomy. For the realization of this mixed-method study, an anonymous questionnaire was built to collect the data necessary to refute or confirm the research hypotheses, as well as a semi-structured interview to be submitted to privileged witnesses. This level of knowledge can provide useful reflections for its development in organizational contexts and for training.

BACKGROUND

L'infermiere di famiglia e comunità (IFC) si configura come un professionista in possesso di specifico titolo universitario post base, competente nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipata dei processi di salute individuali e della comunità, nonché nella presa in carico, dal punto di vista infermieristico, delle persone nel loro ambiente familiare e di vita[4]. Malgrado l'istituzionalizzazione nel panorama legislativo italiano del presente profilo professionale mediante il Patto per la Salute del 2019/2021, del successivo D.Legge 34/2020 "Decreto Rilancio" e dell'emanazione del *Position Statement* di FNOPI del luglio 2020 resta preponderante la presenza e la gestione da parte dei medici di medicina generale (MMG) e molti dei bisogni non sono presi in carico, perché i MMG e i PLS hanno altre funzioni cliniche e non possono occuparsi del coordinamento del percorso dei pazienti e delle loro famiglie[5]. L'ipotesi di ricerca è che la funzione dell'IFC sia implementata in maniera difforme sul territorio nazionale e con modalità prevalenti di dipendenza dalle indicazioni del MMG e prestazionali. L'attivazione dell'IFC con le caratteristiche delineate dall'OMS (2000) deve considerare la formazione di un professionista messo nelle condizioni di coordinare e agire con autonomia lavorativa all'interno dell'équipe multiprofessionale, per definire e condividere obiettivi e interventi sullo stesso nucleo di assistiti. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità deve lavorare con il MMG o il PLS, con gli assistenti sociali per condividere interventi e strategie per la gestione dei bisogni di persone caratterizzate da fragilità e disabilità, con gli psicologi e con altre figure professionali come i fisioterapisti ed i logopedisti[6]. Il lavoro in rete consente all'Infermiere di Famiglia e di Comunità, in collaborazione con gli altri professionisti, di individuare le risorse e le potenzialità del paziente, della famiglia, della comunità e dei servizi istituzionali sanitari e sociali. Questa modalità operativa pone al centro la persona con i suoi reali bisogni e convoglia nella rete tutte le forze, i mezzi e le strategie necessarie per offrire una risposta efficace alle reali necessità e desideri del paziente stesso, con un impatto positivo sulla *compliance* e sulla *concordance* dell'assistito stesso[7]. Le competenze richieste all'IFC sono molteplici: clinico-assistenziali, comunicativo-relazionali, e di ampia conoscenza della rete dei Servizi socio-sanitari disponibile sul territorio per creare connessioni ed attivare azioni di integrazione

4 Heale R, Dahrouge S, Johnston S, Tranmer JE. Characteristics of Nurse Practitioner Practice in Family Health Teams in Ontario, Canada. Policy Polit Nurs Pract. 2018 Aug-Nov;19(3-4):72-81.

5 Marcadelli S, Stievano A, Rocco G. Policy proposals for a new welfare: the development of the family and community nurse in Italy as the key to promote social capital and social innovation. Prim Health Care Res Dev. 2019 Jun 28;20:e109.

6 Johnson R, O'Brien T, Emerson S, Reed L. Perceptions of Family Nurse Practitioner Clinical Preceptors About Usefulness of Onsite Clinical Site Visits. Nurse Educ. 2017 Jan/Feb;42(1):51-54.

7 Hoyt KS, Proehl JA. Family Nurse Practitioner or Acute Care Nurse Practitioner in the Emergency Department? Adv Emerg Nurs J. 2015 Oct- Dec;37(4):243-6.

orizzontale e verticale tra servizi e professionisti a favore di una risposta sinergica, efficace ed efficiente ai bisogni di salute della comunità[8]. Altresì l'IFC deve adottare modelli per la gestione di malattie o disturbi cronici (come: il *Population Health Promotion Model*, *l'Expanded Chronic Care Model* e il *Population Health Management*) e progettare percorsi proattivi (Piani educativi) per sviluppare *selfcare* in un'ottica di *Care/Case management* come delineato dal Position Statement della Federazione Nazionale delle Professioni Infermieristiche[9] (FNOPI, 2020).

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

Descrivere lo stato dell'implementazione della figura dell'IFC in Italia e quali sono le attuali condizioni professionali e organizzative in cui opera in seguito all'attuazione del Patto per la Salute del 2019/2021 e successivo Decreto Legge 34/2020 "Decreto Rilancio" e del *Position Statement* di FNOPI.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Descrivere le modalità con cui è attualmente implementata la funzione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità nelle realtà organizzative italiane;
- Evidenziare i fattori che accomunano/differenziano le diverse esperienze in atto nel nostro Paese;
- Individuare gli strumenti e le risorse a disposizione dei professionisti sanitari che rivestono il ruolo in questione;
- Identificare il tipo di attività svolte dagli Infermieri di Famiglia e Comunità nelle differenti regioni italiane, nonché le figure professionali con le quali essi collaborano nello svolgimento del proprio lavoro;
- Descrivere alcuni aspetti relativi alla percezione di efficacia professionale e la percezione di *customer satisfaction* nell'implementazione del presente profilo professionale.

INDICATORI

- Numero di IFC che hanno risposto al questionario;
- Elementi chiave isolati come predittori di appropriatezza della funzione rispetto alla normativa e la letteratura professionale;
- Fattori che accomunano/differenziano le diverse esperienze sul territorio italiano.

METODOLOGIA

CAMPIONE

Sulla base delle finalità del presente studio *mixed-method* quantitativo-qualitativo, degli obiettivi e la non disponibilità di registri provinciali, regionali o nazionali per localizzare i destinatari della ricerca, per l'asse quantitativo è stato utilizzato un campionamento non probabilistico e di convenienza. Per l'asse qualitativo, attraverso l'intervista, si procederà a selezionare candidati significativi fino a saturazione dei dati.

Criteri di inclusione per l'asse quantitativo: infermieri con incarico lavorativo come "Infermiere di Famiglia e Comunità" attivo nelle 20 regioni italiane e province autonome di Trento e Bolzano, in possesso o meno di formazione specifica post base.

Criteri di esclusione per l'asse qualitativo: infermieri non inquadrati professionalmente come "Infermiere di Famiglia e di Comunità".

STRUMENTI, METODI DI INDAGINE E RACCOLTA DEI DATI

Predisposizione di due strumenti di raccolta dati necessari per sostenere gli obiettivi della ricerca, uno per l'asse quantitativo e uno per l'asse qualitativo.

Asse quantitativo: questionario anonimo da sottoporre agli IFC per la raccolta dei dati, costituito da 4 sezioni: socio-demografica, amministrativo-contrattuale, organizzativa ed efficacia professionale, quest'ultima composta da 5 affermazioni con grado di accordo/disaccordo a 7 punti su scala *Likert*.

Il questionario è stato costruito con "Moduli di Google®" e testato su un campione di 10 infermieri non

8 Finneran JM, Kreye JM. Empowering the novice family nurse practitioner: Promoting readiness to practice through immersion in an innovative educational strategy. J Am Assoc Nurse Pract. 2019 Nov 21.

9 FNOPI, Position Statement. L'infermiere Di Famiglia e di Comunità. 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunit%C3%A0.pdf.

coinvolti nella ricerca per usabilità, strutturazione dello strumento e chiarezza delle domande e opzioni di risposta. La somministrazione è basata sul metodo C.A.W.I. (*Computer Assisted Web Interviewing*) per la somministrazione telematica ed anonima per mezzo di un software in grado di raccogliere i dati della compilazione in tempo reale e organizzarli su un foglio di lavoro compatibile con Microsoft Excel®. Per disporre di indirizzi e-mail a cui inviare il questionario sono stati contattati gli Ordini provinciali delle Professioni Infermieristiche (OPI), dirigenti infermieristici responsabili di Direzione delle professioni sanitarie presso ULSS e Aziende Ospedaliere-Università, Coordinatori e docenti in corsi di Master attivati da Università italiane, Presidenti e componenti di Associazioni e Società infermieristiche. Il periodo dell'indagine va dal 1 gennaio al 30 maggio 2021. Saranno inviate e-mail con il link al questionario in tutte le 20 regioni italiane e province autonome di Trento e Bolzano. L'invio con email del link al questionario è accompagnato da una sintetica descrizione della ricerca e degli scopi, una dichiarazione della volontarietà alla partecipazione della *survey* e la garanzia dell'anonimato nel rispetto della legge sulla *privacy*.

Asse qualitativo: intervista semistrutturata contraddistinta da 11 domande e rivolta a 10 testimoni privilegiati. Le domande sono volte ad indagare il livello di applicazione dell'IFC, gli ostacoli riscontrati nell'introduzione del profilo oggetto di studio, nonché il modello professionale a suo sostegno.

ANALISI DEI DATI

Per ***l'asse quantitativo*** è prevista un'analisi dei dati per la in forma aggregata con l'ausilio di un software statistico - *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versione 25.0, impostando un livello di significatività di $p < 0.05$; analisi statistica quantitativa (frequenze, percentuali, media, mediana, deviazione standard) per i dati relativi alle caratteristiche socio-demografiche, amministrativo-contrattuali ed organizzative; analisi dei livelli di autoefficacia professionale dichiarati dai rispondenti; analisi univariata della varianza per confronti multipli (ANOVA *test post-hoc*) per individuare correlazioni tra le variabili socio-demografiche, amministrativo-contrattuali ed organizzative associate alla percezione di autoefficacia professionale.

Per l'asse qualitativo i dati raccolti con le interviste semistrutturate ai testimoni privilegiati saranno analizzati con approccio fenomenologico. I profili ottenuti dai questionari e dall'intervista semistrutturata saranno comparati con le linee di indirizzo dell'OMS (2000) e con il Position Statement della FNOPI (2020).

INDICAZIONI ETICHE

Per l'asse quantitativo: la compilazione del questionario da parte degli IFC è su base volontaria dopo informazione sullo scopo del progetto e della tutela della *privacy*. I partecipanti con "l'invio" dei dati dopo compilazione del questionario acconsentono all'utilizzo dei dati.

Per l'asse qualitativo: l'intervista semi-strutturata verrà somministrata da remoto in *video-call* e registrato. Il materiale verrà trascritto, anonimizzato e analizzato.

RISULTATI ATTESI

Il principale risultato atteso dal progetto è quello ampliare il livello di conoscenza sull'implementazione della figura dell'IFC in Italia dopo la sua introduzione a livello normativo e consentire di evidenziare eventuali *gap* esistenti tra quanto atteso dalla normativa e letteratura professionale, incluso il *Position Statement* emanato dalla FNOPI nel 2020. Inoltre, i dati della ricerca permetteranno di descrivere le caratteristiche professionali e organizzative in cui opera l'IFC ed evidenziare i fattori che accomunano/differenziano le diverse esperienze sul territorio nazionale. Il contributo derivante dalla realizzazione di questo progetto offrirà maggiori informazioni per definire i piani di studio dei corsi di *Master* universitario, avanzare ipotesi e strategie di miglioramento per favorire lo sviluppo e l'affermazione del profilo professionale e di intervento dell'IFC e l'introduzione di nuovi modelli organizzativi. Infine, sarà possibile impostare confronti e azioni di *benchmark* con le principali realtà internazionali sulle modalità e strategie di implementazione della figura.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ'	DURATA
Background e definizione metodi statistici per analisi ed elaborazione dati	Coordinator e project team	01/01/2021 - 15/01/2021
Predisposizione dello strumento di indagine e *pre-test*	Project managers e Coordinator	01/01/2021 - 15/01/2021

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ'	DURATA
Somministrazione questionario ed interviste ad esperti privilegiati	Project managers e Coordinator	15/01/2021 - 31/05/2021
Elaborazioni statistiche	Coordinator	01/05/2021 - 30/06/2021
Stesura report di ricerca	Project managers e Coordinator	01/06/2021 - 31/07/2021
Pubblicazione finale	Project managers e Coordinator	01/09/2021 - 31/10/2021
Chiusura progetto	Project managers	01/11/2021 - 31/12/2021

DIAGRAMMA GANTT

MESE	GEN 21	FEB 21	MAR 21	APR 21	MAG 21	GIU 21	LUG 21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DIC 21
Background e definizione metodi statistici per analisi ed elaborazione dati	■										
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	■										
Somministrazione questionari ed interviste ad esperti privilegiati	■	■	■	■	■						
Elaborazioni statistiche					■	■					
Stesura report di ricerca						■	■				
Pubblicazione finale								■	■		
Chiusura progetto										■	■

BIBLIOGRAFIA

1. Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. (1999). Journal of advanced nursing, 30(2), 280.
2. WHO, The Family Health Nurse: Context, Conceptual Framework and Curriculum, WHO, Genève, 2000.
3. Ministero della Salute. Piano Nazionale Cronicità¸ 2016.
4. South J. et al., An Evidence-Based Framework on Community Centered Approaches for Health, England, UK, PublicHealth Promotion International, 2017.
5. MartÃnez-Riera JR, Carrasco RodrÃguez FJ. Family and community nursing, chronology of a specialty. Enferm Clin. 2019 Nov-Dec;29(6):352- 356. English, Spanish.
6. Heale R, Dahrouge S, Johnston S, Tranmer JE. Characteristics of Nurse Practitioner Practice in Family Health Teams in Ontario, Canada. Policy Polit Nurs Pract. 2018 Aug-Nov;19(3-4):72-81.
7. Marcadelli S, Stievano A, Rocco G. Policy proposals for a new welfare: the development of the family and community nurse in Italy as the key to promote social capital and social innovation. Prim Health Care Res Dev. 2019 Jun 28;20:e109.
8. Johnson R, O'Brien T, Emerson S, Reed L. Perceptions of Family Nurse Practitioner Clinical Preceptors About Usefulness of Onsite Clinical Site Visits. Nurse Educ. 2017 Jan/Feb;42(1):51-54.
9. Hoyt KS, Proehl JA. Family Nurse Practitioner or Acute Care Nurse Practitioner in the Emergency Department? Adv Emerg Nurs J. 2015 Oct- Dec;37(4):243-6.

10. Finneran JM, Kreye JM. Empowering the novice family nurse practitioner: Promoting readiness to practice through immersion in an innovative educational strategy. J Am Assoc Nurse Pract. 2019 Nov 21.
11. FNOPI, Position Statement. L'infermiere di Famiglia e di Comunità. 2020.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

EFFETTO DEL DIARIO IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

COORDINATORE PROGETTO
O. Gawronski

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.21

TITOLO PROGETTO

Effetto del diario di Terapia Intensiva sulla Pediatric Post-Intensive Care Syndrome del bambino/adolescente e sui loro caregiver: studio pilota

Effect of the Intensive Care daily records on the Pediatric Post-Intensive Care Syndrome of the child/adolescent and on their caregivers: A pilot study

ABSTRACT

Background: la malattia critica di un bambino può evolversi nella Post Intensive Care Syndrome in pediatrics o PICS-p, ovvero l'insieme di sequele fisiche, psicologiche, sociali che inficiano il ritorno allo status precedente 'evento critico. L'utilizzo dei diari di Terapia Intensiva (TI) può influire positivamente sul rischio della PICS dei pazienti adulti ricoverati in TI e dei loro caregiver.

Obiettivi: determinare il possibile effetto del diario narrativo di Terapia Intensiva Pediatrica (TIP) sugli esiti di: 1) ansia, PTSD e qualità di vita dei bambini/adolescenti dimessi dalla TIP; 2) ansia, depressione e PTSD dei loro genitori/caregiver dopo la dimissione dal ricovero in TIP.

Materiali e metodi: Studio sperimentale monocentrico, prospettico, controllato con randomizzazione dei pazienti al gruppo di intervento ('diario') e al gruppo di controllo ('non diario'). Lo studio avrà una durata totale di 12 mesi. La popolazione oggetto di studio è costituita da pazienti ricoverati in TIP (DEA, Area Rossa) dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Il campione sarà di 36 pazienti randomizzati per sesso ed età. Il follow up dei pazienti e dei loro genitori sarà svolto a distanza di 1 e 3 mesi dalla dimissione dalla TIP.

Risultati attesi: il risultato atteso è quello di ottenere livelli più bassi di ansia, depressione e stress nei caregiver e livelli più bassi di ansia e stress e una migliore qualità di vita nei bambini che hanno utilizzato il diario durante la degenza in TIP.

Parole chiave: Diario, PICS-p, ansia, depressione, PTSD, Qualità di vita; Terapia Intensiva Pediatrica, area critica.

ABSTRACT

Background: children's critical illness can evolve into the Post Intensive Care Syndrome in pediatrics or PICS-p, affecting the physical, psychological, social well-being of children discharged from PICUs. The use of Intensive Care Unit (ICU) diaries was found to positively affect the risk of Post Intensive Care Syndrome among adult patients admitted to the ICU and their caregivers. Objectives: to determine the effect of the PICU diary on the following outcomes: 1) anxiety, Post Traumatic Stress Disease (PTSD) and quality of life of children/adolescents discharged from PICU; 2) anxiety, depression and PTSD of their parents/caregivers; 3) parent's satisfaction with the PICU admission.

Materials and tools: Single-center, prospective, experimental, randomized controlled study. Patients will be randomized to the intervention group ("diary") and to the control group ("non diary"). The study will last 12 months. The population under study will be admitted to the Emergency Department PICU (Area Rossa,

Dipartimento di Emergenza) of the Bambino Gesù Children's Hospital in Rome. A sample of 36 patients will be randomized by gender and age. The patient and parent follow-up will be performed at 1 and 3 months after the child's discharge from PICU.

Expected results: we expect to obtain lower levels of anxiety, depression and stress in caregivers and lower levels of anxiety and stress and a higher quality of life in children who used the diary during the PICU admission.

Key words: Diary, PICS-p, anxiety, depression, PTSD, Quality of life; Pediatric Intensive Care, critical care.

BACKGROUND

I progressi della scienza e della tecnologia hanno notevolmente ridotto nell'ultima decade il tasso di mortalità conseguente al ricovero in Terapia Intensiva Pediatrica (TIP)(1). Pertanto l'attenzione dei ricercatori e dei clinici si è spostata sugli outcome conseguenti al ricovero in TIP che vertono sulla morbilità organica e psicologica.

Nella letteratura dell'adulto, da anni si parla di Post Intensive Care Syndrome (PICS) per descrivere l'insieme di sequele fisiche e psicologiche che inficiano il ritorno allo status precedente il ricovero in Terapia Intensiva (TI) (2). Alcuni studi recenti descrivono la morbilità conseguente al ricovero in TIP fino alla formulazione del "PICS in pediatrics" o PICS-p. La popolazione compresa in questo paradigma sono i neonati, bambini e gli adolescenti tipicamente assistiti nell'ambiente di TIP.

Il framework PICS-p parte dal presupposto che la malattia critica di un bambino si verifica nell'età evolutiva, influenzando notevolmente il recupero psico-fisico. Questo, a sua volta, può influire sulla qualità di vita del bambino per decenni. Le risposte dei membri della famiglia possono, a loro volta, influenzare gli esiti di bambini sopravvissuti a malattie critiche. Inoltre, l'intero nucleo familiare, che include i genitori e spesso i fratelli, risente del ricovero, riportando esiti psico-sociali inattesi (3).

Numerosi studi hanno valutato i livelli di ansia, depressione e Sindrome da Stress Post Traumatico (Post Traumatic Stress Disease - PTSD) nei bambini/adolescenti alla dimissione dal ricovero in TIP e nei loro genitori. L'incidenza della PTSD nei bambini dimessi da TIP è tra il 12% e il 32% (4–6). Una revisione condotta da Abela et al. nel 2019 suggerisce che i genitori di bambini in condizioni critiche che richiedono l'ammissione in TIP manifestano una vasta gamma di risposte fisiche, emotive e psicologiche che possono persistere per anni dopo la dimissione dalla TIP (7). Nei genitori l'incidenza di ansia oscilla tra il 23% e il 29%; la depressione nei genitori è tra l'8% e il 15%, mentre l'incidenza di PTSD oscilla dal 12% al 42% (6,8).

Nella letteratura dell'adulto è stato dimostrato come l'utilizzo dei diari di TI possa influire positivamente sul rischio della PICS dei pazienti ricoverati in TI e dei loro caregiver. Il diario di TI è uno strumento che consente ad operatori sanitari che assistono il paziente in TI e ai relativi caregiver di "raccontare" la degenza in modo tale da aiutare il paziente a ricostruire gli eventi susseguitisi mentre egli era intubato e sedato (9). Ciò permette ai pazienti di superare il conseguente gap di memoria incidendo positivamente sui livelli di ansia e depressione. È stato inoltre dimostrato che questo strumento migliora anche gli outcome dei caregivers, riducendo i livelli di ansia, depressione e la PTSD (10).

In ambito pediatrico il diario è utilizzato soprattutto nei paesi anglosassoni. Una survey condotta in UK e Irlanda ha riportato che il 43% delle TIP fornisce il diario ai bambini ricoverati. Il diario è stato descritto dai caregivers come uno strumento utile per riempire i vuoti di memoria, per fornire una spiegazione di cosa è successo e per coinvolgere i familiari nella cura. Inoltre il diario in TIP è stato utilizzato dalle famiglie come un mezzo per comunicare in modo diverso con gli operatori sanitari che si prendono cura del loro bambino (11).

In letteratura due soli studi hanno riportato esperienze di utilizzo di tale strumento in pediatria, descrivendone il significato (12), la fattibilità e la percezione (13). I risultati emersi sono incoraggianti per continuare a implementare il diario nelle TIP in quanto sembra avere un effetto positivo sull'intero nucleo familiare. Dopo il ricovero, lo strumento ha assunto spesso la funzione di "catalizzatore" consentendo al genitore di approcciarsi al bambino per spiegargli cosa è successo in TIP (12). Nessuno studio, alla luce delle nostre conoscenze attuali, ha valutato se il diario ha un impatto sulla PICS-p dei bambini, l'ansia, la depressione e la PTSD dei caregiver dopo la dimissione da una TIP.

Uno studio pilota condotto presso l'OPBG ha implementato il diario di TIP nella U.O. Area Rossa afferente al DEA, i risultati preliminari ne dimostrano la fattibilità e la fruibilità. I genitori riportano che il diario è uno strumento utile per esternare le proprie emozioni, per ricostruire il ricordo nel bambino e per migliorare il rapporto di fiducia tra i membri dello staff della TIP e la famiglia.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo di questo studio è determinare il possibile effetto del diario narrativo di Terapia Intensiva sulla Pediatric Post Intensive Care Syndrome (PICS-p).

OBIETTIVI SPECIFICI

- determinare l'effetto del diario TIP sugli esiti di ansia, PTSD e qualità di vita dei bambini/adolescenti dimessi dalla TIP;
- determinare l'effetto del diario sugli esiti di ansia, depressione e PTSD dei loro genitori/caregiver dopo la dimissione dei loro figli dal ricovero in TIP;
- determinare la soddisfazione percepita delle cure dei caregivers principali alla dimissione dalla TIP;
- determinare la soddisfazione dei genitori e dei professionisti rispetto all'intervento e l'applicabilità delle scale di misurazione degli esiti utilizzate.

INDICATORI

- Realizzazione del percorso formativo ed informativo rivolto al team di TIP;
- Arruolamento >90% dei pazienti eleggibili;
- Riunioni mensili realizzate con i componenti dell'equipe medico-infermieristica dell'U.O

Area Rossa per migliorare l'aderenza all'intervento;

- Numero di inserimenti da parte dei genitori/caregivers e dei professionisti sul totale delle giornate di diario in TIP. L'aderenza attesa sarà di almeno un inserimento al giorno da parte di un professionista e del genitore;
- Valutazione della soddisfazione del ricovero in TIP alla dimissione in >80% dei genitori arruolati;
- Valutazione della soddisfazione rispetto all'intervento in >80% dei professionisti della TIP;
- Realizzazione del follow up dei caregivers e pazienti arruolati (>80%) nei tempi previsti a 1 e 3 mesi dalla dimissione delle seguenti misure di esito:
  - PTSD del bambino e del genitore/caregiver principale;
  - ansia e depressione del genitore/caregiver principale;
  - qualità di vita e ansia del bambino;
  - soddisfazione del genitore/caregiver rispetto all'intervento.

METODOLOGIA

DISEGNO DI STUDIO

Studio pilota no profit, monocentrico, prospettico, sperimentale non farmacologico, controllato con randomizzazione dei pazienti da assegnare al gruppo di intervento e al gruppo di controllo: rispettivamente Gruppo "diario" e Gruppo "non diario".

Lo studio avrà una durata totale di 12 mesi. L'arruolamento dei pazienti avrà una durata di 6 mesi.

POPOLAZIONE

La popolazione oggetto di studio è costituita da pazienti ricoverati in Terapia Intensiva Pediatrica (DEA ARCO, Area Rossa) dell'OPBG Bambino Gesù di Roma. Il campione sarà di circa 36 pazienti divisi in due gruppi: 18 appartenenti al Gruppo "diario" e 18 appartenenti al Gruppo "non diario". Il campione sarà ulteriormente stratificato in tre gruppi per fascia di età:

- età <8 anni;
- età ≥8-<13anni;
- età ≥13-<18 anni.

RACCOLTA DATI

Strumenti:

- Diario narrativo: quaderno con copertina rigida e fogli a righe lasciato al letto del paziente su cui i genitori, i principali caregivers, i professionisti o altri visitatori potranno scrivere lettere, pensieri, riportare eventi relativi al ricovero del bambino/adolescente, allegare disegni o fotografie da dedicare al paziente durante il ricovero in TIP.

Procedura di arruolamento:

Al fine di arruolare il numero di partecipanti che permetterà di raggiungere la numerosità prevista nei tempi stabiliti, un membro del team di ricerca attuerà un colloquio informativo con i caregiver dei bambini/adolescenti che rispondono ai criteri di inclusione, descrivendo la finalità, le caratteristiche dell'intervento, gli esiti misurati e la rilevanza dello studio. Se i genitori acconsentiranno a partecipare al progetto, sarà loro richiesta la sottoscrizione del consenso informato. Il genitore sarà inoltre informato del processo

di randomizzazione per il quale il diario sarà dato alla metà dei pazienti arruolati, con un processo di assegnazione al gruppo sperimentale e di controllo, secondo randomizzazione stratificata per sesso e per fascia di età (<8anni, ≥8-<13 anni, ≥13-18 anni) generata da software con rapporto di allocazione 1:1.

PROCEDURE:

- All'avvio del progetto, tutti i medici e gli infermieri dell'Area Rossa saranno informati della finalità e modalità di intervento prevista dal progetto tramite incontri informativi dedicati, in presenza o tramite piattaforma Zoom.
- Dopo la sottoscrizione del consenso informato i genitori o principali careviger saranno informati dell'esito della randomizzazione. Lo sperimentatore principale e i suoi collaboratori non conosceranno a priori l'assegnazione dei partecipanti al gruppo sperimentale o di controllo. Gli sperimentatori saranno invece informati circa l'allocazione di ciascun paziente e i partecipanti saranno informati della loro allocazione dato che per il gruppo di studio è prevista l'applicazione del diario.
- Al genitore o principale caregiver che a seguito della randomizzazione sarà inserito nel gruppo di intervento sarà nuovamente illustrata la modalità di utilizzo del diario, che sarà collocato al letto del paziente.
- Ogni contenuto inserito sul diario andrà datato e firmato. La partecipazione al progetto sarà volontaria.
- Ai genitori/caregivers e ai professionisti sarà consigliato di scrivere quotidianamente o almeno una volta per turno.
- Al momento della dimissione dalla TIP, il diario sarà consegnato ai genitori/caregiver.
- Il diario sarà collocato al letto del paziente da parte di un membro del team di ricerca.
- Alla dimissione dalla TIP, un componente del team di ricerca effettuerà una copia del diario che, come da consenso informato, sarà utilizzata per l'analisi dei dati.
- Il confronto sarà eseguito con i bambini/adolescenti che non ricevono il diario durante la degenza in U.O. Area Rossa.

Gli endpoint primari che lo studio andrà a valutare sono i seguenti:

- PTSD del bambino e del genitore/caregiver principale a 1 e 3 mesi dalla dimissione;
- ansia e depressione del genitore/caregiver principale a 1 e 3 mesi dalla dimissione;
- qualità di vita e l'ansia del bambino a 1 e 3 mesi dalla dimissione.

Gli endpoint secondari che lo studio andrà a valutare sono:

- la soddisfazione percepita delle cure dai caregiver alla dimissione dalla TIP;
- la soddisfazione dei genitori e dei professionisti rispetto all'intervento e l'applicabilità delle scale di misurazione degli esiti utilizzate.

Per la valutazione degli endpoint descritti, saranno utilizzate le seguenti scale di esito con la modalità che il genitore/caregiver e il bambino preferiscono (colloquio face to face, intervista su piattaforma Zoom, intervista telefonica).

***Bambino**:*

- Per valutare la Post Traumatic Stress Disease sarà utilizzata la Scala di valutazione dell'impatto di un evento stressante sui bambini- Revised Child Impact of Event Scale – (R CRIES 8), già validata in italiano. (14,15).
- Per valutare la Qualità di vita sarà utilizzata la scala validata in italiano Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)(16).
- Per valutare l'Ansia sarà utilizzata la scala validata in italiano Generalized Anxiety Disorder–7 scale (GAD-7) (17).

Genitore:

- Per valutare la Post Traumatic Stress Disease sarà utilizzata la scala validata in Italiano Post Traumatic Stress Disease Checklist for DSM-5 (PCL-5) (18).
- Per valutare la Depressione sarà utilizzata la scala validata in italiano Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). (19,20).
- Per valutare l'Ansia sarà utilizzata la scala validata in italiano Generalized Anxiety Disorder–7 scale (GAD-7).

Per valutare la Soddisfazione delle cure sarà utilizzata la scala validata in italiano EMpowerment of PArents in The Intensive Care (**EMPATHIC-P**). (21,22).

Trattamento ed elaborazione

Per le caratteristiche demografiche-sociali del soggetto e per tutti gli item raccolti verranno analizzate le statistiche descrittive; saranno calcolate, mediana, intervallo interquartile e range per le variabili continue, proporzioni e intervalli di confidenza al 95% per le variabili categoriali. Le differenze fra proporzioni

verranno valutate con il test del chi quadro o con il test esatto di Fisher, mentre il test di Wilcoxon-Mann-Whitney verrà usato per le variabili continue (il valore di $p < 0.05$ verrà considerato come statisticamente significativo).

Aspetti etici

La sperimentazione verrà condotta in conformità ai principi etici e ai principi di buona pratica clinica. Il protocollo è stato sottoposto all'approvazione del Comitato Etico. Saranno illustrati al genitore/caregiver partecipante l'informativa sulla tutela della privacy per sé e per il minore. Il genitore/caregiver sarà informato sullo studio, sulle modalità di randomizzazione e sul follow-up prima di procedere all'acquisizione del consenso informato per la partecipazione allo studio per sé e per il figlio minore.

Allo stesso modo anche il personale sanitario che parteciperà al progetto sarà adeguatamente informato prima di compilare e firmare l'informativa sulla privacy e il consenso informato.

Interpretazione dei risultati

I dati raccolti relativi al percorso di implementazione del diario, i dati clinici relativi al ricovero del paziente, i dati di follow up del bambino/adolescente e del genitore o caregiver verranno trattati sempre complessivamente; il paziente non verrà mai identificato direttamente. La randomizzazione dei pazienti sarà effettuata con Excel. La raccolta dati e la condivisione dei risultati manterranno sempre riservate e confidenziali le informazioni sui dati personali dei soggetti eleggibili, prima, durante e dopo lo studio.

Modelli di diffusione dei risultati

I dati dello studio saranno resi disponibili attraverso la pubblicazione di un articolo scientifico prevedibilmente entro 4 mesi dalla fine dello studio. I risultati saranno diffusi anche tramite la partecipazione a congressi nazionali ed internazionali.

RISULTATI ATTESI

Indicatori della qualità scientifica: 1 pubblicazione scientifica su rivista con impact factor.

Rilevanza: Questo studio pilota sarà propedeutico ad un successivo trial clinico per la sperimentazione dell'effetto del diario narrativo in terapia intensiva pediatrica. Le conoscenze generate da questo studio sull'impatto del diario sugli esiti della PICS-p sarà essenziale per progettare i metodi e la numerosità campionaria di un successivo trial clinico su questo tema. Infatti, nel nostro contesto non vi sono evidenze sull'incidenza degli esiti della PICS-p su cui basare il calcolo della numerosità campionaria. Questo studio sarà inoltre sarà l'opportunità per valutare la fattibilità dell'intervento e del follow up dei genitori e dei pazienti arruolati. Al momento l'assenza di evidenze sull'effetto del diario in TIP costituisce un rilevante gap della letteratura scientifica che questo progetto si propone di colmare.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo e costituzione gruppo di lavoro	Coordinatori –Project manager	Marzo 2021
Revisione bibliografia	project team e collaboratori	Marzo 2021
Predisposizione domanda Comitato Etico	Coordinatori e project team	Marzo 2021
Percorso autorizzativo presso il centro partecipante	Referenti centri partecipanti e Coordinatori	Marzo 2021
Formazione personale	Project team	Marzo 2021
Predisposizione materiale cartaceo (diari e consensi)	Project team	Aprile 2021
Raccolta dati	Collaboratori	Maggio-Ottobre 2021
Conduzione follow-up	Coordinatori –Project manager	Giugno-Gennaio 2022

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi statistica dei dati	Consulenti	Gennaio –febbraio 2022
Discussione dei risultati con il gruppo di lavoro e Presentazione pubblica dei risultati	Project Manager, Coordinatori e project team	Marzo 2022
Stesura report di ricerca	Project team, coordinatori	Marzo 2022
Pubblicazione sullo studio	Project Manager e Coordinatori e project team	Maggio 2022

DIAGRAMMA GANTT

MESE	MAR 21	APR 21	MAG 21	GIU 21	LUG 21	AGO21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DIC 21	GE 22	FEB 22	MAR 22	MAG 22
Analisi di sfondo e costituzione gruppo di lavoro	■													
Revisione bibliografia	■													
Predisposizione domanda Comitato Etico		■												
Percorso autorizzativo presso il centro partecipante		■												
Formazione del personale		■												
Predisposizione materiale cartaceo		■												
Raccolta dati		■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Conduzione follow-up			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Analisi statistica dei dati												■	■	■
Discussione dei risultati con il gruppo di lavoro e Presentazione pubblica degli strumenti sviluppati													■	■
Stesura report di ricerca													■	■
Pubblicazione sullo studio														■

1. Pollack MM, Holubkov R, Funai T, Clark A, Berger JT, Meert K, et al. Pediatric Intensive Care Outcomes: Development of New Morbidities During Pediatric Critical Care*. Pediatr Crit Care Med. novembre 2014;15(9):821–7.
2. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference*. Crit Care Med. febbraio 2012;40(2):502–9.
3. Manning JC, Pinto NP, Rennick JE, Colville G, Curley MAQ. Conceptualizing Post Intensive Care Syndrome in Children—The PICS-p Framework. Pediatr Crit Care Med. 2018;3.
4. Nelson LP, Lachman SE, Li SW, Gold JI. The Effects of Family Functioning on the Development of

Posttraumatic Stress in Children and Their Parents Following Admission to the PICU*: Pediatr Crit Care Med. aprile 2019;20(4):e208–15.

5. Rees G, Gledhill J, Garralda ME, Nadel S. Psychiatric outcome following paediatric intensive care unit (PICU) admission: a cohort study. Intensive Care Med [Internet]. agosto 2004 [citato 7 dicembre 2020];30(8). Available at: http://link.springer.com/10.1007/s00134-004-2310-9.
6. Colville G, Pierce C. Patterns of post-traumatic stress symptoms in families after paediatric intensive care. Intensive Care Med. settembre 2012;38(9):1523–31.
7. Abela KM, Wardell D, Rozmus C, LoBiondo-Wood G. Impact of Pediatric Critical Illness and Injury on Families: An Updated Systematic Review. J Pediatr Nurs. marzo 2020;51:21–31.
8. Bronner MB, Kayser A-M, Knoester H, Bos AP, Last BF, Grootenhuis MA. A pilot study on peritraumatic dissociation and coping styles as risk factors for posttraumatic stress, anxiety and depression in parents after their child's unexpected admission to a Pediatric Intensive Care Unit. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. dicembre 2009;3(1):33.
9. Ewens B, Chapman R, Tulloch A, Hendricks JM. ICU survivors' utilisation of diaries post discharge: A qualitative descriptive study. Aust Crit Care. febbraio 2014;27(1):28–35.
10. McIlroy PA, King RS, Garrouste-Orgeas M, Tabah A, Ramanan M. The Effect of ICU Diaries on Psychological Outcomes and Quality of Life of Survivors of Critical Illness and Their Relatives: A Systematic Review and Meta-Analysis. Crit Care Med. febbraio 2019;47(2):273–9.
11. Lynch F, Endacott R, Latour JM. Patient diaries: Survey of paediatric intensive care units in the United Kingdom and Ireland. Nurs Crit Care. gennaio 2020;25(1):31–6.
12. Mikkelsen G. The meaning of personal diaries to children and families in the paediatric intensive care unit: A qualitative study. Intensive Crit Care Nurs. aprile 2018;45:25–30.
13. Herrup EA, Wieczorek B, Kudchadkar SR. Feasibility and Perceptions of PICU Diaries. Pediatr Crit Care Med. 2018;8.
14. Colville G , Pierce C. Patterns of post-traumatic stress symptoms in families after paediatric intensive care. Intensive Care Med.2012;38(9):1523-31.
15. https://www.childrenandwar.org/wp-content/uploads/2019/06/IES-8-Italian-vers.-tradotta-2010.pdf.
16. Varni J W , Seid M, Kurtin P S. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Med Care.2001 ;39(8):800-12.
17. Robert L Spitzer 1, Kurt Kroenke, Janet B W Williams, Bernd Löwe. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006; 166(10):1092-7.
18. Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for *DSM-5* (PCL-5).
19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 1999;282:1737-44.
20. MacArthur JD, MacArthur CT, MacArthur Foundation's Initiative on Depression & Primary Care. Depression management tool kit 2009.
21. Wolfler A, Giannini A, Finistrella M, Salvo I, Calderini E, Frasson G, Dall'Oglio I, Di Furia M, Iuzzolino R, Musicco M, Latour JM. EMpowerment of PArents in THe Intensive Care Questionnaire: Translation and Validation in Italian PICUs. Pediatric Critical Care Medicine. 2017; 18-2.
22. Latour JM, Duivenvoorden HJ, Tibboel D, et al; EMPATHIC Study Group: The shortened EMpowerment of PArents in THe Intensive Care 30 questionnaire adequately measured parent satisfaction in pediatric intensive care units. J Clin Epidemiol 2013; 66:1045–1050.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

INFERMIERE SPECIALISTA CLINICO E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

COORDINATORE PROGETTO
C. Matera
S. Savini
D. Monaco

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.22

TITOLO PROGETTO

Il Clinical Specialist Nurse nella gestione delle Lesioni da Pressione Croniche attraverso la consulenza infermieristica informatizzata

The Clinical Specialist Nurse and the management of pressure injuries through computerized nursing consultancy

ABSTRACT

Background: L' infermiere specialista clinico in Wound Care (CNSwc), esercita competenze specifiche nell'area assistenziale clinica, di ricerca e della prevenzione mediante la gestione di una rete Ospedale-Territorio; attraverso lo strumento della consulenza infermieristica informatizzata. Il CNSwc agisce nei settori assistenziali, organizzativi e gestionali ove le competenze clinico manageriali risultano ormai necessarie per realizzare un'assistenza sanitaria orientata all'utente (Dlgs 43/2006; legge 190/2014 comma 566).

Nella politica sanitaria della Asl Roma4, la gestione delle lesioni da pressione rappresenta un obiettivo centrale, esplicitato anche mediante l'attuazione di protocolli a governance del CNSwc. La risposta assistenziale alle lesioni da pressione può trovare soluzione nell'ambito della rete Ospedale Territorio gestita dal CNSwc al fine di raggiungere livelli di integrazione assistenziale e continuità nel trattamento e migliorare gli esiti clinici in termini di riparazione tissutale, qualità di vita e customer satisfaction per il servizio erogato.

Obiettivo generale: Implementare la figura del CNSwc nel setting Ospedale-Territorio attraverso la consulenza infermieristica informatizzata dei pazienti affetti da lesioni da pressione nei poli ospedalieri e distretti della ASL Roma 4.

Obiettivi specifici:

1. Mappare e gestire in maniera avanzata i pazienti affetti da LDP ad opera del CNSwc.
2. Rilevare i livelli di riparazione tissutale, qualità di vita e customer satisfaction nel paziente affetto da lesioni da pressione croniche alla presa in carico (T0) e a 6 mesi (T1).

Metodologia: Studio di tipo quantitativo- descrittivo correlazionale longitudinale con verifica dei dati inerenti il Wound Healing a T0 e a T1 dall'implementazione del CNSwc e la consulenza informatizzata.

Strumenti:

- Questionario socio-demografico.
- Scheda clinica attestante la lesione cronica e le comorbidità.
- WHOQOL BRIEF.
- Push Tool 3.0 a T0 e T1 (Berlowitz D.R., 2005) (NPUAP, 2009).
- Scheda di Braden (Sardo, P. 2015).
- Scala valutazione anatomo fisiologica N.P.U.A.P. (2009).
- Scheda medicazioni.
- Customer Satisfaction, Unipolar Satisfaction Thermometer.

Risultati attesi: Dallo studio ci si attende di verificare che il contributo del CNSwc attraverso la consulenza infermieristica nella gestione delle LDP possa determinare esiti positivi in termini di riparazione tissutale

(Wound Healing), qualità di vita e soddisfazione nei pazienti affetti da LDP in trattamento nel setting Ospedale-Territorio.

ABSTRACT

Background: Clinical Nurse Specialist in wound care (CNSwc) has specific skills in clinical care, research and prevention areas through the management of hospital-territory network by the instrument of computerized nursing consultancy. The CNSwc acts in care, organizational and management sectors and he has clinical and managerial skills that are important to oriented healthcare services (Dlgs 43/2006; legge 190/2014 comma 566). In the health policy of ASL Roma 4, the management of pressure injuries is a central objective, also implemented through governance protocols by CNSwc. The care response to pressure injuries can be managed by CNSwc in the Territory-Hospital network, in order to achieve integration and continuity between hospital and territory and to improve clinical outcomes in terms of Wound Healing, Quality of Life and satisfaction.

General objective Management of pressure injuries through the CNSwc using the instrument of computerized nursing consultancy in the hospital and districts Rome 4 ASL.

Specific objectives

1. To map and to manage patients affected by pressure injuries to CNSwc.
2. To detect level of Wound Healing, Quality of Life (QdV) and customer satisfaction in patients with pressure injuries at T0, T1 (6 months).

Methodology Quantitative-descriptive longitudinal study and data collection at T0 and following at T1 from the patient involvement and computerized nursing consultancy.

Questionnaire

- Demographic questionnaire.
- Clinical records to survey presence of pressure injuries and comorbidities
- WHOQOL BRIEF.
- Push Tool 3.0 a T0 e T1 (Berlowitz D.R., 2005) (NPUAP, 2009).
- Braden scale (Sardo, P. 2015).
- Anatomical physiological evaluation scale N.P.U.A.P. (2009).
- Dressing and medication records.
- Customer Satisfaction, Unipolar Satisfaction Thermometer.

Results The CNSwc's implementation and computerized nursing consultancy will determine improvement of clinical outcomes on pressure injuries in terms of tissue repair (Wound Healing), Quality of life and satisfaction.

BACKGROUND

Le lesioni da pressione (LdP) rappresentano una condizione di compromissione dell'integrità cutanea, rappresentando un esempio di evento avverso. La loro comparsa può rallentare il recupero funzionale e comportare complicanze di natura infettiva, nonché determinare la comparsa di dolore e prolungare la degenza ospedaliera (1).

La presenza di ulcere da pressione è riconosciuta come fattore prognostico sfavorevole che si associa ad aumento della morbilità e della mortalità (2-3).

La prevalenza delle lesioni da pressione varia in rapporto all'ambiente in cui il soggetto vive o viene assistito ed alla concomitanza di particolari patologie o morbilità. Da studi epidemiologici condotti si evince che l'incidenza e la prevalenza delle lesioni da pressione variano a seconda delle popolazioni osservate.

Negli USA colpiscono circa 1,5 – 3 milioni di persone, nel 70% dei casi con età superiore ai 70 anni, comportando una spesa sanitaria annua di circa 5 miliardi di dollari (4). È stato rilevato che un 20-25% di posti letto ospedalieri sono occupati da pazienti con ulcere da pressione e che il 60-80% di questi pazienti ha sviluppato questo tipo di lesione durante il ricovero in ospedale (5). In Italia i tassi di prevalenza variano dal 4,7% al 32,1% in ambito ospedaliero e si attestano intorno al 22% nelle persone assistite nelle case di riposo (6), il tasso di prevalenza però, non è associabile ad un'adeguata risposta in termini di applicazione di misure preventive, adottate infatti, solo nel 9,4% dei casi (7).

Uno Studio nazionale di prevalenza, pubblicato nel 2004 e condotto nell'ambito di uno studio pilota europeo, ha osservato 13.081 persone ricoverate in 24 strutture ospedaliere, rilevando un tasso di prevalenza pari al 10,8%; nel 90,6% dei casi non erano state prese misure preventive. Un altro studio, effettuato nel 1985 su

20 ospedali (reparti di Neurologia, Geriatria, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Neurochirurgia, Rianimazione e Urologia), per un totale di 12.048 utenti, mostrava una prevalenza pari all'8,6%; le prevalenze maggiori sono state osservate nei reparti di Rianimazione e TI (26,6%), Neurochirurgia (13%) e Geriatria (11%) (8-9).
Dal momento che le LPD tendono a formarsi prevalentemente nei soggetti affetti da patologie che ne compromettono la funzionalità neuromotoria e nei soggetti anziani allettati, tale problema è destinato a crescere in ragione dell'aumento della popolazione in età avanzata (10). Tale consapevolezza, direttamente correlata all'elevata spesa sanitaria, sono indicatori di qualità della vita e dell'assistenza sanitaria erogata e rende necessaria una gestione globale del fenomeno prevedendo programmi aziendali di prevenzione, diagnosi e trattamento efficaci ed appropriati.
I costi a carico del sistema sanitario, principalmente attribuiti a pazienti con LdP, curati in regime di ricovero per un periodo di tempo mediamente triplo (11) rispetto alla norma, potrebbero essere abbattuti, o quanto meno ridotti. Risulta pertanto ovvio implementare e adottare strategie di prevenzione che riducano la spesa sanitaria, altrimenti in costante aumento.
In base a questi dati risulta evidente e prioritario che, l'obiettivo dei professionisti che erogano assistenza, debba essere quello di ottimizzare gli interventi assistenziali e terapeutici uniformandoli alle raccomandazioni delle Linee Guida, sostituendo eventuali metodiche non appropriate, talvolta dettate solo dalla tradizione o dall'esperienza dei singoli.
Dal punto di vista del rischio clinico le LdP rappresentano un importante indicatore della qualità dell'assistenza, in quanto si tratta di una condizione potenzialmente prevedibile e prevenibile. Pertanto, le LdP sono da considerarsi a tutti gli effetti un **evento avverso**.
La valutazione clinica di tutti i fattori che incrementano il rischio di sviluppare LdP deve essere presa in considerazione per facilitare un'identificazione precoce dei soggetti a rischio.

Il potenziale rischio di sviluppare LdP può essere influenzato da:

- **Fattori intrinseci** che fanno riferimento ad aspetti relativi alla condizione fisica, psicosociale o medica dell'assistito. Tali fattori devono essere considerati durante la valutazione del rischio, e includono lo stato nutrizionale (malnutrizione e disidratazione), ridotta mobilità, sindrome da stress ripetitivo (movimenti involontari), posture, contratture, deficit neurologico/sensorio, incontinenza (urinaria e fecale), età avanzata, livello di coscienza, malattia acuta, vasculopatia, patologie croniche o terminali, interventi chirurgici prolungati.
- **Fattori estrinseci** derivati dall'ambiente possono influenzare lo sviluppo di LdP: l'igiene, le condizioni di vita, le medicazioni, le forze di pressione, taglio e frizione, gli indumenti, le imbracature per gli spostamenti, l'uso di dispositivi costrittivi etc.

Gli obiettivi che occorre raggiungere riguardano principalmente la prevenzione, il monitoraggio e la gestione delle LdP.

- La prevenzione non c'è dubbio che sia determinante nel ridurre l'insorgenza delle LdP o, a lesione insorta, nel limitarne al minimo la progressione. I principi cardine della prevenzione, finalizzata a modificare i fattori che concorrono all'insorgenza e allo sviluppo delle ulcere sono:
    1. l'individuazione precoce dei soggetti a rischio attraverso l'uso sistematico di scale di valutazione;
    2. la gestione dei soggetti a rischio attraverso l'utilizzo di un adeguato piano di assistenza person alizzato.
- **Il monitoraggio e la gestione** delle LdP possono variare in base alle condizioni generali del soggetto e alle caratteristiche della lesione. A tal fine occorre assicurare:
    1. La corretta valutazione delle lesioni;
    2. L'uso corretto dei dispositivi antidecubito;
    3. Il corretto trattamento e la prevenzione delle complicanze.

La letteratura ha messo in evidenza che per la prevenzione, il trattamento e la presa in carico dei pazienti affetti da particolari stati morbosi, quali le LDP, possa essere utile l'istituzione di una figura dedicata, formata e competente nella gestione di specifici fenomeni (12) (Donald et. al., 2013) quale lo specialista clinico infermiere in Wound Care (CNSwc). Nei vari contesti sanitari in cui è stato introdotto il CNSwc, si è assistito ad un'evoluzione positiva dello stato di salute delle persone, maggiore prevenzione delle complicanze, miglioramenti nel trattamento della patologia e nella presa in carico dei pazienti, ma soprattutto ad un maggior grado di soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari (13) (Donald et. al., 2010).
l CNSwc può operare nei settori assistenziali, organizzativi e gestionali ove tali competenze sono ormai necessarie per realizzare un'assistenza sanitaria orientata all'utente (Dlgs 43/2006; legge 190/2014 comma 566).

Il CNSwc contribuisce al miglioramento continuo della qualità assistenziale, attraverso l'utilizzo delle evidenze scientifiche e nella revisione periodica degli strumenti operativi in uso nelle Unità Operative comunicando anche in via informatizzata.

Molte società scientifiche impegnano i CNSwc nella redazione di linee guida, atte a migliorare la gestione delle lesioni croniche (14). I risultati delle attività del CNSwc sono tali perché esercita le sue competenze attraverso protocolli specifici e individualizzati di gestione delle LDP. In particolare, al fine di valutare l'esito di riparazione tissutale (Wound Healing – WH), viene utilizzata la scala PUSH TOOL (15,16,17). La PUSH TOOL però, seppur ritenuta utile, facile e veloce, è scarsamente usata nella pratica clinica anche se sarebbe opportuno utilizzarla in modo sistematico e integrato in modelli che prevedano specifici interventi per una migliore e corretta presa in carico dei pazienti. Da una revisione della letteratura, emerge che sono pochi gli studi che hanno utilizzato appositamente la PUSH TOOL come strumento di gestione delle LDP, e per la misurazione degli esiti di cura (16). Infatti, alcuni studi hanno usato la PUSH TOOL solo per descrivere il restringimento dell'area lesionale (18), altri l'hanno utilizzata per documentare l'andamento clinico di WH (19) e l'unico studio presente in Italia, si è limitato ad evidenziare che la PUSH TOOL viene utilizzata solo nel 4% dei casi di trattamento delle LDP e trova applicazione solo per la documentazione dell'andamento clinico della lesione e per evidenziare il WH (20).

In letteratura esistono diverse ricerche inerenti modelli gestiti dal CNSwc, protocolli e strumenti operativi atti a migliorare la gestione dei pazienti affetti da LDP, ma pochi sono gli studi che hanno avuto come obiettivo principale quello di verificare l'efficacia di un modello unico e multidimensionale, che preveda la sinergia di interventi messi in atto dallo specialista mediante la consulenza informatizzata, al fine di migliorare gli outcomes quali Wound Healing, qualità di vita e soddisfazione.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE

Implementare la figura del CNSwc nel setting Ospedale-Territorio attraverso la consulenza infermieristica informatizzata dei pazienti affetti da lesioni da pressione nel Polo Ospedaliero e nei Distretti della ASL Roma 4.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Mappare e gestire in maniera avanzata i pazienti affetti da LDP ad opera del CNSwc;

2. Rilevare i livelli di riparazione tissutale, qualità di vita e customer satisfaction nel paziente affetto da lesioni da pressione croniche alla presa in carico (T0) e a 6 mesi (T1).

INDICATORI

1) Almeno il 60% dei pazienti presi in carico dal CNSwc attraverso il processo della consulenza infermieristica, presenteranno livelli significativi di riparazione tissutale o riepitelizzazione completa, tra la presa in carico a T0 e dopo 6 mesi.

2) Almeno il 60% dei pazienti presi in carico dal CNSwc attraverso il processo della consulenza infermieristica, presenteranno livelli significativi di miglioramento della propria qualità di vita tra la presa in carico a T0 e dopo 6 mesi.

3) Almeno il 60% dei pazienti presi in carico dal CNSwc, attraverso il processo della consulenza infermieristica, presenteranno livelli significativi di miglioramento in merito alla soddisfazione del servizio erogato.

METODOLOGIA

Studio di tipo quantitativo- descrittivo correlazionale longitudinale con verifica dei dati inerenti il Wound Healing a tempo 0 e a seguire a 6 mesi dall'implementazione dell'infermiere specialista in wound care e sua consulenza informatizzata.

CAMPIONE

Lo studio prevede di arruolare l'80% pazienti presi in carico su tutti i distretti della ASL Roma 4, riportanti lesioni da pressione croniche, nell' anno 2021/2022, che rispettino i seguenti criteri di inclusione:

- Pazienti di Età compresa tra 18 e100 anni;
- Pazienti di entrambi i sessi;
- Pazienti capaci di intendere e di volere;
- Pazienti in regime di ricovero da meno di 24 ore presso il dipartimento di scienze mediche;
- Presenza all' accertamento (certificata in cartella clinica) di lesione da pressione cronica.

Criteri di esclusione:

- Pazienti di età inferiore a 18 anni;
- Pazienti riportanti in anamnesi deficit neurologici (Demenza senile, Morbo Alzheimer);
- Ricoverati da più di due giorni presso il dipartimento di scienze mediche in quanto la presa in carico non avviene più a T0;
- Pazienti con più di una comorbilità.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

- Questionario sociodemografico.
- Scheda clinica attestante la lesione cronica e le comorbidità.
- WHOQOL BRIEF.
- Push Tool 3.0 a T0 e T1 (Berlowitz D.R., 2005) (NPUAP,2009).
- Scheda di Braden (Sardo, P. 2015).
- Scala valutazione anatomo fisiologica N.P.U.A.P. (2009).
- Scheda medicazioni.
- Customer Satisfaction, Unipolar Satisfaction Thermometer.

ANALISI DEI DATI

I dati saranno analizzati attraverso statistiche descrittive, con indici di distribuzione e dispersione (media e deviazione standard) e attraverso test di statistica inferenziale. Per verificare la differenza nelle medie dei valori rilevati attraverso la scala push tool, sarà utilizzato il test t per campioni appaiati. I risultati sono stati considerati statisticamente significativi con una $p<0,05$. Per le analisi è stato utilizzato il software statistico SPSS vers. 22.0.

CONSIDERAZIONI ETICHE

Lo studio dovrà essere approvato dal comitato etico della ASL Roma 4, struttura in cui verrà effettuata la ricerca, in accordo ai principi della dichiarazione di Helsinki sviluppata in brasile dalla World Medical Association (2013). I partecipanti verranno informati sullo scopo e sulle modalità di svolgimento dello studio da un CNSwc, allo stesso tempo verrà richiesto il consenso alla partecipazione. La partecipazione sarà su base volontaria, qualora i soggetti individuati non volessero partecipare allo studio, verranno trattati secondo procedure standard previste già dalla struttura, in base alle loro condizioni cliniche, alla stregua degli altri malati. I dati sensibili saranno tutelati secondo normativa nazionale vigente Dlgs. 196/2003.

RISULTATI ATTESI

Dallo studio ci si attende di verificare che il contributo nella gestione delle LDP da parte del CNSwc attraverso la consulenza infermieristica determinerà esiti positivi in termini (almeno 60% del campione) di riparazione tissutale (Wound Healing), qualità di vita e soddisfazione nei pazienti affetti da LDP in trattamento nel setting Ospedale-Territorio. In particolare, che i pazienti presi in carico dal CNSwc in wound care presentino livelli di wound healing migliori e statisticamente significativi.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTI DI RICERCA	SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1	Mappatura utenti affetti da LDP croniche nei contesti della Asl Roma 4	Project manager	Maggio 2021
2	Arruolamento del campione (utenti) e consenso informato	Ricercatore Project manager	Giugno 2021
3	Formazione degli infermieri specialisti in Wound Care su progetto da attuare	Ricercatore Project manager	settembre 2021
4	Somministrazione a T0 strumenti valutazione utenti	Ricercatore	ottobre 2021

DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTI DI RICERCA		SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
5	Analisi statistica dei dati	Esperto elaboratore dati	Gennaio 2022
6	Valutazione a sei mesi sugli utenti	Project manager, ricercatore, facilitatore, tutor	Luglio-Agosto 2022
7	Analisi statistica dei dati	Esperto elaboratore dati	Settembre 2022
8	Analisi dei dati Quantitativa in merito agli outcomes (Wound healing, QoL e soddisfazione)	Esperto elaboratore dati Project manager	novembre 2022
9	Diffusione dei risultati	Project manager Ricercatore	Dicembre 2022

DIAGRAMMA GANTT

TRIMESTRI	I	II	III	IV	I	II	III	IV
	2021				2022			
Mappatura utenti affetti da LDP croniche nei Distretti della Asl Roma4	■	■						
Arruolamento del campione (utenti) e consenso informato	■	■						
Formazione degli infermieri specialisti in Wound Care su progetto da attuare			■					
Somministrazione a T0 strumenti valutazione utenti				■				
Analisi statistica dei dati					■	■		
Valutazione a sei mesi sugli utenti							■	
Analisi statistica dei dati							■	
Analisi dei dati Quantitativa in merito agli outcomes (Wound healing, QoL e soddisfazione)								■
Diffusione dei risultati								■

BIBLIOGRAFIA

1. Graven N, Birell F, Whitby M. Effect of pressure ulcers on length of hospital stay. Infect Control Hosp Epidemiol 2005;26:293-7.
2. Berlowitz DR, Brandeis GH, Anderson J, et al. Effect of pressure ulcers on the survival of long-term care residents. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1997;52:M10610.
3. Thomas DR, Goode PS, Tarquine PH, et al. Hospital-acquired pressure ulcers and risk of death. J Am Geriatr Soc 1996;44:1435-40.
4. Thillips LP. Ulcers. In: Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapidini RD, eds. Dermatology. Philadelphia, PA: Mosby 2003, pp. 1631-49.
5. Posnett J, Gottrup F, Lundgren H, Saal G.The resource impact of wounds on health-care providers in Europe.J Wound Care. 2009 Apr;18(4):154-161.
6. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study.J Eval Clin Pract. 2007 Apr;13(2):227-35.

7. *Berbabei R.,* E. Manes-Gravina, F. Mammarella**.** *Epidemiologia delle piaghe da decubito. G Gerontol 2011;59:237-243.*
8. Goossens RH, Rithalia SV. Physiological response of the heel tissue on pressure relief between three alternating pressure air mattresses. J Tissue Viability. 2008 Feb;17(1):10-4.
9. Cavicchioli A, Carella G. Clinical effectiveness of a low-tech versus high-tech pressure-redistributing mattress.J Wound Care. 2007 Jul;16(7):285-9.
10. Dati Istat. 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni. 9 ottobre 2011.
11. Russo CA, et al., Hospitalizations related to pressure ulcers. US: for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Dec.
12. Donald, F. et al., 2013 A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in longterm care. Journal of Advanced Nursing 69(10), 2148–2161.
13. Donald F., Bryant-Lukosius D., Martin-Misener R., Kaasalainen S., Kilpatrick K., Carter N., Harbman P., Bourgeault I. & DiCenso A. 2010. Clinical nurse specialists and nurse practitioners: title confusion and lack of role clarity. Canadian Journal of Nursing Leadership 23, 189–210.
14. Bianchi T, Wolcott RD, Peghetti A, Leaper D, Cutting K, Polignano R, Rosa Rita Z, Moscatelli A, Greco A, Romanelli M, Pancani S, Bellingeri A, Ruggeri V, Postacchini L, Tedesco S, Manfredi L, Camerlingo M, Rowan S, Gabrielli A, Pomponio G. Recommendations for the management of biofilm: a consensus document. J Wound Care. 2016 Jun;25(6):305-17.
15. Lindley LE, Stojadinovic O, Pastar I, Tomic-Canic M. Biology and biomarkers for wound healing. Plast Reconstr Surg 2016; 138 (Suppl. 3): 18S-28S.
16. Berlowitz, D. R., Ratliff, C., Cuddigan, J., Rodeheaver, G. T., & National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2005). The PUSH tool: a survey to determine its perceived usefulness. Advances in Skin & Wound Care, 18(9), 480–3.17. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2019.
17. Lee E. Longitudinal Outcomes of Home Care in Korea to Manage Pressure Ulcers. Res Nurs Health. 2017 Jun;40(3):255-262.
18. Lee E. Longitudinal Outcomes of Home Care in Korea to Manage Pressure Ulcers. Res Nurs Health. 2017 Jun;40(3):255-262.
19. Zeigler M, Smiley J, Ehrlich-Jones L, Moore JL. Use of the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) in Inpatient Rehabilitation: A Case Example. Rehabil Nurs. 2016 Jul;41(4):207-10.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

L'INFERMIERE SCOLASTICO NELLA ASL ROMA 4
THE SCHOOL NURSE IN THE ASL ROME 4

COORDINATORE PROGETTO
T. Di Giovanni
R. Marchini
S. Savini

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.23

TITOLO PROGETTO

L'infermiere e il modello di assistenza territoriale della Asl Roma 4: progetto "a scuola con salute"

The nurse and the district assistance model of the Asl Rome 4: Project "At School with Health"

ABSTRACT

Background: L'infermiere scolastico è responsabile della presa in carico della popolazione studentesca afferente al setting educativo, coinvolgendo studenti e famiglie nei programmi di Sanità Pubblica mirati all' ottenimento dei più elevati standard di sicurezza nell'ambito delle cure primarie.

Nella politica sanitaria della Asl Roma 4, la gestione delle problematiche sanitarie in ambito scolastico rappresenta uno degli obiettivi essenziali in relazione ai bisogni della popolazione, in cui le condizioni morbose e infettivologiche (diabete, asma, COVID-19) dovrebbero raggiungere livelli adeguati di integrazione assistenziale.

Obiettivo generale: Implementare le attività di promozione e gestione della salute erogate dall'infermiere scolastico nei plessi di istruzione primaria e secondaria afferenti al territorio di competenza della Asl Roma 4.

Obiettivi specifici

1. Mappare le patologie croniche degli studenti;
2. Descrivere criticità emergenti nella popolazione inclusa nel progetto a tempo "T0" (prima dell'implementazione dell'infermiere scolastico);
3. Rilevare a T1 e T2 (rispettivamente a 6 e 12 mesi dall'implementazione dell'infermiere scolastico) tutte le criticità sanitarie tra cui: gestione della patologia cronica, prevenzione e promozione della salute;
4. Misurare la Qualità di Vita (QdV) degli studenti a Tempo "T0";
5. Misurare la QdV degli studenti durante l'implementazione nelle scuole dell'infermiere scolastico a "T1" e "T2";
6. Misurare la qualità percepita dagli studenti e genitori a "T0 e a "T1" e "T2";
7. Misurare l'aderenza alla terapia negli studenti affetti da patologie croniche;
8. Valutare nell' ambito della gestione epidemiologica del COVID-19 il numero di screening effettuati.

Metodologia Studio di tipo before-after con verifica dei dati inerenti QdV, qualità percepita (studenti/genitori), aderenza terapeutica e monitoraggio screening COVID-19 a T0, T1 6 mesi e a 12 mesi dall'implementazione dell'infermiere scolastico nelle strutture scolastiche del Distretto 4 afferenti alla Asl Roma 4.

Strumenti di valutazione

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

- Questionario sociodemografico;

- Scheda clinica attestante la patologia cronica e le comorbidità;
- La scheda di adesione alla terapia presente in cartella infermieristica;
- Per valutare la QdV la WHOQOL-BRIEF versione breve (26 items) validata in Italia nel 1995 dal gruppo WHOQOL;
- MMAS-8 di Morisky;
- Custumer Satisfaction, Unipolar Satisfaction Thermometer.

Risultati attesi: L'attività dell'infermiere scolastico nella presa in carico e gestione delle criticità di Sanità Pubblica degli studenti determinerà esiti positivi in termini di qualità di vita, soddisfazione e aderenza terapeutica nel setting educativo afferente al Distretto 4 del territorio della Asl Roma 4.

ABSTRACT

Background: School nurse is responsible to the student populations' assessment in educational setting, involving students and families in Public Health programs, in order to obtain highest safety standards in primary care.

In the health policy of ASL Roma 4, the management of health problems in school represents a primary objective in relation to health of population, the disease and infectious conditions (diabetes, asthma, COVID-19) to obtain appropriate levels of health care.

General objective: Implementation of health promotion and management by territorial school nursing, in the District 4 of ASL Roma 4.

Specific objectives

1. To map chronic condition of the students;
2. To describe emerging health problems in target population, included at "T0" (before the school nurse's implementation);
3. To detect (respectively at 6 e 12 months after school nurse's implementation) public health conditions: management of chronic conditions, prevention and promotion at T1 and T2;
4. To detect student's Quality of Life (QoL) at T0;
5. To detect student's Quality of Life (QoL) at T1 and T2;
6. To detect the students and parent satisfaction at T0, T1 and T2;
7. To detect adherence to therapy in students with chronic conditions;
8. To evaluate the number of screenings carried out in the context of the epidemiological management of COVID-19.

Methodology Before-after study with verification of QoL, perceived satisfaction, adherence to therapy and COVID-19 screening data by monitoring at T0 (before the school nurse's implementation), T1 and T2 (after 6 and 12 months from school nurse's implementation) in the educational establishments District 4 of ASL Roma 4.

Questionnaire

The following tools will be used to collect data:

- Demographic questionnaire.
- Clinical record certifying chronic pathology and comorbidities.
- The adherence therapy on the nursing record.
- To evaluate the QoL the WHOQOL-BRIEF short version (26 items) validated in Italy in 1995 by the WHOQOL group.
- Morisky's MMAS-8.
- Customer Satisfaction, Unipolar Satisfaction Thermometer.

Results: The activity of the school nurse will determine positive outcomes in terms of Quality of Life, satisfaction and therapeutic adherence in the educational setting of the Rome District 4.

BACKGROUND

Garantire un'assistenza sanitaria integrata efficace ed appropriata, per la presa in carico di persone con bisogno sociosanitario complesso, rappresenta una delle principali sfide dei sistemi sanitari del mondo

industrializzato viste la complessità e la frammentarietà del processo. L' Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto che la collaborazione interprofessionale è essenziale per migliorare l'erogazione dell'assistenza sanitaria (1).

Dall'analisi della letteratura sull'ampio tema dell'interprofessionalì si evince che il lavoro in team interprofessionali aiuta a massimizzare e rafforzare le competenze dei singoli professionisti, migliorare l'efficienza, garantire la continuità delle cure ed un loro maggior coordinamento, nonché coinvolgere il paziente e/o la famiglia nel processo decisionale (2). Il processo di integrazione della collaborazione interprofessionale è complesso e comporta il superamento di fattori gerarchici storici e confini professionali (3). L'espressione di un modello di integrazione interprofessionale è rappresentato dall'infermiere scolastico, una figura professionale, già presente in Europa (Inghilterra, Francia, Paesi Scandinavi, Spagna) e estremamente radicato negli Stati Uniti sin dagli anni Settanta. Negli Stati Uniti è stata creata, nel 1968, la prima Associazione Nazionale degli Infermieri Scolastici (NASN) che con il tempo è diventata un punto di riferimento per gli infermieri di settore, per le istituzioni, per la comunità e le principali associazioni scientifiche (3).

La ripresa dell'attività scolastica nel pieno dell'epidemia da COVID-19 ha posto ancor più attenzione, a livello europeo, sulla rilevanza della figura dell'infermiere scolastico (4). Secondo l'American Academy of Pediatrics, gli infermieri scolastici sono responsabili della valutazione dei problemi di salute degli studenti, dell'assistenza da fornire loro, della partecipazione alla gestione delle emergenze e delle urgenze, della gestione dello screening sanitario, segnalazione delle malattie infettive e gestione delle patologie croniche (5).

Gli infermieri scolastici, quindi rappresentano una risorsa, rendendo l'ambiente scolastico sano e sicuro collaborando con il personale scolastico, studenti, le famiglie e rivestono un ruolo chiave nella governance quotidiana degli studenti affetti da patologie croniche.

In una revisione sistematica della letteratura (6), viene analizzato il quadro delle fondamentali attività portate avanti dall' infermiere scolastico:

- gestione delle malattie croniche quali asma, allergie alimentari, diabete di tipo 1(6);
- convulsioni (6);
- cattiva igiene dentale (6);
- prevenzione all'obesità, incentivando comportamenti salutistici positivi tra cui l'attività fisica;(7)
- facilitazione al normale sviluppo cognitivo degli studenti (8);
- promozione della salute e la sicurezza anche in ambito infettivologico (8);
- intervento sui problemi di salute attuali e potenziali (8);
- integrazione con altri professionisti e familiari in modo da sostenere il percorso scolastico degli studenti (8).

Allo stato attuale l'infermiere scolastico nell' ultimo anno, non ha trovato grossi ambiti di impiego negli istituti scolastici a causa dell'emergenza pandemica che ha determinato l'impiego massivo degli infermieri nei setting ospedalieri.

In riferimento alle fondamentali attività svolte dell'infermiere scolastico in ambito internazionale, negli istituti formativi di tutte le classi (fascia di età 0-17 anni), è possibile ipotizzare l'opportunità' di implementare anche in ambito italiano tale professionalità, la quale ben si inserisce nei nuovi modelli organizzativi della medicina di base proattiva, nella medicina di iniziativa e del self-management.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale prevede l'implementazione nell'ambito scolastico del Distretto 4 della Asl Roma 4 (scuola secondaria) dell'infermiere scolastico nella governance dei problemi di salute in tale ambito, quale gestore del piano assistenziale e supporto all'autocura degli studenti affetti da patologia cronica, nella promozione della salute, in un'ottica di integrazione.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Mappare le patologie croniche degli studenti;
2. Descrivere criticità emergenti nella popolazione inclusa nel progetto a tempo "T0" (prima dell'implementazione dell'infermiere scolastico);

3. Rilevare a T1 e T2 (rispettivamente a 6 e 12 mesi dall'implementazione dell'infermiere scolastico) tutte le criticità sanitarie tra cui: gestione della patologia cronica, prevenzione e promozione della salute;
4. Misurare la Qualità di Vita (QdV) degli studenti a Tempo "T0";
5. Misurare la QdV degli studenti durante l'implementazione nelle scuole dell'infermiere scolastico a "T1" e "T2";
6. Misurare la qualità percepita dagli studenti e genitori a "T0 e a "T1" e "T2";
7. Misurare l'aderenza alla terapia negli studenti affetti da patologie croniche;
8. Valutare nell' ambito della gestione epidemiologica del COVID-19 il numero di screening effettuati.

INDICATORI:

1. Le patologie croniche saranno mappate nel 80% degli studenti, nel Distretto 4 della ASL Roma 4.
2. La popolazione di studenti presa in carico dall' infermiere scolastico a T0 sarà almeno del 60 % rispetto al campione frequentante.
3. Gli studenti cronici presi incarico dall' infermiere scolastico a 6 mesi (T1) si manterranno in toto a 12 mesi (T2) rispetto alla presa in carico T0. Standard 100%.
4. La popolazione di studenti sulla quale si potrà misurare la QdV, a T0 sarà del 80% rispetto al campione totale.
5. La valutazione della QdV a 6 mesi (T1) e a 12 mesi (T2) sarà del 80% rispetto al campione arruolato a (T0).
6. Almeno il 50% degli studenti/genitori afferenti a ogni istituto scolastico della ASL Roma 4 parteciperà all'indagine della customer satisfaction a T0 e sul 100% del campione arruolato a T0 si potrà rilevare la soddisfazione a 6 mesi (T1) e 12 mesi (T2) dalla presa in carico.
7. Il campione di studenti dopo 12 mesi (T2) mostrerà un miglioramento statisticamente significativo nei livelli di aderenza terapeutica rispetto a T0.
8. Il 100% degli studenti saranno sottoposti a procedure di screening per COVID 19 se segnalati dal Dipartimento di Prevenzione.

METODOLOGIA

Studio di tipo before-after con verifica dei dati inerenti QdV, qualità percepita (studenti/genitori), aderenza terapeutica e monitoraggio screening COVID-19 a T0, T1 6 mesi e a 12 mesi dall'implementazione dell'infermiere scolastico nelle strutture educative delle scuole secondarie del Distretto 4 afferenti alla Asl Roma 4.

CAMPIONE

Lo studio prevede di arruolare un minimo di 500 studenti e 500 genitori presi in carico su tutti gli istituti delle scuole secondarie del Distretto 4 della ASL Roma 4, nell' anno 2021/2022, che rispettino i seguenti criteri di inclusione:

- Popolazione di età compresa tra 11 e 14 anni;
- Di entrambi i generi;
- Studenti capaci di intendere e di volere.

Criteri di esclusione:

- Studenti riportanti in anamnesi importanti deficit neurologici;
- Si precisa che tali studenti non saranno esclusi dalla presa in carico in toto da parte dell' infermiere scolastico, ma non parteciperanno alle rilevazioni quantitative.

STRUMENTI

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

- Questionario sociodemografico;
- Scheda clinica attestante la patologia cronica e le comorbidità;
- La scheda di adesione alla terapia presente in cartella infermieristica;
- Per valutare la QdV la WHOQOL-BRIEF versione breve (26 items) validata in Italia nel 1995 dal gruppo WHOQOL;
- MMAS-8 di Morisky;

- Custumer Satisfaction, Unipolar Satisfaction Thermometer.

ANALISI DEI DATI

I dati saranno analizzati attraverso statistiche descrittive, con indici di distribuzione e dispersione (media e deviazione standard) e attraverso test di statistica inferenziale. Per verificare la differenza nelle medie dei valori rilevati attraverso le scale, sarà utilizzato il test t per campioni appaiati. I risultati sono stati considerati statisticamente significativi con una $p<0,05$. Per le analisi è stato utilizzato il software statistico SPSS vers. 22.0.

CONSIDERAZIONI ETICHE

Lo studio dovrà essere approvato dal comitato etico della ASL Roma 4, struttura in cui verrà effettuata la ricerca, in accordo ai principi della dichiarazione di Helsinki sviluppata in brasile dalla World Medical Association (2013). I partecipanti verranno informati sullo scopo e sulle modalità di svolgimento dello studio da un CNSwc, allo stesso tempo verrà richiesto il consenso alla partecipazione. La partecipazione sarà su base volontaria, qualora i soggetti individuati non volessero partecipare allo studio, verranno trattati secondo procedure standard previste già dalla struttura, in base alle loro condizioni cliniche, alla stregua degli altri malati. I dati sensibili saranno tutelati secondo normativa nazionale vigente Dlgs. 196/2003.

RISULTATI ATTESI

L'attività dell'infermiere scolastico, nella presa in carico e gestione delle criticità di Sanità Pubblica degli studenti, determinerà esiti positivi in termini di qualità di vita, soddisfazione e aderenza terapeutica nei setting educativi delle scuole secondarie del Distretto 4 afferenti al territorio della Asl Roma 4.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTI DI RICERCA		SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1	Mappatura studenti nei Distretti della Asl Roma4	Project manager	Maggio 2021
2	Presentazione del progetto nel setting scolastico	Project manager e coordinatori	Maggio 2021
3	Arruolamento del campione studenti/genitori e consenso informato	Ricercatore Project manager	Inizio Giugno 2021
4	Formazione degli infermieri scolastici su progetto da attuare	Ricercatore Project manager	Settembre 2021
5	Somministrazione a T0 strumenti valutazione studenti	Ricercatore	Ottobre 2021
6	Analisi statistica dei dati	Esperto elaboratore dati	Gennaio 2022
7	Valutazione a 12 mesi sugli studenti	Project manager, ricercatore, facilitatore, tutor	Luglio-Agosto 2022
8	Analisi statistica dei dati	Esperto elaboratore dati	Settembre 2022
9	Analisi dei dati Quantitativa in merito agli esiti (QDV, soddisfazione, aderenza terapeutica e screening COVID-19)	Esperto elaboratore dati Project manager	Novembre 2022
10	Diffusione dei risultati	Project manager ricercatore Ricercatore	Dicembre 2022

DIAGRAMMA GANTT

TRIMESTRI	I	II	III	IV	I	II	III	IV
	2021				2022			
Mappatura studenti nei Distretti della Asl Roma4								
Presentazione del progetto nel setting scolastico								
Arruolamento del campione studenti/genitori e consenso informato								
Formazione degli infermieri scolastici su progetto da attuare								
Somministrazione a T0 strumenti valutazione studenti								
Analisi statistica dei dati								
Valutazione a 12 mesi sugli studenti								
Analisi statistica dei dati								
Analisi dei dati Quantitativa in merito agli esiti (QDV, soddisfazione, aderenza terapeutica e screening COVID-19)								
Diffusione dei risultati								

BIBLIOGRAFIA

1. (WHO (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Disponibile da: www.who.int/hrh/resour- ces/framework_action/e.
2. Interprofessional Education Collaborative (2016). Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Wa- shington: Interprofessional Education Collaborative.
3. Goldsberry JW1. Advanced practice nurses leading the way: Interprofessional collaboration. Nurse Educ Today. 2018 Jun; 65:13.
4. FNOPI, Riapertura delle scuole in Europa: puntare sull'infermiere scolastico. (2020).
5. American Academy of Pediatrics Council on school health (2016), Role of the school nurse in providing school health services. Pediatrics, 137: e20160852.
6. Leroy Z.C, Wallin R & Lee S. The role of school health services in addressing the needs of students with chronic health conditions: a systematic review. The Journal of School Nursing, 33(1), 64-72. (2017).
7. Hoxie-Setterstrom G1, Hoglund B.School wellness policies: opportunities for change. J SchNurs. 2011 Oct;27(5):330-9.
8. Maughan E1, Adams R. Educators' and parents' perception of what school nurses do: the influence of school nurse/student ratios. J Sch Nurs. 2011 Oct;27(5):355-63.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

RELAZIONI DI CURA E SPIRITUALITÀ
RELATIONSHIPS OF CARE AND SPIRITUALITY

COORDINATORE PROGETTO
I. Notarnicola

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.24

TITOLO PROGETTO

La percezione del benessere spirituale nelle relazioni di cura infermieristica non convenzionale tra gli infermieri e gli studenti infermieri.

The perception of spiritual wellbeing in unconventional nursing care relationships between nurses and nursing students.

ABSTRACT

Background: L'assistenza infermieristica olistica per essere messa in atto, necessita che gli infermieri abbiano una visione su tutte le dimensioni che comprendono ogni paziente che comprendano non solo gli aspetti mentali e fisici, ma anche gli aspetti spirituali. Ogni persona possiede una dimensione spirituale, che funge da caratteristica più intima del proprio essere e svolge un ruolo vitale nel mantenimento della salute e del benessere. Questa caratteristica spirituale è un concetto ampiamente distorto poiché tradizionalmente è un'area astratta, pertanto difficile da comprendere, ma la consapevolezza individuale di questa dimensione aiuta ad affrontare i bisogni spirituali dei pazienti, migliorando ulteriormente gli esiti di salute.

Obiettivi: Lo studio si propone di descrivere la percezione della visione che hanno della spiritualità gli infermieri e gli studenti infermieri in relazione al modello di assistenza olistico.

Metodi e strumenti per effettuare il progetto formativo: Lo studio attraverso l'utilizzo della metodologia qualitativa dei focus group, cercherà di evidenziare il rapporto fra spiritualità e infermieristica.

Risultati attesi: I risultati dello studio ci potranno fornire delle indicazioni su come gli infermieri sanno affrontare il concetto di spiritualità negli ambiti clinici e, su come preparare gli studenti infermieri a fornire un'assistenza spirituale nella pratica infermieristica.

Parole chiave: Spiritualità, Assistenza olistica, Apprendimento, Spiritualità, Infermiera, Studente infermiera, Assistenza infermieristica.

ABSTRACT

Background: In order to holistic nursing to be implemented, nurses need to have a vision of all dimensions that encompass each patient that understand not only the mental and physical aspects, but also the spiritual aspects. Each person possesses a spiritual dimension, which serves as the most intimate feature of their being and plays a vital role in maintaining health and well-being. This spiritual feature is a widely distorted concept as traditionally it is an abstract area, therefore difficult to understand, but individual awareness of this dimension helps address the spiritual needs of patients, further improving health outcomes.
Objectives: The study aims to describe the perception of nurses and nursing students' perception of spirituality in relation to the holistic model of care.

Methods: The study with the qualitative methodology of focus groups, will try to highlight the relationship between spirituality and nursing.

Expected results: The results of the study will provide us with indications on how nurses know how to deal with the concept of spirituality in clinical settings and how to prepare nursing students to provide spiritual

assistance in nursing practice.

Keywords: Spirituality, Holistic Assistance, Learning, Spirituality, Nurse, Student

BACKGROUND

Per quanto la cura olistica abbia dimostrato di essere una componente fondamentale del benessere generale del paziente, sia gli infermieri che gli studenti infermieri sono in apparenza impreparati a soddisfare i bisogni spirituali dei pazienti che assistono e molte volte non si rendono conto di essere in disagio nell'affrontare questo aspetto (1). Anche se la ricerca in questo settore sta aumentando, rimangono ancora dei punti non chiari, soprattutto quando bisogna considerare la visione degli infermieri di apprendere e fornire una adeguata assistenza spirituale (2-4).

Come pure i metodi didattici possono migliorare e preparare gli studenti infermieri nel fornire una adeguata assistenza per questo aspetto dell'infermieristica (5). Gli studenti infermieri non sono preparati a soddisfare i bisogni spirituali dei pazienti e spesso si sentono a disagio nell'affrontare questo problema (6). Negli ultimi decenni, la medicina può avvalersi di risorse teoriche e tecnologiche che le garantiscono sempre maggiori successi (7). Nonostante ciò, non bisogna mai dimenticare che l'obiettivo centrale di ogni percorso terapeutico è sempre e comunque il paziente, che deve essere prima di tutto inteso come persona di cui prendersi cura (8). Prendersi cura del paziente comporta considerare, oltre ai suoi sintomi, anche i suoi sentimenti e i suoi vissuti, in quanto questi possono influenzare l'approccio terapeutico più di quanto sia immaginabile pensare, anche se in misura non determinabile qualitativamente e quantitativamente (9, 10).

Per questo, proprio al culmine della rivoluzione post-genomica della medicina, è stato sottolineato la necessità per la medicina moderna di riappropriarsi degli aspetti, cosiddetti "umani", del rapporto infermiere-paziente (11) e, in questo ambito, considerare come aspetto essenziale per la cura del malato e della sua malattia anche l'aspetto spirituale (12-14).

La Spiritualità, infatti, intesa come ricerca del significato della vita e del sovrasensibile, è senz'altro un aspetto che non dovrebbe essere trascurato ai fini di un approccio terapeutico olistico (15).

Negli Stati Uniti, il tema della spiritualità è collegato alla salute ed alle cure mediche, psicologiche, ecc. è molto seguito (16). Circa il 70% delle scuole di infermieristiche americane ha nel proprio piano di studi corsi opzionali centrati sulla spiritualità, ritenendo che un approfondimento di tali tematiche possa migliorare le relazioni terapeutiche infermiere-paziente (17).

Malattie gravi o gravissime pongono interrogativi difficili e, la spiritualità può aiutare tutti gli attori coinvolti nel processo di cura ad affrontare in maniera adeguata le complesse situazioni che si presentano (18). La Spiritualità può aiutare non soli i malati, ma tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo di cura, compresi i familiari dei pazienti, per trasformare la fragilità e le frustrazioni in risorse utili a migliorare gli interventi terapeutici (18).

La Spiritualità, in particolare, è stata introdotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come un aspetto fondamentale nelle cure palliative (19), mentre nell'infermieristica è considerato uno dei bisogni fondamentali del paziente.

Dall'analisi della letteratura risulta evidente, però, che molto spesso gli operatori sanitari hanno difficoltà nel discutere con i pazienti tematiche relative alla spiritualità, sia pur in senso lato, anche quando i pazienti vorrebbero affrontare questi delicati argomenti (20, 21). D'altro canto, peraltro, molti studi evidenziano anche che non tutti i pazienti hanno necessità o desiderio di confrontarsi con questi temi, specialmente quando non sono affetti da malattie gravi (22).

Nel caso in cui i pazienti abbiano mostrato interesse e abbiano ottenuto uno spazio nella relazione con i propri curanti per parlare dei loro sentimenti più profondi, che possono riferirsi al tema della spiritualità, essi hanno dichiarato di trovarsi a maggior agio con gli infermieri nel confidare i loro vissuti (4, 23). Tale scelta è sempre stata motivata dal fatto che i pazienti passano molto tempo con questi curanti, fatto che può concedere spazi di ascolto e permettere, così, di poter stabilire con loro un rapporto più familiare e confidenziale (24).

Particolarmente interessanti sull'argomento sono gli studi condotti da alcuni autori, in alcune scuole infermieristiche statunitensi (6). Concludendo, i risultati di questa indagine, sommata ad altre analoghe presenti in letteratura, potranno evidenziare come l'approfondimento della conoscenza delle diversità culturali e religiose possano aiutare gli studenti e gli infermieri stessi ad affrontare argomenti di carattere spirituale, favorendo le loro attività professionali, contribuendo anche alla loro crescita personale e migliorando le loro modalità di coping (6, 25).

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

L'obiettivo del progetto è effettuare una indagine esplorativa, sul rapporto tra Spiritualità e Infermieristica anche in un contesto ospedaliero di paese globalizzato e cosmopolita come l'Italia, per poi confrontarne i risultati con quelli di studi analoghi già esistenti in letteratura.

OBIETTIVI SPECIFICI

Tale confronto potrebbe costituire un elemento in più per valutare sia le potenzialità che le problematicità di un intervento di carattere spirituale durante il percorso terapeutico, ed evidenziare quale influenza possa avere nei rapporti tra curanti e tra questi e i pazienti ed i loro cari.

INDICATORI

Attraverso una mappatura del concetto di spiritualità ci permetterà, di elaborare la definizione dei suoi principali aspetti e, l'individuazione dei relativi indicatori, di quegli aspetti cioè della realtà empirica che sono facilmente osservabili, misurabili, quantificabili. Questo poiché, per quanto si possano studiare tutte le dimensioni basilari di un concetto, e per ogni sua dimensione si possano stabilire anche numerosi indicatori, rimane indubbio il carattere parzialmente arbitrario e comunque riduttivo degli indicatori rispetto al concetto generale.

METODOLOGIA

Sarà condotto uno studio randomizzato attraverso focus group, multicentrico (Roma, Milano e Palermo) in un arco di temporale di 3 o 4 anni. Lo scopo del progetto è quello di valutare la percezione che hanno, sul tema della spiritualità come coadiuvante in un percorso terapeutico olistico, sia da parte degli studenti del corso in scienze infermieristiche che da parte degli infermieri nei contesti clinici di cura.

Modello concettuale di riferimento

L'erogazione di una assistenza infermieristica olistica è basata su vari concetti teorici, ciascuno di questi aspetti teorici e focalizzato su aspetti specifici del rapporto tra la persona con il suo mondo esterno e interno e l'infermiere, differenziandolo in relazione al concetto di salute. Il loro terreno comune, ciò nonostante, ha a che fare con la persona nella sua totalità. Da Maslow alle moderne teorie olistiche, l'approccio olistico abbraccia il totale dei bisogni umani e li colloca in una gerarchia accettando l'individualità di una persona e la gravità che mette su ogni esigenza individuale.

CAMPIONE

Per la conduzione dello studio si cercherà di arruolare circa 400 tra infermieri e studenti infermieri sul territorio nazionale.

I criteri di inclusione saranno:

- Articoli in inglese e in italiano;
- Studi qualitativi;
- Infermieri;
- Studenti infermieri del 3° anno di corso di laurea in Infermieristica.

I criteri di esclusione saranno:

- Studenti del 1° e 2° anno di corso di laurea in Infermieristica;
- Infermieri pediatrici.

EVENTUALMENTE STRUMENTI DA UTILIZZARE

Lo studio userà come strumento di indagine l'intervista, questa sarà fatta attraverso l'utilizzo della metodologia qualitativa dei *focus group*, basata essenzialmente sulla comunicazione verbale e, perciò, capace di cogliere e percepire anche sottili sfumature di sentimenti, e vissuti.

Saranno costituiti tre focus group con un panel di esperti che risulterà composto da:

- 8 infermieri con esperienza clinica in vari setting clinici;
- 8 studenti infermieri del 3° anno del Corso di Laurea in infermieristica.

Il primo focus group sarà condotto per chiarire il concetto di spiritualità e benessere spirituale.

Il secondo focus group sarà condotto per identificare la percezione che gli infermieri e gli studenti hanno sulla spiritualità.

Il terzo focus group sarà condotto per valutare il vissuto spirituale dei partecipanti e esperienze personali.

I focus group saranno incentrati su tre aspetti principali:

1. La percezione della spiritualità e di un suo possibile ruolo positivo o negativo nell'infermità;
2. Vissuto spirituale dei partecipanti: definizione della spiritualità e relazione e correlazioni con la pratica religiosa;
3. Racconti di eventuali esperienze personali spirituali.

Tutti i partecipanti allo studio riceveranno da parte del gruppo di ricerca, una informazione residenziale o

a distanza sul tema spiritualità; per di più verrà fornito a tutti i partecipanti del materiale didattico ai fini dello studio.

INDICAZIONI ETICHE

Questo progetto di ricerca sarà inviato per l'approvazione al Comitato etico regionale di riferimento. A tutti i partecipanti sara' chiesti di aderire allo studio dopo aver ottenuto il consenso informato. Tutti gli aderenti all'indagine saranno ragguagliati del tutto dello scopo dello studio, del loro diritto di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento.

RISULTATI ATTESI

I risultati di questo studio ci potranno fornire sia delle informazioni e nuovi elementi su come preparare gli studenti infermieri a fornire assistenza spirituale nella pratica infermieristica, attraverso anche l'elaborazione di un modello olistico concettuale.

Oltre a ciò, per gli infermieri potrà fornire indicazioni su come applicare nella loro pratica clinica attraverso una visione olistica del paziente, attraverso un approccio alle cure sull'importanza della guarigione olistica e spirituale all'interno di modelli di cura non convenzionali, per fornire tali pratiche in contesti interculturali, che al giorno d'oggi diventano sempre maggioritari e l'infermiere non deve trovarsi impreparato a gestire tali contesti.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Revisione della letteratura sul benessere spirituale	Coordinatori e project team	01/04/2021 - 31/07/2021
Preparazione focus group	Project manager, Coordinatori e project team	31/07/2021 - 30/10/2021
Elaborazione dei dati raccolti	Project manager e coordinatori e project team	30/10/2021 - 30/11/2021
Analisi Qualitativa dei dati	Coordinatori e project team	30/11/2021-31/01/2022
Stesura del report finale di ricerca	Coordinatori e project team	31/01/2021-31/03/2021

DIAGRAMMA GANTT

ATTIVITÀ	APR 2021	MAG 2021	GIU 2021	LUG 2021	AGO 2021	SET 2021	OTT 2021	NOV 2021	DIC 2021	GEN 2022	FEB 2022	MAR 2022
Revisione della letteratura sul benessere spirituale	■	■	■	■								
Preparazione focus group					■	■	■					
Elaborazione dei dati raccolti								■				
Analisi qualitativa dei dati									■	■		
Stesura del report finale di ricerca											■	■

BIBLIOGRAFIA

1. Faull C, Blankley K. Palliative care: Oxford University Press, USA; 2015.
2. Timmins F, Caldeira S, Murphy M, Pujol N, Sheaf G, Weathers E, et al. The role of the healthcare chaplain: A literature review. Journal of Health Care Chaplaincy. 2018;24(3):87-106.
3. MacKinlay E. The spiritual dimension of ageing: Jessica Kingsley Publishers; 2017.
4. Willemse S, Smeets W, van Leeuwen E, Nielen-Rosier T, Janssen L, Foudraine N. Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. Journal of critical care. 2020;57:55-78.
5. Ryan EJ. Undergraduate nursing students' attitudes and use of research and evidence-based practice–an integrative literature review. Journal of Clinical Nursing. 2016;25(11-12):1548-56.
6. Booth L, Kaylor S. Teaching spiritual care within nursing education: A holistic approach. Holistic nursing practice. 2018;32(4):177-81.
7. Badewi A, Shehab E. The impact of organizational project benefits management governance on ERP project success: Neo-institutional theory perspective. International Journal of Project Management. 2016;34(3):412-28.
8. Hojat M. Empathy in health professions education and patient care. 2016.
9. Pomey M-P, Ghadiri DP, Karazivan P, Fernandez N, Clavel N. Patients as partners: a qualitative study of patients' engagement in their health care. PloS One. 2015;10(4):e0122499.
10. Almeida SN, Elliott R, Silva ER, Sales CM. Fear of cancer recurrence: A qualitative systematic review and meta-synthesis of patients' experiences. Clinical Psychology Review. 2019;68:13-24.
11. Kowalski CJ, Mrdjenovich AJ. Personalized medicine, genomics and enhancement: Monuments to neoliberalism. American Journal of Clinical and Experimental Medicine. 2017;5(3):75-92.
12. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. American Family Physician. 2001;63(1):81.
13. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton TF. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. Palliative Medicine. 2004;18(1):39-45.
14. Lepherd L. Spirituality: Everyone has it, but what is it? International Journal of Nursing Practice. 2015;21(5):566-74.
15. Brown AJ. Positive philosophy in education through spiritual path, The Circle of Courage®: Fielding Graduate University; 2016.
16. Michopoulou E, Jauniškis P. Exploring the relationship between food and spirituality: A literature review. International Journal of Hospitality Management. 2020;87:102494.
17. Harbinson MT, Bell D. How should teaching on whole person medicine, including spiritual issues, be delivered in the undergraduate medical curriculum in the United Kingdom? BMC Medical Education. 2015;15(1):1-13.
18. Årestedt L, Benzein E, Persson C. Families living with chronic illness: beliefs about illness, family, and health care. Journal of Family Nursing. 2015;21(2):206-31.
19. Rochmawati E, Wiechula R, Cameron K. Centrality of spirituality/religion in the culture of palliative care service in Indonesia: An ethnographic study. Nursing & health Sciences. 2018;20(2):231-7.
20. Peteet JR, Al Zaben F, Koenig HG. Integrating spirituality into the care of older adults. International Psychogeriatrics. 2019;31(1):31-8.
21. Canzona MR, Love D, Barrett R, Henley J, Bridges S, Koontz A, et al. "Operating in the dark": Nurses' attempts to help patients and families manage the transition from oncology to comfort care. Journal of clinical nursing. 2018;27(21-22):4158-67.
22. Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: A narrative review. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2018;23(5):329.
23. Sajadi M, Niazi N, Khosravi S, Yaghobi A, Rezaei M, Koenig HG. Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in Iranian women with cancer: A randomized clinical trial. Complementary therapies in clinical practice. 2018;30:79-84.
24. Minuchin S. Families and family therapy: Routledge; 2018.
25. Balboni MJ, Balboni TA. Hostility to hospitality: spirituality and professional socialization within medicine: Oxford University Press; 2018.

POLO DELLA RICERCA

TITOLO SINTETICO

VALIDAZIONE DELLA NURSE HEALTH EDUCATION COMPETENCE INSTRUMENT

VALIDATION OF THE NURSE HEALTH EDUCATION COMPETENCE INSTRUMENT

COORDINATORE PROGETTO
I. Notarnicola

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.21.25

TITOLO PROGETTO

Validazione linguistica e culturale al contesto italiano della Nurse Health Education Competence Instrument (NHECI)

Linguistic and cultural validation to the Italian context of the Nurse Health Education Competence Instrument (NHECI)

ABSTRACT

Background: In tutto il mondo, gli infermieri sono riconosciuti come professionisti in grado fornire una educazione sanitaria a pazienti e famiglie (e gruppi più ampi, come ad esempio nelle scuole) sia in contesti acuti che in quelli comunitari. Tuttavia, la capacità e la competenza educativa degli infermieri per svolgere questo ruolo viene spesso messo in discussione.

Obiettivi: Scopo di questo studio è effettuare la validazione linguistica e culturale per il contesto Italiano della Nurse Health Education Competence Instrument (NHECI).

Metodi e strumenti per effettuare il progetto formativo: L'adattamento transculturale per sviluppare la versione italiana del questionario sarà effettuato seguendo le linee guida proposte da Beaton e collaboratori nel 2000.

Risultati attesi: I risultati possono mettere in evidenza che la versione italiana dello strumento possa risultare affidabile dimostrando una buona coerenza interna, una buona stabilità e può essere proposta come un interessante mezzo di valutazione degli studenti infermieri nel corso dei tirocini clinici e degli infermieri nella loro pratica clinica quotidiana. Avere a disposizione strumenti in lingua italiana favorisce la realizzazione di nuovi progetti di ricerca in vari ambiti, come quello sanitario, al fine di garantire la centralità del paziente nel processo assistenziale.

Parole chiave: competenza, educazione sanitaria, sviluppo strumento, infermieristica, educazione infermieristica.

ABSTRACT

Background: Throughout the world, nurses are recognized as professionals capable of providing health education to patients and families (and larger groups, such as in schools) in both acute and community settings. However, the ability and educational competence of nurses to play this role is often questioned.

Objectives: The aim of this study is to carry out the linguistic and cultural validation for the Italian context of the Nurse Health Education Competence Instrument (NHECI).

Methods and tools for carrying out the training project: The cross-cultural adaptation to develop the Italian version of the questionnaire was carried out following the guidelines proposed by Beaton and collaborators in 2000.

Expected results: The results can highlight that the Italian version of the tool can be reliable by demonstrating good internal consistency, good stability and can be proposed as an interesting means of evaluating nursing students during clinical internships and nurses in their daily clinical practice. Having tools in Italian at your disposal favors the realization of new research projects in various fields, such as healthcare, in order to guarantee the centrality of the patient in the care process.

Keywords: competence, health education, tool development, nursing, nursing education.

BACKGROUND

Molti infermieri rimangono insicuri sulla complessità dell'educazione sanitaria e del cambiamento comportamentale correlato alla salute. Invece, spesso continuano a percepire l'educazione sanitaria come la semplice trasmissione di informazioni sanitarie ad hoc, incentrate principalmente sul rischio e sullo stato di malattia e alcuni la considerano anche un'attività extra, risultando destrutturata, informale e un'applicazione svalutata.

In materia di educazione sanitaria le competenze, secondo la letteratura scientifica inerente, questa, sottolinea l'importanza che gli infermieri debbano possedere delle conoscenze in merito alla salute e agli stili di vita, alle trasformazioni dei problemi prevalenti di salute (1), avere delle conoscenze sull'educazione sanitaria e del ruolo educativo svolto dagli infermieri (1). Inoltre, devono essere forniti di conoscenza delle tecniche e delle risorse pedagogiche, compreso i principi teorici sul cambiamento comportamentale, le fasi di progettazione del processo educativo, gli stili di apprendimento e le risorse comunitarie (2, 3).

Tuttavia, sono essenziali il possedimento di abilità personali e sociali che possono favorire un'efficace comunicazione sanitaria e la creazione di una partnership infermieristica paziente e le abilità educative che promuovono il processo educativo (4-6).

Per concludere, l'evidenza infermieristica deve mettere in risalto l'importanza che i professionisti valorizzino di più il proprio ruolo di educatori sanitari, ovvero si sentano efficaci nelle loro prestazioni infermieristiche e che siano motivati e sono forniti di aspetti positivi per promuovere un'atmosfera di acquisizione delle conoscenze (7).

Da una revisione della letteratura si sono evidenziati alcuni strumenti relativi alla misurazione della competenza educativa degli infermieri sviluppate rispettivamente da Lin e Wang (8) e da Hwang et al. (9), che misurano rispettivamente la prima la competenza generale auto-percepita degli infermieri nell'educazione del paziente, mentre la seconda misura la competenza minima di educazione sanitaria degli infermieri neolaureati. Ciò nonostante, questi due strumenti risultano essere molto generici e si concentrano solamente sulla valutazione della capacità di educazione sanitaria puramente in relazione ai risultati comportamentali nei pazienti (10).

Dalla letteratura elaborata dalla revisione si è rilevato che esiste anche un altro strumento sviluppato da Pueyo-Garrigues M. et al. (7) che invece misura con accuratezza le conoscenze, le abilità e le caratteristiche personali necessarie per una pratica educativa sanitaria competente denominata Nurse Health Education Competence Instrument (NHECI).

Gli autori della NHECI hanno sviluppato lo strumento dopo un'analisi concettuale (1) sulla definizione di concetto di educazione sanitaria ha evidenziato un approccio psicologico che lo definendolo come un insieme di e qualità attitudinali specifiche, definendo il concetto come:

"Un processo di insegnamento e/o apprendimento continuo, dinamico, complesso e pianificato per tutto l'arco della vita e in diversi contesti che viene implementato attraverso un cliente equo e negoziato e una partnership professionale per facilitare e responsabilizzare la persona a promuovere e/o avviare cambiamenti comportamentali legati allo stile di vita per promuovere risultati positivi sullo stato di salute. L'educazione sanitaria tiene conto dei fattori interni ed esterni degli individui e/o gruppi che influenzano il loro stato di salute attraverso il potenziale miglioramento delle loro conoscenze, abilità, atteggiamenti e convinzioni in relazione ai loro bisogni e comportamenti legati alla salute, all'interno di un paradigma di salute positivo". (1, pag.133)

Tutto questo sottolinea che alla base della competenza infermieristica, l'infermiere deve avere conoscenze, abilità, attitudini e che tali valori danno la capacità di agire in modo efficace e professionale, e che tutto ciò si basi su queste componenti essenziali (11).

L'evidenza critica di quello detto fino adesso, quindi, convalida e garantisce la formulazione affidabile di un metodo di autovalutazione per misurare e mappare lo stato attuale dell'assistenza infermieristica e in particolare la competenza infermieristica in materia di educazione sanitaria e identificare accuratamente le esigenze di apprendimento per gli standard educativi che tale strumento può valutare.

L'obiettivo dello studio è infatti proprio quello di procedere alla validazione linguistica e all'adattamento culturale dell' NHECI per utilizzarla anche nella pratica clinica Italiana e valutare le competenze infermieristiche in merito all'educazione sanitaria.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

L'obiettivo principale di questo studio è effettuare la validazione linguistica e culturale per il contesto italiano della Nurse Health Education Competence Instrument (NHECI). (7).

OBIETTIVI SPECIFICI

3. Valutare le proprietà psicometriche della Nurse Health Education Competence Instrument;
4. Valutare i livelli di competenza infermieristica sull'educazione sanitaria, attraverso la somministrazione della NHECI nella versione validata in italiano.

INDICATORI

I questionari che verranno consegnati da tutti i partecipanti dovranno essere completi almeno al 90%.

METODOLOGIA

L'adattamento transculturale per sviluppare la versione italiana del questionario è stato effettuato seguendo le linee guida proposte da Beaton (12). Inoltre, questo è uno studio trasversale che utilizzerà una metodologia di indagine di tipo misto per la validazione linguistica e culturale dello strumento.

Criteri d'inclusione:

1. Persone che lavorano in qualità di:
   - Infermieri;
   - Studenti infermieri 3° anno di corso di Laurea in infermieristica;
   - Tutti i partecipanti allo studio che hanno sottoscritto, compreso è letto l'apposito modulo di Consenso Informato.

Criteri di esclusione:

- Infermieri che lavorano in Residenze Sanitarie Assistite;
- Studenti infermieri del 1° e del 2° anno di corso di Laurea in Infermieristica.

CAMPIONE

Il campione scelto è stato selezionato attraverso un campionamento di convenienza, ma si ritiene opportuno fare un arruolamento minimo di almeno 10 persone per item per le analisi statistiche specifiche che andremo a sviluppare. Il campione analizzato verrà diversificato per area geografica di provenienza, per età, per gruppo etnico ecc..

EVENTUALMENTE STRUMENTI DA UTILIZZARE

Lo strumento è costituito da 62 item e costruito su tre dimensioni, che sono:

1. ***Scala del dominio della conoscenza:*** questa scala comprende 26 item ed è divisa in tre dimensioni teoriche: *conoscenza della salute e dei suoi determinanti* (6 item, 1–6), *conoscenza dell'educazione sanitaria* (6 item, 7-12) e *conoscenza delle risorse pedagogiche e tecniche* (14 item, 13–26). Per valutare questo dominio di competenza, è stata utilizzata una scala Likert a cinque punti (1 = molto bassa - 5 = molto alta).
2. ***Scala del dominio delle abilità:*** questa scala comprende 27 item ed è divisa in due dimensioni: *abilità personali e/o sociali* (9 item, 27-35) e *abilità educative* (18 item, 36-53). Per valutare questo dominio di competenza, è stata utilizzata una scala Likert a cinque punti (da 1 = completamente in disaccordo a 5 = completamente d'accordo).
3. ***Scala del dominio degli attributi personali:*** questa scala comprende 9 elementi raggruppati in un'unica dimensione: attributi personali (9 elementi, 54–62). Per valutare questo dominio di competenza, è stata utilizzata una scala Likert a cinque punti (1 = completamente in disaccordo - 5 = completamente d'accordo).

ANALISI DEI DATI

La validazione dello strumento sarà effettuata è svolta in fasi diverse:

1. Backward and Forward translation:
   - Forward translation: due madrelingue italiani fluenti in inglese produrranno due traduzioni separate dello strumento; dopodiché si confronteranno le due versioni e si giungerà ad una traduzione condivisa.
   - Backward translation: una madrelingua inglese fluente in italiano tradurrà la versione italiana in inglese. Le due versioni inglesi (originale e tradotta) verranno confrontate per valutare eventuali differenze sostanziali.
   - La versione accordata verrà sottoposta all'approvazione dell'autore dello strumento originale.
2. Analisi della validità di contenuto:
   - Saranno individuati almeno una decina di esperti, i quali saranno invitati a compilare un questionario per la valutazione della pertinenza degli item che compongono lo strumento.
3. Validità di criterio:
   - La Validità concorrente stabilirà se esiste una correlazione tra il nuovo strumento ed una misura già esistente dello stesso costrutto.

4. Affidabilità:
   - La stabilità sarà valutata con modalità test-retest, ovvero tramite la somministrazione dello stesso strumento allo stesso campione in due momenti differenti (con intervallo di 15 giorni), e dai risultati ottenuti, sarà calcolato il coefficiente di correlazione r di Pearson.
   - La consistenza interna sarà valutata in termini di misura del peso relativo della variabilità associata ad ogni singolo item rispetto alla variabilità associata alla loro somma con il test dell'alpha di Cronbach .
   - Essendo la variabile studiata di tipo continuo, il test per la valutazione dell'affidabilità consigliato è l'Intraclass Correlation Coefficient ICC, che permette di valutare l'omogeneità delle risposte ottenute da un campione estratto da un medesimo gruppo.
5. Analisi Fattoriale:
   - Analisi Fattoriale Esplorativa (EFA): verrà condotta al fine di identificare le dimensioni costituenti lo strumento, e i risultati ottenuti verranno comparati con quelli dello strumento originale.
   - Analisi Fattoriale Confermativa (CFA): verrà condotta al fine di testare quanto emerso dalla EFA, ossia se i singoli item appartengono agli specifici fattori emersi dall'EFA.

INDICAZIONI ETICHE

Questo progetto di ricerca sarà inviato per l'approvazione al Comitato etico di riferimento. A tutti i partecipanti sarà chiesto di completare lo strumento dopo aver ottenuto il consenso informato. Tutti gli aderenti all'indagine saranno informati completamente dello scopo dello studio, del loro diritto di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento e del processo di codificazione dello studio di stabilità.

RISULTATI ATTESI

La scala di valutazione NHECI è strumento ci permetterà di valutare le percezioni degli infermieri in merito alla loro competenza in materia di educazione sanitaria e ai relativi bisogni formativi. Questo progetto, inoltre, ci può fornire uno strumento di comprensione, valido e particolare, adatto ad essere utilizzato sia nella pratica clinica che nei programmi di istruzione infermieristica.

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

La NHECI è un nuovo strumento per valutare le competenze per l'educazione sanitaria dell'infermiere, questo è uno strumento psicometrico di auto-segnalazione originale e testato, inoltre è il primo a identificare le conoscenze, le abilità e gli attributi degli infermieri necessari per pianificare e valutare la competenza pratica dell'educazione sanitaria.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Revisione della letteratura scientifica	Coordinatori	01/04/2021 – 31/05/2021
Elaborazione progetto	Coordinatori e Project team	31/05/2021 – 31/05/2021
Richiesta autorizzazione comitato etico	Coordinatori	31/05/2021 - 30/06/2021
Reclutamento, selezione campione e rilevazione	Coordinatori e Project team	31/06/2021 - 30/11/2021
Stesura report ricerca	Coordinatori, Project team	30/11/2021 - 31/12/2021
Pubblicazione finale	Project manager, Coordinatori e Project team	31/12/2021 - 31/01/2022
Chiusura progetto	Project manager, Coordinatori e Project team	31/01/2022 - 28/02/2021

DIAGRAMMA GANTT

	APR 2021	MAG 2021	GIU 2021	LUG 2021	AGO 2021	SET 2021	OTT. 2021	NOV 2021	DIC. 2021	GEN 2022	FEB 2022
Revisione della letteratura scientifica											
Elaborazione progetto											
Richiesta autorizzazione comitato etico											
Reclutamento, selezione campione e rilevazione											
Stesura report ricerca											
Pubblicazione finale											
Chiusura progetto											

BIBLIOGRAFIA

1. Pueyo-Garrigues M, Whitehead D, Pardavila-Belio MI, Canga-Armayor A, Pueyo-Garrigues S, Canga-Armayor N. Health education: A Rogerian concept analysis. International journal of nursing studies. 2019;94:131-8.
2. Levin-Zamir D, Leung AYM, Dodson S, Rowlands G. Health literacy in selected populations: Individuals, families, and communities from the international and cultural perspective. Information Services & Use. 2017;37(2):131-51.
3. Jeffreys MR. Teaching cultural competence in nursing and health care: Inquiry, action, and innovation: Springer Publishing Company; 2015.
4. Svavarsdóttir MH, Sigurðardóttir ÁK, Steinsbekk A. Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2016;15(1):55-63.
5. Clark M, Raffray M, Hendricks K, Gagnon AJ. Global and public health core competencies for nursing education: a systematic review of essential competencies. Nurse education today. 2016;40:173-80.
6. Johnson DW, Johnson RT. The use of cooperative procedures in teacher education and professional development. Journal of education for teaching. 2017;43(3):284-95.
7. Pueyo-Garrigues M, Pardavila-Belio MI, Whitehead D, Esandi N, Canga-Armayor A, Elosua P, et al. Nurses' knowledge, skills and personal attributes for competent health education practice: An instrument development and psychometric validation study. Journal of Advanced Nursing. 2021;77(2):715-28.
8. Lin LY, Wang RH. Patient E ducation C ompetence S cale for Registered Nurses in T aiwan: S cale development and psychometric validation. Japan Journal of Nursing Science. 2017;14(2):117-25.
9. Hwang HL, Kuo ML, Tu CT. Health Education and Competency scale: development and testing. Journal of clinical nursing. 2018;27(3-4):e658-e67.
10. Cowan DT, Norman I, Coopamah VP. Competence in nursing practice: a controversial concept–a focused review of literature. Nurse education today. 2005;25(5):355-62.
11. Notarnicola I, Petrucci C, Barbosa MRDJ, Giorgi F, Stievano A, Lancia L. Clinical competence in nursing: A concept analysis. Professioni infermieristiche. 2016;69(3).
12. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 2000;25(24):3186-91.

POLO DEL MANAGEMENT

TITOLO SINTETICO

LA LEADERSHIP INFERMIERISTICA NELLA PRATICA CLINICA
NURSING LEADERSHIP IN CLINICAL PRACTICE

COORDINATORE PROGETTO
F. Zaghini

RESP. DEL POLO
M. Zega

COD.3.21.1

TITOLO PROGETTO

La leadership infermieristica nella pratica clinica: Efficacia e impatto sui Nursing Sensitive Outcomes. Studio correlazionale trasversale

Nursing leadership in clinical practice: Efficacy and impact on Nursing Sensitive Outcomes. A correlational cross-sectional study

ABSTRACT

Background: La leadership etica ha un ruolo fondamentale nel determinare il benessere organizzativo vissuto dagli infermieri. Il benessere organizzativo oltre a determinare il cambiamento dei livelli di stress, burnout, soddisfazione, engagement e commitment, può influenzare le performance dei lavoratori, e indirettamente gli esiti per i pazienti.

Obiettivi: L'obiettivo principale di questo studio è indagare la relazione esistente tra la leadership infermieristica, il benessere organizzativo e gli esiti sugli infermieri e sui malati.

Metodi e Strumenti: Lo studio trasversale multicentrico descrittivo correlazionale prevede la somministrazione di un questionario composto da scale validate e presenti in letteratura a circa 500 infermieri. Allo stesso tempo e nelle stesse unità operative degli infermieri arruolati verranno rilevati Agli esiti dei malati (e.g. giorni di ospedalizzazione, tasso di infezione e mortalità). Verrà inoltre testato un modello di equazioni strutturali per verificare le ipotesi in studio.

Risultati Attesi: Si pensa di poter verificare che la leadership etica del coordinatore abbia un effetto sugli esiti assistenziali. In particolare, l'effetto della leadership del coordinatore influenzando il benessere organizzativo vissuto dagli infermieri, in termini di stress, burnout, soddisfazione, engagement e commitment, potrebbe incidere sulle loro performance e sui loro comportamenti che modificano gli outcomes dell'assistenza e di conseguenza sui pazienti.

ABSTRACT

Background: Ethical leadership determines nurses' organizational well-being. At the same time, organizational well-being influences change in levels of stress, burnout, satisfaction, engagement and commitment, with direct repercussion on nurses' performance, and indirectly on patients' outcomes.

Aim: To investigate the relationship between nursing ethical leadership, organizational well-being and nurses and patients' outcomes.

Methods and Tools: The cross-sectional multicenter study involves the administration of a questionnaire composed of validated scales to about 500 nurses. At the same time and in the same wards of the enrolled nurses, the outcomes of the patients will be recorded (e.g. days of hospitalization, infection rate and mortality). A model of structural equations will also be tested to verify the hypotheses.

Expected Results: We think to verify that the head nurse ethical leadership has an effect on caring outcomes. In particular, the head nurse leadership influences the organizational well-being experienced by nurses, in terms of stress, burnout, satisfaction, engagement and commitment, and could affect their performances and their behaviors that modify the caring outcomes and consequently patients' outcomes.

BACKGROUND

Diversi studi hanno messo in evidenza quanto la leadership del capo abbia un ruolo fondamentale nel determinare le dinamiche nelle organizzazioni (1). Il clima organizzativo che ne deriva indirettamente influenza le performance dei lavoratori (2), tanto che la qualità delle prestazioni erogate aumenta (3). Nel mondo sanitario diversi sono i leader a cui i professionisti coinvolti nei processi di cura si possono affidare e ispirare, un esempio sono i direttori generali delle aziende, i direttori delle professioni sanitarie, i coordinatori fino ad arrivare ai case manager delle singole equipe di cura.

Tra i diversi stili di leadership, quello etico risulta maggiormente aderente a contesti di lavoro in salute (4), che assume anche un ruolo fondamentale rispetto ai comportamenti agiti dai lavoratori e alle loro performance (1,5,6). Infatti, è stato dimostrato che un leader etico è colui che ha specifici tratti di personalità, quali onestà e integrità morale, in grado anche di adottare comportamenti professionali, curati ed affidabili (7–9). Recentemente è stato messo in luce quanto lo stile di leadership del capo nel settore infermieristico sia determinante nel promuovere un clima organizzativo positivo che porta gli infermieri ad agire comportamenti in linea con gli outcome richiesti (10) e associati con diversi indicatori di benessere organizzativo, quali le competenze agite, l'intenzione di lasciare il lavoro, la soddisfazione lavorativa (11), nonché i nursing sensitive outcomes, esplicitati dalla qualità dell'assistenza fornita ai malati e dagli esiti di cura (12). A tal proposito, numerosi modelli teorici sono stati proposti nel tentativo di spiegare il benessere/malessere psicologico dei lavoratori in relazione all'ambiente di lavoro. Un esempio è dato dal *Job Demand-Resources* model (JD-R) di Bakker e colleghi (13), che spiega come fattori situazionali, ritenuti la principale fonte di stress lavorativo possono portare i lavoratori a provare situazioni di Strain (14), un ridotto stato di salute (15), rischio di esaurimento emotivo (16), burnout (17), disturbi psicosomatici (18) e insoddisfazione lavorativa (19,20). Al contrario, laddove questi fattori di stress sono controllati, gestiti e ove possibili ridotti, i lavoratori sono più motivati e implementano migliori performaces (21,22).

A tal proposito nelle aziende sanitarie, un ambiente di lavoro stressante rappresenta una delle sfide principali con cui è necessario confrontarsi (23), perché può avere ripercussioni sul tasso di assenteismo (24), il distacco nei confronti dell'organizzazione (25), sulla qualità di vita dei lavoratori (26), sulla salute degli operatori (27) e un ruolo nella qualità delle cure offerte ai malati (28). Al contrario in un'organizzazione dove si riesce a costruire, promuovere e mantenere il benessere organizzativo, gli operatori riferiscono soddisfazione lavorativa (29), commitment (30,31) ed engagement (De Simone et al., 2018; Bakker et al., 2018), implementando comportamenti e performances in linea con gli obiettivi migliorando la qualità delle cure (32) che sono associate a una mortalità inferiore dei pazienti (33–35). Per i manager delle aziende sanitarie, per i dirigenti delle professioni infermieristiche e per tutti gli addetti ai lavori è di fondamentale importanza comprendere queste dinamiche, perché potrebbero intervenire in modo proattivo sulle criticità in modo da migliorare gli ambienti organizzativi (36), aumentare la salute degli operatori (37) e indirettamente incidere sulla qualità delle cure offerte ai malati nonché sugli esisti assistenziali (38,39), come la mortalità, il tasso di re-ospedalizzazione, le giornate di degenza e le infezioni nosocomiali (40–44). Già dagli anni '50 la stessa organizzazione mondiale della sanità (OMS) poneva l'attenzione sulla promozione e il mantenimento della salute e della qualità di vita dei lavoratori, realizzabile migliorando l'ambiente di lavoro (45). Nonostante quest'attenzione, gli ambienti di lavoro, quando particolarmente richiedenti e stressanti, hanno continuato a ridurre la qualità di vita dei lavoratori (46). In particolare, la letteratura ha dimostrato che alcuni settori particolarmente stressanti, come quello sanitario (23,47), possono ridurre la salute degli operatori (48,49), sia da un punto di vista fisico che da un punto di vista psichico (27) e la loro qualità di vita (50), che può avere ripercussioni sulle loro performance può inficiare la qualità delle cure e la sicurezza dei malati (51).

Nella comunità scientifica, tuttavia, rimane scetticismo sul fatto che i contesti organizzativi in cui operano gli infermieri abbiano effettivamente un impatto sugli esiti dei pazienti. I risultati di alcune revisioni sistematiche della letteratura supportano la teoria secondo cui migliori ambienti di assistenza infermieristica siano associati a migliori esiti dei pazienti (52), ma prove definitive sono carenti (53). Questo dibattito, che riguarda sia gli addetti ai lavori ma anche il mondo accademico risulta essere estremamente acceso e attuale, perché potrebbe mettere a disposizione dei dirigenti delle professioni infermieristiche e più in generale delle organizzazioni sanitarie, nuove opportunità di intervento per migliorare la l'assistenza infermieristica, la qualità delle cure offerte ai malati e gli esiti assistenziali.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE

Alla luce di quanto esposto, l'obiettivo principale di questo studio è indagare la relazione esistente tra la leadership infermieristica, il benessere organizzativo e gli esiti sugli infermieri e sui malati (figura 1).

OBIETTIVI SPECIFICI

In particolare, si vogliono verificare le seguenti ipotesi:

- H1: La leadership etica del coordinatore ha una relazione negativa con lo stress e il burnout degli infermieri;
- H2: La leadership etica del coordinatore ha una relazione positva con la soddisfazione, l'engagement e il commitment degli infermieri;
- H3: Gli infermieri maggiormente stressati e in burnout riferiscono una peggiore qualità di vita e un maggior tasso di assenteismo;
- H4: I pazienti assistiti dagli infermieri maggiormente stressati e in burnout presentano maggiori tassi di mortalità, infezioni, degenza media e re-ospedalizzazione;
- H5: Gli infermieri maggiormente soddisfatti, ingaggiati e attaccati alla propria azienda riferiscono una migliore qualità di vita e un minor tasso di assenteismo;
- H6: I pazienti assistiti dagli infermieri maggiormente soddisfatti, ingaggiati e attaccati alla propria azienda presentano minori tassi di mortalità, infezioni, degenza media e re-ospedalizzazione.

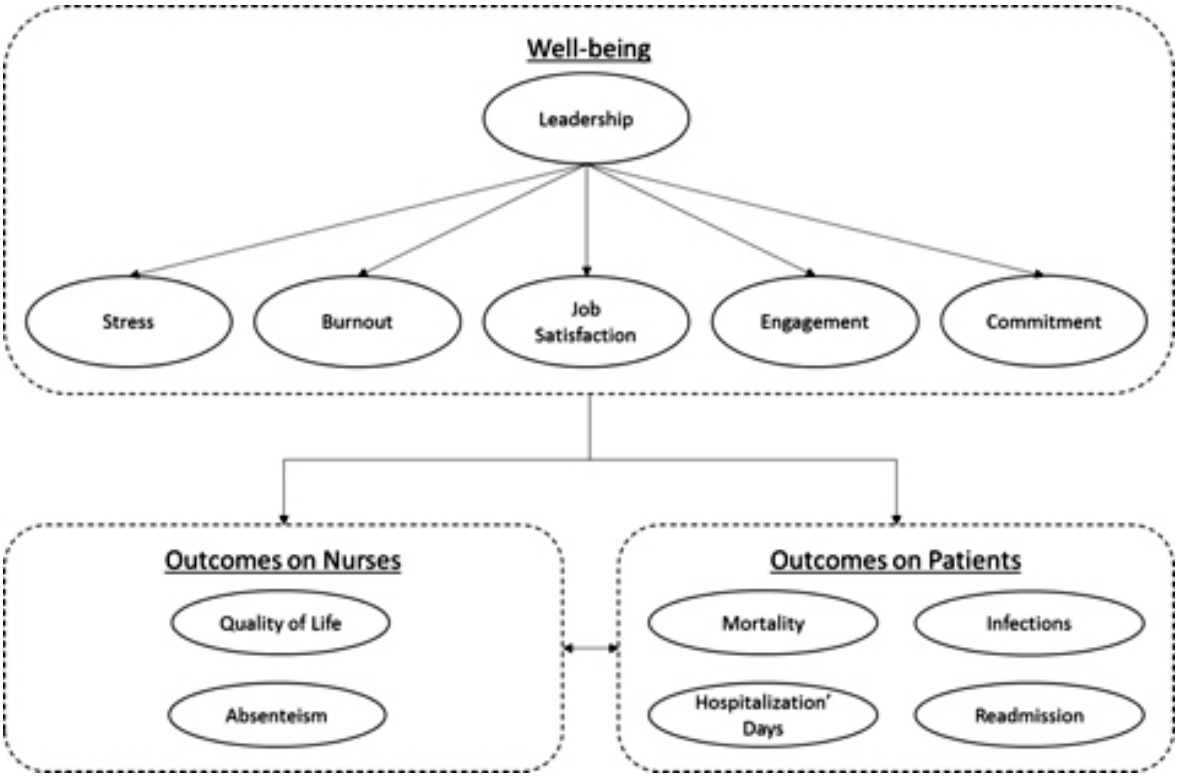


Figura 1. Modello delle variabili

METODOLOGIA

Lo studio trasversale multicentrico di tipo descrittivo correlazionale vedrà la realizzazione delle seguenti fasi:

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

2a Fase: Avvio indagine con somministrazione dei questionari sul campione in un periodo di tempo di circa 3 mesi;

3a Fase: Raccolta dati retrospettiva relativa agli outcomes assistenziali nel periodo di studio considerato;

4a Fase: Elaborazione dei dati, analisi dei risultati, stesura e pubblicazione del primo articolo scientifico;

5a Fase: Analisi dei risultati, stesura e pubblicazione del secondo articolo scientifico.

CAMPIONE

Lo studio prevede l'arruolamento di un campione totale di circa 300 soggetti che rispondano ai seguenti criteri di inclusione e esclusione. I criteri di inclusione sono:

- Infermieri destinati ad attività di assistenza diretta ai malati di qualsiasi unità operativa;
- Infermieri turnisti e fuori turnisti;
- Infermieri con contratto a tempo pieno e part-time;
- Infermieri con contratto a tempo determinato e indeterminato.

I criteri di Esclusione sono:

- Infermieri coordinatori;
- Infermieri dirigenti.

STRUMENTI

Lo strumento di raccolta dati sarà composto da scale già validate e presenti in letteratura (tabella 1).

Tabella1. Elenco delle scale di misura utilizzate nel questionario

VARIABILE	SCALA	AUTORI	N. ITEM	DIMENSIONI	MODALITÀ DI RISPOSTA
Leadership Etica	ELS	Brown et al, 2005	10	Unica	Likert a 5 passi (da 1 = "Fortemente in disaccordo" a 5 = "Fortemente d'accordo")
Stress lavoro-correlato	HSE - IT	Marcatto et al.,2011	35	7 (Domanda, Controllo, Supporto, Relazioni, Ruolo e Cambiamento)	Likert a 4 Passi (da 1 = "Mai" a 4 "Spesso")
Burnout	MBI-GS	Maslach et al., 1996; Schaufeli et al., 1996; Borgogni et al., 2005	10	2 (Esaurimento Emotivo, Cinismo)	Likert 7 passi (da 0 = "Mai" a 6 = "Sempre")
Sovraccarico Relazionale	ISW	Borgogni et al., 2012	5	Unica	Likert 7 passi (da 0 = "Mai" a 6 = "Sempre")
Soddisfazione Lavorativa	QISO	Sili, 2010	18	3 (Generale, Mnagement, Unità Operativa)	Likert a 4 Passi (da 1 = "Mai" a 4 "Spesso")
Work Engagement	UWES	Schaufeli & Bakker, 2003	17	3 (Vigore, Dedizione, Assorbimento)	Likert 7 passi (da 0 = "Mai" a 6 = "Sempre")
Affective Commitment	AFC	Meyer & Allen, 1990	8	Unica dimensione	Likert 7 passi (da 1 = "Del tutto in disaccordo" a 7 = "Del tutto d'accordo")
Qualità di Vita	SQVI	Sili et al., 2018	28	4 (Fisica, Emotiva, Lavorativa, Sociale	Likert a 4 Passi (da 1 = "per nulla soddisfatto" a 4 "del tutto soddisfatto)

- L'ultima parte del questionario indagherà le caratteristiche sociodemografiche e lavorative degli infermieri;
- I dati relativi agli esiti dell'assistenza verranno raccolti in specifiche schede di rilevamento elaborate ad hoc.

ANALISI DEI DATI

Per verificare il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici del progetto, sui dati raccolti verranno

avviate una serie di analisi statistiche descrittive e inferenziali. Anzitutto si esamineranno le proprietà psicometriche di tutte le scale utilizzate, in particolare verrà verificata l'attendibilità attraverso l'Alpha di Cronbach. Per verificare le differenze tra i punteggi medi espressi dai partecipanti rispetto all'ambito clinico verrà utilizzata l'analisi della varianza ad una via (ANOVA) con test post-hoc di Tukey. Verranno studiate le relazioni tra le variabili in studio attraverso il test di correlazione r di Pearson. Successivamente verranno verificate le ipotesi formulate tramite modelli di equazioni strutturali. L'adeguatezza del modello verrà valutata considerando buoni i seguenti indici di fit: chi quadrato ($\chi 2$) (non significativo), RMSEA (<0,06), CFI (>0,90), TLI (>0,90) e SRMR (<0,08) (Hu et al., 1999; Muthén et al., 2012). Verranno infine verificati eventuali valori predittivi della leadership e delle variabili di contesto organizzativo rispetto agli esiti assistenziali e sull'assenteismo degli infermieri attraverso regressioni lineari. Il modello di equazioni strutturali (SEM) sarà realizzato con MPlus® Ver 7.1 mentre le analisi descrittive, le correlazioni e l'ANOVA saranno effettuate utilizzando il pacchetto statistico SPSS Ver 22®.
I risultati dello studio verranno diffusi alla comunità scientifica attraverso pubblicazioni scientifiche, congressi, presentazioni orali e quanto di volta in volta verrà ritenuto più opportuno.

RISULTATI ATTESI

Dall'elaborazione e l'analisi delle informazioni ottenute da questo studio si pensa di poter verificare che la leadership etica del coordinatore abbia un effetto diretto e/o indiretto sugli esiti assistenziali. In particolare, l'effetto della leadership del coordinatore influenzando il benessere organizzativo vissuto dagli infermieri, in termini di stress, burnout, soddisfazione, engagement e commitment, potrebbe incidere sulle loro performance e sui loro comportamenti che modificano gli outcomes dell'assistenza e di conseguenza sui pazienti.
Nello specifico ci aspettiamo di verificare che leadership etica del coordinatore sia indirettamente proporzionale ai livelli di stress e burnout degli infermieri e direttamente proporzionale ai loro livelli di soddisfazione, engagement e commitment. Al tempo stesso che tutto questo possa avere un effetto sugli esiti assistenziali, secondo cui gli infermieri che sono più stressati e in burnout producano outcomes peggiori (in termini di mortalità, infezioni, giornate di degenza e tasso di re-ospedalizzazione) per i malati, e al contrario gli infermieri più soddisfatti del proprio lavoro, coinvolti e legati alla propria organizzazione producano outcome migliori.
Infine, ci aspettiamo di verificare un valore predittivo della leadership del coordinatore e del benessere organizzativo vissuto dagli infermieri sugli esiti che si producono verso gli operatori (in termini di maggiore qualità di vita e minore tasso di assenteismo) e verso i pazienti.
Questi risultati, qualora verificati, sarebbero determinanti per i dirigenti delle professioni infermieristiche e al tempo stesso per i dirigenti delle aziende sanitarie e di tutti gli addetti ai lavori, perché, oltre a colmare un'importante lacuna della letteratura in cui non vi è tracci di studi che abbiano avuto l'obiettivo principale di verificare queste ipotesi, andrebbero a costituire molteplici ambiti di intervento per migliorare gli esiti sui malati. Allo stato attuale, affermare che agendo sulla leadership del coordinatore si potrebbe ridurre la mortalità dei pazienti potrebbe sembrare un'eresia, ma una volta verificato, i dirigenti infermieristici potrebbero utilizzare questa informazione per intervenire laddove tali esiti infausti si presentano. Si potrebbero rimodulare le assegnazioni dei coordinatori nelle varie unità operative, implementare dei corsi di formazione per lo sviluppo della leadership o per la gestione dei gruppi di lavoro, avviare progetti di team building non più con l'obiettivo organizzativo di costituire un migliore ambiente di lavoro o per la riduzione dei conflitti, ma per ridurre i tassi di infezioni, la re-ospedalizzazione dei pazienti, o anche semplicemente per ridurre le assenze per malattia degli infermieri migliorando al tempo stesso la loro qualità della vita.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTO DI RICERCA		SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
1	**Pianificazione delle attività e avvio del progetto:** • revisione bibliografica • allineamento del team di ricerca • arruolamento delle strutture in cui svolgere il progetto	Project manager, coordinatore, team progetto	Gennaio - Aprile 2021

DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTO DI RICERCA		SOGGETTI COINVOLTI	DURATA
2	***Indagine*** • Predisposizione materiali • Somministrazione e raccolta questionari	Team di progetto	Aprile - Luglio 2021
3	• Raccolta delle informazioni relative agli outcomes assistenziali	Team di progetto	Giugno - Luglio 2021
5	• Elaborazione risultati • Stesura, revisione, pubblicazione articolo	Team di progetto	Luglio – Settembre 2021
7	**Stesura del Report finale:** • Sintesi dei principali outcomes • Scrittura del Report finale	Coordinatore, Team di progetto	Ottobre - Dicembre 2021
8	**Condivisione e diffusione**	Coordinatore, Team di progetto	Ottobre - Dicembre 2021

DIAGRAMMA GANTT

MESE	GEN 2021	FEBB 2021	MAR 2021	APR 2021	MAG 2021	GIU 2021	LUG 2021	AGO 2021	SET 2021	OTT 2021	NOV 2021	DIC 2021
Pianificazione delle attività e avvio del progetto: • revisione bibliografica • allineamento del team di ricerca • arruolamento delle strutture in cui svolgere il progetto	■	■	■									
Indagine • predisposizione materiali • somministrazione e raccolta questionari				■	■	■	■					
• Raccolta delle informazioni relative agli outcomes assistenziali						■	■					
• Elaborazioni risultati							■	■	■			
Stesusa del Report finale: • Sintesi dei principali outcomes • Scrittura del report finale										■	■	■
Condivisione e diffusione										■	■	■

BIBLIOGRAFIA

1. Brown ME, Treviño LK, Harrison DA. Ethical leadership : A social learning perspective for construct development and testing. Organ Behav Hum Decis Process. 2005;97(2):117–34.
2. Ham C. Migliorare la performance dei servizi sanitari: il ruolo della leadership clinica. Polit Sanit. 2004;5(2):70–4.
3. Nuti S. La valutazione della performance in sanità. Bologna: Il Mulino; 2008.
4. Zaghini F, Biagioli V, Proietti M, Badolamenti S, Fiorini J, Sili A. The role of occupational stress in the association between emotional labor and burnout in nurses: A cross-sectional study. Appl Nurs Res. 2020;54(151277).
5. Solomon RC. Ethical Leadership, Emotions, And Trusts: beyond "Charisma." Ciulla J, editor. 2004. 83–102 p.
6. Neubert MJ, Carlson DS, Kacmar KM, Roberts JA, Chonko LB. The Virtuous Influence of Ethical Leadership Behavior : Evidence from the Field. J Bus Ethics. 2009;90:157–70.
7. Den Hartog DN, House RJ, Hanges PJ, Antonio Ruiz-Quintanilla S, Dorfman PW, Abdalla IA, et al. Culture

specific and crossculturally generalizable implicit leadership theories: Are attributes of charismatic/transformational leadership universally endorsed? Leadersh Q. 1999 Jun 1;10(2):219–56.

8. Choi J. A Motivational Theory of Charismatic Leadership: Envisioning, Empathy, and Empowerment. J Leadersh Organ Stud. 2006;13(1):24–43.
9. Kirkpatrick SA, Locke EA. Direct and indirect effects of three core charismatic leadership components on performance and attitudes. J Appl Psychol. 1996;81(1):36–51.
10. Makaroff KS, Storch J, Pauly B, Newton L. Searching for ethical leadership in nursing. Nurs Ethics. 2014;21(6):642–58.
11. Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Meretoja R. Ethical climate and nurse competence – newly graduated nurses' perceptions. Nurs Ethics. 2015;22(8):845–59.
12. Keselman D. Ethical Leadership. Holist Nurs Pract. 2012 Sep;26(5):259–61.
13. Bakker AB, Van Emmerik H, Van Riet P. How job demands, resources, and burnout predict objective performance: A constructive replication. Anxiety, Stress Coping. 2008 Jul;21(3):309–24.
14. Schaufeli WB, Taris TW. A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Work and Health. In: Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach. Dordrecht: Springer Science & Business Media; 2014. p. 1–249.
15. Magnusson Hanson LL, Westerlund H, Chungkham HS, Vahtera J, Rod NH, Alexanderson K, et al. Job strain and loss of healthy life years between ages 50 and 75 by sex and occupational position: analyses of 64 934 individuals from four prospective cohort studies. Occup Environ Med. 2018 Jul;75(7):486–93.
16. Wong CA, Laschinger HKS. The influence of frontline manager job strain on burnout, commitment and turnover intention: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2015;52(12):1824–33.
17. Metlaine A, Sauvet F, Gomez-Merino D, Elbaz M, Delafosse JY, Leger D, et al. Association between insomnia symptoms, job strain and burnout syndrome: A cross-sectional survey of 1300 financial workers. BMJ Open. 2017 Jan 1;7(1):1–10.
18. Junne F, Michaelis M, Rothermund E, Stuber F, Gündel H, Zipfel S, et al. The role of work-related factors in the development of psychological distress and associated mental disorders: Differential views of human resource managers, occupational physicians, primary care physicians and psychotherapists in Germany. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(3).
19. DeJonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. Soc Sci Med. 2000;50(9):1317–27.
20. Bakker AB, Demerouti E, Euwema MC. Job resources buffer the impact of job demands on burnout. J Occup Health Psychol. 2005;10(2):170–80.
21. Xanthopoulou D, Bakker AB, Dollard MF, Demerouti E, Schaufeli WB, Taris TW, et al. When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. J Manag Psychol. 2007;22(8):766–86.
22. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: State of the art. J Manag Psychol. 2007;22(3):309–28.
23. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. Int J Environ Res Public Health. 2015 Jan 12;12(1):652–66.
24. Diestel S, Wegge J, Schmidt K-H. The Impact of Social Context on the Relationship Between Individual Job Satisfaction and Absenteeism: The Roles of Different Foci of Job Satisfaction and Work-Unit Absenteeism. Acad Manag J. 2014;57(2):353–82.
25. Imperatori B. Engagement and Disengagement at Work: What's New. In Springer, Cham; 2017. p. 5–18.
26. Sili A, Alvaro R, Fida R, Vellone E, Avallone F. La salute organizzativa degli infermieri : guida pratica all'utilizzo del questionario infermieristico sulla salute organizzativa (QISO). Edises; 2010.
27. Shamian J, Kerr MS, Laschinger HKS, Thomson D. A hospital-level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario's acute-care hospitals. Can J Nurs Res. 2016;33(4):35–50.
28. Kieft RA, de Brouwer BBJM, Francke AL, Delnoij DMJ. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2014 Dec;14(1):249.
29. Lizano EL, Mor Barak M. Job burnout and affective wellbeing: A longitudinal study of burnout and job satisfaction among public child welfare workers. Child Youth Serv Rev. 2015 Aug;55:18–28.
30. Prasetio AP, Yuniarsih T, Ahman E. Job Satisfaction, Organizational Commitment, and Organizational

Citizenship Behaviour in State-owned Banking. Univers J Manag. 2017 Jan;5(1):32–8.

31. Werang BR, Agung AAG. Teachers' job satisfaction, organizational commitment, and performance in Indonesia: A Study from Merauke District. Int J Dev Sustain. 2017;6(8):700–11.
32. Montgomery A, Spânu F, Băban A, Panagopoulou E. Job demands, burnout, and engagement among nurses: A multi-level analysis of ORCAB data investigating the moderating effect of teamwork. Burn Res. 2015 Sep 1;2(2–3):71–9.
33. Aiken LH. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. JAMA J Am Med Assoc. 2003 Sep 24;290(12):1617–23.
34. Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Ricker KL, Giovannetti P. The Impact of Hospital Nursing Characteristics on 30-Day Mortality. JONA J Nurs Adm. 2011 Jul;41(7/8):S58–68.
35. Tourangeau AE, Doran DM, Hall LM, O'Brien Pallas L, Pringle D, Tu J V., et al. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. J Adv Nurs. 2007;57(1):32–44.
36. Laschinger HKS, Wong CA, Grau AL. The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2012;49(10):1266–76.
37. Fransson EI, Nyberg ST, Heikkilä K, Alfredsson L, Bjorner JB, Borritz M, et al. Job Strain and the risk of stroke: An individual-participant data meta-analysis. Stroke. 2015;46(2):557–9.
38. Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. Nurse staffing and quality of patient care. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2007 Mar;(151):1–115.
39. Stone P, Mooney-Kane C, Larson E, Horan T, Glance L, Zwanziger J, et al. Nurse working conditions and patient safety outcomes. Med Care. 2007;45(6):571–8.
40. Aiken LH, Sloane D, Lake E, Sochalski J, Weber A. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. Med Care. 1999;37(8):760–72.
41. Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare Mortality among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care. Med Care. 1994;32(8):771–87.
42. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 2014;383(9931):1824–30.
43. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. Int J Qual Heal Care. 2011;23(4):357–64.
44. Lake ET, Friese CR. Variations in Nursing Practice Environments. Nurs Res [Internet]. 2006 Jan;55(1):1–9. Available from: http://journals.lww.com/00006199-200601000-00001
45. OMS. Health Promotion Glossary. World Health Organization Geneva. Geneva; 1998.
46. Van Bogaert P, Kowalski C, Weeks SM, Van heusden D, Clarke SP. The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. Int J Nurs Stud. 2013;50(12):1667–77.
47. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(11).
48. Siegrist J, Li J. Associations of extrinsic and intrinsic components of work stress with health: A systematic review of evidence on the effort-reward imbalance model. Int J Environ Res Public Health. 2016;13(4):1–14.
49. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. BMC Public Health. 2015 Dec 1;15(1):738.
50. Sili A, Biagioli V, Caruso R, Zaghini F. Measuring Nurses' Quality of Life: adjustment of Satisfaction Profile (SAT-P). Prof Inferm. 2018;71(3):160–72.
51. Farnese ML, Zaghini F, Caruso R, Fida R, Romagnoli M, Sili A. Managing care errors in the wards: The contribution of authentic leadership and error management culture. Leadersh Organ Dev J. 2019;40(1):17–30.
52. Page A. Keeping Patients Safe. Washington, D.C.: National Academies Press; 2004.
53. Kazanjian A, Green C, Wong J, Reid R. Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. J Health Serv Res Policy. 2005;10(2):111-117A.

POLO DEL MANAGEMENT

TITOLO SINTETICO

VALIDAZIONE DELLA SCALA DEL RISPETTO PROFESSIONALE INFERMIERISTICO

VALIDATION OF THE ITALIAN NURSING PROFESSIONAL RESPECT SCALE (NPRS)

COORDINATORE PROGETTO
M. Piredda

RESP. DEL POLO
M. Zega

COD.3.21.2

TITOLO PROGETTO

La scala del rispetto professionale infermieristico: studio di validità della versione italiana

The nursing professional respect scale (NPRS): a confirmatory study among Italian nurses

ABSTRACT

La dignità è stata riconosciuta come un diritto umano dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani nel 1948. Il termine dignità è un costrutto multidimensionale associato al valore di una persona e include concetti come rispetto, valore e riconoscimento. La dignità del paziente costituisce una questione di strategica importanza nei sistemi sanitari ed è un valore fondamentale nell'ambito dell'assistenza infermieristica che la considera come *dignità in relazione* percepita dall'infermiere nell'ambiente lavorativo. Esercitare con dignità professionale nell'infermieristica significa percepire che i pazienti meritano un'assistenza di qualità e anche che il proprio rispetto come persone e professionisti merita attenzione.
Per questo motivo la sua misurazione nei sistemi sanitari, come già avvenuto in uno studio condotto negli Stati Uniti, costituirà un passo fondamentale per garantire la soddisfazione lavorativa degli infermieri nelle organizzazioni sanitarie italiane. In ragione di ciò, la prima parte della scala *Nursing Professional Respect Scale* (NPRS), sviluppata in lingua anglosassone, sarà tradotta e valutata psicometricamente in italiano.

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

ABSTRACT

Dignity is an overarching human right as stated by the Declaration on Human Rights by the United Nations in 1948. The concept of dignity is a multidimensional idea connected to the worth of a person and includes constructs such as respect, value, and acknowledgement. Patient's dignity is of strategic importance in the health systems and a fundamental value in the field of nursing that considers it as a 'dignity in relation' perceived by nurses in the workplace. Practicing with professional dignity in nursing means perceiving that patients deserve quality care and also that one's respect as individuals and professionals deserves attention. For this reason, the measurement of professional dignity in the health organizations, as already happened in a study conducted in the United States, will constitute an essential driving force to guarantee the job satisfaction of nurses in the Italian healthcare facilities. Therefore, the first part of the Nursing professional respect scale (NPRS), first developed in the English language, will be translated and psychometrically evaluated in Italian.

Key words: Dignity, respect, health organizations, inter and intra-professional relationships, organizational climate.

BACKGROUND

La dignità è stata riconosciuta come un diritto umano dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani delle Nazioni Unite (ONU) nel 1948.[1] Il termine dignità è

un costrutto multidimensionale associato al valore di una persona e include concetti come rispetto, valore e riconoscimento.[2] La dignità del paziente è un costrutto di strategica importanza nei sistemi sanitari[2,3] ed è un valore fondamentale nell'ambito dell'assistenza infermieristica. L'infermieristica la considera come il grado *di dignità in relazione* percepita dall'infermiere all'interno dell'ambiente lavorativo. Esercitare con dignità professionale nell'infermieristica significa percepire che gli assistiti meritano un'assistenza di qualità ma anche essere consapevoli che il proprio rispetto come persone e professionisti merita attenzione.[4]
L'assistenza sanitaria in assenza di dignità può influenzare negativamente il percorso di cura dei pazienti.[4–7] Inoltre, l'assistenza infermieristica è considerata di un buon livello quando questa migliora o mantiene la dignità dell'assistito, ne promuove il comfort emotivo, e quindi, ne migliora il percorso terapeutico.[7-9]
Il rispetto dei diritti umani fondamentali e il mantenimento della dignità del paziente sono stati riconosciuti come pilastro fondamentale nelle organizzazioni infermieristiche.[10-13] Il mantenimento della dignità del paziente include il massimo rispetto dell'individualità della persona assistita, consentendo di mantenere l'autonomia dei pazienti nel partecipare attivamente al proprio percorso clinico, riconoscendo la loro spiritualità, trattando i pazienti in modo equo indipendentemente dalla condizione economica e rispettando il loro stile di vita e cultura.[10,11]
Per gli infermieri, i fattori che determinano la dignità professionale includono il rispetto intra e interprofessionale, la possibilità da parte dell'ambiente lavorativo di permettere l'erogazione di un'assistenza di elevata qualità, il grado di *autonomia e decision-making* espresso dai professionisti nel loro lavoro.[12] La ricerca precedente sul tema ha dimostrato che un'assistenza di eccellenza è connessa a migliori *outcome* per i pazienti[13,14] e che l'assistenza infermieristica è migliore in un ambiente di lavoro dove regna il rispetto e la solidarietà.[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 possono portare ad assenteismo e definitivo abbandono della professione.[18-19] Queste esperienze, che possono essere etichettate come forme di "*moral distress*", sono associate ad una bassa qualità dell'assistenza.[19,20] Soprattutto quando ci sono elevati carichi di lavoro,[21] il valore dell'assistenza infermieristica non è riconosciuto e l'assistenza e la sicurezza dei pazienti sono a rischio elevato.[21]
Recentemente, è stato strutturato e validato nel contesto americano lo strumento '*Nursing Professional Respect Scale*' (NPRS), con una scala a 3 fattori e venti item. (*In press*) per misurare il rispetto professionale. Tuttavia, esso non è disponibile ai clinici italiani, minando la possibilità di identificare e valutare il loro livello di dignità professionale, e quindi ostacolando un reale ed efficace supporto agli assistiti.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

Lo scopo di questa prima parte del progetto è la validazione dello strumento per misurare il rispetto professionale (NPRS) nella sua versione italiana.

OBIETTIVI SPECIFICI:

(a) Effettuare una traduzione (*forward-back translation*) dello strumento (fase 1).

(b) Effettuare una validazione di contenuto e facciata tramite coinvolgimento di esperti nazionali (fase 2).

(c) Effettuare un test pilota della bozza della versione italiana della NPRS in una coorte italiana di infermieri (fase 3).

(d) Effettuare una raccolta dati multicentrica per la valutazione della dimensionalità dello strumento e la sua affidabilità (fase 4).

METODOLOGIA

Disegno di ricerca: Studio metodologico e multifase di validazione.

Per rispondere all'obiettivo generale dello studio bisogna progettare uno studio in più fasi:

1. **Fase 1**: ***Validazione linguistico-culturale***. Per ottenere una traduzione ottimale degli item in italiano e per assicurare l'attendibilità e la validità della scala originale, sarà utilizzato l'approccio *di forward translation / back translation* descritto da Jones (1992).
2. **Fase 2**: ***Validazione di contenuto e facciata***. Conclusa la fase di traduzione (Fase 1), verrà chiesto ad un gruppo di 10/12 infermieri esperti di esprimere un loro giudizio sulla pertinenza di ogni item della scala, nella versione italiana, in merito all'obiettivo di misura della scala stessa. Per far ciò esprimeranno un giudizio valutando ogni item con una scala Likert a 4 passi (1=completamente non pertinente;

4=completamente pertinente). Tale approccio alla validazione di contenuto permetterà di calcolare i due indici quantitativi I-CVI e S-CVI). Per la validazione di facciata (validazione qualitativa) verranno poste alcune domande aperte allo stesso gruppo di clinici esperti. Tali domande verranno analizzate qualitativamente, e verranno prese in considerazione eventuali proposte di chiarificazioni e di modifica sulla forma linguistica degli item.

3. **Fase 3**: ***Test pilota***. La bozza così creata della versione italiana della scala NPRS verrà somministrata a una coorte di infermieri italiani per valutare dati iniziali di accettabilità, chiarezza e comprensibilità.
4. **Fase 4. *Validazione di costrutto*** e affidabilità. La versione italiana della scala NPRS così testata, sarà somministrata ad una coorte di infermieri per valutare la validità di costrutto e l'affidabilità. Questa fase prevede un disegno cross-sectional e l'arruolamento di un numero di soggetti pari ad almeno 10 per ogni item e un campione complessivo di almeno 200 soggetti. Per l'analisi della validità di costrutto verrà utilizzato un approccio confermativo. Sarà pertanto condotta un'analisi fattoriale confermativa attraverso l'uso del software Mplus vs 6.1 (Muthén and Muthén, Los Angeles, CA, USA). Lo studio della coerenza interna verrà eseguito calcolando il coefficiente α di Cronbach sulle risposte ai questionari della coorte reclutata.

RISULTATI ATTESI

La conoscenza prodotta dalla validità di contenuto della scala permetterà una successiva validazione psicometrica più estesa. Lo sviluppo di questo strumento potrà contribuire a creare realtà organizzative in cui le relazioni inter e transdisciplinari faciliteranno la promozione della qualità dell'assistenza e la sicurezza del paziente. Con questa ricerca sarà possibile contribuire a organizzare l'ospedale del futuro dove le relazioni intra e interprofessionali diventeranno la base di un'assistenza eccellente verso i pazienti.

DIFFUSIONE DEI RISULTATI

I risultati saranno disseminati attraverso congressi e conferenze a livello nazionale ed internazionale. Il gruppo di ricerca organizzerà dei seminari dedicati e una conferenza. Inoltre, articoli sulla validazione dello strumento saranno proposti a riviste del settore.

PIANIFICAZIONE

		TEAM	TEMPO
1	Revisione della letteratura	Project manager, coordinatore e team di progetto	01/05/2021 -31/05/2021
2	Validazione linguistico-culturale	Coordinatore e team di progetto	01/05/2021 -30/06/2021
3	Raccolta dati (Fasi 2, 3 e 4)	Coordinatore, team di progetto	01/07/2021 -01/01/2022
4	Analisi dati	Manager, coordinatore, team di progetto	01/02/2022 -28/02/2021
5	Validazione dei risultati	Team di progetto	01/03/2021-31/03/2022
6	Redazione rapporto finale	Manager, coordinatore, team di progetto	01/04/2022-30/04/2022

DIAGRAMMA GANTT

2021-2022	MAG 21	GIU 21	LUG 21	AGO 21	SET 2	OTT 21	NOV 21	DIC 21	GEN 22	FEB 22	MAR 22	APR 22
Background												
Validazione linguistico-culturale (Fase 1)												

2021-2022	MAG 21	GIU 21	LUG 21	AGO 21	SET 2	OTT 21	NOV 21	DIC 21	GEN 22	FEB 22	MAR 22	APR 22
Raccolta dati (Fasi 2, 3 e 4)												
Analisi dati												
Validazione dei risultati												
Redazione rapporto finale/ articoli di ricerca e conferenza												

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe, 1994. https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf (accessed 26 01 2021).
2. Valentine N, Darby C and Bonse GJ. Which aspects of quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of 'health system responsiveness' in 41 countries. *Soc Sci Med* 2008; 66: 1939–1950.
3. Adib-Hajbaghery M and Aghajani M. Patients dignity in nursing. *Nurs Midwifery Stud* 2015; 4(1): 35–42.
4. Stievano A, De Marinis MG, Rocco G, Russo MT, & Alvaro R. Professional dignity in nursing in clinical and community workplaces. *Nurs Ethics* 2012; 19: 341-356.
5. Brencick JM and Webster GA. Philosophy of nursing a new vision of health care. Albany, NY: State University of New York Press, 2000.
6. Jacobs BB. Respect for human dignity: A central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. *Adv Nurs Sci* 2001; 24(1): 17–35.
7. Walsh K and Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *Int J Nurs Pract* 2002; 8(3): 143–151.
8. Bidabadi Yazdannik A and Zargham-Boroujeni A. Patient's dignity in intensive care unit: a critical ethnography. *Nurs Ethics* 2017. DOI: 10.1177/0969733017720826.
9. Baillie L and Gallagher A. Evaluation of the Royal College of Nursing's dignity: at the heart of everything we do campaign. Exploring challenges and enablers. *J Res Nurs* 2010; 15: 15–28.
10. Williams AM and Irurita VF. Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patient's perspective. *J Clin Nurs* 2004; 13(7): 806–815.
11. American Nurses Association. Code of ethics for nurses. Washington, DC: Center for Ethics & Human Rights, 2001.
12. Lawless J, Moss C. Exploring the value of dignity in the work-life of nurses. *Contemp Nurse* 2007; 24: 226-236.
13. Yalden BJ, & McCormack B. Constructions of dignity: a pre-requisite for flourishing in the workplace? *Int J Older People Nurs* 2010; 5: 137-147.
14. Sabatino L, Stievano A, Kallio H, Rocco G, Pietila AM, Kangasniemi M. The dignity of the nursing profession: a meta-synthesis of qualitative research. *Nurs Ethics* 2014; doi:10.1177/0969733013513215.
15. Aiken L, Clarke S, Sloane D, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987–1993.
16. Clarke S., & Aiken L. More nursing, fewer deaths. *Qual Saf Health Care* 2006; 15: 2-3. doi: 10.1136/qshc.2005.017343.
17. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Lake E., & Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm* 2008; 38(5): 223–229. doi: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.
18. Flynn L., Liang Y., Dickson G., & Aiken L. Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *J Am Geriat Society* 2010; 58(12): 2401-2406. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03162.x
19. Andrews DR, Burr J, & Bushy A. Nurses' self-concept and perceived quality of care. *J Nurs Care* Qual 2011; 26: 69-77.

20. 20. Bournes DA, & Milton CL. Nurses' experiences of feeling respected–not respected. *Nurs Sci Q* 2009; 22: 47-56.
21. 21. Napier J, Clinch M. Job strain and retirement decisions in UK general practice. *Occup Med* 2019 22;69(5):336-341. doi: 10.1093/occmed/kqz075.

POLO DEL MANAGEMENT

TITOLO SINTETICO

LEADERSHIP TRASFORMAZIONALE

TRANSFORMATIONAL LEADERSHIP

COORDINATORE PROGETTO
I. Notarnicola
S. Savini

RESP. DEL POLO
M. Zega

COD.3.21.3

TITOLO PROGETTO

Valutazione della leadership trasformazionale nei leader infermieristici di due Aziende sanitarie, per intraprendere un programma di formazione specifica. Uno studio osservazionale.

Assessment of the transformational leadership in nursing leaders in two healthcare companies, to initiate a specific training program. An observational study.

ABSTRACT

Background: Negli ultimi anni sono stati effettuati vari studi sulla leadership e sulla sua importanza nell'influenzare l'efficacia con cui operano le aziende sanitarie. La risorsa umana è diventata sempre più rilevante soprattutto sul piano qualitativo.

Chi coordina un team infermieristico, formato da più infermieri e altri operatori sanitari, si trova molto spesso a fare fronte a una duplice pressione: da una parte l'ambiente esterno, che richiede tempestività, flessibilità, coerenza, creatività, e dall'altra l'ambiente interno, che esige trasparenza, coesione, spirito di gruppo, motivazione e professionalità.

Obiettivi: valutano le competenze trasformazionale dei leader infermieristici dell'ARES 118 e della ASL Roma 4.

Metodi e strumenti per effettuare il progetto formativo: Per valutare la leadership trasformazionale si utilizzerà il Questionario sulla Leadership Multifattoriale 6 (MLQ-6).

Risultati attesi: La leadership trasformazionale si pone quindi come un'opportunità di crescita e di miglioramento continuo, sia per l'organizzazione sanitaria, che per i singoli individui. Per questo deve inserirsi nel flusso del cambiamento, per comprenderlo e orientarlo.

Parole chiave: Valutazione; programma di Leadership Infermieristica; Leadership Trasformazionale; management.

ABSTRACT

Background: In recent years, various studies have been carried out on leadership and its importance in influencing the effectiveness with which healthcare companies operate. The human resource has become increasingly important, especially on a qualitative level.

Those who coordinate a nursing team, made up of several nurses and other healthcare professionals, very often find themselves having to face a double pressure: on the one hand the external environment, which requires timeliness, flexibility, consistency, creativity, and on the other the internal environment, which requires transparency, cohesion, team spirit, motivation and professionalism.

Objectives: Evaluate the transformational skills of the nursing leaders of the ARES 118 and ASL Rome 4. Methods and tools for carrying out the training project: The Multifactorial Leadership Questionnaire 6

(MLQ-6) will be used to evaluate transformational leadership.

Expected results: Transformational leadership is therefore an opportunity for growth and continuous improvement, both for the healthcare organization and for individuals. This is why it must insert itself into the flow of change, to understand and orient it.

Keywords: Evaluation; Nursing Leadership Program; Transformational Leadership; management.

BACKGROUND

La leadership trasformazionale è rivolta alle strategie e ai modi attraverso cui le capacità e l'impegno dei membri dell'organizzazione possono essere valorizzati grazie all'influenza della leadership (1, 2).
La leadership trasformazionale è un processo che trasforma gli individui; pertanto, implica una particolare forma di influenza che spinge i collaboratori a realizzare molto di più di quanto ci si aspetterebbe da loro (3, 4). È interessata ai valori, alle emozioni, alla morale, alla qualità e agli obiettivi a lungo termine e comprende nel suo processo valutativo le motivazioni dei collaboratori, la soddisfazione dei loro bisogni, e li considera umani (5-7). Si realizza attraverso la negoziazione e lo scambio fra il leader e i suoi collaboratori, in funzione del raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione (8).
La motivazione dei membri dell'organizzazione avviene con il riconoscimento del successo, con ricompense e incentivi concreti, oppure attraverso la sanzione in caso di insuccesso (9).
In ogni modo oggi la sfida è quella di fornire un'assistenza ai pazienti sempre più personalizzata, affidabile e tecnologicamente avanzata, una risposta di trattamento più rapida, una comunicazione e un coordinamento efficienti per aumentare la fidelizzazione del paziente e una maggiore qualità delle cure infermieristiche, orientando le direzioni degli ospedali a comportamenti sempre più innovativi del proprio personale infermieristico (10).
Indubbiamente la necessità di una continua innovazione negli ospedali è una forza trainante cruciale per il maggior beneficio dei pazienti e della comunità infermieristica (1).
Una leadership efficace serve da catalizzatore per sviluppare e promuovere l'innovazione tra gli infermieri, inoltre la leadership può essere un fattore chiave per stimolare gli operatori sanitari verso comportamenti di lavoro più innovativi (11).
Tuttavia, ci sono lacune nelle nostre conoscenze su come la leadership faccia la differenza, in particolare, non conosciamo i meccanismi coinvolti nell'influenzare i risultati più efficaci (12, 13).
La leadership trasformazionale è stata ampiamente utilizzata nell'assistenza infermieristica, anche se spesso in modo acritico, ove le prove della sua efficacia in termini di innovatività degli infermieri sono scarse (14).
Anche gli studi sull'influenza della leadership trasformazionale tra gli infermieri sono pochi. C'è una mancanza di conclusioni coerenti tra gli studi precedenti, con alcuni che addirittura riportano risultati contraddittori (15). Questo è principalmente dovuto a fattori di mediazione, che sebbene svolgano un ruolo critico nella relazione tra leadership trasformazionale e comportamento innovativo dell'infermiere, tuttavia sono stati poco esplorati (16).
Nel complesso, lo scopo dello studio è quello di osservare come la leadership trasformazionale possa influenzare i comportamenti di lavoro dei collaboratori. Per concludere, questo studio cerca di individuare eventuali lacune nelle competenze trasformazionali dei leader infermieristici al fine di implementare un programma educativo di sviluppo della leadership trasformazionale.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

Attraverso la somministrazione del questionario MLQ6, si valutano le competenze trasformazionali dei leader infermieristici dell'ARES 118 e della ASL Roma 4 al fine di individuare il potenziale sviluppo di un middle management efficace nella gestione dei servizi infermieristici.

- Individuare il potenziale di sviluppo di un middle management infermieristico al fine di promuovere innovazione;
- Facilitare lo sviluppo di un middle management infermieristico.

OBIETTIVI SPECIFICI

Sviluppare percorsi formativi orientati alla leadership trasformazionale del middle management dell'ARES 118 e della ASL Roma 4.

METODOLOGIA

INDICATORI

Coinvolgimento nello studio di almeno l'80% dei coordinatori dell'ARES 118 e della ASL Roma 4.

METODO E STRUMENTI

Il disegno di ricerca trasversale prevede un campionamento di convenienza, è espletato in un arco temporale di 1 o 2 anni. Per garantire la qualità del rapporto finale dello studio, vengono utilizzate le linee guida *Strengthening Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (17). Per valutare gli stili di leadership prevalenti tra una coorte di infermieri coordinatori di ruolo e infermieri referenti in servizio presso dell'ARES 118 e della ASL Roma 4 viene utilizzato il Questionario sulla Leadership Multifattoriale, modulo 6S (MLQ-6S), sviluppato da Bass, & Avolio (18) sulla base di ricerche in più discipline, ove è stata dimostrata la sua validità e affidabilità.

CAMPIONE

Somministrazione ad almeno l'80% degli Infermieri coordinatori/referenti dell'ARES 118 e della ASL Roma 4.

STRUMENTI

Il questionario MLQ-6S, composto da ventuno item, misura tre diversi stili di leadership: Leadership Trasformazionale (TL), Leadership Transazionale (TAL) (Ricompensa contingente) e leadership passiva/evitante (LF) (Gestione passiva per eccezione, Laissez-Faire), in sette dimensioni.
Ogni elemento misura uno dei tre stili di leadership, utilizzando una scala Likert a 5 punti (da 0 = per niente a 4 = frequentemente, se non sempre).
I punteggi dei tre elementi, sotto i sette sottotemi, vengono quindi combinati per essere classificati in Alto (9–12), Moderato (5–8) e Basso (1–4).
Inoltre, sono previste alcune variabili sociodemografiche, come età, genere, livello di istruzione, ecc. elaborate congiuntamente all'MLQ-6S.

ANALISI DEI DATI

È prevista un'analisi statistica multivariata con l'applicativo SPSS 25.0 (IBM Statistic). L'affidabilità dello strumento è valutata con l'Alfa di Cronbach. Tutte le variabili di interesse sono sintetizzate con gli indici statistici più idonei. I risultati nei diversi gruppi di infermieri coordinatori e referenti vengono quindi messi a confronto con i test non parametrici di Kruskall-Wallis o Mann-Whitney. Per ciascuna variabile si esegue il test di Normalità e successivamente si applica il test più appropriato. Viene anche valutata un'eventuale correlazione tra soddisfazione sul lavoro e leadership trasformazionale utilizzando il coefficiente di correlazione non parametrico Rho di Spearman.

INDICAZIONI ETICHE

L'arruolamento del campione idoneo allo studio è su base volontaria dopo aver fornito tutte le informazioni sulla ricerca, che implica anche l'espressione del consenso alla partecipazione. A tutti i partecipanti che avranno acconsentito allo studio sarà garantita la riservatezza durante tutte le fasi della ricerca e tutti i dati saranno trattati in modo anonimo e aggregato.

RISULTATI ATTESI

I risultati di questo studio potrebbero indicare che le quattro componenti della leadership trasformazionale (influenza idealizzata, motivazione ispiratrice, stimolazione intellettuale e considerazione individualizzata) possano influenzare e aiutare a fornire una migliore comprensione dei collegamenti tra leadership trasformazionale e innovazione. Questo aspetto è importante in quanto potrebbe dimostrare che la leadership trasformazionale può promuovere la generazione di capacità non sviluppate con lo stile di leadership tradizionale.

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

La ricerca si è concentrata sulla leadership trasformazionale come impulso alla condivisione delle conoscenze al fine di attivare il cambiamento. Questo stile viene solitamente studiato in combinazione con la leadership transazionale (19). Pertanto, la ricerca futura potrebbe esplorare gli impatti sia di leadership di trasformazione che di transazione per determinare quale è più influente sull'innovazione del cambiamento nelle organizzazioni sanitarie.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Revisione della letteratura scientifica	Coordinatori	01/04/2021 – 31/05/2021
Elaborazione progetto	Coordinatori e Project team	01/06/2021 – 30/06/2021
Reclutamento, selezione campione e somministrazione questionari	Coordinatori e Project team	01/07/2021 - 30/11/2021
Elaborazione statistica, Stesura report ricerca	Coordinatori, Project team	01/12/2021 - 31/01/2022
Pubblicazione finale	Project manager, Coordinatori e Project team	01/02/2022 - 28/02/2021
Chiusura progetto	Project manager, Coordinatori e Project team	01/03/2021 - 31/03/2021

DIAGRAMMA GANTT

	APR 2021	MAG 2021	GIU 2021	LUG 2021	AGO 2021	SET 2021	OTT 2021	NOV 2021	DIC 2021	GEN 2022	FEB 2022	MAR 2022
Revisione della letteratura scientifica	■											
Elaborazione progetto		■										
Reclutamento, selezione campione e somministrazione questionari			■	■	■	■	■	■				
Elaborazione statistica, Stesura report ricerca									■	■		
Pubblicazione finale											■	■
Chiusura progetto												■

BIBLIOGRAFIA

1. Masood M, Afsar B. Transformational leadership and innovative work behavior among nursing staff. Nursing inquiry. 2017;24(4):e12188.
2. Peng S, Liao Y, Sun R. The influence of transformational leadership on employees' affective organizational commitment in public and nonprofit organizations: A moderated mediation model. Public Personnel Management. 2020;49(1):29-56.
3. Sotarauta M, Suvinen N. Place leadership and the challenge of transformation: policy platforms and innovation ecosystems in promotion of green growth. European Planning Studies. 2019;27(9):1748-67.
4. Sun R, Henderson AC. Transformational leadership and organizational processes: Influencing public performance. Public Administration Review. 2017;77(4):554-65.
5. Dahlgaard-Park SM, Reyes L, Chen C-K. The evolution and convergence of total quality management and management theories. Total Quality Management & Business Excellence. 2018;29(9-10):1108-28.
6. Gaviria-Rivera JI, López-Zapata E. Transformational leadership, organizational climate and job satisfaction in work teams. 2019.
7. Ouakouak ML, Zaitouni MG, Arya B. Ethical leadership, emotional leadership, and quitting intentions in public organizations. Leadership & organization development journal. 2020.

8. Castañer X, Oliveira N. Collaboration, coordination, and cooperation among organizations: Establishing the distinctive meanings of these terms through a systematic literature review. Journal of Management. 2020;46(6):965-1001.
9. Franco-Santos M, Otley D. Reviewing and theorizing the unintended consequences of performance management systems. International Journal of Management Reviews. 2018;20(3):696-730.
10. Qureshi FA, Zaman Q, Butt M. Mediating effect of perceived organizational support on the relationship between leader-member exchange and the innovation work behavior of nursing employees: a social exchange perspective. Business Innovation and Entrepreneurship Journal. 2020;2(1):67-76.
11. Chaubey A, Sahoo CK, Khatri N. Relationship of transformational leadership with employee creativity and organizational innovation: A study of mediating and moderating influences. Journal of Strategy and Management. 2019.
12. Badura KL, Grijalva E, Newman DA, Yan TT, Jeon G. Gender and leadership emergence: A meta-analysis and explanatory model. Personnel Psychology. 2018;71(3):335-67.
13. Olaisen J, Revang O. Exploring the performance of tacit knowledge: How to make ordinary people deliver extraordinary results in teams. International Journal of Information Management. 2018;43:295-304.
14. Oh EG, Yoo JY. Experiences of evidence-based practice mentors: a phenomenological study. Contemporary nurse. 2020;56(4):331-43.
15. Lappalainen M, Härkänen M, Kvist T. The relationship between nurse manager's transformational leadership style and medication safety. Scandinavian journal of caring sciences. 2020;34(2):357-69.
16. Buil I, Martínez E, Matute J. Transformational leadership, and employee performance: The role of identification, engagement and proactive personality. International Journal of Hospitality Management. 2019;77:64-75.
17. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. International journal of surgery. 2014;12(12):1495-9.
18. Avolio B, Bass B. Multifactor Leadership Questionnaire. Redwood City. CA: Mind Garden. 2004.
19. Bass BM, Bass Bernard M. Leadership, and performance beyond expectations. 1985.

POLO DEL MANAGEMENT

TITOLO SINTETICO

LEADERSHIP DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO E SUOI OUTCOME
LEADERSHIP OF NURSE MANAGER AND ITS OUTCOMES

COORDINATORE PROGETTO
D. Tartaglini
D. Ivziku

RESP. DEL POLO
M. Zega

COD.3.21.4

TITOLO PROGETTO

Lo stile di leadership del coordinatore infermieristico: impatto su se stesso sul team dei collaboratori e sulla qualità delle cure.

Nurse coordinator leadership style: the impact on self, on the team of collaborators and on quality of care.

ABSTRACT

Background: Il tema della leadership è di grande importanza per le organizzazioni e il management sanitario. La letteratura evidenzia relazioni tra leadership e turnover, soddisfazione, coinvolgimento nelle politiche aziendali del personale sanitario, ed esiti sui pazienti. Gli studi sulla leadership in Italia sono limitate e documentano problematiche legate alla leadership e un gap nelle competenze nel coordinatore infermieristico. Per approfondire meglio gli stili di leadership infermieristica e le dinamiche di manifestazione è necessario indagare gli aspetti ad essa correlati collegandoli allo stesso coordinatore, agli infermierl e agli esiti sui pazienti.

Obiettivo: Esplorare il fenomeno della leadership del coordinatore infermieristico ed individuare il suo impatto sugli stessi coordinatori, sugli infermieri e sulla qualità delle cure.

Metodi e strumenti. Studio pilota, osservazionale e trasversale. Lo studio è parte di un progetto di ricerca più ampio (studio ESSENCE) approvato dal CE. Lo studio verrà condotto presso il E SI svolgerà in 3 settimane consecutive in 11 reparti di degenza medico-chirurgici.

Si prevede l'arruolamento di 11 coordinatori, 160 infermieri e 400 pazienti.

Risultati attesi. Lo studio fornirà informazioni necessarie per il successo studio multicentrico.

***Parole Chiave*:** leadership, coordinatore infermieristico, impatto, infermieri, qualità delle cure.

ABSTRACT

Background: The theme of leadership is important for the organizations and the management in healthcare. The international literature highlights relationships between leadership and employee satisfaction, turnover, commitment with the organization, and patient outcomes. Leadership studies in Italy are limited and document problems and skills gap in all areas of leadership among nurse coordinators. To better understand nursing coordinator leadership styles and explain the dynamics of manifestation, it is necessary to investigate the aspects related to it in nurse coordinators, among nurses and evaluate the outcomes on patients.

Objective: To explore the leadership phenomenon among nursing coordinators and identify its impact on themselves, nurses and on quality of care in patients.

Methods: Pilot, observational, prospective and transversal study. The study is part of a larger research project (ESSENCE study) approved by the. The study will take place over three consecutive weeks in 11 medical-surgical wards. The enrollment of 11 managers, 160 nurses and 400 patients is expected.

Expected results: The pilot study will provide the information necessary for the development of the multicenter study.

Keywords: leadership, nurse coordinator, impact, nurses, quality of care.

BACKGROUND

Oggi i sistemi sanitari si trovano ad affrontare diverse sfide, tra le quali una situazione di sanità pubblica che si modifica rapidamente e che richiede una riorganizzazione tempestiva dei servizi, con il raggiungimento di obiettivi di qualità a fronte di scarse risorse umane e materiali e un forte desiderio di crescita da parte dei professionisti. Per sostenere gli standard di redditività, produttività e competitività, le aziende necessitano, a livello di top e middle management, di una leadership strategica ed efficace (1).

Il tema della leadership è di grande interesse e importanza in ambito sanitario. La Società Scientifica Italiana per la Direzione ed il Management delle Professioni Infermieristiche (SIDMI), a novembre 2020 ha pubblicato le linee di indirizzo per la leadership specificando il ruolo fondamentale che la leadership infermieristica assume in termini di clima organizzativo, impegno, efficacia, efficienza, produzione, e innovazione (SIDMI 2020). Oggi, il ruolo del coordinatore infermieristico non è più limitato al controllo, ma piuttosto ad agire come persona visionaria che assiste, organizza e guida le attività dei propri collaboratori (3). Leader infermieristici dinamici e ambienti clinici di supporto sono essenziali nello sviluppo di modelli di best practice (4). A livello di unità operative, i coordinatori coinvolgono gli infermieri nei processi decisionali sui percorsi dei pazienti, nelle dinamiche di gestione del personale, e nelle attività di miglioramento della qualità. In tutte queste fasi il coordinatore agisce una buona leadership se è in grado di utilizzare questo come opportunità di apprendimento continuo per migliorare l'assistenza complessiva (5). Una leadership infermieristica efficace è fondamentale per fornire cure sicure e di alta qualità e per facilitare lo sviluppo del personale (6).

La letteratura internazionale riporta evidenze delle relazioni tra leadership e prestazioni di un'azienda (7). Uno stile di leadership percepito positivamente dai collaboratori porta a una produttività maggiore, soddisfazione con il leader, diminuzione del turnover del personale, e miglior coinvolgimento con l'azienda (7). Inoltre, una leadership infermieristica percepita positivamente dai collaboratori è associata ad esiti migliori anche sui pazienti in termini di elevata soddisfazione, maggiore sicurezza, riduzione degli eventi avversi e delle complicanze (8).

Gli studi sulla leadership infermieristica in Italia sono limitati. Questi studi confermano che uno stile di leadership positivo contrasta l'insorgenza di burnout, conflitti tra colleghi, disturbi psicosomatici e migliora la soddisfazione dell'infermiere (9). Lo stile di *empowering* leadership aumenta la fiducia degli infermieri verso i coordinatori e l'organizzazione e riduce il burnout (10), quando riconosciuto dagli infermieri (11). Lo stile di leadership etico del coordinatore migliora i comportamenti di cittadinanza organizzativa negli infermieri, e condiziona indirettamente la qualità delle cure (12). Quando vengono intervistati i coordinatori infermieristici, si documentano problematiche legate alla leadership come, ad esempio, la bassa considerazione del proprio ruolo o il rapporto con gli altri professionisti, (13) e un gap di competenze in tutte le aree della leadership, come ad esempio nella motivazione al lavoro o nel coinvolgimento dei collaboratori (14) e una modica soddisfazione lavorativa e un moderato utilizzo di empowerment strutturale (15).

La letteratura ha fornito una solida comprensione dell'importanza della leadership infermieristica. Tuttavia, i coordinatori infermieristici devono essere messi in condizioni di poter identificare le caratteristiche di leadership efficaci per poi essere in grado di praticare la leadership in modo appropriato. Questo processo deve essere accompagnato anche dalla comprensione e dalla percezione da parte degli infermieri delle caratteristiche di leadership utilizzati dal proprio coordinatore (16). Per poter capire e spiegare meglio le dinamiche della leadership infermieristica si rende necessario indagare tali aspetti sia tra i coordinatori infermieristici che negli infermieri con cui il coordinatore collabora.

TEORIE DI RIFERIMENTO

Il concetto di leadership è costituito da 4 elementi essenziali: visione e processo, obiettivi, cambiamenti, gruppi (17). Pertanto la leadership necessità di una visione che orienta il processo di management finalizzato a promuovere cambiamenti organizzativi, raggiungendo obiettivi attraverso il coinvolgimento del team dei collaboratori. Le teorie più utilizzate nella ricerca infermieristica si basano su un approccio situazionale (Teoria della Situazione e Teoria della Contingenza) o influenzale (Teoria del Management-Transazionale, Teoria della RelazioneTrasformazionale) (18-28). Dalle teorie emergono alcuni concetti importanti. Esistono più stili di leadership e lo stile viene selezionato, di volta in volta, dal leader in relazione alle circostanze e situazioni. Una leadership efficace può essere in funzione dell'obiettivo da raggiungere, oppure può essere centrata sulla relazione tra leader e collaboratori, e può dipendere dalle competenze del coordinatore e del gruppo di collaboratori. Il leader deve essere abile a comprendere le emozioni proprie e altrui, trasmettere entusiasmo ed energia, stimolare la crescita personale e professionale dei propri collaboratori, creare ambienti di lavoro positivi, e sviluppare un empowered team di lavoro.

In questo progetto non faremo riferimento esclusivamente ad una sola teoria ma ci faremo guidare dallo

stile di leadership identificato nel campione di studio. La definizione utilizzata è: "la leadership è un processo mediante il quale un individuo influenza un gruppo di individui per raggiungere un obiettivo comune" (29).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Condurremo uno studio osservazionale trasversale, per esplorare i stili di leadership utilizzati dai coordinatori infermieristici dei reparti di degenza di medicina e chirurgia, valutare la percezione degli infermieri dello stile di leadership utilizzato dal proprio coordinatore ed identificare gli effetti dello stile di leadership sui coordinatori, sugli infermieri e sulla qualità dell'assistenza infermieristica offerta ai pazienti ricoverati presso i reparti di degenza.

OBIETTIVI GENERALI

1. Identificare gli stili di leadership utilizzati dai coordinatori infermieristici;
2. Identificare la percezione degli infermieri dello stile di leadership del proprio coordinatore;
3. Identificare gli outcomes dello stile di leadership sul coordinatore infermieristico, sugli infermieri e sui pazienti;

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Identificare i fattori che contribuiscono allo stile di leadership;
2. Identificare i comportamenti di leadership;
3. Misurare la conoscenza e la necessità di formazione sulla leadership del coordinatore infermieristico;
4. Misurare l'efficacia dello stile di leadership sul benessere organizzativo;
5. Misurare l'impatto dello stile di leadership sulla qualità delle cure;
6. Misurare l'impatto dello stile di leadership sulla soddisfazione e il burnout del coordinatore;
7. Misurare l'impatto dello stile di leadership sulla fiducia, soddisfazione, e sul burnout dell'infermiere.

INDICATORI

Coordinatore:

1. Style di leadership più frequentemente utilizzato dal coordinatore;
2. Conoscenze delle caratteristiche di un buon leader da parte del coordinatore;
3. Chiarezza del ruolo, identità e reputazione del coordinatore;
4. Complessità del lavoro del coordinatore;
5. Fiducia, comunicazione e funzionamento del team;
6. Carico di lavoro fisico, mentale e psicologico del coordinatore;
7. Reazioni emotive durante il lavoro del coordinatore;
8. Soddisfazione, coinvolgimento con l'azienda, burnout del coordinatore.

Infermieri:

1. Percezione dello stile di leadership del proprio coordinatore;
2. Fiducia, vicinanza con il leader, comunicazione e funzionamento del team;
3. Carico di lavoro fisico, mentale e psicologico degli infermieri;
4. Soddisfazione, coinvolgimento con l'azienda, burnout, intenzione di cambiare unità di degenza degli infermieri.

Pazienti:

1. Grado di soddisfazione con l'assistenza infermieristica ricevuta;
2. Mortalità e complicanze;
3. Cadute, lesioni da pressione, contenzione, infezione.

METODOLOGIA

DISEGNO DELLO STUDIO

Studio osservazionale, prospettico e trasversale. Questo studio è parte di un progetto di ricerca più ampio con il focus sul carico di lavoro infermieristico e la complessità assistenziale di pazienti ricoverati in aree medico-chirurgici e outcomes (studio ESSENCE).

CAMPIONE

Parteciperanno nello studio pilota i coordinatori, gli infermieri, e i pazienti ricoverati durante il periodo dello studio presso 11 reparti di degenza medico-chirurgico. La partecipazione è volontaria e il campionamento sarà di convenienza. Verranno intercettati tutti i pazienti che in modo consecutivo verranno ricoverati nell'arco di 3 settimane nei reparti di degenza e sarà incluso chi accetterà di partecipare nello studio. Si prevede la partecipazione di 11 coordinatori, 160 infermieri e 400 pazienti.

CRITERI DI INCLUSIONE

Coordinatore:

- Reparto medico-chirurgico;
- Modello assistenziale in piccola equipe, modulare, o per complessità assistenziale;
- Adesione alla partecipazione volontaria allo studio.

Infermieri:

- Essere assegnato al reparto da almeno un mese;
- Orario di lavoro a tempo pieno;
- Se neoassunto, lavorare nel reparto da almeno due mesi.

Pazienti:

- Età maggiore o uguale a 18 anni;
- Ricovero per un problema medico o chirurgico in regime SSN;
- Adesione alla partecipazione volontaria allo studio e firma del consenso informato.

Criteri di esclusione

Coordinatore:

- Rifiuto di partecipare allo studio.

Infermieri:

- Provenienza saltuaria da altri reparti di degenza/personale in mobilità;
- Infermieri che lavorano ad orario ridotto o hanno limitazioni lavorative;
- I neoassunti in affiancamento o nelle prime quattro settimane di lavoro nella unità di degenza oggetto dello studio.

Pazienti:

- Ricovero in regime privato o solvente;
- Ricovero in regime day/night hospital/surgery;
- Ricovero in terapia intensiva /rianimazione/ terapia intensiva cardiochirurgia /stroke unit;
- Ricovero in terapia sub-intensiva;
- Incapacità di intendere e di volere/disorientato/dipendente da droghe, alcool o farmaci/o che ha subito violenze;
- Rifiuto di firmare il consenso informato.

STRUMENTI DA UTILIZZARE

Questo studio raccoglierà le percezioni soggettive dei coordinatori, degli infermieri e dei pazienti rispetto al fenomeno di studio. Ai coordinatori e agli infermieri verrà somministrato un questionario con i moduli google e inviato via email aziendale o su richiesta verrà fornito un questionario cartaceo. Ai pazienti verrà fornito un questionario cartaceo 24 ore prima della dimissione. I dati clinici dei pazienti verranno estrapolati dalla cartella clinica.

Gli strumenti scelti sono i seguenti:

- Informazioni socio-demografiche, formazione, esperienza lavorativa (infermiere e coordinatore);
- Conoscenza e utilizzo degli stili di leadership (coordintore);
- Importanza delle Competenze del leader misurate con Nurse manager Competency Instrument*, 53 item su scala likert 1-4 dove 4 è competenza essenziale (30) (coordinatore);
- Le azioni del manager misurate con la scala Nurse Manager Actions* (31), 11 item su scala likert da 1-5 dove 5 è sempre (coordinatori e infermieri);

- Identità di leader misurata con la scala di Leader Identity Scale (32), 12 item su scala likert 1-7 dove 7 è estremamente (coordinatore);
- Comunicazione del team misurata con la scala Leader-Member Exchange* (LMX) (33) 7 item su scala liket da 1-5 dove 5 è sempre (coordinatore e infermiere);
- Fiducia misurata con la Trust scale* (34), 16 item su una likert 1-5 dove 5 è fortemente d'accordo (coordinatore e infermiere);
- Self-efficacy misurata con la Leadership self-efficacy scale* (32), 7 item su scala likert 1-7 dove 7 è 100% confidenza (coordinatore);
- Interesse nella formazione sullo sviluppo di leadership (32), 3 item misurati su scala likert 1-7 dove 7 è estremamente d'accordo (coordinatore);
- Autonomia lavorativa, chiarezza del ruolo, complessità del lavoro*, carico fisico e mentale, piacere nel lavoro, coinvolgimento con l'azienda, rapporto con i colleghi, ritmo e carico di lavoro, ispirazione dal leader* sono scale del QEEW 2.1 (Questionnaire on the Experience and Evaluation of Work) (35) utilizzato per misurare lo stress e il carico di lavoro e risorse lavorative disponibili. Le scale sono composte da pochi item, su scala likert a 4 o 5 opzioni di risposta. (coordinatore e infermiere);
- Lo Stile di leadership verrà valutato con la scala Multifactor Ledership Questionnaire-MLQ 6S (36), 21 item su scala likert 0-4 dove 4 è sempre; con la scala Empowering Leadership Questionnaire (37), 38 item su scala likert 1-5 dove 5 è sempre (coordinatore e infermiere);
- Burnout viene misurata con la scala Maslach Burnout Inventory (38), 22 item su scala likert 0-6 dove 6 è ogni giorno (coordinatotre e infermiere);
- La Soddisfazione rispetto al ruolo, al gruppo multidisciplinare (teamwork), al gruppo dei collaboratori (peer teamwork), alla leadership del responsabile, all' Azienda Ospedaliera vengono misurate con domande su scala likert 0-4 dove 4è molto soddisfatto (coordinatore e infermiere);
- Intenzione di cambiare reparto, ospedale o tipologia di lavoro viene valutata con domande esplicite a risposta dicotomica, sì o no (coordinatore e infermiere);
- Assenze (frequenza e intensità), la frequenza è calcolata dal numero di volte in cui si è stati assenti dal lavoro per malattia durante gli ultimi 12 mesi, mentre l'intensità di assenze è rappresentata dal numero di giorni totali di malattia (coordinatore e infermiere);
- La competenza di ogni infermiere verrà rilevato con la Classifica di Benner (39) e verrà fornita dal coordinatore (infermiere);
- Mortalità, cadute, contenzione, lesione da pressione, complicanze, infezioni correlate all'assistenza sviluppate durante la degenza verranno rilevate per ogni paziente dai dati registrati nella cartella clinica del paziente e registrati in modo dicotomico come presenti o assenti (pazienti);
- La Soddisfazione con il ricovero verrà rilevato con lo strumento Adult Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems-CAHPS® 2018* (40). Solo 6 item che rilevano l'esperienza con l'assistenza infermieristica verranno tradotti ed utilizzati nello studio. Le domande sono su scala likert 1-4 dove 4 è sempre (paziente).

Nel corso di questo studio verrà fatta la validazione della versione Italiana delle scale segnate con *.

ANALISI DEI DATI

I dati verranno analizzati con i software SPSS (versione 26, SPSS, Chicago) e Mplus (Versione 8.5, Muthen & Muthen) e verranno eseguite le analisi di statistica descrittiva e inferenziale. Inoltre, saranno calcolate i coefficienti di correlazione interclasse per studiare l'accordo dei dati tra infermieri e coordinatori e di seguito verranno effettuate delle analisi multilevel classificando il campione per reparto. In più, verranno effettuate analisi psicometriche per validare in lingua italiana alcune scale*, in parte nello studio pilota e in parte nello successivo studio multicentrico. A priori, il livello di significatività sarà posto a $p \leq 0.05$.

INDICAZIONI ETICHE

I partecipanti saranno informati sull'obiettivo, i rischi e i benefici, sulla riservatezza dei dati, e il ritiro dallo studio. La partecipazione è volontaria e i partecipanti firmeranno un consenso informato cartaceo. In tutte le fasi dello studio, i partecipanti verranno identificati con un codice numerico che permetterà di proteggere la privacy durante tutta la ricerca. I dati raccolti verranno conservati in un luogo sicuro. I ricercatori si impegnano ad assicurare la qualità e proteggere i dati personali e sensibili dei partecipanti inclusi nello studio secondo la legge nazionale (D.Lgs 101/2018) e la dichiarazione di Helsinki.

RISULTATI ATTESI

Questo studio pilota fornirà le informazioni necessarie per lo sviluppo successivo dello studio multicentrico, favorirà una comprensione migliore sulla leadership dei coordinatori infermieristici, la percezione della leadership da parte degli infermieri e l'impatto della leadership dei coordinatori su loro stessi, sugli infermieri e sui pazienti. I dati di questo studio suggeriranno gli aspetti su cui sarà necessario intervenire e saranno una guida per impostare gli interventi di miglioramento.

RILEVANZA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

Questo studio presenta una notevole rilevanza sia nazionale che internazionale per la specificità del problema trattato. Il team del progetto è composto da ricercatori con formazione specifica in validazione di strumenti, ricerche multicentriche e competenze di analisi del fenomeno e potranno garantire il rigore dello studio. Inoltre, lo studio presenta il primo step di una ricerca più ampia che mira alla valutazione del fenomeno presente e allo sviluppo futuro in ricerche di intervento per migliorare la leadership del coordinatore infermieristico. I risultati di questo studio forniranno indicazioni importanti per l'ordine professionale e il top management e suggerirà gli interventi più appropriati da mettere in campo per migliorare la leadership del coordinatore infermieristico in Italia.

I risultati dello studio pilota saranno presentati in congressi nazionali ed internazionali per diffondere i risultati tra middle e top management infermieristici. I risultati saranno inoltre presentati nel report scientifico del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica e nelle conferenze dello stesso.

Le pubblicazioni scientifiche prodotte verranno inviate a riviste internazionali o nazionali 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	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Revisione della letteratura scientifica	Coordinatore e Project team	1/07/2020 -31/09/2020
Identificazione strumenti dello studio	Coordinatore e Project team	1/08/2020-31/09/2020
Richiesta autorizzazione comitato etico	Coordinatore e Project team	1/10/2020-30/11/2020
Preparazione questionari su google moduli e stampa dei cartacei	Project team	1/12/2020-28/2/2021
Somministrazione questionari	Project team	1/03/2021-21/03/2021
Sistemazione della banca dati	Project team	24/3/2021-15/4/2021
Analisi ed elaborazioni statistiche dei dati	Project team, statistico	16/4/2021-16/06/2021
Stesura report di feedback ai reparti interessati	Coordinatore e Project team	17/06/2021-30/06/2021
Preparazioni abstract per congressi	Coordinatore e Project team	1/07/2021-31/08/2021
Stesura report di ricerca	Coordinatore e Project team	1/09/2021-31/09/2021
Presentazione ricerca a congressi nazionali ed internazionali	Coordinatore e Project team	1/10/2021-30/11/2021
Pubblicazione finale	Coordinatore e Project team	1/12/2021-30/01/2022
Chiusura progetto	Coordinatore e Project team	1/2/2022-28/2/2022

DIAGRAMMA GANTT

MESE	LUG-AGO 20	SET 20	OTT-NOV 20	DIC-FEB 21	MAR 21	APR 21	MAG-GIU 21	LUL 21	AGO 21	SET 21	OTT-NOV 21	DIC 21-GEN 22	FEB 22
Revisione della letteratura scientifica	■	■											
Identificazione strumenti dello studio		■	■										
Richiesta autorizzazione comitato etico			■										
Preparazione questionari su google moduli e stampa dei cartacei				■	■								
Somministrazione questionari					■								
Sistemazione della banca dati					■	■							
Analisi ed elaborazioni statistiche dei dati						■	■						
Stesura report di feedback ai reparti interessati								■					
Preparazioni abstract per congressi								■	■				
Stesura report di ricerca										■			
Presentazione ricerca a congressi nazionali ed internazionali											■	■	
Pubblicazione finale												■	
Chiusura progetto													■

BIBLIOGRAFIA

1. Lussier RN, & Achua CF. Effective Leadership. 3rd ed. Thomson South-Western, OH; 2007.
2. SIDMI: Atto indirizzo per l'istituzione della direzione professioni sanitarie (di.p.sa.) e linee di indirizzo per la leadership delle professioni infermieristiche. Available from https://www.sidmi.it/sidmi-atto-indirizzo-per-listituzione-della-direzione-professioni-saniarie-di-p-sa-e-linee-di-indirizzo-per-la-leadership-delle-professioni-infermieristiche/ accesso il 27 febbraio 2021.
3. Jooste K. Leadership: a new perspective. Journal of Nursing Management. 2004;12(3):217–23.
4. Cherian S, Karkada S. A Review on Leadership in Nursing. International Journal of Nursing Research and Practice (IJNRP). 2017;4(1): 2350-1324.
5. Thompson DN, Hoffman LA, Sereika SM, Lorenz HL, Wolf GA, Burns HK, et al. A Relational Leadership Perspective on Unit-Level Safety Climate. JONA: The Journal of Nursing Administration. 2011;41(11):479–87.
6. Middleton J, "Leadership skills for Nurses" Nursing Times Nursing Times Leadership Supplement. (2011) available from http://www.slc.ac.th/home/img/ebook/2559/file/RLSN.pdf.
7. Yahaya R, Ebrahim F. Leadership styles and organizational commitment: literature review. Journal of Management Development. 2016;35(2):190–216.

8. Specchia ML, Cozzolino MR, Carini E, Di Pilla A, Galletti C, Ricciardi W, et al. Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(4):1552.
9. Sili A, Fida R, Trezza T, Vellone E, Alvaro R. Nurse coordinator leadership and work environment conflicts: consequences for physical and work-related health of nursing staff. La Medicina del Lavoro, Med Lav 2014; 105 (4): 000-000.
10. Bobbio A, Bellan M, Manganelli AM: Empowering leadership, perceived organizational support, trust, and job burnout for nurses: a study in an Italian general hospital. Health Care Manage Rev 2012; 37: 77-87.
11. Ricciardiello GC, Stellato A. Indagine osservazionale sulla relazione tra la salute organizzativa vissuta dagli infermieri e la percezione dell'empowering leadership style. L'Infermiere 2011; 2:00-00.
12. Zaghini F, Biagioli V, Fida R, & Sili A. La leadership etica del coordinatore come fattore determinante i comportamenti organizzativi degli infermieri, nei luoghi di cura - The ethical leadership of the nursing ward managers as a key determinant of nurses' organisational behaviours in the healthcare settings. Professioni Infermieristiche. 2017; 70(1): 00-00 Available from https://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/331.
13. Barbotto L, Bona MP, De Luigi AR, Faenzi C, Ferrante E, Fontana M, Gambarini L, Marmo G, Parente C, Scaffidi MC. Rivalorizzare la funzione di coordinamento. Ipasvi Piemonte 2015. Available from http://files.spazioweb.it/aruba42529/file/opuscolorivalorizzarelafunzionedicoordiname nto.pdf .
14. Ferrari F. Leadership ed evidenze scientifiche. Uno studio sulle convinzioni dei coordinatori sanitari italiani. Mecosan 2017; 111:57-82.
15. Talucci C, Rega ML, Sili A, Vellone E, Tartaglini D, Galletti C, & Alvaro R. Empowerment strutturale e soddisfazione sul lavoro tra gli infermieri coordinatori: Uno studio pilota. Professioni Infermieristiche 2015; 68(3): 143–150.
16. Ahmad E, Aboshaiqah AM, Hamdan-Mansour DR, Sherrod AA, & Sultan A. Nurses' Perception of Managers' Leadership Styles and Its Associated Outcomes. American Journal of Nursing Research, 2014; 2 (4): 57-62.
17. Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2018; 85:19–60.
18. Hersey P, Blanchard KH, Natemeyer WE. Situational Leadership, Perception, and the Impact of Power. Group & Organization Studies. 1979; 4(4): 418–28.
19. Vroom VH, Jago AG. On the validity of the Vroom-Yetton model. Journal of Applied Psychology. 1978; 63(2): 151–62.
20. Fiedler FE. The Contingency Model and the Dynamics of the Leadership Process. Advances in Experimental Social Psychology. 1978; 11:59–112.
21. Dow TE, Downton JV. Rebel Leadership: Commitment and Charisma in the Revolutionary Process. Contemporary Sociology. 1974; 3(6):519.
22. Al-Malki M, Juan W. Leadership Styles and Job Performance: a Literature Review. Journal of International Business Research and Marketing. 2018; 3(3):40–9.
23. Griffin RJ, Ebert RW. Business essentials. 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 2010 pp. 135–136. ISBN 978-0-13-705349-0.
24. Anzalone C. Differences between Task-Oriented Leaders & Relational-Oriented Leaders. Demand Media. 2012.
25. Burns JM. Transforming Leadership: The Pursuit of Happiness (1st ed.). Atlantic Monthly Press. 2003.
26. Bass BM, Avolio BJ. Transformational Leadership And Organizational Culture. International Journal of Public Administration. 1994;17(3-4):541–54.
27. Goleman D. Leadership that gets results. Harvard business review. 2000; 78(2): 78-93.
28. Arnold JA, Arad S, Rhoades JA, Drasgow F. Empowering Leadership Questionnaire. PsycTESTS Dataset. Journal of Organizational Behavior, 2000. 21; 249Y269.
29. Northouse P. Leadership. Theory and practice. Thousand Oaks, CA: Sage, 1997.
30. Chase LK. Nurse manager competencies. PhD (Doctor of Philosophy) thesis, University of Iowa, 2010.

https://doi.org/10.17077/etd.03y9rc4t .

31. Mrayyan MT. Nurses' autonomy: influence of nurse managers' actions. Journal of advanced nursing, 2004. 45(3): 326-336.
32. Hiller NJ. An examination of leadership beliefs and leadership self-identity: Constructs, correlates, and outcomes, 2005. Available from https://etda.libraries.psu.edu/catalog/6836 .
33. Graen GB, Uhl-Bien M. Relationship-based approach to leadership: Development of leadermember exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level multi-domain perspective. The Leadership Quarterly. 1995; 6(2):219–47.
34. Tzafrir SS, Dolan SL. Trust Me: A Scale for Measuring Manager-Employee Trust. Management Research: Journal of the Iberoamerican Academy of Management. 2004; 2(2):115–32.
35. QEEEW (Questionnaire on the Experience and Evaluation of Work disponibile su https://skb.nl/qeew, accesso il 27 febbraio 2021.
36. Bass, Bernard M., and Bruce J. Avolio. "Developing transformational leadership: 1992 and beyond." Journal of European industrial training (1990).
37. Arnold JA, Arad S, Rhoades JA, Drasgow F. The empowering leadership questionnaire: the construction and validation of a new scale for measuring leader behaviors. Journal of Organizational Behavior. 2000; 21(3): 249–69.
38. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB, & Schwab RL. Maslach burnout inventory Palo Alto, CA: Consulting psychologists press. 1986. 21: 3463-3464.
39. Benner, P. (1984). From novice to expert. Menlo Park, 465-468.
40. CAHPS Adult Hospital Survey, accessibile al https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/hospital/about/adult_hp_survey.html accesso il 27 febbraio 2021.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

PROGETTO USTIONI

COORDINATORE PROGETTO
I. Cannello

RESP. DEL POLO
D. D'Angelo

COD.4.21.1

TITOLO PROGETTO

L'applicazione dell'evidence based practice finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche per la gestione extra ed intra ospedaliera del paziente ustionato

The application of evidence-based practice aimed at the implementation of good nursing practices for the extra and intra hospital management of the burned patient

ABSTRACT

Il trattamento dei soggetti ustionati prevede un'immediata e spesso complessa assistenza extra ed intra ospedaliera al fine di ottenere risultati significativi in termini di diminuzione della mortalità e riduzione delle complicanze. Gli interventi a favore dei pazienti ustionati devono essere gestiti a tutti i livelli da equipe multidisciplinari opportunamente formate e adatte ad indirizzare non solo il soggetto colpito, ma altresì chi vive con lui ed eventuali caregiver. Le diverse linee guida esistenti raccomandano che ogni centro ustioni abbia protocolli scritti e disponibili per il triage, il trattamento e il trasferimento o il ricovero dei pazienti provenienti dai servizi dell'emergenza territoriali, dai reparti di pronto soccorso, e da altri reparti ospedalieri. Nonostante ciò, emergono criticità in merito alla gestione del paziente ustionato dall'extra all'intra ospedaliero producendo effetti sul continuum delle cure. A tutt'oggi risultano difformi a livello nazionale e regionale sia il core competence del personale sanitario in oggetto sia l'uso di protocolli e procedure standardizzate basate sull'EBN.

Nasce quindi la necessità di migliorare la pratica clinica infermieristica promuovendo l'utilizzo dei risultati della ricerca scientifica nella gestione del paziente ustionato in tutte le fasi del percorso diagnostico terapeutico assistenziale contribuendo ad un outcome positivo nella cura del paziente ustionato.

Parole Chiave: Audit clinico, formazione, ustioni.

ABSTRACT

The treatment of burned persons requires immediate and often complex extra and intra-hospital assistance to obtain significant results in terms of decreasing mortality and reducing complications. Interventions in favor of burned patients must be managed at all levels by multidisciplinary teams suitably trained and suitable to address not only the affected person, but also those who live with him and his/her caregiver. The various existing guidelines recommend that each burn center has available protocols for triage, treatment and transfer or hospitalization of patients from territorial emergency services, first aid departments, and other hospital departments. Despite this, critical issues emerge regarding the management of the burned patient in the territorial emergency services, producing severe effects on the continuum of treatment. To date, the core competence of the healthcare staff and the use of standardized protocols and procedures based on the EBN are different at national and regional level.

The need therefore arises to improve nursing clinical practice by promoting the use of the results of

scientific research in the management of the burnt patients at all stages of the therapeutic care pathway, contributing to a positive outcome in the treatment of the before mentioned patients.

Key words: Burns, clinical audit, training.

BACKGROUND

Il termine "ustioni" derivante dal latino "bruciare" indica lesioni a carico dei tessuti epiteliali o endoteliali, causate dell'esposizione di tali tessuti a fonti di calore, a sostanze chimiche o a sorgenti elettriche. In patologia con il termine ""ustione si indica qualsiasi lesione anatomica, a carico dei tessuti epiteliali e/o endoteliali, provocata dall'azione di calore sia esso condotto da elettricità (folgorazione ed elettrocuzione), agenti chimici (acidi e alcalini), corpi, liquidi e vapori bollenti o radiazioni (solari, termiche, ecc.). Dal punto di vista clinico il paziente ustionato e le lesioni correlate rappresentano una criticità di particolare complessità assistenziale che richiede un approccio multidisciplinare consapevole ed immediato. Nonostante le vaste campagne di prevenzione sulle ustioni, in tutto il mondo, ogni anno, circa 6 milioni di persone chiedono assistenza medica a causa di ustioni. Queste ultime possono spaziare da *semplice,* breve contatto con una fonte di calore a grave, profonda ed estesa su buona parte della superficie corporea (Schub, 2018).
Nel 2004, secondo quanto riportato in letteratura, a livello mondiale, l'incidenza delle ustioni abbastanza gravi da richiedere cure mediche è stata di quasi 11 milioni di persone, di gran lunga superiore all'incidenza combinata di tubercolosi e infezioni da HIV. Fortunatamente, sebbene le ustioni causino oltre 300.000 morti ogni anno in tutto il mondo (WHO, 2008), la stragrande maggioranza di queste non è fatale. In Italia risultano essere la quarta causa di morte traumatica, dopo gli incidenti stradali, le cadute e gli annegamenti; ogni anno, circa 100.000 persone riportano ustioni e circa 10.000 necessitano di un ricovero ospedaliero. La mortalità per gravi ustioni è fortemente diminuita negli ultimi decenni grazie ai progressi della medicina e allo sviluppo di nuove metodiche chirurgiche. Rispetto al passato i pazienti grandi ustionati non solo hanno maggiori possibilità di sopravvivere ma, una volta fuori pericolo, anche di avere una migliore qualità della vita (Brewster, 2013). L'Istituto Superiore di Sanità ha rilevato che la mortalità risulta più elevata tra i giovanissimi e gli anziani: infatti, il 71% dei ricoveri per ustione in età pediatrica (0-14 anni) riguarda bambini di età non superiore ai 4 anni; se consideriamo gli ustionati fino a 9 anni di età, tale quota sale all' 86%. I decessi per tale patologia ammontano a circa 500 l'anno.
Più comunemente i giovani adulti maschi restano coinvolti in ustioni da fiamma, mentre i bambini, più frequentemente, da liquidi bollenti. Esiste una relazione importante tra l'età del paziente e la mortalità dopo una grave ustione; si parla dell'8% di tasso di mortalità in un ventenne con un'ustione al 40% della superficie totale del corpo, e del 94% in un anziano con la stessa lesione da ustione (Schub-Smith, 2018).
I principali fattori di rischio che determinano una più alta probabilità di subire una scottatura sono oltre all'età (anziani-bambini), il fumo ed il consumo di alcool che contribuiscono per il 26% al verificarsi di ustioni da fiamma, altre patologie quali disabilità fisiche (ridotta mobilità) e cognitive ed altri disturbi medici come il diabete e l'epilessia (Schub Balderrama, 2018).
Il trattamento dei soggetti ustionati prevede non solo una gestione intra ospedaliera bensì richiede un'immediata, e spesso complessa, assistenza extra ospedaliera al fine di ottenere risultati significativi in termini di diminuzione della mortalità e riduzione delle complicanze. Fondamentale sono i trattamenti nella Golden Hour i cui effetti saranno determinanti sulla mortalità e morbilità dei soggetti ustionati (Caminati, 2012).
Uno studio osservazionale prospettico condotto in Nuova Zelanda ha dimostrato che un adeguato trattamento di primo soccorso permette un outcome migliore al paziente (Skinner & Peat, 2002).
Molti sono gli aspetti assistenziali che vengono implicati nella gestione dei feriti da ustione: dalle manovre di rianimazione, al trattamento di ferite complesse, dagli stati ipermetabolici fino al trattamento di quadri sistemici molto complessi come la Sindrome da Risposta Infiammatoria Sistemica (SIRS), dalla sepsi, all'insufficienza multi-organica (MOF) che spesso ha esito finale (Brittner, 2015), alla gestione del dolore.
Il Sistema dell'emergenza attualmente operativo nella regione Lazio risponde, per quanto riguarda le sue funzioni assistenziali, alle linee di indirizzo e/o indicazioni specifiche contenute in documenti ed atti normativi nazionali e regionali. La risposta territoriale all'emergenza viene garantita dall'ARES 118, Azienda Regionale istituita con legge regionale (LR 9/2004), attraverso le Centrali Operative ed i mezzi di soccorso (ambulanze, automediche ed eliambulanze); la risposta ospedaliera viene garantita dalla rete dei presidi ospedalieri (PS, DEA I e DEA II) previsti dal Decreto del Commissario ad Acta n. 73 del 2010 e simili. A supporto di questo assetto assistenziale esiste: un Sistema informativo dell'emergenza territoriale 118 e pronto soccorso (EMUR 118 e PS); un Sistema Informativo sull'emergenza sanitaria (DGR 7628/98) fortemente integrato con il Sistema Informativo Ospedaliero; un atto specifico che regolamenta il trasferimento intra-ospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso (DGR 1729/2002).

Le moderne strategie di gestione dei pazienti ustionati sono strutturate su team multi-specialistici, che prevedono un'azione integrata tra i team di primo soccorso, i medici e gli infermieri dell'emergenza, i rianimatori, i chirurghi plastici e i dermatologi, i nutrizionisti, gli psichiatri e i fisioterapisti. Per questo sono stati creati centri specializzati per il trattamento degli ustionati. Qui i pazienti vengono centralizzati ai fini di trovare le migliori evidenze scientifiche ed omogenei livelli di trattamento. Queste strutture si occupano di tutti gli aspetti complessi della gestione che vanno dalla prima fase critica acuta di rianimazione fino alla riabilitazione con l'obiettivo di reinserire i pazienti nella loro realtà attraverso un miglioramento dell'outcome.
Gli interventi a favore degli ustionati devono essere gestiti a tutti i livelli da equipe multidisciplinari opportunamente formate e adatte ad indirizzare non solo il soggetto colpito, ma altresì chi vive con lui ed eventuali caregiver. Il tutto non finalizzato esclusivamente per il miglioramento dei benefici clinici del paziente, ma anche per innalzare il suo livello di qualità di vita percepito. Secondo l'American College of Surgeons è fondamentale che ogni centro ustioni abbia protocolli scritti e disponibili per il triage, il trattamento e il trasferimento o il ricovero dei pazienti provenienti dai servizi dell'emergenza territoriali, dai reparti di pronto soccorso, e da altri reparti ospedalieri. Nel trattamento del paziente ustionato un ruolo importante è ricoperto dalla figura infermieristica che contribuisce ad un outcome positivo nella cura del paziente. Nonostante ciò, emergono criticità in merito alla gestione del paziente ustionato dall'extra all'intra ospedaliero producendo effetti sul continuum delle cure. A tal proposito il ruolo dell'infermiere risulta di fondamentale importanza in tale percorso clinico assistenziale poiché tendente a garantire qualità assistenziali elevate in riferimento all'implementazione delle migliori pratiche dell'EBN.
A tutt'oggi però risultano difformi a livello regionale sia il core competence del personale sanitario sia l'uso di protocolli e procedure standardizzate basate sull'evidence based nursing. Nasce quindi la necessità di creare dei protocolli atti alla gestione di tutti gli aspetti complessi: dalla fase acuta di primo soccorso alla riabilitazione con l'obiettivo di reinserire i soggetti ustionati nelle loro vite quotidiane.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE

Migliorare la pratica clinica infermieristica promuovendo l'utilizzo dei risultati della ricerca scientifica nella gestione del paziente ustionato in tutte le fasi del percorso diagnostico terapeutico assistenziale.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Promuovere l'acquisizione di competenze di base in Evidence Based Practice (EBP);
2. Stimolare i professionisti sanitari ad utilizzare i contenuti della ricerca scientifica nella pratica clinica;
3. Supportare il processo decisionale clinico attraverso l'approccio critico e riflessivo;
4. Fornire strumenti metodologici di base che promuovono il cambiamento attraverso l'applicazione nella pratica clinica dei principi e delle procedure dell'EBP;
5. Promuovere la conoscenza terminologica, la normativa di riferimento e le prove di efficacia dell'Audit clinico e dei piani diagnostico-terapeutici assistenziali(PDTA);
6. Promuovere la presa in carico del paziente ustionato dalla gestione extra ospedaliera a quella intraospedaliera;
7. Rivedere e/o creare gli standard di pratica clinica nelle 4 strutture partecipanti al progetto () per la gestione del paziente ustionato diversificandolo in base al grado ed alla superficie;
8. Aumentare il grado di soddisfazione del paziente e dei caregiver in relazione ai trattamenti ricevuti in tutte le fasi del PDTA;
9. Definire le best practice in termini di gestione del paziente con ustioni attraverso l'elaborazione di un protocollo di trattamento;
10. Rilevare quali pratiche di nursing sono quotidianamente applicate dal personale infermieristico per la gestione del paziente con ustioni nel percorso extra ed intra ospedaliero di alcuni presidi ospedalieri presenti nella regione Lazio (Conduzione di un Audit clinico incidente);
11. Pianificare e implementare specifici percorsi formativi con riferimento alle pratiche di EBP nella gestione del paziente ustionato;
12. Valutare l'efficacia dell'implementazione attraverso la rilevazione e l'analisi degli indicatori di processo e di esito.

INDICATORI

Gli indicatori relativi generali (quelli specifici verranno elaborati dopo la definizione delle best practice) sono rappresentati in ordine da:

- Elaborazione di un protocollo interaziendale per il trattamento del paziente ustionato;
- Valutazionedell'expertise ex ante ed ex post del personale infermieristico coinvolto nella presa in carico del paziente ustionato nelle varie fasi e nelle differenti strutture;
- Valutazione della customer satisfaction dei percorsi formativi da parte del personale infermieristico;
- Rilevazionedei tassi di partecipazione al percorso formativo;
- Valutazione della customer satisfaction del paziente e dei caregiver in relazione ai trattamenti ricevuti.

METODOLOGIA

Lezioni magistrali, lezioni interattive in cui è prevista la presentazione di revisioni della letteratura, l'elaborazione di un protocollo di trattamento del paziente ustionato, la predisposizione e conduzione di un Audit clinico.

RISULTATI ATTESI

1. Acquisizione di abilità teorico pratiche nella progettazione, pianificazione ed implementazione di pratiche assistenziali basate sull'EBN da parte del personale infermieristico.
2. Miglioramento del benessere organizzativo del personale infermieristico.
3. Riduzione dei giorni di degenza, dei tassi di infezione e di mortalità.
4. Riduzione della severità del dolore percepito.
5. Significativo miglioramento della qualità di vita nei pazienti con ustioni.

PIANIFICAZIONE

FASI	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Fase 1	Progettazione della formazione dei membri del project team sulla revisione sistematica della letteratura, sulle EBP, sul PDTA e sulla stesura di protocolli. Si pianificherà un percorso ECM rivolto al miglioramento delle competenze dei membri del project team nelle tematiche in precedenza elencate. I docenti saranno esperti nazionali EBP del centro, docenti universitari e ricercatori che predisporranno un programma di formazione e di interventi tutoriali adattati sulle necessità dei partecipanti	• Project manager • Coordinatori • 4 membri del project team	2 Mesi
Fase 2	Realizzazione dell'evento formativo ECM con la partecipazione di almeno il 90% dei CNL individuati	• Project manager • Coordinatori • 6 membri del project team • 1 amministrativo • Sala dell'Ordine nella quale si svolgerà il corso.	5 giorni
Fase 3	Revisione della letteratura nazionale ed internazionale, ricerca, valutazione, selezione ed integrazione delle linee guida di riferimento e le evidenze scientifiche. Adattamento locale delle raccomandazioni e stesura del protocollo clinico	• Coordinatori • Project team	3 Mesi

FASI	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Fase 4	Predisposizione del progetto di Audit	• Coordinatori • Project team	15 giorni
Fase 5	Organizzazione di una riunione nella sede dell'Ordine con i Direttori/Dirigenti dei Servizi Infermieristici coinvolti nel programma per presentare il progetto ed eventuale presentazione al comitato etico in caso di richiesta da parte della struttura	• Coordinatori • Project team	1 mese
Fase 6	Predisposizione e stampa di questionari, schede di osservazione o altro materiale ritenuto utile per la rilevazione dei dati relativi all'Audit incidente. (T0)	• Project manager • Coordinatori • Project team	2 Mesi
Fase 7	Somministrazione di questionari o altre schede per l'attività di monitoraggio.	• Membri del project team	1 mese
Fase 8	Inserimento dati nei database	• Project manager • Coordinatori	15 giorni
Fase 9	Elaborazione statistica dei dati	• Coordinatori • Project team	15 giorni
Fase 10	Implementazione della procedura (formazione del personale delle diverse strutture coinvolte, predisposizione di reminder etc.)	• Coordinatori • Project team	2 mesi
Fase 11	Somministrazione di questionari o altre schede per l'attività di monitoraggio.	• Membri del project team	1 mese
Fase 12	Inserimento dati nei database	• Project manager • Coordinatori	15 giorni
Fase 13	Stesura del report finale	• Project manager • Coordinatori • Project team	3 Mesi
Fase 14	Diffusione dei risultati mediante pubblicazioni	• Project manager • Coordinatori • Project team	3 Mesi

DIAGRAMMA GANTT

FASI	MAR 2019	APR 2019	MAG 2019	GIU 2019	LUG 2019	SET 2019	OTT 2019	NOV 2019	DIC 2020	GEN 2020	MA 2021	GIU 2021	LUG 2021	SET 2021	OTTO 2021	NOV 2021	DIC 2021	GEN 2022
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		

FASI	MAR 2019	APR 2019	MAG 2019	GIU 2019	LUG 2019	SET 2019	OTT 2019	NOV 2019	DIC 2020	GEN 2020	MA 2021	GIU 2021	LUG 2021	SET 2021	OTTO 2021	NOV 2021	DIC 2021	GEN 2022
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		

BIBLIOGRAFIA

1. Adegboyega K., Lawal T.R., Kinsman L., Machotta A., Ulrich R., Scott S.D., Goodridge D., et al. (2016). What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. *BMC Medicine*.
2. Allison K., Porter K. (2004). Consensus on the prehospital approach to burns patient management. *Emerg Medicine*, 112-114.
3. Bloemsma GC. (2008). Mortality and causes of death in a burn centre. *Burns*, 1103-7.
4. Brewster C.T., Coyle B., Varma S. (2013). Trends in hospital admissions for burns in England, 1991–2010: A descriptive population based study. *Burns*, 1526-1534.
5. Brittner, E. A., Shank, E., Woodson, L., Martyn, J. (2015). Acute and perioperative care of the burn-injured patient. *Anesthesiology*, 448–464.
6. Brusselaers N, (2005). Outcome and changes over time in survival following severe burns from 1985 to 2004. *Intensive Care Med.* , 31(12):1648-53.
7. Coons SJ, R. S. (2000). A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*, 13-35.
8. Caminati G., Peghetti A. (2012). Le ferite acute - Assistenza e management delle ustioni, delle ferite post-traumatiche e chirurgiche. Milano: Mc Graw Hill.
9. European Burns Association Executive Committee (2015) European Practice Guidelines for burn care: Minimum level of burn care provision in Europe - Version 3 2015, 11-87.
10. Falder S. (2009). Core outcomes for adult burn survivors:a clinical overview. *Burns*, 618-641.
11. Guyatt GH (1996). Measurements in clinical trials: choosing the right approach. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* , 41-48.
12. Inge Spronk C. (2018). Health related quality of life in adults after burn injuries: A systematic review. *Plos One*, 13(5): e0197507.
13. Mimmie Willebrand P., Morten Kildal M. P. (2011). Burn specific health up to 24 months after the burn—A prospective validation of the simplified model of the burn specific Health Scale-Brief. *The Journal of Trauma*, 78-84.
14. Pereira C., M.K. (2004). Outcome measures in burn care: is mortality dead? *Burns*, 761-771.

15. Sanson G., Nardi G., Blasio E.D., Bartolomeo, S. D., Maroni, C., & Serantoni, C. (2008). Prehospital Trauma Care Modulo Base. Bologna: Irc Edizioni Srl.
16. Skinner A, Peat B. (2002). Burns' treatment for children and adults: A study of initial burns first aid and hospital care. NZ Med J.
17. Schub T.B., Balderrama D., (2018). Burns: an overview. *Nursing Practice Council*.
18. Schub T.B., Smith N., (2018). Burns: Psychological Aspects. *ICD-9*.
19. Texas EMS Trauma & Acute Care Foundation Trauma Division (2016). Burn Clinical Practice Guideline 4-19.
20. Van Baar M. (2006). Functional outcome after burns: a review. *Burns*, 1-9.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

IMPLEMENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE INFERMIERISTICHE

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato
M. Matarese
A. Peghetti

RESP. DEL POLO
D. D'Angelo

COD.4.21.2

TITOLO PROGETTO

L'infermiere clinico esperto in Evidence-based practice come agente di cambiamento nella pratica clinica

The clinical nurse leader in Evidence-based practice as changing agent in clinical practice

ABSTRACT

Background: La letteratura internazionale evidenzia come il miglioramento della pratica clinica si può ottenere incoraggiando i professionisti sanitari a riflettere criticamente sulla loro esperienza e stimolandoli ad applicare nella pratica i risultati della ricerca. Una delle strategie suggerite per raggiungere tali obiettivi è quella di formare professionisti esperti nella ricerca delle evidenze che dall'interno dei contesti clinici cureranno il processo di cambiamento e fungeranno sia da esperti metodologici che da punto di riferimento clinico per i loro colleghi. Una formazione degli infermieri clinici specifica in *evidence-based pratice* (EBP) è fondamentale, quindi, per favorire tale processo di cambiamento. Il progetto formativo presentato si inserisce nel progetto complessivo relativo alla formazione dei *clinical nurse leader* (CNL) che, tra le varie fasi, prevede il fornire agli infermieri selezionati le competenze necessarie per operare i cambiamenti nella pratica clinica.

Obiettivi: Formare infermieri clinici esperti in EBP in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti di pratica.

Metodi e strumenti: Viene proposto un corso formativo in EBP suddiviso in due moduli, base e avanzato, della durata di 32 ore totali, in cui ai partecipanti saranno fornite le conoscenze e le competenze relative all'EBP.

Risultati attesi: Verranno formati 20 professionisti infermieri esperti in EBP che fungeranno da risorsa per le istituzioni sanitarie presso cui lavorano.

ABSTRACT

Background: The international literature highlights how improvement in clinical practice is achieved by encouraging healthcare professionals to critically reflect on their experience and by stimulating them to apply the research results. One of the strategies suggested to achieve this goal is to train experienced healthcare professionals in the evidence-based practice (EBP), who will take care of the change process within clinical settings and will act both as methodological experts and as clinical reference points for their colleagues. A specific training in EBP is therefore essential to facilitate this process of change. The presented training project is part of the overall project relating to the training of clinical nurse leaders (CNL) which, between the various phases, provides selected nurses with the necessary skills to make the necessary changes in clinical practice.

Aim: To train experienced clinical nurses in EBP who can guide the review of clinical practice in clinical settings.

Methods : A course is proposed divided into two modules, basic and advanced, lasting 32 hours in total, in

which knowledge and skills relating to EBP will be provided to partecipants.

Expected outcomes: Twenty clinical nurses will be trained in EBP and will serve as a resource for the healthcare institutions they work for.

BACKGROUND

Trovare modi efficaci per incoraggiare i professionisti sanitari a incorporare regolarmente evidenze cliniche di alta qualità nel loro lavoro quotidiano è particolarmente importante, ma si è rivelato non sempre di facile realizzazione (1). Negli ultimi anni sono stati pubblicati molti studi e revisioni sistematiche sull'efficacia degli interventi diretti al cambiamento del comportamento professionale. Il *Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group* (EPOC) ha dato un importante contributo nel definire e classificare gli interventi per il miglioramento della pratica clinica permettendo di confrontare tipi di interventi e metodologie diverse (2). Metodi che si sono dimostrati utili per modificare processi comportamentali individuali non sono risultati efficaci nei contesti complessi, come quelli delle istituzioni sanitarie, caratterizzati da interventi complessi implementati attraverso un'azione collettiva che ha luogo quando le persone lavorano insieme (3). La letteratura ha evidenziato che per migliorare la pratica clinica sono maggiormente efficaci gli interventi che prevedono il coinvolgimento diretto e collettivo degli stessi operatori nei processi di cambiamento, come ad esempio attraverso esperti esterni che incontrano i professionisti nel loro ambiente di lavoro, audit e feedback, incontri con opinion leader locali, e seminari interattivi (3, 4). Gli interventi che cercano di ristrutturare e rafforzare nuove norme di pratica e di associarle a comportamenti del gruppo di pari hanno maggiori probabilità di portare a un cambiamento del comportamento (3). Inoltre, gli infermieri mostrano di preferire fonti di informazione di tipo umano rispetto ad altre più impersonali (5, 6).

L'importante influenza dei fattori umani nella produzione e nel trasferimento delle conoscenze ha aperto la strada a esperienze di utilizzo di figure di professionisti che fungono da "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 dei risultati della ricerca nei contesti di pratica. In ambiente internazionale figure intermediarie utilizzate sono, ad esempio, i *clinical nurse leader, i clinical nurse educator, gli staff development educator, i practice developer, i clinical nurse specialist* (7), 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, *clinical nurse leader*, attraverso appositi corsi educativi in *evidence-based practice* (EBP) fornendo le competenze per 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 del loro ruolo all'interno dell'organizzazione sanitaria.

OBIETTIVI DI PROGETTO

OBIETTIVI GENERALI

Contribuire alla traslazione della ricerca nella pratica clinica infermieristica attraverso la formazione di infermieri clinici esperti in EBP.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Formare infermieri clinici esperti in EBP in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti di pratica clinica;
2. Accrescere le competenze degli infermieri clinici 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;
- Sono organizzati corsi sull'EBN base ed avanzato con la collaborazione di esperti in EBN riconosciuti a livello nazionale;

- Gli infermieri formati si sottopongono al processo di verifica delle loro competenze.

METODOLOGIA

CAMPIONE

Saranno selezionati 20 infermieri esperti, appartenenti ad ASL, AO o IRCCS, disponibili a partecipare ai corsi di formazione sull'EBP, sula base delle indicazioni dei direttori infermieristici.

STRUMENTI

Il corso di formazione sull'EBP proposto è costituito da due moduli (corso base e corso avanzato), di 16 ore ciascuno, i cui docenti saranno esperti di formazione in EBP. Nel corso base e avanzato si forniranno conoscenze sulle fasi dell'EPB, in particolare su: formulazione del quesito di ricerca, ricerca sulle banche dati biomediche, differenze tra evidenze ricavate da lettura primaria qualitativa e quantitativa, valutazione critica di articoli di letteratura primaria, letteratura secondaria, revisioni della letteratura qualitative e quantitative, linee guida, e valutazione critica delle revisioni della letteratura e delle linee guida. Si alterneranno momenti di didattica frontale con esercitazioni pratiche di gruppo per promuovere la cooperazione tra pari. Le conoscenze acquisite dai partecipanti saranno valutate attraverso la comparazione delle conoscenze in entrata e quelle in uscita attraverso la compilazione di un apposito questionario a inizio corso e alla sua conclusione. Saranno inoltre valutate in ingresso le loro conoscenze di inglese. Alla fine del corso l'acquisizione delle competenze dei partecipanti sarà verificata sulla base della elaborazione autonoma di due valutazioni critiche di articoli di ricerca primaria e secondaria qualitativa e quantitativa.

RISULTATI ATTESI

Attualmente l'uso dei risultati della ricerca nella pratica è un problema rilevante sia per le organizzazioni sanitarie che per i professionisti sanitari stessi. Si ritiene, infatti, che l'uso appropriato dei risultati della ricerca nella pratica clinica migliorerà la qualità e il rapporto costi-efficacia dell'assistenza sanitaria. L'introduzione nelle realtà cliniche italiane di figure esperte in EBP che possono fungere da intermediari tra ricerca e applicazione dei risultati della ricerca potrebbe rilevarsi un modello proponibile in tutti i contesti di pratica clinica.

INDICATORI DI ESITO

- Sono inviati a partecipare 20 infermieri clinici esperti.
- Sono individuate le competenze che devono possedere gli infermieri per essere arruolati come potenziali agenti di cambiamento.
- Almeno l'80% degli infermieri individuati parteciperanno ad entrambi i moduli del corso di formazione in EBN.
- Almeno l'80% degli infermieri che hanno partecipato al corso di formazione certificheranno le loro competenze in EBP.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Definizione del programma formativo del corso base e avanzato	Team di progetto	Aprile 2021
Identificazione dei partecipanti	OPI Roma	Aprile-maggio 2021
Accreditamento corso ECM	OPI Roma	Aprile-maggio 2021
Erogazione corso base e avanzato	Team di progetto	Giugno 2021 Ottobre 2021
Valutazione delle competenze acquisite dai partecipanti	Team di progetto	Luglio 2021 Novembre 2021
Stesura report finale del progetto e chiusura	Team di progetto	Dicembre 2021

DIAGRAMMA GANTT

MESE	APR 21	MAG 21	GIU 21	LUG 21	AGOS 21	SET 21	OTT 21	NOV 21	DIC 21
Definizione del programma formativo del corso base e avanzato									
Identificazione dei partecipanti									
Accreditamento ECM corso									
Erogazione corso base									
Valutazione competenze dei partecipanti									
Erogazione corso avanzato									
Valutazione competenze dei partecipanti									
Stesura report del progetto									
Chiusura progetto									

BIBLIOGRAFIA

1. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, et al. Knowledge translation of research findings. Implement Sci. 2012; 7:50.
2. EPOC C. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group. Data Collection Checklist. Available from http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/datacollectionchecklist.pdf. 2002.
3. Johnson MJ, May CR. Promoting professional behaviour change in healthcare: what interventions work, and why? A theory-led overview of systematic reviews. BMJ Open. 2015; Sep 30;5(9):e008592. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008592.
4. 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; 317(7156):465-468.
5. Thompson C, McCaughan D., Cullum N, Sheldon TA, Mulhall A, Thompson DR. Research utilization in nurses' clinical decision-making: what is useful? J Adv Nurs. 2001; 36: 376-388.
6. 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. Nurs Out. 2002; 50: 204-212.
7. Milner M, Estabrooks CA. Research utilization and clinical nurse educators: a systematic review. J Eval Clin Prac. 2006; 12(6): 639-655.

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

ISBN 978-88-6545-035-2

OPI ROMA

Centro di Eccellenza per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica

www.opi.roma.it

ISBN 978-88-6545-035-2